

Vård i fokus

1 / 2022



Sjuksköterskeföreningen

Vård i fokus

Nr. 1 Januari 2022

Årgång 39

Organ för
Sjuksköterskeföreningen
i Finland rf

Ansvarig utgivare:

Annika von Schantz,
telefon 040 537 0376

Redaktionssekreterare:

Sandra Allén,
telefon 045 143 7575

E-post:

sandra.allen@sffi.fi

Pärmillustration eller -bild:

Kolari, januari 2022

Grafisk formgivning:

Linnéa Sjöholm

Layout:

Sandra Allén

Tryckt hos:

Grano Oy Ab, Vasa

ISSN: 0781-495X

www.sffi.fi

info@sffi.fi



Innehållsförteckning

- 3 **Ledare:** Annika von Schantz
- 4 **Hälsolitteracitet i samband med COVID-19-pandemin på Åland,** Elin Holmqvist Erika Boman
- 9 **Ledarskapets påverkan på personalens välmående och vård av patienter,** Kati Heikkilä Sirkku Säätelä
- 14 **Bemötande av personer som lämnat ett religiöst samfund,** Maria Björkmark
- 17 **Annons:** Åbo Akademi
- 18 **Att anpassa sig till en förändrad miljö,** Jenni Avellán-Jansson Jennifer Jansson Erika Boman Katarina Ulenius
- 24 **Palliativ vård specialiseringsutbildning,** Carina Svens-Dahl Gitte Hartvik
- 27 **Annons:** De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf
- 28 **Det sociala nätverkets betydelse för barnfamiljer under COVID-19-pandemin,** Petra Stenbäck
- 32 **Spårkförbistring,** Kinge Berglund
- 36 **Jorden runt med Alarik - dagbok från ett sjuktåg under fortsättningskriget,** Ruth Eriksson
- 43 **Annons:** Åbo Akademi
- 44 **Ambulanspraktik i Stockholm under en pandemi,** L. Schulman
- 46 **Annons:** Kursträff, kurs 28/64
- 47 **Annons:** Novia
- 48 **Annons:** Arcada
- 49 **Annons:** SFF
- 50 **Annons:** SFF
- 51 **Annons:** SFF
- 52 **Regionala föreningar & styrelsenytt**
- 54 **Styrelsen och fullmäktige 2020-2023**
- 55 **Ansökan om medlemskap**

Kära medlemmar

Nu har vi röstat i välfärdsvalet, och som bäst fördelas de viktiga arbetsuppgifterna bland de invalda.

Just nu känns det som om alla har flera frågor än svar. Vi påverkas alla av hur de nya välfärdsområdena förverkligas i praktiken, men oss sjukskötare berör förändringarna speciellt mycket. Vi påverkas både som privatpersoner och inom arbetslivet. Över 200 000 människor får en ny arbetsgivare, av dessa är en stor del sjukskötare. Förutom privatpersoner påverkas de nästan 900 föreningarna och stiftelserna som är registrerade som tjänsteproducenter inom småbarnpedagogiken och social- och hälsovård.

Därför är det betydelsefullt att många sjukskötare och också läkare blev invalda i välfärdsområdesfullmäktige. Av sammanlagt 1379 ledamöter arbetar 349 personer inom vård och omsorg enligt statistikcentralen.

Förväntningarna är höga; social- och hälsovården ska bli effektivare, billigare, bättre och tillgänglig för alla oberoende var man bor. De invalda jobbar för att alla ska få vård på sitt modersmål, på svenska, och att vi ska få vård i rätt tid nära hemmet. Kanske egenläkarsystemet, om det införs, kunde garantera kontinuitet i vården.

Frågan om vem som ska leda vårdarbetet är ännu obesvarad. Vårdledare har inte ens fått möjlighet att påverka det förberedande arbetet, men bör nog senast nu tas med i påverkan. Jag är överty-

gad om att vårdledarna vet hur frågan om att hålla sjuksköterna kvar i branschen ska lösas.

Vården behöver ledas av vårdare. Jag litar på att de invalda som fått vårt förtroende förstår att lyssna och att konsultera sakkännare.

Själv tycker jag att det gäller nu eller aldrig – den här reformen behöver alla sjukskötares hjälp för att lyckas!

Om Du inte har svaren, har Du absolut frågorna som leder till de rätta lösningarna. Ställ frågorna till de som är invalda, de fick Ditt mandat – fortsatt att påverka genom dem!

Vad förväntar Du dig av Ditt välfärdsområde?

Bästa medlem, året som börjat påverkas fortsättningsvis av coronapandemin. Våra studiedag blev än en gång inhiherade och fullmäktige hålls än en gång digitalt. Men, styrelsen och sekretariatet tänker positivt och är i full gång med att planera aktiviteter där vi får träffas – på riktigt!

Jag önskar er alla en skön vår.

Annika von Schantz
Er ordförande

Hälsolitteracitet i samband med COVID-19-pandemin på Åland

av Elin Holmqvist & Erika Boman

Under COVID-19-pandemin har olika rekommendationer och restriktioner genomförts för att undvika spridning av viruset SARS-CoV-2. Det har ställts krav på befolkningen att hitta, förstå, värdera och handla utifrån information som kan påverka befolkningens hälsa, s.k. hälsolitteracitet.

I denna artikel sammanfattas examensarbetet "Hälsolitteracitet och COVID-19-pandemin. En tvärsnittsstudie på Åland" publicerat vid Högskolan på Åland. Materialet till arbetet är insamlat inom ramarna för forskningsprojektet "Ålands COVID-19 populationskohort - en longitudinell epidemiologisk studie och kartläggning av befolkningens erfarenheter och beteenden" (Ålands covidkohort), som är ett samarbetsprojekt mellan Institutet för hälsa och välfärd (THL), Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS), Medimar, Bimelix, EPIET och Högskolan på Åland (HÅ).

Bakgrund

I december 2019 identifierades ett tidigare okänt coronavirus som fick namnet Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2 (SARS-CoV-2) som leder till COVID-19. Första fallet av COVID-19 identifierades i Finland i slutet av januari 2020 och första fallet på Åland i mars 2020 (1).

Viruset visade sig vara mycket smittsamt och för att undvika smittspridning har olika rekommendationer och restriktioner införts. För att re-

kommendationerna och restriktionerna ska ha någon effekt krävs det att befolkningen hittar, förstår, värderar och handlar utifrån myndigheternas beslut. Samtidigt har mycket annan information delgivits av olika aktörer och i olika forum som befolkningen har behövt ta ställning till. Det kan sägas att det har ställts krav på befolkningens hälsolitteracitet.

Hälsolitteracitet

Begreppet litteracitet, literacy, översätts ofta till läs- och skrivförmåga och att vara beläst. Hälsolitteracitet, health literacy, handlar om att hitta, förstå, värdera och handla utifrån information som är relevant för individens hälsa. God läs- och skrivkunnsighet, liksom längre utbildning, språkkunnsighet och vana att söka information främjar hälsolitteracitet, liksom motivation (2-4).

Bristande hälsolitteracitet kan leda till försämrad hälsa (5). Vid nedsatt hälsolitteracitet erhålls sämre utfall av förebyggande insatser (6). I praktiken kan bristande hälsolitteracitet leda till felanvändning av mediciner/hjälpmiddel, att fel-

"Hälsolitteracitet handlar om att hitta, förstå, värdera och handla utifrån information som är relevant för individens hälsa."

aktiga hälsobeslut fattas, att instruktioner och symtom tolkas fel, frånvaro vid bokade besök till sjukvården, onödiga vårdbesök och/eller ökat behov av sjukhusvård (2). Vidare kan bristande hälsolitteracitet leda till spridning av felaktig hälsoinformation i samhället (7).

Tidigare studier visar att män, inflyttade, personer med lägre inkomst än genomsnittlig inkomst och/eller personer som får socialt stöd tenderar att i större utsträckning ha lägre nivå av hälsolitteracitet än andra i befolkningen (2, 5, 6).

Hälsolitteracitet har studerats i stora delar av världen, men forskning kring hälsolitteracitet i Norden är bristfällig och behöver studeras vidare. Vidare konstateras att hälsolitteracitet varierar i olika sammanhang och i olika kontext (8). Även om det finns internationella studier kring hälsolitteracitet och COVID-19-pandemin (t ex Cangussú m fl.(7); McCaffery m fl. (9)) antas det vara relevant att genomföra studier i olika kontext.

Syftet med detta arbete var att undersöka hälsolitteracitet bland befolkningen på Åland i samband med COVID-19-pandemin.

Metod

Arbetet är del av ett större forskningsprojekt "Ålands COVID-19 populationskohort - en longitudinell epidemiologisk studie och kartläggning av befolkningens erfarenheter och beteenden" (Ålands covidkohort). Resultatet till aktuellt arbe-

te baseras på material insamlat genom en enkät. Totalt bjöds 260 slumpmässigt utvalda personer ur den vuxna befolkningen på Åland in att delta och efter två påminnelser hade 103 personer besvarat enkäten (svarsfrekvens 39,6 %). Datainsamlingen pågick december 2020-februari 2021.

Enkäten som deltagarna fyllde i baserades på Världshälsoorganisationens enkät Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours and trust to inform pandemic outbreak response (10). Formuläret modifierades och omarbetades av forskargruppen bakom "Ålands Covidkohort". Enkäten fylldes i av deltagarna självständigt på webben eller tillsammans med personal från projektet genom telefonsamtal. Enkätens frågor samt analysmetoder beskrivs närmare i Holmqvists examensarbete (11).

Projektet "Ålands Covidkohort" godkändes 28.10.2020 i Ålands hälso- och sjukvårds etikkommitté. Alla deltagare har lämnat informerat samtycke att delta.

Resultat

Totalt deltog 103 personer i enkäten. Bakgrundsinformation om deltagarna presenteras i tabell 1. Könsfördelningen mellan deltagarna var jämn (48,5 % kvinnor). Majoriteten (40,2 %) av deltagarna var 40-59 år och hade längre än 12 års utbildning (59,2 %). De flesta deltagarna (64,1 %) var lönearbetare/studerande/pensionär/föräldra- eller vårdledig. En större del (83,5 %) av deltagarna skattade sin hälsa som god och majoriteten (75,7 %) tillhörde inte någon riskgrupp listat från THL. Ingen av deltagarna svarade "ja" på frågan om de hade genomgått sjukdomen COVID-19.

Vid gruppjämförelser konstaterades att det inte fanns signifikanta skillnader i hälsolitteracitet varken mellan åldersgrupper ($p=0,257$), kön ($p=0,519$) eller utbildningsnivå ($p=0,948$).

Gällande samband mellan hälsolitteracitet och frågor som kan relateras till hälsolitteracitet kunde ett medelstarkt positivt signifikant samband identifieras mellan hälsolitteracitet och frågan gällande att skydda sig från COVID-19 ($r=0,361$; $p<0,001$) samt frågan gällande handhygien ($r=0,347$; $p=0,001$). Resultatet indikerar att

VARIABLER	n (%)
Kön	
Kvinna	50 (48,5)
Man	53 (51,5)
Åldersgrupp	
18–39 år	32 (31,4)
40–59 år	41 (40,2)
60 år och äldre	29 (28,4)
Utbildning	
Upp till 12 år	39 (37,9)
Längre än 12 år	61 (59,2)
Huvudsaklig sysselsättning	
Lönearbetare/studerande/pensionär/föräldra- eller vårdledig	89 (86,4)
Egenföretagare	8 (7,8)
Arbetslös/permitterad	3 (2,9)
Annat/önskar inte besvara frågan	3 (2,9)
I allmänhet, skulle du säga din hälsa är?	
God hälsa	86 (83,5)
Någorlunda/dålig hälsa	17 (16,5)
Tillhör du någon riskgrupp för att drabbas av COVID-19 listad av THL?	
Nej	78 (75,5)
Ja	15 (14,6)
Vet inte	10 (9,7)
Har du haft COVID?	
Ja	0
Nej	93 (91,2)
Vet inte	9 (8,8)

Tabell 1. Beskrivande statistik över deltagarna.

det finns ett samband mellan högre självskattad hälsolitteracitet och att i större utsträckning veta hur man skyddar sig mot COVID-19 och i större utsträckning sköta sin handhygien.

Ett svagt positivt signifikant samband identifierades mellan hälsolitteracitet och frågan gällande social distansering ($r=0,261$; $p=0,008$), vilket indikerar att personer med högre självskattad hälsolitteracitet i större utsträckning har undvikit sociala sammanhang.

Ett svagt negativt signifikant samband fanns mellan hälsolitteracitet och frågan gällande strategi ($r=-0,250$; $p=0,009$), vilket indikerar att personer med högre självskattad hälsolitteracitet i större utsträckning överensstämmer med att rätt beslut har fattats för att bekämpa pandemin på Åland. Signifikant samband kunde inte identifieras mellan hälsolitteracitet och om man undvikit att resa eller gällande vaccinationsbenägenhet.

Diskussion

Resultatet indikerar att personer med stark hälsolitteracitet har tillämpat rekommendationer gällande handhygien och social distansering i vardagen under COVID-19-pandemin. Det är sedan tidigare känt att hälsolitteracitet påverkar hälsobeteenden vilket påverkar hälsoresultat; en person med starkare hälsolitteracitet kan bedöma, förstå, värdera och tillämpa hälsoinformation i sjukdomsförebyggande arbete och i hälsofrämjande syfte (4), vilket i praktiken visar sig i god handhygien och upprätthållandet av social distansering för att inte smittas av och/eller smitta andra med COVID-19.

Personer med god hälsolitteracitet involverar sig i större grad i sin hälsa vilket kan bidra till egenmakt. Vidare kan god hälsolitteracitet, inkl. tillämpning av rekommendationer, leda till minskad användning av hälsovårdstjänster (4). På Åland har det varit viktigt att hålla smittalen nere i och med begränsade lokala hälso- och sjukvårdsresurser. På Åland hade vid artikelns skrivande (augusti 2021) ännu inget dödsfall kopplat till COVID-19 registrerats och sjukhusinläggningar kopplade till COVID-19 har varit relativt få, vil-

ket kan tyda på att befolkningen på Åland generellt har god hälsolitteracitet och därmed också följt restriktioner och rekommendationer.

Resultatet visade också signifikant samband mellan hälsolitteracitet och att veta hur man skyddar sig mot COVID-19; personer med lägre skattad hälsolitteracitet vet i mindre utsträckning hur man ska skydda sig.

Ett bifynd i resultatet var att en av tio, ett år in i pandemin, inte visste om de ingår i riskgrupper listade av THL, vilket kan indikera bristande hälsolitteracitet.

Personer med bristande hälsolitteracitet kan drabbas av negativa konsekvenser i form av ohälsa till följd av försämrade möjligheter att påverka sin egen vardag och hälsa (5). Detta kan bidra till en känsla av otrygghet och oro; känslan av trygghet kan påverkas negativt om den rubbas från vad den brukar vara, till exempel vid yttre omständigheter då man inte längre kan leva sitt liv normalt på grund av olika omständigheter (12), såsom vid en pandemi. Däremot kan de med god hälsolitteracitet, som vet hur de ska skydda sig, känna en viss trygghet i vardagen.

Resultatet visade vidare signifikant samband mellan hälsolitteracitet och att rätt strate tillämpats på Åland, vilket kan förklaras genom den tillit som finns hos befolkningen i det åländska samhället. Enligt Ålands statistik- och utredningsbyrå (ÅSUB) har befolkningen på Åland, i likhet med övriga Norden, relativt stark tillit till andra människor och samhällsinstitutioner (13).

Kopplat till resultatet kan man anta att personer som ansåg att rätt strategi fattats i samband med COVID-19-pandemin kan känna sig trygga med de beslut som myndigheterna på Åland tar, vilket kan bidra till känsla av välbefinnande.

I arbetets resultat sågs inga signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna, kön och utbildningsnivå, som i tidigare studier visat sig kunna vara betydande för en persons hälsolitteracitet (2, 5, 6). Det kan förklaras genom att få deltagare deltog i enkäten eller att det är mindre samhällsklyftor på Åland jämfört med flera andra delar av världen. Det kan dock också antas att personer med bristande hälsolitteracitet inte deltog, till exempel personer med läs- och skrivsvårigheter, personer som talar ett annat språk än svenska, personer som är nyinflyttade till Åland eller personer som anser sig ha för lite kunskap om frågorna i enkäten och på så sätt anser att de inte kommer bidra till studien. Intressant skulle vara att studera detta igen men i större grupp och erbjuda frågorna på fler språk.

Beträffande praktiska implikationer behöver hälsoinformation anpassas så den möter de behov som finns i samhället (9). Webbsidor där hälsoinformation finns behöver vara anpassade för en stor del av befolkningen och innehålla ett lättförståeligt språk utan medicinska termer för att främja befolkningens hälsa (7). Om personer med låg hälsolitteracitet inte på samma sätt kan ta till sig och använda den kunskap som finns för att kunna handskas med hälsorisker i vardagen kan det leda till ojämlik hälsa (4). Jämlikhet ur ett hälsoperspektiv omfattar att alla medborgare ska

ha möjlighet att kunna uppnå sin fulla hälsopotential. Jämlikhet inom hälsa är nära förknippat med mänskliga rättigheter och hållbarhet och ska därför eftersträvas (14).

Elin Holmqvist

F.d. sjukskötarstudent, Högskolan på Åland

Erika Boman

Överlärare, Högskolan på Åland

REFERENSER

1. Institutet för hälsa och välfärd. Coronaviruset COVID-19 (Internet). Institutet för hälsa och välfärd, 2020 (uppdaterad 10.6.2020; hämtad 12.8.2021). Hämtad från: <https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/sjukdomar-och-bekampning/sjukdomar-och-sjukdomsalstrare-a-o/coronaviruset-covid-19>.
2. Mårtensson L, Hensing G. Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review (Internet). Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2012; 26(1): 151–160. Hämtad från: doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x.
3. Olander E, Ringsberg KC, Tillgren P. Health literacy – Ett dynamiskt begrepp. I Ringsberg KC, Olander E, Tillgren P, redaktörer. Health literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete. 2:1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2020.
4. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle J, Pelikan J, Slonska Z, m. fl. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models (Internet). BMC Public Health 2012; 12. Hämtad från: doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
5. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Ridderholm SJ, Skals RK, m. fl. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults (Internet). BMC Public Health; 2020; 28: 20(1): 565. Hämtad från: doi: 10.1186/s12889-020-08498-8.
6. Wängdahl J, Lau M, Nordström P, Samulowitz A, Karlsson L. Hälsolitteracitet – en kommunikativ utmaning för hälso- och sjukvården. Socialmedicinsk Tidskrift; 2017; 2.
7. Cangussú LR, Barros IRP, Botelho Filho CAL, Sampaio Filho JDR, Lopes MR. COVID-19 and health literacy: the yell of a silent epidemic amidst the pandemic (Internet). Rev Assoc Med Bras. 2020; 21(Suppl 2): 31–33. Hämtad från: doi: 10.1590/1806-9282.66.52.31.
8. Sørensen K, Wängdahl J. Health literacy research in the Nordic countries. I Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, redaktörer. International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan. Bristol: Policy press; 2013.
9. McCaffery KJ, Dodd RH, Cvejic E, Ayrek J, Batcup C, Isautier JM m. fl. Health literacy and disparities in COVID-19-related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. Public Health Res Pract; 2020; 30(4). Hämtad från: doi: 10.17061/phrp30342012.
10. World Health Organization. Survey tool and guidance. Rapid, simple, flexible behavioural insights on COVID-19 (Internet) (uppdaterad 29.6.2020; hämtad 12.8.2021). World Health Organization, 2020. Hämtad från: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/436705/COVID-19-survey-tool-and-guidance.pdf.
11. Holmqvist E. Hälsolitteracitet och covid-19-pandemin. En tvärsnittsstudie på Åland (Internet). Mariehamn: Högskolan på Åland; 2021 (hämtad 12.8.2021). Hämtad från: www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/501917/Holmqvist_Elin%20%283%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
12. Santamäki-Fischer R. Tröst och trygghet. I Friberg F, Öhlen J, redaktörer. Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt. 3:1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2019.
13. Ålands statistik och utredningsbyrå. Tillitsstudie för Åland 2018. Rapport 2018:5 (Internet). Mariehamn: Ålands statistik och utredningsbyrå; 2018.
14. Tillgren P, Ringsberg KC, Olander E. Det moderna folkhälsoarbetet och dess utmaningar. I Ringsberg KC, Olander E, Tillgren P, redaktörer. Health literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete. 2:1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2020.

Info

Arbetet i sin helhet återfinns i Theseus.fi: Holmqvist E. (2021). Hälsolitteracitet och -19-pandemin. En tvärsnittsstudie på Åland. Examensarbete, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård, Högskolan på Åland. Tillgänglig på: www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/501917/Holmqvist_Elin%20%283%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Ledarskapets påverkan på personalens välmående och vård av patienter

av Kati Heikkilä & Sirkku Säätelä

Ledarskapet inom vården påverkar personalens välmående samt vården av patienterna. Det finns enormt mycket forskning om bra ledarskap. Syftet med detta examensarbete är att ge fördjupad förståelse för hur ledarskapet på en vårdenhets påverkar personalens välmående och hur det i sin tur påverkar patienterna på enheten.

Studier visar att ledarskapets roll är avgörande när det kommer till att öka arbetsglädjen på en enhet. Enligt tidigare forskning har man kommit fram till att de arbetsplatser där dåligt ledarskap har upplevts har högre sjukfrånvaro bland sina arbetstagare. På enheter där personalen upplevt sin chef som inspirerande och stöttande har sjukfrånvaron varit betydligt lägre (1).

Bakgrund

Inom vård och omsorg genomförs ekonomiska åtgärder och nedskärningar som påverkar stressrelaterade problem och emotionella utmattning bland vårdpersonalen. Man kan tydligt se ett samband i ledarstilen och utbrändhet bland personalen. Arbetsmiljön påverkas negativt och resultaten blir sämre av stressrelaterade symtom.

Det är viktigt för dig som chef att möta utmaningarna och ta tag i arbetsmiljön och vårdkvaliteten. För att förbättra arbetsmiljön ska du som chef se till att din personal känner sig engagerad, är motiverad och får stöd. I en positiv vårdmiljö ska det finnas rum för att utvecklas och påverka beslut.

Vid struktur- och kvalitetsförändringar på enheten spelar ledarskapet en stor roll och det är av stor betydelse om vårdpersonalen får påverka i förändringarna. Enhetschefer har idag distanseras av ledningsgruppen till kontorsjobb och är inte mera lika delaktig i arbetsteamet och har därför inte heller lika stor översikt över läget ute på avdelningar och arbetet som utförs på enheten (2).

Ledarskapet har en betydelsefull roll i vårdens utveckling och kvalitet. Tidigare forskning visar att

ledarskapet har en stor betydelse för personalens välbefinnande, arbetshälsa och att det i sin tur har en stor betydelse till arbetsinställningen och vården som utförs. För att social- och hälsovården ska fungera är det viktigt att enhetschefen tar hand om personalens hälsa och arbetsförmåga.

Tidigare studier påvisar också att ledarskapet påverkar atmosfären på arbetsplatsen, samarbetet, personalens välbefinnande, den professionella utvecklingen, engagemang och genom dessa också vårdkvaliteten. En studie gjord i Sverige påvisar också att ett bra ledarskap leder till mera arbetsnärvaro och mindre sjukfrånvaro på en arbetsplats inom äldreomsorgen och den kommunala sektorn (3).

Vikten av kommunikation mellan personalen, enhetschefen och organisationen har också konstaterats vara av stor betydelse för välbefinnandet. Inom hälso- och sjukvården i Finland har ledarskapet kritiserats för att vara byråkratiskt, stelt, auktoritärt samt noggrant avgränsande med makt och ansvar (3). Aktivt ledarskap främjar utvecklingen av en stark arbetsetik, en positiv arbetsmiljö, professionalism och en bra organisationsöversyn (4). Utbildad personal, anständigt arbete och hälsosamma arbetsförhållanden inom sjukvården är grundläggande faktorer för ett fungerande, effektivt och motståndskraftigt sjukvårdssystem runt om i världen (5).

Ledaregenskaper

Varifrån har ledarskapskvaliteten sitt ursprung? Föds man som en dålig eller bra ledare, eller blir man skapad till en? Detta har forskare i årtal studerat och funderat kring. Man kan också börja som en "dålig" ledare men utvecklas genom åren till en bättre ledare, men detta beror bara på ledarens attityd och vilja till förändring och om hen kan se sina brister i sitt ledarskap (6).

En ledare kan ses som både dålig och bra, för i verkligheten så förekommer både bra och dåligt ledarskap samtidigt. En ledare som inte vill ta tag i konflikter kan anses som en dålig ledare eftersom hen då räknas som konflikträdd medan andra kan tycka att denna ledare är bra eftersom hen inte blandar sig i problemen (7).

Även dåliga ledare, ur personalens synvinkel sett, kan vara bra ledare på sitt sätt. De är så inställda och fokuserade på att uppnå sina mål inom verksamheten att de verkligen klarar av att uppnå dem, men längs vägen till sina mål glömmar de allt som finns runt om kring dem som till exempel sina medarbetare. Detta gör ledaren både bra och dålig men hen klassas oftast i personalens ögon som en dålig ledare (6).

Egenskaper hos en dålig ledare kan vara brist på emotionell intelligens, elakhet, oärlighet, svag förmåga att hantera stress, konflikträdsla, brist på ödmjukhet, mental obalans, girighet och dåligt beslutsfattande. En ledare med inkompetens kan också sakna känsla gentemot andra. Denna typ av ledare har en bristande förmåga i att fatta bra och lämpliga beslut vilket gör att personalen har svårt att följa och lyssna på denna typ av ledare. Det finns också ledare som intar en typ av maktposition och är mycket stela i sin roll, orubbliga och mycket beslutsamma i sina val. De tar inte hänsyn till andras åsikter utan gör i stället som de själva bestämt sig för (6).

En bra chef däremot sätter vikt på att prioritera arbetsglädje på arbetsplatsen med tanke på arbetstagarnas hälsa och välmående (1). En bra ledare inspirerar sina anställda, har tydliga riktlinjer, stöder sina anställda, lyssnar på sina anställda, är positiv, främjar en hälsosam arbetsmiljö, är engagerad och främjar till kontinuerlig utveckling. En god ledare ställer också fram organisationens mål för sina anställda och arbetar tillsammans med dem för att uppnå målen (5).

Tidigare forskning visar skrämmande höga siffror för incidenter i vårdssituationer till följd av sjukskötarens ohälsa, dåliga arbetsförhållanden och otillräckligt med personal (5). Högre arbetsbelastning och mera stress är orsaker till att personalen vantrivs på sina arbetsplatser. Anställda anser att orsaken till vantrivseln också beror på samarbetsproblem med chefen. Fysisk och psykisk ohälsa har en koppling till om arbetstagaren känner välbefinnande på sin arbetsplats. Om man känner sig som en viktig del av arbetslaget och får beröm på sin arbetsplats hålls man också längre frisk. En chef behöver också kunna hantera kon-

flikter och ha de rätta verktygen i sitt bagage för att hantera dem på rätt sätt och vara villig till att kompromissa (1).

Ledarskapet påverkar den mentala hälsan hos sina anställda. I ett väletablerat ledarskap inkluderas regelbundna teammöten där man ger feedback men också tydliga och respektfulla råd till medarbetarna. Mobbning och trakasserier måste alltid tas på allvar samt hanteras i ett tidigt skede (8).

Teoretisk utgångspunkt

I studien har Aaron Antonovskys teori om salutogen ansats använts som teoretisk utgångspunkt. Antonovskys teori om salutogen ansats, känsla om sammanhang är en teori som handlar om människors hälsa. Enligt Antonovsky (9) är både hälsa och ohälsa alltid närvarande och vägen mellan dessa måste man kunna balansera i vardagen. Har man en låg känsla av sammanhang upplever man kanske ohälsa medan med en hög känsla av sammanhang kan människan uppleva god hälsa. Påfrestning, stress och kaos är naturliga tillstånd i vardagen som alltid är närvarande i människans liv. Människan klassificeras inte heller som frisk eller sjuk utan som en person med hälsa eller ohälsa. Genom ett salutogent synsätt så ser man på vad som får människan att gå mot ohälsans riktning.

Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att ta reda på hur personalen på en vårdenhet påverkas av ledarskapet, hur deras mående påverkas till följd av detta och hur vården av patienterna påverkas. Frågeställningen i denna studie är:

- Hur påverkas personalens välmående på arbetsplatsen av ledarskapet?
- Hur påverkas vården av patienterna?

Metod

Studien gjordes som en systematisk litteraturstudie. I en litteraturstudie får man översikt av kunskapsmaterial som samlats in från tidigare forskning inom ett visst ämnesområde. En systematisk litteraturstudie är att systematiskt söka,

sammanställa och kritiskt granska vetenskapliga artiklar och annat forskningsmaterial. Materialet från ämnesområdet som används bör vara baserat på aktuell forskning (10).

Sökord så som ledarskap, vård och personalens välmående användes. För vidare granskning valdes vetenskapliga artiklar som var referensgranskade och relevanta för studien. Inklusionskriterierna var att de vetenskapliga artiklarna skulle handla om ledarskap inom vården, personalens välmående inom vården och omvårdnad av patienterna.

Tolkning och resultat

Resultatet har analyserats med kvalitativ ansats och innehållsanalys. För att få svar på forskningsfrågorna kategoriserades resultaten enligt vilka faktorer som påverkar personal och vilka som påverkar patienternas vård, såsom det framkom i den granskade litteraturen.

Det har lagts vikt på att i tolkningen inte förvränga materialet ur de tidigare studierna, forskningarna och litteraturen.

Ämnet som valdes är viktigt för att en arbetsplats ska fungera, man ska kunna se en helhet i hur allting är kopplat till varandra i denna studie. Personalens välmående har en stor inverkan på vårdkvaliteten och ledningen i sin tur har en stor inverkan på personalens välmående, allt hänger samman. Därför är det viktigt att sanningsenligt hålla sig till de resultat studierna visar.

Hur påverkas personalens välmående av ledarskapet

Vårdarbetet är ett känslösamt arbete som ställer höga känslomässiga krav på vårdarna, då är det ytterst viktigt att anställda känner stöd från organisationen. Ett resonansfullt ledarskap har en betydande roll i att förbättra personalens arbetsglädje. Arbetsengagemanget är högre när man har tillgång till socialt utbyte med sina kollegor på arbetsplatsen. Ledare har större uppskattning för frivilligt arbete än när man måste genom belöning få personalen att ställa upp till arbete. Personalen blir därför inte alltid tillräckligt uppskattade och berömda för sina arbetsinsatser (11).

Resultatet visar att chefen har en viktig roll för att man ska uppnå en bra arbetsplats inom äldreomsorgen, eftersom hon/han påverkar personalens sociala faktorer på arbetsplatsen.

Det finns skillnader och ojämställdheter när det kommer till ansträngningar och belöningar på arbetsplatsen som påverkar välbefinnandet. Anställda inom äldreomsorgen är konstant under press, de är överbelastade och har det stressigt. Det finns missnöjen med ledarskapet och arbetsvillkoren, man känner att man inte kan utvecklas på ett personligt eller karriärmässigt plan.

Organisatoriska faktorer så som omsättning och begränsade resurser har en påverkan i personalens välbefinnande. Det fanns också en koppling mellan de anställdas utbildning och deras egen bedömning av nivån på ledarskapet. Studien visar också att kvinnor som jobbar inom äldreomsorgen drabbas av mental ohälsa som mest när de jobbar mycket och får minimalt med tacksamhet för sin arbetsinsats. Det är också mycket vanligt att de drabbas av skulderblads- och nackproblematik samt kan lida av muskel- och skelett ohälsa (12).

Ledarskapet har en betydande roll i patientsäkerheten genom att se till så arbetstempot bland personalen inte blir för högt, att personalen trivs på sin arbetsplats, att arbetsmiljön är lugn och harmonisk. Beslutsfattarna måste vara medvetna om vikten av att avsätta tillräckliga resurser till vårdhem och hemtjänsten för att underlätta vårdarbetet. Chefens behöver skapa en trivsamt arbetsmiljö för vårdarnas välbefinnande genom att se till så det finns tillräckliga resurser, balans i arbetet, se till så kommunikationen fungerar och göra det möjligt för anställda att fokusera på sina arbetsuppgifter (13).

Vårdkvalitén

När personalen har förtroende för sin chef och använder sig av riktlinjerna som finns på arbetsplatsen kan man konstatera att det är mindre rapporteringar om läkemedelsmisslag så som felmedicinering på enheten. Vårddagarna för patienterna på ett sjukhus minskade också när sjukskötarna kände sig engagerade på arbetsplatsen.

Det resonansfulla ledarskapet hade också en betydelse för hur nöjda patienterna är med vården. Man kunde också se att det ökade patientsäkerheten och fallrisken minskade. Arbetsengagemang var kopplat till vårdkvaliteten på vårdenheten (11).

Chefen på en enhet har som uppgift att se till så att organisationen uppnår sina mål och att de anställda känner arbetsglädje för att äldreomsorgen ska vara av hög kvalitet och rehabiliterande för patienterna (12).

Det finns bevis som visar att ett bra ledarskap kan ha en positiv inverkan på både patientupplevelse och vårdresultatet. När sjukskötarna känner att de har stöd från sin ledare rapporteras det också att patienterna känner sig mera tillfredsställda med sin vård och de betygsatte sjukskötarnas arbete som utmärkt. Genom transformativt ledarskap och resonansledarskap minskar patientdödligheten genom olika åtgärder och redskap. Bra arbetsrelationer mellan sjukskötarna och ledarskapet förknippas med mindre medicineringsfel och färre vård dagar (14).

För att öka vårdkvaliteten på ett äldreboende bör ledaren fokusera mera på ett aktivt ledarskap och uppgiftsorienterat beteende så som struktur, samordning, övervakning av verksamheten samt klargöra för personalen vad deras arbetsuppgifter är. Ledartypen som är uppgiftsmedveten hade en positiv effekt på vårdkvaliteten. Studien visade också att patienternas anhöriga har ett sämre förhållningssätt till utbildad personal vilket kan resultera i att patienten själv blir mera missnöjd med sin vård. För att säkra en god vårdkvalitet behöver ledaren se till så att det finns utbildad personal så som sjukskötare och minimera antalet utbildad personal på äldreboenden (15).

Brist på resurser som personal, tid, pengar för utbildning och nödvändiga hjälpmedel kan hindra chefernas möjligheter att genomföra de åtgärder som krävs för att främja vården. Politiska riktlinjer och föreskrifter bör betona vikten av ett bra ledarskap, en bra arbetsmiljön och patientsäkerhet för att uppnå god omvårdnad av patienterna. Det är viktigt att säkerställa att det finns tillräcklig med personal, yrkeskompetens inom

arbetsteamet och god kommunikation inom organisationen för att skydda personcentrerad vård (13).

Studier visar att organisatoriska beslut samt arbetsplatskulturen har en inverkan i patientresultaten så som fallrisk, mortalitet och patienternas upplevelse av vården. Arbetsmiljön samt mentala faktorer som att känna sig överbelastad, personalbrist, tidsbrist och brist på hjälpmedel är hinder för patientcentrerad vård. Vårdarna har inte samma möjligheter mera att spendera tid och få kontakt med sina patienter, detta kan delvis bero på att arbetsbelastningen stiger och arbetstagarna blir stressade och hinner inte med (13).

Diskussion och slutledning

Denna studie tar upp hur viktigt det är att se sambandet mellan hur ledarskapet påverkar personalens välmående och hur det i sin tur påverkar vården av patienterna. Ämnet valdes p.g.a. egna erfarenheter om ledarskap.

Konklusionen är att allt hör samman och går att koppla ihop samt att dåligt ledarskap är ett mycket vanligt problem på många ställen inom vården. Ledarskapet och organisationen påverkar personalen som i sin tur påverkar vården av patienterna. Detta är något varje vård enhet borde ta i beaktande och granska hur det påverkar deras egen organisation. Alla behöver bra välmående för att få en fungerande organisation.

Man kan också få sig en tankeställare om hur viktigt det verkligen är med bra ledarskapsskolning för att vi ska kunna forma bra ledare för att trygga en bra arbetsmiljö, gott välmående, patientsäkerhet samt en god vårdkvalité.

Alla föds inte till bra ledare men nästan alla kan formas till att bli en bra ledare om viljan och motivationen finns där.

REFERENSER

1. Angelöw B. Mera arbetsglädje – Att utveckla och stärka arbetslusten. Stockholm: Natur & Kultur; 2015.
2. Rosengren K. Vårdledarskap – Att utveckla och förbättra framtidens vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur; 2014.
3. Grönlund A, Stenbock-Hult B. Vårdpersonalens syn på hälsofrämjande ledarskap. Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies; 2014; 34(1): 36–41.
4. Havig A K, Skogstad A, Kjekshus L E, Romøren T I. Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. BMC Health Services Research; 2011;11: 327.
5. Asif M, Jameel A, Hussain A, Hwang J, Sahito N. Linking Transformational Leadership with Nurse-Assessed Adverse Patient Outcomes and the Quality of Care: Assessing the Role of Job Satisfaction and Structural Empowerment. International Journal of Environmental Research and Public Health; 2019; 16(13).
6. Chase W. Bad leadership, what is it, and how can we overcome it? The Dental Assistant; 2010; 79(1):16–20.
7. Juuti P. Huono johtaminen: Tuhoon tieltä toimivaan työyhteisöön. Gaudeamus; 2018.
8. Terveys ja hyvinvoinninlaitos. Työikäisten mielenterveys (Internet); 2019. (hämtad 21.11.2020) Hämtad från: thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/tyoikaisten-mielenterveys.
9. Antonovsky A, Elfstadius M. Hälsans mysterium (2:1 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur; 2005.
10. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. (4:1 uppl.) Stockholm: Natur & Kultur; 2015.
11. Parr J, Teo S, Koziol-McLain J. A quest for quality care: Exploration of a model of leadership relationships, work engagement, and patient outcomes. Journal of advanced nursing; 2020; 77(1): 207–220.
12. Keisu B-I, Öhman A, Enberg B. Employee effort – reward balance and first-level manager transformational leadership within elderly care. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2018; 32: 407–416.
13. Ree E. What is the role of transformational leadership, work environment and patient safety culture for person-centered care? Nursing open; 2020; 7(6): 1988–1996.
14. Maxwell E. Good leadership in nursing: what is the most effective approach? Nursing Times; 2017; 113(8): 18–21.
15. Havig A, Hollister B. How Does Leadership Influence Quality of Care? Towards a Model of Leadership and the Organization of Work in Nursing Homes. Ageing international; 2017; 43(3): 366–389.

Info

Hela examensarbete hittas på:

urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202105118326.

Kati Heikkilä

Sjukskötarstudent, YH Novia/Vasa

Sirkku Säätelä

MPA, lektor i vård, YH Novia/Vasa

Bemötande av personer som lämnat ett religiöst samfund

av Maria Björkmark

Som doktorand vid enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi i Vasa, arbetar jag med en doktorsavhandling med arbetsrubriken "Utvecklande av vården för personer som erfar lidande och ohälsa efter att ha lämnat ett religiöst samfund". Avhandlingen består av tre olika delstudier och publiceras i form av en artikelavhandling skriven på engelska, förhoppningsvis under hösten 2022.

Kyrkor och församlingar skall vara trygga ställen för människor, utan hot eller fara. Enligt rapporten Trygg församling (1) borde utgångspunkten för all verksamhet inom kyrka och församlingar vara att ta hand om deltagarnas trygghet i alla situationer, trygghet på alla olika nivåer: fysisk, psykisk, andlig, social, känslomässig och sexuell trygghet. Tyvärr är denna trygghet inte alltid garanterad och människor kan kränkas, även inom religiösa samfund. I de flesta delar av världen har människor en religionsfrihet, som inkluderar tankefrihet, samvetsfrihet och religion. Även om denna frihet också inkluderar rätten att ändra sin religion eller tro, respekteras inte alltid denna rättighet (2).

Datainsamling via djupintervjuer

Datainsamlingen för studie 1 och 2 gjorde jag genom djupintervjuer med 18 personer som lämnat olika religiösa samfund i Finland. Informanterna hade lämnat fem olika rörelser: Jehovas vittnen, laestadianismen, pingstkyrkan, nya karismatiska rörelser och en friförsamling. Resultaten av dessa studier visar att om en person lämnar ett religiöst samfund kan det leda till ett djupt mänskligt lidande, om hen tex. förlorar kontakten med familjemedlemmar och vänner. Upplevelser av utanförskap, rädslor, skuld, skam, ensamhet och svår ambivalens är vanliga. Dessa upplevelser kan leda till mental ohälsa, såsom ångest, depression, psyko-somatiska symptom och t.o.m. suicidalitet

och psykisk sjukdom. Livet efter att man lämnat ett religiöst samfund kan innebära lidande på många olika plan, och en process som för vissa kan vara mycket lång (3).

Att lämna ett religiöst samfund innebär inte bara negativa upplevelser och känslor. Många informanter berättade om hur beslutet ledde till att de idag lever ett liv fyllt av en stor livsglädje och frihet, vilka de är mycket tacksamma för (4). Inom vården kan vi dock komma i kontakt med personer som lider och upplever ohälsa på grund av sina negativa upplevelser efter att de lämnat samfundet.

Brist på förståelse och hjälp

De flesta informanter berättade att de inte mött den förståelse och hjälp de skulle ha behövt inom social- och hälsovården, före eller efter de lämnade samfundet. De hade stött på okunskap och brist på förståelse om deras livssituation hos vårdpersonal och terapeuter. De lyfte exempelvis fram att vårdpersonalen inte hade trott på eller tagit deras erfarenheter på allvar. Dessutom hade de upplevt att vårdpersonal i allmänhet är rädda för att diskutera religiösa frågor och därför undviker ämnen som berör religion och tro. Alla dessa upplevelser kan beskrivas som ett vårdlidande för klienten. Vissa informanter hade inte ens försökt söka hjälp från social- och hälsovården, eftersom de tvivlade på att de skulle möta förståelse och hjälp.

Bristen på kunskap och förståelse efter att man lämnat ett religiöst samfund kan leda till att man inte får den hjälp man behöver eller t.o.m. blir felaktigt diagnosticerad. Också annan forskning visar att personer som lämnat ett religiöst samfund har svårt att möta förståelse för sin livssituation samt få hjälp och stöd (tex. 5–7).

Järvå (8) beskriver att det finns klienter som skickas runt mellan olika vårdinstanser och får olika psykiatriska diagnoser. När de möter en vårdare som förstår och bekräftar vad de har upplevt, kan de göra stora framsteg på en kort tid. Också bland mina informanter fanns det sådana som hade mött på bra vård och stöd, och kunde ge viktig information om vad man som klient be-

höver i denna livssituation.

En god vårdrelation behövs

Informanterna lyfte fram att det som man behöver efter att man lämnat ett religiöst samfund är först och främst att man blir trodd och tagen på allvar. Av vårdpersonal behöver man få bekräftelse för det man gått igenom och man behöver bli hörd och inte ifrågasatt. En god vårdrelation består av ett gott bemötande och att vårdaren har ett genuint intresse och en vilja att hjälpa. Trots att vårdaren kanske inte har så mycket erfarenhet och kunskap om denna kontext, kan det ibland räcka med att hen har mod att prata om frågeställningar som gäller klientens religion and religiösa samfund. Då kan klienten prata om saker med dess rätta namn och uppleva att hen blir förstådd.

Enligt informanterna finns det ett stort behov av mera kunskap och medvetenhet om denna problematik inom vården. Deras budskap till vårdpersonalen var att det kan vara svårt för en utomstående att förstå vilka svårigheter man kan möta, efter att man lämnat ett religiöst samfund, speciellt om man tillhört samfundet hela sitt liv. Därför poängterade de att det finns behov av mera utbildning för vårdpersonal och terapeuter, för att vården och förståelsen kan förbättras. De lyfte fram viktiga teman som utbildningen kunde innehålla, och dessa kan användas när vi strävar efter att utveckla kurser inom detta område.

Det viktiga kamratstödet

Alla informanter lyfte fram betydelsen av stöd från andra som är i samma livssituation (vertaistuki, kamratstöd), som är väldigt viktigt i processen mot hälsa och större välbefinnande. Ett sådant stöd kan fås av vänner och familjemedlemmar som har liknande erfarenheter, eller från något av de många sociala nätverk på internet som samlar människor som funderar på att eller har lämnat ett religiöst samfund. Dessutom kan man få stöd genom t.ex. Stödföreningen för religioners offer rf (9) som erbjuder hjälp till sådana som upplever svårigheter i relation till sin tro eller religiösa samfund. Föreningen ordnar stödgrup-

per runt om i hela Finland, samt erbjuder hjälp i form av stödtelefon och chatgrupper. Vårdpersonal behöver känna betydelsen av kamratstöd och handleda en klient att söka stöd av andra i denna livssituation.

Arbetet fortsätter

Att vara i en livssituation där man lämnat sitt religiösa samfund kräver alltså en djup förståelse från vårdpersonal. Arbetet med min avhandling fortsätter. Tillsammans kan vi jobba för att medvetenheten om denna problematik ökar, så att människor som lider i denna kontext, kunde få bättre hjälp och stöd inom vården.

Jag vill rikta ett stort tack till Sjuksköterskeföreningen i Finland som beviljat mig forskarstipendier vid två olika tillfällen. Tack vare forskarstipendier, också från Åbo Akademi och Kyrkans forskningscentral, hade jag möjlighet att vara studieledig från mitt arbete som lektor i vård vid Centria YH i Karleby under två läsår, och detta är jag mycket tacksam för.

Maria Björkmark

HVM, universitetslärare och doktorand, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa

REFERENSER

1. Evangelisk-Lutherska Kyrkan i Finland. Trygg församling (Internet); 2019. Report No.: Publikationer från Ev.-luth kyrkan i Finland 85. Hämtad från: evl.fi/documents/1327140/43626708/Trygg+f%C3%B6rsamling.pdf/b654843f-5616-404a-390c-c298d7a9deb0?t=1579607930000.
2. Enstedt D, Larsson G, Mantsinen TT. Handbook of leaving religion. Leiden: Boston; 2020.
3. Björkmark M, Koskinen C, Nynäs P, Nyholm L. Suffering of Life after Religious Disaffiliation: A Caring Science Study. Int J Caring Sci. 2021; 14(1): 1–7.
4. Björkmark M, Nynäs P, Koskinen C. Living Between Two Different Worlds. Experiences of Leaving a High-Cost Religious Group. J Relig Health (Internet); 2021 (hämtad 26.8.2021) Hämtad från: doi.org/10.1007/s10943-021-01397-1.
5. Knight A, Wilson E E, Ward D, Nice L. Examining Religious Disaffiliation Through a Family Systems Lens: Implications for Treatment. J Couple Relatsh Ther. 2019; 18(2): 170–87.
6. Timonen J. Identiteetin rakentuminen uskonnollisista yhteisöistä irtautuneiden elämäntietomuksissa (Internet). Joensuu: University of Eastern Finland; 2013 (hämtad 22.4.2021) Hämtad från: www.doria.fi/handle/10024/95284.
7. Wallis L. Switching off the cult: Mental health professionals have little understanding of the needs of people who have escaped a cult. Nurs Stand. 2007; 21(49): 20–3.
8. Järvä H. Sektsjuka: bakgrund - uppbrott - behandling. Lund: Studentlitteratur; 2009.
9. Stödföreningen för religioners offer rf (Internet); 2021 (hämtad 26.8.2021) Hämtad från: www.uskontojenuhrientuki.fi/svenska/.



Donera till Åbo Akademi



www.abo.fi/donera

Åbo Akademi är hela Finlands svenska mångvetenskapliga bildningsuniversitet. Vi forskar och utbildar för ett inkluderande och öppet samhälle, för att bidra till att lösa omvärldens utmaningar och för att uppnå FN:s globala hållbarhetsmål.

Du kan vara med och stöda utbildning och forskning vid Åbo Akademi, bland annat inom vårdvetenskap.

Mera information om medelinsamlingskampanjen och donationsmöjligheterna på www.abo.fi/donera eller kontakta medelinsamling@abo.fi

#åakärlek ❤️

Att anpassa sig till en förändrad miljö

av Jenni Avellán-Jansson Jennifer Jansson Erika Boman Katarina Ulenius

I artikeln sammanfattas examensarbetet 'Social distansering och välbefinnande under COVID-19-pandemin på Åland - att anpassa sig till en förändrad miljö. Examensarbetet är en del av ett större projekt, 'Ålands COVID-19 populationskohort - en longitudinell epidemiologisk studie och kartläggning av befolkningens erfarenheter och beteenden' (Ålands Covidkohort).

I examensarbetet framkom att den sociala distanseringen under COVID-19-pandemin har orsakat en förändring i den fysiska och sociala miljön som påverkade välbefinnandet. Många anpassade sig dock väl till den förändrade miljön och kände välbefinnande trots social distansering.

Syftet med examensarbetet var att med fokus på adaptionsförmåga belysa vad social distansering innebär för människors välbefinnande under COVID-19-pandemin på Åland.

Global pandemi

WHO klassificerade COVID-19 som en global pandemi i mars 2020. COVID-19 är en nyligen upptäckt infektionssjukdom som orsakas av ett coronavirus, SARS-CoV-2 (1). Myndigheter och beslutsfattare måste agera när de förstod att

viruset är farligt och att det sprider sig snabbt. Första åtgärden för länder var att stänga sina gränser för att hindra smittspridning. Människor uppmanades att sitta hemma och att distansera sig från andra.

Bara på några veckor blev vår öppna värld slutten och social distansering blev en del av vardagen (2). De restriktioner och rekommendationer som COVID-19-pandemin medförde gjorde att Åland drabbades hårt ekonomiskt, speciellt inom turistbranschen och sjöfarten (3).

Social distansering är den effektivaste åtgärden för att minska smittspridningen av COVID-19 (4), men det finns hälsorisker med social distansering. Olika studier världen över visar att isolering och social distansering har påverkat människor både fysiskt och psykiskt med sjukdomar och oli-

ka symtom som följd. Ångest, depression, dålig sömnkvalitet, kroniska fysiska besvär, benskrörhet, undernäring och hjärt- och kärlsjukdomar är några exempel på hur människor kan påverkas både fysiskt och psykiskt av social distansering (5–8).

WHO har identifierat psykisk ohälsa som en viktig del av COVID-19-pandemins konsekvenser. Ökad droganvändning, ångest och sömnlöshet är några av pandemins tänkbara följder. WHO betonar att psykisk hälsa är väsentligt för att en individ ska må bra och känna välbefinnande (9).

Teoretisk referensram

Sister Callista Roys adaptionsmodell är en omvårdnadsteoretisk referensram som valdes ut för examensarbetet för att rama in intervjumaterialet. Roy menar att adaption innebär en process där en person, som individ eller i grupp, gör medvetna iakttagelser och val för att skapa en integration mellan människan och miljön. Människan har också tre olika adaptionsnivåer som påverkar hur väl hen hanterar inre och yttre intryck, stimuli: integrerad, kompenserad och komprometterad. Med andra ord påverkar adaptionsnivån människans förmåga att hantera stimuli och därmed uppnå välbefinnande (10).

Alla har unika förutsättningar att hantera olika situationer. Förmågan att skapa balans för att bli integrerad och hel varierar beroende på kontexten. Roy använder begreppet hälsa i sin omvårdnadsteori, men i vårt arbete används begreppet välbefinnande då hälsa och välbefinnande är något som går in i varandra. Callista Roy definierar hälsa som ett tillstånd och en process av att vara och att bli integrerad och hel, vilket återspeglar människans och miljöns ömsesidighet. Den omgivande miljön ses som föränderlig där människan behöver adaptera (anpassa sig) för att hitta balans och jämvikt i livet (10).

Material och metod

Examensarbetet är en del av ett större projekt, Ålands COVID-19 populationskohort - en longitudinell epidemiologisk studie och kartläggning av befolkningens erfarenheter och beteenden (Ålands Covidkohort). Projektet är ett samar-

betsprojekt mellan Högskolan på Åland, Ålands hälso- och sjukvård, Ålands landskapsregering, Medimar, Bimelix och Institutet för hälsa och välfärd (THL).

Inom ramarna för Ålands Covidkohort genomfördes fyra semistrukturerade fokusgruppsintervjuer, vilka inom detta arbete analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Innehållsanalysen genomfördes med abduktiv design, vilket innebär att den är både induktiv och deduktiv. Induktiv ansats betyder att forskaren ser verkligheten i de fenomen som framträder. Deduktiv ansats innebär att dra en slutsats genom att utgå ifrån en teori eller hypotes. Fokus låg på positiv och negativ anpassning, utifrån arbetets teoretiska referensram (deduktiv ansats). Ett övergripande tema trädde fram efter en kreativ process och med hjälp av referensramen. Kategorierna och subkategorierna utvecklades med grund i det som uttalades i intervjuerna, vilket ansågs betydelsefullt för att kunna utveckla ny kunskap (induktiv ansats).

'Ålands Covidkohort' har genomgått en etikprövning och har beaktat de grundläggande etiska principerna: autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen. För att en humanforskning kan kallas etisk är det viktigt att undersöka något av betydelse och som är till nytta för individen, samhället eller professionen. Detta examensarbete är till nytta för samhället och för sjukskötarprofessionen.

God Vetenskaplig Praxis (GVP) betyder att det förfaringsätt som forskningssamfundet har godkänt beaktas i studien, i synnerhet hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet i dokumenteringen av resultatet och presentationen. Vi har beaktat GVP under examensarbetets gång och efter att arbetet blev godkänt redigerades intervjumaterialet. Därefter publicerades examensarbetet i Theseus.fi, så att deltagarna, samhället och sjukskötarprofessionen kan ta del av det.

Resultat

Ur den deduktiva analysen av resultatet framkom ett övergripande tema: Att sträva efter det gemensamma goda – en utmaning där livsprocessen kan bli integrerad, kompenserad eller komprometterad (se tabell nedan).

Ur den induktiva analysen framsteg fyra kategorier som stödjer temat: Att sakna det normala livet, att leva upp till samhällets förväntningar – en påfrestning, att vara osäker över framtiden och att finna meningsfullhet i en förändrad tillvaro, samt åtta subkategorier.

Det gemensamma goda har sitt ursprung i ett av adaptionmodellens begrepp veritativitet som kommer från det latinska ordet veritas och betyder sanning. Den absoluta sanningen är det gemensamma goda och innebär att människans

existens förknippas med att mänskligheten har ett gemensamt mål att uppfylla (10). Det gemensamma goda har använts som en metafor för att människor tillsammans kan minska smittspridningen av COVID-19 genom social distansering, på ett sådant sätt att personlig växt och utveckling främjas.

Kategorierna och subkategorierna beskriver hur strävan efter det gemensamma goda har påverkat människor, det vill säga om den sociala distanseringen orsakat en integrerad, kompenserad eller komprometterad livsprocess. De här livsprocesserna är de tre adaptionnivåerna som förklaras i adaptionmodellen. Adaptionnivån påverkar människans förmåga att hantera stimuli och därmed att uppnå välbefinnande.

Att sträva efter det gemensamma goda – en utmaning där livsprocessen kan bli integrerad, kompenserad eller komprometterad	Att sakna det normala livet	Att inte ha något att se fram emot Att känna sig isolerad – avsaknad av social kontakt
	Att leva upp till samhällets förväntningar – en påfrestning	Att ta ansvar – en känsla av frustration och rädsla Att uppleva ett socialt tryck
	Att vara osäker över framtiden	Att oroa sig över COVID-19-pandemins följder Att inte se slutet
	Att finna meningsfullhet i en förändrad tillvaro	Att vara tacksam över ösamhället Åland Att tillvarata lugnet

Tabell. Tema, kategorier och subkategorier

Att sakna det normala livet

Att sakna det normala livet handlade om att känna sig isolerad, om avsaknad av sociala kontakter och att inte ha något att se fram emot. Det framkom att många upplevde att vardagen kändes trist och att det inte fanns något som sätter guldkant på tillvaron.

Att leva upp till samhällets förväntningar

Att leva upp till samhällets förväntningar gällande karantän och social distansering var påfrestande. En del upplevde att de själva gjorde vad som förväntades efter en resa, det vill säga att de följde restriktioner och rekommendationer och då upplevdes det frustrerande att andra inte gjorde det. Det fanns en rädsla över att smitta familjemedlemmar med COVID-19, men samtidigt en ansvarskänsla och frustration över deras ensamhet. Det framkom även en känsla av skam eller socialt tryck om någon hade varit tvungen att åka på en resa eftersom samhällets förväntningar var att hålla den sociala distanseringen, att inte resa och att stanna hemma.

Att vara osäker över framtiden

Att vara osäker över framtiden innebar att oroa sig över pandemins följder och att inte se slutet. Många var bekymrade över sociala och samhällsekonomiska konsekvenser som kan uppkomma till följd av pandemin. Det framkom även oro för ökat våld i nära relationer och barn som kan fara illa av att skolorna har distansundervisning. Det fanns även en uppgivenhet över att inte se slutet. Att inte veta när pandemin är över och när framtiden kan börja planeras igen kändes tungt.

Att finna meningsfullhet i en förändrad tillvaro

Att finna meningsfullhet i en förändrad tillvaro handlade om att känna tacksamhet över den åländska miljön och att kunna tillvarata lugnet som den sociala distanseringen medförde. Flera av respondenterna hade anpassat sig väldigt bra till den nya miljön och uppskattade lugnet i den förändrade tillvaron, att få mer tid med sin familj och att få vara ute i naturen. Många var tacksam-

ma över att bo i ett ösamhälle och tyckte att det var bra att bo på Åland i pandemitider.

Diskussion

Tre av kategorierna i resultatet visade att livsprocessen blivit kompenserad. Dessa var: Att sakna det normala livet, att leva upp till samhällets förväntningar – en påfrestning, att vara osäker över framtiden. En kompenserad livsprocess innebär en hotad livsprocess eftersom yttre eller inre stimuli gör det svårt för människan att anpassa sig till miljön.

Kategorin Att finna meningsfullhet i en förändrad tillvaro talar om att livsprocessen blivit integrerad. En integrerad livsprocess innebär att allting fungerar ändamålsenligt och balanserat och människan kan känna välbefinnande. En komprometterad livsprocess innebär att utmaningarna blivit för många och svåra (10). Människan hinner inte anpassa sig och försöker då bemästra situationen på icke-ändamålsenliga sätt som att till exempel använda alkohol för att dämpa ångest.

Det framkom i resultatet att många saknade det normala livet. Då respondenterna inte kunde träffa nära och kära, bejaka sina livsmål eller ha meningsfulla aktiviteter under pandemin orsakades en obalans i livsprocessen som påverkade välbefinnandet. En studie visar att autonomi, positiva sociala kontakter med andra, att hitta en mening med livet, bra livskvalitet och förmåga att uppnå sina mål är faktorer som kännetecknar välbefinnandet (11).

Den sociala distanseringen skapade en ansvarskänsla som ledde till både rädsla och frustration och fick respondenterna att uppleva ett socialt tryck. Åland är ett litet ösamhälle där många känner varandra, vilket kan leda till att människor känner sig utpekade. Känslan av det sociala trycket eller skammen som framkom ur resultatet kan ha en koppling till sociala medier. En svensk studie visar att det har skapats hashtags på sociala medier, #coronaskam och #coronashame för att döma människor som inte följer restriktioner och rekommendationer och istället prioriterar sina egna behov. Socialt tryck är påfrestande stimuli som leder till en kompenserad livsprocess (12).

Respondenterna hade en osäkerhet över framtiden som innebar oro över pandemins följder ekonomiskt och socialt. Den oron var motiverad. Det har visat sig att COVID-19-pandemin har orsakat en stagnation i samhället och för företag, vilket påverkar på individnivå. Arbetslöshet, ekonomiska svårigheter, psykisk ohälsa, missbruk och exklusion är en ond cirkel som vanligtvis följs efter tider av lågkonjunktur. Den slutgiltiga prislappen på pandemin vet vi inte ännu, men den kommer troligtvis att vara hög (13).

Att vara osäker över framtiden medförde också en uppgivenhet över att inte veta när pandemin är över. Det kan liknas med begreppet demoralisation som har använts inom cancervården för att få fram stressen som en livshotande sjukdom kan ge. Begreppet innebär en känsla av kontrollförlust, osäkerhet, avsaknad av social funktion och livsmål. Det innefattar också att ha svårt att anpassa sig och att inte ha möjligheten att i framtiden kunna utföra viktiga personliga angelägenheter, vilket ger en känsla av meningslöshet (14). Callista Roy menar att det är viktigt att i ett tidigt skede uppmärksamma stimuli från människors inre och yttre värld så att inte livsprocessen blir kompenserad eller komprometterad (10).

COVID-19-pandemin hade även medfört någonting positivt, vilket var glädjande att se. Många av respondenter uppskattade lugnet vilket kan kopplas till en studie där det framkom att de som hade hög social self-efficacy upplevde ensamhet som en möjlighet till en lugnare tillvaro och kunde njuta mer av nuet. Social self-efficacy är en tro på sin självförmåga att upprätthålla och skapa relationer (15). Detta kan kopplas ihop med Callista Roys teori, där de olika adaptionsnivåerna styr människans förmåga att anpassa sig. Människor har olika kapacitet att ta till sig intryck, stimuli och hantera det på ett ändamålsenligt sätt. Adaptionsnivån är således beroende av en persons förutsättningar (10).

En annan positiv sak som framkom var att den sociala distanseringen fick människor att uppskatta den åländska naturen. Det ledde till en ökad naturkontakt som bidrog till välbefinnande och en studie belyser att naturupplevelser

är associerade med mentala fördelar. Det har framträtt att en befolknings välbefinnande kan förknippas med närheten till hav och gröna områden (16). På Åland förvaltas en ömsesidighet med naturen. Ålänningarna kan, trots att pandemin drabbat ekonomin hårt på Åland, känna sig lyckligt lottade i och med närheten till naturen och den utspridda befolkningen (17).

Avslutande reflektioner

Vi hade själva erfarenhet av social distansering, det vill säga en viss förförståelse, vilket kan ses både som en styrka och svaghet. Det finns en risk att vi har belyst saker som är viktiga ur vårt eget perspektiv, egna upplevda erfarenheter. Fördelen med den egna erfarenheten är att det fanns en förståelse för vad respondenterna menade och det kunde då lyftas fram. Intervjumaterialet var omfattande, vilken kvalitativ innehållsanalys är lämpat för. En svaghet med att använda metoden är dock att någon viktig aspekt från respondenterna förbises. Intervjutexterna lästes igenom många gånger, samt analyserades noggrant. I resultattabellen framkom att respondenterna i de olika intervjuerna nämner liknande saker, vilket är evidens för de kategorier och subkategorier som stigit fram.

Avslutningsvis kan det konstateras att strävan efter det gemensamma goda har medfört utmaningar i människors livsprocess, det vill säga att den har blivit kompenserad. Många anpassade sig dock väl till den förändrade miljön och kände välbefinnande trots social distansering, vilket innebar en integrerad livsprocess. Genom de olika adaptionsnivåerna som beskrivs i adaptionsmodellen kan en ökad förståelse fås för vilken anpassningsförmåga människor har. Det blir då lättare att stödja människors samspel med omgivningen, så att de kan anpassa sig till en förändrad miljö.

ICN:s etiska kod sjukskötaren och allmänheten förmedlar att sjukskötaren delar ett ansvar med samhället att bidra till att allmänhetens sociala behov och hälsa upprätthålls. Den sociala distanseringen har under pandemin orsakat en förändring i den fysiska och sociala miljön som påverka-

de välbefinnandet.

Det kan inte dras någon slutsats utifrån resultatet om livsprocessen blivit komprometterad. Det finns dock en risk att social distansering kan orsaka en komprometterad livsprocess med negativa copingprocesser som följd.

Hela examensarbetet finns att tillgå på The-seus.fi, www.theseus.fi.

Jenni Avellán-Jansson

Sjukskötarstudent, YH Högskolan på Åland

Jennifer Jansson

Sjukskötarstudent, YH Högskolan på Åland

Erika Boman

Överlärare, Högskolan på Åland

Katarina Ulenius

Lektor, Högskolan på Åland

REFERENSER

1. 1177 Vårdguiden. Covid-19-Coronavirus (Internet) (hämtat 16.8.2021). Hämtad från: www.1177.se/Blekinge/sjukdomar--besvar/lungor-och-luftvagar/inflammation-och-infektion-ilungor-och-lufttror/om-covid-19--coronavirus/covid-19-coronavirus/.
2. Hannus M, Nordlund R. Ålands väg under och ur Coronakrisen -statusrapport 4 (Internet). Bärkraft; 2021. Hämtad från: www.barkraft.ax/statusrapport-4.
3. Ålands Statistik och Utredningsbyrå. Konjunkturläget våren 2020 och coronakrisen (ÅSUB 2020:1) (Internet) (hämtat 16.8.2021). Hämtad från: www.asub.ax/sites/www.asub.ax/files/reports/rapport_2020_1_konjunkturlaget_varen_2020_tillganglig.pdf.
4. Braun. Hjälp till att sakta ner smittspridningen av Covid-19 (Internet) (hämtat 16.8.2021). Hämtad från: www.bbbaun.se/sv_se/patienter/infektionsprevention-for-patienter/social-distansering.html.
5. Krüger-Malpartida H, Pedraz-Petrozzi B, Arevalo-Flores M, Samalvides-Cuba F, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M. Effects on Mental Health After the COVID-19 Lockdown Period: Results from a Population Survey Study in Lima, Peru (Internet). Clinical Medicine Insights: Psychiatry. 2020; 11: 1-9. Hämtad från: <https://doi.org/gjfwxw>.
6. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba F, Oliveira D V, Rodríguez-Mañas L. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations (Internet). The journal of nutrition, health and aging. 2020; 24: 938-947. Hämtad från: <https://doi.org/gjfwxw>.
7. Morina N, Kip A, Hoppen T-H, Priebe S, Meyer T. Potential impact of physical distancing on physical and mental health: a rapid narrative umbrella review of meta-analyses on the link between social connection and health. (Internet). BMJ Open. 2021; 11:1-11. Hämtad från: <https://doi.org/gjfwxw>.
8. Valtorta N K, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. (Internet). BMJ Heart. 2016; 102: 1009-1016. Hämtad från: <https://doi.org/f9wq62>.
9. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Use. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment (WHO). (Internet); 2020. Hämtad från: www.who.int/publications/i/item/978924012455.
10. Roy C. The Roy Adaptation Model. 3. upplagan. Pearson Education, Inc; 2009.
11. Dodge, R, Daly A, Huyton J, Sanders L. The challenge of defining wellbeing (Internet). International Journal of Wellbeing. 2012; 2: 222-235. Hämtad från: <https://doi.org/gdf4gw>.
12. Westerberg G. Corona, vaghet och skam. Om myndighetskommunikation och affekt på sociala medier (Internet). Språk & Stil. Tidskrift för svensk språkforskning. NF. 2020; 30: 5-31. Hämtad från: <https://doi.org/ghsqtq>.
13. Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE. COVID-19-epidemiens eettinen arviointi (Internet); ETENE-julkaisu 47. 2020. Hämtad från: https://etene.fi/documents/1429646/44956485/ETENE_Covid-19-epidemi+eettinen+arviointi.pdf/f775f172-3878-d5a9-22a3-34b8f256e06a/ETENE_Covid-19-epidemi+eettinen+arviointi.pdf?t=1605084741325.
14. Vehling S, Kissane D W, Lo C, Glaesmer H, Hartung T, Rodin G, Mehnert A. The association of demoralization with mental disorders and suicidal ideation in patients with cancer (Internet). Cancer 123. 2017; 17: 3394-3401. Hämtad från: <https://doi.org/gjgh9b>.
15. Smith H M, Betz N E. An examination of efficacy and esteem pathways to depression in young adulthood (Internet). Journal of Counselling Psychology. 2002; 49: 438-448. Hämtad från: <https://doi.org/bg7wb4>.
16. Bratman G, Anderson C, Berman M, Cochran B, De Vries S. Nature and mental health: An ecosystem service perspective (Internet). Science advances. 2019; 5: 1-14. Hämtad från: <https://doi.org/gf6z8v>.
17. Bärkraft. Utvecklings- och hållbarhetsagenda för Åland (Internet); 2016 Hämtad från: www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/agendan-2016-9-4.pdf.

Palliativ vård, specialiseringsutbildning

av Carina Svens-Dahl & Gitte Hartvik

Den 30 januari åkte vi, två förväntansfulla sjukskötare, till Novia i Vasa för att som första svenskspråkiga grupp inleda specialiseringsutbildningen till sakkunniga inom palliativ vård. Vi jobbar båda sedan tidigare som sjukskötare på Närpes hälsovårdscentral, den ena inom öppen vård med egen palliativ mottagning och den andra på avdelningen på hvc sjukhus. Vi har tidigare deltagit i olika fortbildningar och utbildningar inom området men nu ville vi fördjupa oss ännu mera.

Palliativ vård

Palliativ vård är en mänsklig rättighet för alla människor oberoende var man bor i landet. En åldrande befolkning och ökning av kroniska sjukdomar ger ett ökat behov av palliativ vård och behov av personer med kunskap inom området.

Syftet med palliativ vård är att bevara livskvalitet, lindra lidande och symtom oavsett om det är

fysiskt, psykiskt, andligt eller socialt. Den palliativa vården kan sträcka sig över flera år med målet att uppnå bästa möjliga livskvalitet. Döden är en naturlig del av livet och den palliativa vården har som mål att varken förlänga eller förkorta livet (1).

Nivån på palliativ kunskap i Finland har varierat och därav har nu social- och hälsovårdsministeriet startat en landsomfattande utbildning för att höja nivån. Enligt undersökningar så ligger Finland sämst till av de nordiska länderna när det gäller vårdtjänster inom palliativ vård.

Utbildningen

Specialiseringsutbildningen är en del av ett EduPal-projekt och genomfördes samtidigt över hela Finland i 15 olika yrkeshögskolor. YH Novia är den enda som genomförde utbildningen på svenska (2).

Utbildningen placerar sig mellan yrkeshögskole- och högre yrkeshögskoleexamen och ligger på

nivå 6 i EQF/NQF. Den var indelad i 4 moduler, varav den sista var en fördjupning enligt intresse. Utbildningen omfattar 30 studiepoäng och studerandens arbetsmängd uppgick till 810 timmar. Utbildningen bestod av endast 12 närstudiedagar, resten var självstudier med olika arbeten att lämna in (2).

Efter avslutad utbildning ska vi kunna arbeta som sakkunniga inom palliativ vård, i vår arbetsgemenskap och för olika enheter i vår egen verksamhetsmiljö. Syftet med EduPal-projektet är bland annat att skapa en nationell rekommendation som inkluderar palliativ vård i grundutbildningen för sjukskötare- och läkarstuderande samt skapa en nationell rekommendation för specialistutbildning i palliativ vård och medicin för att garantera specialistkompetens i palliativ vård (2).

Vi inledde studierna med att göra en personlig studieplan där vi beskrev våra behov av kunskaper samt utvecklingsbehov. Studierna har varit uppbyggda med två närstudiedagar per gång och inlämningsuppgifter däremellan.

Modul 1

Modul 1 har tagit oss in i alla de begrepp som hör till den palliativa vården. Vi har tagit del av de utredningar som social- och hälsovårdsministeriet gjort, bekantat oss med lagstiftningen och fått ta del av vårdplaner och gjort vårdplaneringar. Efter att ha tagit oss igenom den första modulen, den klientorienterade processen inom palliativ vård och fått ett studiesystem och studiekamrater kom COVID-19 emot. Pandemin innebar stängda bibliotek, inga närstudier utan enbart virtuella kontakter. De blev en utmaning och en avsaknad av att få ta del av övriga kurskamraters praktiska erfarenheter.

Modul 2

Modul 2 omfattade symtombehandling och vård av döende patient. Vi hade ett digert kompendium med föreläsningsmaterial och anvisningar att ta del av. Vi gick igenom symtom och smärtbehandling, farmakologiska och icke farmakologiska behandlingsmetoder samt två tentamina och olika arbeten.

Vi gick igenom vård i livets slutskede med olika symtombehandlingar och döendet som process. "Vi behöver alla livet när vi ska dö" skriver Peter Strang i sin bok Så länge vi lever (3), och med det tar han upp just det vi har fått ta del av, hur svårt det är att dö och att prata om döden. Innebörden är att för att man ska klara av att leva i dödens närhet så behöver man livet, och livet är just för det flesta av oss vardagen. Livskvalitet i vardagen är huvudmålet inom den palliativa vården. När döden sätter en tydlig gräns för livet så blir vardagen mera värdefull (3).



Sakkunnig inom palliativ vård, 30sp:

Modul 1: Den klientorienterade processen inom palliativ vård.

Modul 2: Symtombehandling och vård av döende patient.

Modul 3

I Modul 3 övergick vi till att fördjupa oss i olika stödformer, multiprofessionellt stödnätverk, psykosocialt stöd och bemötande till alla familjemedlemmar och olika sociala förmåner. Vi har gjort uppgifter om sorg och sorgebearbetning. Sedan har vi tagit del av kommunikationsmetoder och gjort kommunikationsverktyg i form av bildkartor. Vi valde att översätta våra kommunikationsverktyg till bosniska och vietnamesiska så att de kan användas på våra arbetsplatser i det praktiska arbetet eftersom vi i Närpes har en stor arbetskraftsinvandring där man ibland saknar ett gemensamt språk att kommunicera på. Sedan har vi också jobbat med en inlärningsdagbok med tre patientfall från vårt arbete som vi har fördjupat oss mera i under denna period.

Modul 4

Under den fjärde och sista modulen valde vi att utarbeta ett kompendium: "När en anhörig dör", ett hjälpmedel för de anhöriga där vi berättar om sorg, litteratur och praktiska saker. Vi ger kontaktuppgifter till ställen som kan erbjuda hjälp om man känner att man inte klarar att hantera sorgen samt inbjuder till efterlevnadsamtal. Vi kände att vi ville dela med oss av det som vi har fått ta del av inom sorgebearbetning och all litteratur som finns till hands och göra något som kan vara till hjälp i sorgearbetet.

Perioden avslutades med en sluttentamen och ett slutseminarium. Den 15 april utexaminerades vi som sakkunniga inom palliativ vård, totalt 17 stycken examinerades från Novia. Närstudierna minimerades till endast några dagar, största delen skedde via teams. Vi var många med lång arbetserfarenhet inom vården och närstudier skulle säkert ha gjort att vi kunnat utbyta tankar och erfarenheter mycket bättre än vad som blev nu. Utbildningen var ändå omfattande och lärorik.

Vi vill ge ett stort tack till Sjuksköterskeföreningen som understödde vår utbildning – TACK!

Vi vill avsluta med att knyta ihop det som vi fått lära oss under utbildningen med att även om livet inte blir som förut när man är svårt sjuk så är vardagslivet betydelsefullt för både den sjuke

Sakkunnig inom palliativ vård, 30sp:

Modul 3: Psykosocialt stöd, interaktion och teamarbete

Modul 4: Fritt valbara studier

och de anhöriga. Att få leva ett så normalt liv som det bara går och att få leva tills den dagen man dör.

"Jag ska lämna er en stilla natt, försiktigt i mörkret. I drömmarna kommer ni att känna en närhet. Hur jag håller om er. Och när ni vaknar kommer allt att vara som vanligt, men ändå så annorlunda. Ni kommer att förenas i tårarna. Känna gemenskap i sorgen. Se det som en styrka tillsammans. Kom sedan för att ta ert avsked. Smek min kind. Håll min hand. Säg det ni vill säga" (4).

Carina Svens-Dahl

Sjukskötare, sakkunnig inom palliativ vård

Gitte Hartvik

Sjukskötare, sakkunnig inom palliativ vård

REFERENSER

1. Strang P. Palliativ vård inom äldreomsorgen. 4:e utökade upplagan. Polen: Vårdförlaget; 2017.
2. Sakkunnig inom palliativ vård -Specialiseringsutbildning 30sp. Grunderna för den nationella läroplanen.
3. Strang P. Så länge vi lever. Hur insikten om livets korthet kan tydliggöra nuet och dess möjligheter. Libris; 2013.
4. Gidlund K. I kroppen min. Resan mot livets slut och alltings början. UAB-print; 2014.



Välkommen på seminarium med temat "Livskvalitet och hälsa"

Tid: Torsdagen den 21.4.2022

Plats: Tekniskas salar, Eriksgatan 2, våning 6, 00100 Helsingfors

Program

9:00 – 9:30	Anmälan och morgonkaffe	
9:30 – 9:45	Öppning	Inger Östergård
9:45 – 10:45	Förstår vi varandra – språkets betydelse i vården	FD, spec.sjuksköterska Marianne Mustajoki
10:45 – 11:45	Kan man tyda tecken på begravnanden demens?	Doc. Kati Juva
11:45 – 12:45	Att orka i vardagen	Psykolog Anna Korkman-Lopez
12.45 – 13.45	Lunch	
13:45 – 14:45	Tar jag min medicin rätt?	Provisor Bengt Mattila
14:45 – 15:45	Rehabilitering av sköra äldre i hemmet och på serviceboende	Överläkare Martin Beurling- Pomoell
15:45 – 16:00	Musikuppträdande	En kvartett ur kören Lyran
16:00 – 16:15	Avslutning	

Deltagaravgiften är 35 €. I avgiften ingår morgonkaffe och lunch.

Avgiften kan betalas till föreningens konto Aktia FI20 4055 3150 0620 99 eller kontant på seminariedagen.

Anmälan senast den 12.4.2022 till Margaretha Berndtson, tel. 040 – 568 77 43 eller margaretha.berndtson@gmail.com

Det sociala nätverkets betydelse för barnfamiljer under COVID-19-pandemin

av Petra Stenbäck

Under den rådande pandemin måste verksamheten ändras och anpassas för att säkra familjen samt rådgivningspersonalens trygghet. Under dessa tider förverkligas familjeförberedelserna via en datorskärm. Hur mycket stöd kan man ge via en datorskärm, hur mycket kan den egentligen ersätta?

Att få känna sig delaktig i ett nätverk hjälper oss att klara av vardagens förändringar och motgångar. Denna gemenskap hämtar även tillfredsställelse. Att få barn är en livsförändrande upplevelse. För det mesta är det en positiv och väntad händelse. Stöd, råd och övning inför det nya erbjuds från rådgivningen, familjen och vänner. En gemenskap som hjälper familjen att växa och utvecklas på ett tryggt sätt.

Det preliminära nätverket bär större roll för modern under babyens första levnadsår. Medan fadern får stöd både från det preliminära och sekundära nätverket. Som hälsovårdare har jag en uppfattning om vad, hur och när diverse åtgärder utförs inom rådgivningen, med tanke på stöd för barnfamiljer och även kunskap om vilka stödsatser som hjälper barnet i sin utveckling. Familje-

förberedelse står som ett centralt stöd då föräldrarna vänjer sig med den kommande förändrade familjestrukturen. Under den rådande pandemin måste verksamheten ändras och anpassas för att säkra familjen samt rådgivningspersonalens trygghet. Under dessa tider förverkligas familjeförberedelserna via en datorskärm. Hur mycket stöd kan man ge via en datorskärm, hur mycket kan den egentligen ersätta?

Familjeförberedelse

Vi valde tillsammans med min man att inte delta i familjeförberedelsen. Eftersom jag ansåg att jag har den kunskap som behövs vid vård av en nyfödd, vilket jag fått under studietiden och med att planera och hålla flera familjeförberedelsemöten. Min man ansåg också att stödet och råden



han fått av familjen och vänner räckte väl.

I kamratkretsen har vi många barnmorskor och hälsovårdare som arbetar inom rådgivningsverksamheten som mer än gärna fyllt på de kunskapsluckor vi hade som blivande föräldrar. Då vi väntade barn fanns det flera i vår vänskapskrets som väntade samtidigt. Av dessa valde båda familjerna att delta i familjeförberedelsen och de valde att dela med sig av sin erfarenhet om själva verksamheten.

Familjeförberedelsen förverkligades genom Folkhälsans Zoom-kurs. De blivande föräldrarna upplevde plattformen trygg och kursen väldigt lärorik. Allt material kom per e-post efter varje Zoom-möte, vilket familjerna ansåg ge dem möjlighet att koncentrera sig på själva föreläsningen istället för att behöva göra anteckningar. Det gav

dem även möjligheten att i ett senare skede kunna gå igenom materialet för att friska upp minnet av materialet samt gav dem rum för frågeställningar inför nästa möte.

Efter och under varje föreläsning fick familjerna ge respons på hur det upplevt det stöd och den lärdom kursen erbjöd. All feedback gavs anonymt. Föräldrarna kunde även titta på föreläsningen under en annan tidpunkt än under själva live mötet, vilket gav ännu mera frihet och garanti att familjen inte missade föreläsningen. Detta upplever jag som ett fint organiserat stöd. Bägge familjer som deltog i familjeförberedelsen upplevde överlag att de fått tillräckligt med hjälpmedel och lärdom innan förlossningen. De nämnde även att det kändes mer naturligt att få sitta i hemmets trygghet bakom en datorskärm, där de

hade möjlighet att ställa frågor anonymt istället för att göra det i ett rum fyllt av främlingar. Vad som känns bekvämt och tryggar inläringen är självklart individuellt och uppfattas olika av olika individer.

Av dessa familjer har den ena familjen fått uppleva båda varianterna av familjeförberedelsen. Det vill säga innan och under pandemin. Denna familj ansåg att kursen innan pandemin dels uppfyllde deras behov bättre men de var också väldigt nöjda med pandemiversionen. Orsaken till detta var den fysiska närvaron där de tryggt och säkert kunde öva på hur man bör hantera en baby säkert. Under pandemin fungerar familjeförberedelsemötena som en extra kontakt till den övriga världen vilket familjerna upplevde hjälpte dem att bättre orka med vardagen.

Självbestämmanderätt

För vår del var inte själva förberedelsen för övergången till förälder en utmaning. Utmaningen var vardagen med minimerade sociala kontakter efter förlossningen. Vi är båda väldigt sociala människor. Detta uppgav även våra vänner som ett ökat stressmoment i barnfamiljsvardagen. Då sömnmängden minskar och rutinerna förändras skulle man mer än gärna ta emot ett par extra hjälpende händer. Detta skulle möjliggöra en stund spenderat enbart tillsammans med sin partner, en kaffekopp tillsammans med sina vänner eller en stund bara för sig själv för att ladda upp sina krafter.

Hur kan man tryggt ta emot hjälp utan att utseta baby för COVID-19? Även i detta fall måste man tänka om. Att använda skyddsmask ansåg och anser vi delvis fortfarande är ett måste då folk besöker vårt hem. Vi valde att begränsa besöksmängden till enbart den närmste kretsen. Men var drar man egentligen gränsen utan att sära någon? Det var ett svårt beslut att fatta. Vi har otaliga gånger fått bl.a. följande kommentar: "Ert barn kommer inte att utvecklas tillräckligt om ni begränsar besök från omgivningen". Kommentaren kändes som nedvärderande av vår kunskap och orsakade stress i vardagen. Ökad stress och press på att tillfredsställa personer utanför

kärnfamiljen är ett moment en nybliven förälder verkligen inte behöver. Detta var något vi tog upp under rådgivningsbesöket, där de pointerade att den tidiga växelverkan kommer från föräldrarnas och babys kontakt genast efter förlossningen varvid den fortsätter att utvecklas i hemmet där tryggheten byggs upp. Då vi besöker rådgivningen nämner hälsovårdaren alla gånger att vår baby har ett tryggt hem samt har fått tillräckligt med social kontakt. Användning av ansiktsmask har inte minskat på den sociala utvecklingen hos vår baby. Det jag skulle vilja föra vidare till hälsovårdare och barnmorskor som jobbar på rådgivningar är hur viktigt det är att vara lyhörd. Det anser jag att de flesta är. Då en familj besöker mottagningen, fråga hur de mår i denna utmanande vardag. Fråga hur de upplever familjemedlemmar och vänners stöd. Ta hänsyn till att familjen i fråga möjligen har fått kommentarer som de grubblar över. Kom ihåg att berömma familjernas barn och föräldrarna gällande det fantastiska jobb de gör. Dessa ord bär långt.

Diskussioner inom samhället förs om barn kommer att utvecklas olika än tidigare generationer tack vare skyddsmasken. I vårt fall har detta inte skett. Åtminstone inte än så länge. Allt är nytt för en nyfödd och redan lite stimuli påverkar utvecklingen positivt. Det känns bra att rådgivningen lyfter fram och stödjer familjen i att fatta egna beslut om hur de bygger upp sin vardag så länge som det sker tryggt och med tanke på att säkra barnets utveckling.

Förmågan att anpassa sig

I normala fall, utan rådande pandemi, är det rådgivningen som står i en central roll för att erbjuda stöd för familjer. Så även nu under pandemin. Det gäller dock att tänka om verksamhetens struktur. Vilket jag och de familjer jag diskuterat med tycker har skötts fint så att det har motsvarat det nuvarande behovet på vår ort. Detta är självklart individuellt och andra familjer kan ha upplevt dessa tider annorlunda än vi. Det jag vill lyfta fram ur denna erfarenhet gällande stödnätverk är att våga be om mera hjälp, vare sig det känns som att det behövs eller inte. Våga även stå på era beslut

och önskemål gällande barnets vård samt önska om skyddsåtgärder.

Att bli förälder är en stor förändring bara i sig. Vi har inte upplevt att vi inte skulle ha fått tillräckligt med stöd eller på nåt sätt känt mindre samhörighet. Hur familjer väljer att begränsa eller inte begränsa den sociala kontakten, vad är rätt och vad är fel är upp till var och en. Familjen ska ha rätt att själv välja oberoende pandemier eller ej. Det är väl just det föräldraskapet går ut på. Jag måste medge att då vardagen började rulla på efter förlossningen har det även funnits en viss lättnad med att få varva ner tillsammans med sin kärnfamilj utan en massa gäster i den annars så hektiska världen.

Allt man lärt sig under studietiden har konkretiserats i flera delområden. Som hälsovårdare anser jag att alla förebyggande åtgärder är nödvändiga för att minska smittorisken. Som en yrkesperson har det varit lätt att anpassa sig till skyddsåtgärderna. Jag upplever att majoriteten av befolkningen har uppfattat betydelsen med förebyggande åtgärder.

Med tanke på människans sömnbehov, mentala välmående och det sociala nätverkets betydelse för föräldrarna efter förlossningen behövs extra hjälp i vardagen för att säkra dessa. Jag har haft stunder då jag skulle ha velat få mera stöd och sociala kontakter men valt att avstå från det p.g.a. COVID-19. Det har under vissa perioder ökat stressen då jag är medveten om vad obalans inom dessa områden kan orsaka hos en individ. Under dessa stunder har jag försökt tänka positivt och glädja mig åt att min familj får vara frisk, tackat det stöd min man erbjuder samt den väl utvecklade tekniken. Då man exempelvis kan hålla videosamtal med sina nära och kära när vardagen känns tung. Jag är även stolt över det faktum att det organiseras stöd på ett tryggt sätt för familjer inom rådgivningsverksamheten där det även tryggats arbetsomgivningen för personalen.

Förmågan att enbart kunna anpassa sig till dagens hektiska och kontinuerligt föränderligt samhälle med en nyfödd är otroligt viktigt. Det gäller att hitta de resurser som får en att orka och utnyttja dem. Speciellt under pandemin hjälper

detta mig att orka med vardagen. Under dessa tider har datorskärmen långt fungerat som ett extra stödnätverk och ersatt fysisk närvaro till en viss grad på ett positivt sätt.

Petra Stenbäck
Hälsovårdare

REFERENSER

1. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur & Kultur; 2005.
2. Folkhälsan. Babydax; 2021.
3. THL. Kost och levnadsvanor, sömn (Internet); 2020. Hämtad från: Uni - Elintavat ja ravitsemus - THL.
4. Rajantie J, Heikinheimo M, Renko M. Lastentaudit. Duodecim; 2016.

SPRÅKFÖRBISTRING

av Kinge Berglund

I Sydafrika, under mitten av 50-talet var det ingen idé att försöka förklara var någonstans Finland fanns på kartan. Vet inte hur mycket geografi som lärdes i skolorna, men oberoende vilket land man kom från, så räckte det med att säga – from overseas. Fick nog ibland frågor som – near Rhodesia? Också då kunde man säga – a short distance above... Frågaren ville nog inte få en geografilektion. Men det fanns också de som tittat lite mera på kartor och frågade om jag var skandinav. Sade alltid ja. Hur man får ett pass där det står Skandinavien visste jag ju inte. Men jag lärde mej snabbt att långa förklaringar var inte det som väntades av mej. Tack vare min lite annorlunda nationalitet ansåg många att jag kunde konversera på diverse olika språk.

Port Elizabeth, där jag bodde då, har den tredje största hamnen i landet. Mycket viktigt för varuhandeln då de tre stora bilfabrikerna Volkswagen, Ford och General Motors finns där, också större delen av fruktförsändelserna från Langkloof och Addo, äppelodlarnas och citrusfruktodlarnas områden i Östra Kap provinsen. För att inte tala om de stora Castle Line passagerarbåtarna, som kom två gånger i veckan på sina resor från Southampton till dåvarande Lourenco Marques (nu Maputo).

Provincial Hospital fick ofta patienter från länder där det inte talades så mycket engelska. Det gav problem som inte alltid var lätta att fixa. Då jag var den enda anställda på sjukhuset, som kom från ett land, som ingen riktigt visste var det

fanns på klotet, ansåg alltid någon att jag kanske kunde hjälpa. Det blev helt otroliga upplevelser för mej ibland.

Vilket språk?

Så en dag ringde en sköterska från akuten och bad mej komma dit som tolk. Frågade vilket lands språk det gällde och svaret blev – Det är just det vi inte vet.

På akuten väntade en medelålders man, till utseendet från något Sydeuropeiskt land. Långt svart skägg, mörkhårig, lite överviktig och medellång, med ett brett leende över hela ansiktet. Han hade tydligen haft det lite jobbigt med frågor och svar och kanske antog att jag var den som kunde hjälpa honom. Då jag hade läst franska på Alliance Française kvällskurser försökte jag med det.

– Parlez vous français?

Han stirrade på mej med ett uttryck som tydligt sade – nej. Sen sprutade han en lång ramsa på ett språk jag inte hade hört tidigare.

Jag tog sedan en blankett som han kanske skulle förstå behövde fyllas i. Låtsades skriva mitt namn högst uppe på blanketten där namn och adress vanligtvis förekommer. Han sken som en sol och tog pennan och började skriva namn och adress. Han använde det grekiska alfabetet som ingen av oss kunde läsa. Jag började gapskratta då jag såg det tokroliga i mitt prat med sjömannen. Han förstod inte varför jag skrattade men log också. Då jag visste att det fanns ett litet grekiskt hörnkafé snett mittemot sjukhuset bad jag vaktmästaren gå dit och be någon av grekerna hjälpa oss att förstå vad han skrev på blanketten. Den unga mannen där var mer än glad att han kunde hjälpa en landsman. Tyvärr började sedan ett rykte gå runt sjukhuset att jag var mycket språkkunnig!

Nynorsk

Min absolut trevligaste utländska patient var en ung norrman som blivit intagen för blindtarmsinflammation. Bemanningen på de norska fraktbåtarna talade inte då så värst mycket engelska som de gör nu. Det fanns inte de verktyg vi har idag för

att lära oss olika språk.

Efter hans operation ringde avdelningssköterskan mej och bad att jag skulle förklara hur hans postoperativa vård skulle ske. Den unga sjömannen var i tjugofemårsåldern och hette Ola. Som tur var, så var han från Bergen, där det talas nynorsk. Jag hade jobbat på ett bergshotell i Voss, ganska nära Bergen, i min ungdom en sommar och lärt mej det ganska bra. Bokmål som talas mera österut är inte lika lätt för mej. Jag gjorde dagliga påhälsningar och tog alltid med mej någonting att läsa på svenska.

Han fick veta från det norska rederiet att en norsk fraktbåt skulle anlända ca två veckor senare och att han kunde bo på Sjömanskyrkan till dess. Jag frågade Ola om han hade någonting emot att bo hos min man och mej istället för kyrkan. Det tyckte han var mer än trevligt och min man opponerade sej inte heller. Han antog att det inte skulle bli svårt att prata med en norrman. Tyvärr hade han fel, han förstod inte alls Olas nynorsk.

Jag saknade faktiskt Olas trevliga prat efter hemresan. Vi skrev till varandra i många år. Jag fick foton av hans fru och barn. Också ett brev från hans fru då han hade dött av en hjärntumör och inte överlevt operationen.

Träffade också en annan norrman, som kom till intensivsen, efter att ha kört en bil tillsammans med en annan ung norrman, i fyllan och villan, ner i havet från hamnkajen. Hans kamrat gick inte att rädda. Det blev stora rubriker i Port Elizabeth Herald. Det är inte ofta man hinner rädda någon tillräckligt snabbt för att kunna få dem upp ur vattnet och ge syre om de är i en bil som sjunkit flera meter. Han var några dagar i respirator och efter det kunde jag prata med honom och få veta det som behövdes för avdelningens rapport.

Jag blev tillfrågad om jag kunde tolka också för en reporter från The Herald som hade bett om det. Jag har aldrig varit så värst förtjust i reportrar, de har för vana att skriva sin egen story så som de ser saken, inte hur den som intervjuas har berättat. Jag blev under åren i Port Elizabeth flera gånger intervjuad av The Herald och Die Oosterlig.

Nu förklarade jag hur intervjun skulle gå till,

inga foton av den norska sjömannen eller mej, inga idiotiska frågor om hur det kändes att drunkna etc. Javisst sa reportern, vi gör precis så som du säger – och sen ville han veta hur det kändes, att vara vid liv medan den goda vännen var på bårhuset. Jag blev ordentligt arg och höll ett längre föredrag om hur man behandlar någon som genomgått en så traumatisk händelse och sa – Ja det var slut på intervjun då. Kom inte igen.

Följande morgon sökte jag the Herald från postlådan och där, över precis halva övre delen av tidningens första sida, fanns ett foto av mej med armarna i kors över bröstet och riktigt ilsket stirrande. Man kunde nog se vad jag tyckte och tänkte just då. Beslöt att gå till tidningens kontor och fortsätta mitt ilska föredrag. Reportern sa att han tyckte det var en mycket bra första sida i tidningen och hade ingen förståelse för min ilska. Bjöd mej på en drink och började berätta om berömda människor han hade träffat på sina resor i olika länder. Han hette Ray Smuts och var ett av General Jan Smuts barnbarn, en mycket känd person i Sydafrikas historia då han också blev president från 1930–1948 och en god vän till Churchill. Ray flyttade till Johannesburg ungefär samtidigt som jag och vi träffades ofta som riktigt goda vänner, underligt nog.

Regelbundna och oregelbundna verb

Jag hade haft tyska som första främmande språk och blivit tvungen att lära mej diverse regelbundna och oregelbundna verb då, i alla de former. Tyvärr har man ingen nytta av det i det verkliga livet. Det förstod jag då en läkare bad mej om hjälp med en patient från en passagerarbåt som kommit till sjukhuset. Tanten hade något problem med magen fick jag veta. Hon kunde inte alls engelska, hon var på väg till Sydvästra Afrika som varit en tysk koloni. Läkaren ville att jag skulle ta reda var hon hade värk, hurudan var värken, hur länge etc.

– Wo haben Sie Schmerzen? började jag febrilt tänkande hur jag skulle formulera nästa fråga. Fick en lång svada till svar. Läkaren såg genast glad ut. Han hade förstått en del ord, tillräckligt för att göra en diagnos ansåg han. Det andra språket i Sydafrika är ju afrikaans som är en

blandning av en massa olika språk, mycket tyska och har som bas den holländska som talades av de första immigranterna på 1600-talet. Han tackade mej översvallande och jag gick tillbaka till intensiven och kände mej ordentligt tillplattad, då jag inte varit till någon nytta tyckte jag, men ryktet om mina språkkunskaper fick vingar igen!

La langue française

Det absoluta bottenappet kom en morgon kl. 3 på thorax-intensiven. Natten hade varit jobbig och min dejourpartner och jag skulle just ta oss en välbehövlig tepaus, då akuten meddelade att de skickade upp en patient som kommit från en passagerarbåt. Det var en mycket överviktig, äldre fransktalande man i lungödem. Min partner sa genast – nu får du briljera med vad du lärt dej de sista åren på Alliance Française.

Det var meningen att jag skulle berätta vad som skulle göras och också försöka få reda på orsaken till det plötsliga lungödemet. Tyvärr fick jag också ett plötsligt problem, totalt hjärnstillestånd! Det enda jag kunde haspla ur mej var – que voulez-vous? Vad vill ni? Patienten stirrade på mej som om jag inte var riktigt klok och det var jag kanske inte just då. Gjorde allt som behövde göras i total tystnad och efter det beslöt jag att aldrig igen försöka hålla en konversation på min bästa skolfranska nattetid. Patienten överlevde nog och kunde skickas tillbaka till Bloemfontein Castle båten då den kom ner från Lourenco Marques till Port Elizabeth.

Landsmannen

En dag ringde sköterskan från den ortopediska avdelningen och bad mej komma och förklara olika regler och lagar, som gällde i Sydafrika, för en landsman till mej. Antog att det hade att göra med en överförfriskad finländare och blev inte precis glad av meddelandet. Mina värsta aningar besannades. Det var en ung finsk sjöman som vandrat på Main Street och inte brytt sej om sånt som bilar och mycket trafik. Han hade fått fraktur på vänstra lårbenet, tibia och fibula, också högra radius och ulna. Trots gips på ben och arm gjorde han sådant som inte är så värst passande på en

stor avdelning. Som exempel hade han försökt få den svarta städerskan i säng med sej. Det hade hon inte gillat och skrikit på hjälp. Nu var det meningen att jag skulle förklara för honom. För det första: hur man inte får göra som patient och för det andra, lite regler som existerade då i Sydafrika. Han bara skrattade och sa att lite roligt kunde man ju ändå ha fast man inte var så värst rörlig.

Han använde alla kända finska svordomar mer än vanligt tal, jag fick en känsla av att här var det ingen idé att ens försöka prata förstånd och gav tillbaka hårda ord, men inte svordomar. Höll ett långt tal om hur han gjorde att jag skämdes alldeles förfärligt över det faktum att vi var födda i samma land. Fick en barrage (storm) av svordomar till svar. Då jag gick därifrån sa jag till avdelningssköterskan att jag var väldigt ledsen över alla problem som den här finländska sjömannen förorsakade på avdelningen och jag hoppades hjärtligt att en finsk båt skulle komma till hamnen snart och ta hem honom.

Ett par dagar senare fick jag igen bud om hjälp och undrade vad han ställt till med nu. Fick veta att han hade druckit av metylalkoholen, som användes för prevention av trycksår, som någon i misstag hade lämnat på hans sängbord. Han hade blivit magpumpad och det antogs att han inte blivit förgiftad, fast kanske ingen var så värst intresserad av om det skulle bli tråkiga följder. Han skulle omedelbart skickas till Sjömissionskyrkan tills en finsk båt anlöpte hamnen. Sjömannen svor som vanligt, då jag meddelade honom att det roliga på sjukhuset hade kommit till sin ände och han skulle flyttas till ett övernattningsrum i kyrkan. Jag var glad att han flyttades då jag hade blivit otroligt irriterad av att jämt och samt skrika åt honom i ord han förstod och också över att behöva be om ursäkt för hans uppförande. Alla, som hade någonting att göra med honom, antog väl att alla finländare är lika ouppfostrade som han var.

Det mest besynnerliga i hela den här tråkiga historien är det faktum, att den finska båten som tog honom tillbaka till Finland, avlastade honom i Mariehamn på Ålands Centralsjukhus. Det första han sade till sköterskan som tog emot honom var

– Jag har varit patient på ett sjukhus i Port Elizabeth, Sydafrika och där jobbar den värsta raga-ta till sköterska som finns. Hon var helt förfärlig. Skrek dagligen åt mej och hon borde få sparken från sjukhuset för sitt uppförande mot sjuka människor. Det allra värsta var att hon var från Finland.

– Jo jag känner henne sa sköterskan. Hon är min svägerska. Hon och min bror emigrerade till Sydafrika i mitten av 50-talet.

Hon skrev och berättade om mötet med den otrevliga sjömannen. It's a small world!

Kinge Berglund

Jorden runt med Alarik - dagbok från ett sjuktåg under fortsättningskriget

av Ruth Eriksson

Boken "Jorden runt med Alarik" återges i sin helhet i Vård i fokus med början i nummer 3/2021. I detta nummer av Vård i fokus fortsätter vi resan, med Alarik, vid datumet 3.1.1942.

Texten återges i den version som den tryckts år 1988.

Resterande delar publiceras i kommande nummer av Vård i fokus.

1942

Ett nytt år! Hur många världen ser ut nästa nyårsdag? Ingen av oss kunde för 1 år sedan tro, att vi nu skulle fira nyår i dåvarande Ryssland.

3.1. Vid 6-tiden når vi resans mål, Jakobstad. Det är en ny upplevelse, kanske för alla av oss. Ett trevligt intryck gör staden med sina juldekorationer utomhus – okända i södra Finland. Vi får basu och kaffe på Östanlid sanatorium. – – –

16.1. Efter midnatt når vi Tomitsu, där vi vänder norrut. Endast loket kör in till Äänilinna. Nu kör vi alltså för första gången längs den omtalade Murmanbanan. Mycket nytt har vi att se, efter det vi vaknade på Sumu station. Kivatsu visar sig vara ett stort samhälle, att döma av de hundratals nakna skorstenar, som syns. Lismanjoki – 2 km före Lisma station mäktig och vacker. På Käpyselkä (alias Käppäselkä) station gör vi halt. Hur skiljer sig icke de landskapsbilder, vi på denna resa ser från dem, vi är vana att se i Finland, och dock är

själva landskapet ganska lika vårt: stora, täta skogar, sjöar och åkrar. Men boningshusen är mera än bedrägliga; det är svårt att förstå, att dessa ruckel kunnat tjäna som människoboningar.

18.1. Efter att igen ha ser några maskiner och hört några smällar startar vi norrut. En oförglömlig syn möter oss just före ankomsten till Karhumäki. Till höger om banan har vi den jättelika Äänisjärvi (Onega, utg. anm.), horisonten bilas av himmel och vatten, och därborta, nedanför mäktiga höjder, alldeles vid stranden skymtar staden. Landskapet gör ett mäktigt intryck, verkar kontinentalt. Detta måste vara ett av Murmanbanans vackraste ställen. Till det fördelaktiga intrycket bidrar den strålande solen. Staden når vi kl. 13.30 och får ½ timme på oss för sightseeng, vilket visar sig vara alldeles tillräckligt. Stationshuset, lappat och tillbyggt och tornförsett är kanske den största sevärdheten. Husen är annars lika dem vi blivit vana att se i Ryssland, låga trähus med



Det med östkarelsk snickarglädje uppförda stationshuset i Karhumäki. Orten ligger 155 km norrut från Petroskoi utmed den under första världskriget uppförda Murmanbanan, som den även har att tacka för sin tillkomst. "Köpingen" upplevde ett nytt uppsving i början på 1930-talet, då Vitahavskanalen blev färdig.

små fönster. I en outhärdbar köld springer vi till teaterhuset och så hem till tåget igen, där lastning börjar kl. 11. Här verkar Fältsjukhus 40. En av mina patienter har sårats i dag 40 km härifrån. Kl. 17 reser vi. En fältpräst, pastor Wallendorff, medföljer tåget. Han håller aftonandakt i vagnarna, något, som vi inte varit med om förut. Tyvärr får patienterna inte somna in efter pastorns ord och vackra sång. Det blir istället ljudet av kriverande bomber, som får söva dem till ro. Detta händer i närheten av Käpyselkä, där vi f.ö. får lite tillskott i lasten.

19.1. Vid 6.30-tiden når vi Kara, där lossningen och lastningen börjar kl. 9. Kl. 13 startar vi därför.



Sordaval, huvudorten i det finländska Ladogakarelen vintern 1942. Staden hade återerövrats ett halvår tidigare efter hårda strider, under vilka bl a den tvåhundra meter långa bron Karjalasilta förstördes. Societetshuset i fonden led däremot tämligen lindriga skador.

20.1. Patientantalet ökar i Suojärvi. På dagen och i strålande sol når vi Sordavala. Staden är, åtminstone till det yttre rätt lite förstörd. Den ståtliga bron är till en stor del obefintlig. Societetshuset är till det inre oförstört, ytterväggarna rätt pepprade. Det civila livet tycks ha återvänt. – Kvällsnyheterna meddelar oss, att Helsingfors i dag bombaderats – 3 döda.



Chefen för Aunuksen radio, Pekka Tiilikainen (t h), och hans medhjälpare, skådespelare Oke Tuuri, med glada följeslagerskor. Tiilikainen tjänstgjorde efter kriget vid Finlands rundradio och blev legendarisk som idrottsreporter.

21.1. Det går långsammare framåt än beräknat var. Först kl. 17.30 når vi resans mål, Helsingfors. Vi har sålunda varit över 3 dygn på väg. Hela patientantalet har varit 289, men därav stannade 109 redan i Äänislinna.

22.1. Revolutionerande nyheter! Aino har fått kommendering tillbaka till Mehiläinen, och majoren föreslår mig till hennes efterträdare som översköterska.

30.1. Ett vänligt öde leder våra steg till Aunus radiostation, där vi trots: "Pääsy ankarasti kielletty" stiger på och vänligt tas emot av radioreportern Pekka Tiilikainen och skådespelaren Oke Tuuri. Vi avlyssnar förmiddagens grammofonkonsert direkt i studion och föreslår plattor för kvällens önskekonsert. Detta har alltså varit Tiltus ("Petroskoin Tiltu", en invandrad amerikafinländska, som stod för den sovjetiska radiopropagandan på finska, utg. anm.) radiostation. Vilken lögnpropaganda har inte utspytt från dessa rum. Men nu har den tystnat för alltid. Själva studion befann sig tidigare inne i staden, men den står inte längre

kvar.

6.2. Den nya dagen går in med buller och brak. Strax före midnatt stannar vi i Suojärvi station. Alldeles bredvid oss har vi luftvärnsbatterierna, och det dröjer inte länge, förrän de börjar spela på för fullt. En bomb faller i närheten av tåget, som tycks ha lust att hoppa av skenorna. Genom de öppna ventilerna i taket faller sot och damm ned på övre hyllans patienter; underligt nog håller fönsterrutorna trycket. Åter lite känsla av krig. Kl. 2 fortsätter vi efter att ha lastat på några patienter, men stannar tyvärr redan kl. 4 på Leppäsyvä. 6 oändligt långa timmar tillbringar vi där medan vi inväntar mera last, som kommer från Pitkäranta och Salmis. På dagen passerar vi Sordavala, utan att alls stanna där.

14.2. En ovanlig resa förestår oss. Kl. 6.45 börjar vi i Helsingfors och lastar på barn i åldern 2–10 år, barn, som genom socialministeriets barnflyttningsskommittés förmedling skall resa till Sverige. Även en utomstående märker, att något alldeles särskilt är i görningen på huvudstationen. Filmer-



Bekymmer över att sändas bort till främmande land avspeglas i de smås ögon. Transporterna av finländska barn till Sverige under kriget har kallats världshistoriens största barnflyttning; sammanlagt omkring 70 000 barn gjorde en eller flera gånger resan till Sverige.

na rullar, den ena bussen efter den andra kör ändå in på perrongen, och t.o.m. radiofarbror i korpral Hillis gestalt gör tåget den äran. Även min röst blir nu första gången förevigad. I tisdag skall den ljuda över hela världen. Hjärtskärande är de scener, som utspelas vid tågets avgång. Mammornas ögon tåras i kapp med barnens, och det tar sin lilla tid innan ungarna lugnar sig. Är det månne rätt att på detta sätt skilja mor och barn åt för en lång tid? Som färdledare medföljer fru Lavonius (Mary Lavonius, sjuksköterka, utg. anm.). Dessutom får vi c:a 20 lottor som extra arbetskraft, och det visar sig t.o.m. vara ett alltför litet antal. Så har vi en filmfotograf med oss, och på Tammerfors får vi besök av en korrespondent i Aamulehti. Så nog blir vi uppmärksammade alltid. Barnen är i stort sett söta och snälla. Sin hemlängtan har de ibland svårt att betvinga.

15.2. Vårt eget lok stannar på Haapamäki, och vårt nya vill inte orka dra oss, varför vi från Gam-lakarleby måste få ett till. Barnen är redan betydligt svårhanterligare. Trångt och obekvämt har de

det. I min vagn har jag 46, alla kommer från Toijala. Barnen är upplockade längs hela vägen; de sista stiger på i Seinäjoki, och då har vi 559.

16.2. På morgonen når vi Torneå, som vi trodde var resans mål. Vi blir därför angenämt överraskade, då vi får veta, att vi efter kl. 9 får överskrida gränsen. En tullfarbror stiger ombord och har ingenting att anmärka mot vår levande last. På Haaparanta station står en rad lottor i vita pälsar och väntar på att överta barnen. Det räcker dock lite, innan alla formaliteter är undanstökade, och barnen blir smått otåliga, men vid åsynen av de härliga äppellådor, som väntar dem på det svenska tåget, blir de glada igen. Så vinkar vi dem farväl och skyndar oss till lunch på hotell Gunnar, arrangerad av svenska lottor. Vi låter griskotletterna och köttbullarna väl smaka. Lunchen är äkta svensk och verkar dessutom förkrigstida. Försiktigt stiger vi in på Handelsbanken och frågar, om vi möjligen kunde få växla litet kronor, och till vår stora glädje få vi växla 100 Fmk mot 7 kr. 25 öre. Nu vågar vi t.o.m. sticka oss in i butikerna. Det vi

ser på hyllorna är underbara saker. Det finns allt från Bullens fiskkonserver till majonnästuber, från äppel och apelsiner till ananasburkar. Det bästa av allt är dock kaffet och bakelserna på konditori Cecil. Att det ännu kan finnas något så ljuvligt gott! Lite pickar det i samvetet, då man här smörjer kråset och tänker på alla, som nu hungrar. Tänk att en flod så grymt kan skilja rikedom och fattigdom åt! Det är ju inte mer än ett stenkast till Torneå och Finland. Nöjda och mätta uppsöker vi vårt tåg, som avgår kl. 15.30 för att göra ett 2 timmars uppehåll i Torneå. - - -

24.2. Vi vaknar i Viborg, som jag inte sett sedan 1917. På morgonen promenerar vi in till centrum av staden. Ohygglig förstörelse möter en överallt. Knappast ett enda helt hus syns. Runda tornet och slottet har dock utstått även detta krigs stormar. Civilbefolkningen tycks ha återvänt i stor mängd (11.000) och står och köar här som annorstädes för att få en bit mat. - Vid 12-tiden börjar vi lasta på. Patienterna kommer från Fältsjukhus 13 och har sårats på det sydligaste Näset. En stor del medicinska fall får vi också. Först kl. 16.30 är vi klara för avfärd. Av det stolta stationshuset ser vi nu endast en jätteruin. På stationsområdet tycks förstörelsen ha skötts med speciell grundlighet. Och dock - vid en flyktig blick på staden, sådan man på avstånd ser den på andra sidan viken med den blåvita flaggan fladdrande på

Ruth Eriksson blev översköterska på tåget den 1 mars 1942. Vårvintern förflöt tämligen odramatiskt med bl a ytterligare en barnresa till Haparanda, ett längre uppehåll på "hembasen" Haukivuori 6.3-21.3. och en permissionsresa till Lappland 11.4-19.4. Återresan från Kittilä till Rovaniemi skedde i en tysk bilkonvoj med vilken den nyutnämnde kommendören för de tyska trupperna i Lappland, general Eduard Dietl, färdades:

slottstornet, kan man glömma de tvenne krigen och tro sig se förkrigstidens vackra Viborg.

19.4. Kl. 0.30 sätter sig kortegen i rörelse. I första bilen kör landshövding Hillilä och general Heunert, i den andra general Dietl, överste Villamo och I.T.-korrespondenten Hämäläinen, i den tredje med Gefreiter Kossman vid ratten sitter vi. Att vi njuter av att insvepta i mjuka skinn åka ut i den ljusa natten och ha en 10 timmars bilresa i en lyx-Plymouth framför oss är förståeligt, i synnerhet i dessa tider, då bilåkning inte precis hör till vanligheterna. Till höger har vi Pallastunturis mäktiga fjäll, våra drömmars mål, som vi nu i varje fall får se på avstånd. Så kör vi genom Muonio och vidare längs älven med samma namn och kom-



Den sympatiska och anspråkslöse befälhavaren för de tyska trupperna i Lappland, generalöverste Eduard Dietl (t v), tillsammans med en av sina generaler. Dietl, som var mycket uppskattad även på finländskt håll, omkom vid en flygolycka i Österrike i juni 1944. Dietls finländskan vänner gladde sig senare åt att han slapp ge order om och bevittna förstörelsen i Lappland under kriget vintern 1944-1945.



Den urblåsta domkyrkan i Viborg. Staden var före kriget näststörst av Finlands städer med 73 000 inv.

mer till trakter, som jag för 6 år sedan besökt. Kl. 7 intar vi alla morgonkaffe på Kaulinranta station. Generalen är på strålande humör. Han har visst sovit gott. Åtminstone räckte det en god stund innan han i natt orkade kravla sig ur bilen, då stackars, trötta Huber kör den i diket. - - - Söndagsmorgonen är strålande, Mötande tyskar står i stram givakt, då vi passerar, och de få stugornas barn springer ut till vägen och vinkar. Kl. 11 stannar vi utanför Pohjanhovi, och då har vi lagt åtskilliga

km bakom oss på 10 ½ timme. Efter en välbehövlig lunch blir vi bjudna på riktigt kaffe hos chaufförerna i deras barack, som ligger alldeles intill hotellet. Det är intressant att se hur de bor; snyggt och trevligt och praktiskt. Längre räcker det inte, innan champagnen kommer fram. F. Ö. Har denna dag inte heller varit alltför "torr". Plötsligt märker vi, att vi försummat tåget 15.22 till Torneå. Nu får vi vackert lov att stanna här. Men var ska vi bo? På Pohjanhovi är det omöjligt att ordna rum och lika-

så på andra hotell. I baracken, där vi finge ett rum för egen räkning, vägrar vi stanna. Vår räddning blir Schwester Erika, Soldatenheimsförelserin. En av våra tyskar ringer henne och talar om vår nöd, och hon lovar ordna rum åt oss. Under tysthetslöfte vandrar vi vid hennes sida till en nybyggd barack, avsedd för officerare. Den står ännu obebyggd. Så blir vi bjudna på "Abendbrot" och bänkar oss tillsammans med Röda kors-systrar och 1 utbildad sjuksköterska kring gett bord i en av soldathemmetets små matsalar. Här ser vi tyska damer av olika typer, för det mesta runda och rödbrusiga. Glada och vänliga är de alla. Då vi trötta lägger oss på våra hårda pappersmadrasser med pappersdyna under huvudet, tror vi oss förflyttade till Tyskland. Förunderligt att man i sitt eget land på detta sätt skall hjälpas till rätta av tyskar. Antagligen är vi de första finnar, som bor här i denna tyskby. Åtminstone förbjuds vi tala om var vi övernattar. Kanske det dessutom är första gången damer bor här. Huvudsaken för oss är, att vi fått tak över huvudet för natten. En ovanligt händelserik dag är avslutad, och det är många tankar, som snurrar runt i vår hjärna, då nattvakten kommer och stänger till fönsterluckorna och önskar oss godnatt. SLÄDE

20.4. Vi väcktes av beskedet, att vi inom ½ timme skall vara färdiga för att följa med en tysk buss till Torneå. Det gäller att hoppa i kläderna, springa och tacka syster Erika, som på stående fot bjuder oss på en kopp kaffe och så rusar vi i väg mot bussen. Det känns skönt, att så här hastigt få fara i väg. Alla bilar vi möter är tyska, på flere skyltar står endast tysk text, och vi har en tydlig känsla av att ha varit utomlands – i Tyskland. Då vi med vårt pick och pack stegar in i vestibulen på stadshotellet i Torneå, frågar portieren oss, om vi är ett resande teatersällskap. Kanske vi såg ut så. Skönt var det att få vila ut i ett lyxrum med ljuvliga sängar och lite reda upp sig själv och sina tankar. Vår chaufför kommer på besök, och minnet av lapplands- och rovaniemivistelsen firas med champagne på Hitlers födelsedag.

22.4. Kl. 7.30 ångar "Alarik" in på stationen. Man känner sig nästan som en främling på sitt eget tåg, och både Ulla och jag har en känsla av att vara i behov av en längre ledighet nu. Lapp-

landsresan har inte precis varit vilsam. På tåget finns nu 403 barn och 26 främmande sköterskor. I Haparanda köper vi som vanligt godsaker för 7:25. Vi har kort tid på oss och är uttröttade, då vi samlas på tåget kl. 15 och styr kosan söderut. Kapten Honkavaara (Kapten Iivo Honkavaara koordinerade sjuktågsverksamheten vid Högkvarteret, utg. anm.) har telegraferat, att hela tåget skall fara direkt till Äänilinna. Antagligen har vi skyndsamt. Medan vi varit i Lappland och levat obekymrat, har våldsamma strider rasat på Svirfronten.

27.4. Vi tycks all mer eller mindre ha gripits av vårtrötthet. Inte ens solen lockar längre ut. Kl. 18 börjar pålastningen, och det är skönt. Patienterna kommer från Svirfronten och berättar om sina strapatser, hur de råkat i motti och hur de sett tusentals stupade ryssar utmed vägarna. Från Karhumäki inväntar vi dr Vestolas tåg. Det har råkat ut för ett missöde – en vagn har sparat ur, och klockan har hunnit bli 22.30, innan vi är klara att starta med våra 290 Äänilinna- och Karhumäkipatienter.

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.

Vill du ha en akademisk magisterexamen i hälsovetenskaper?



abo.fi

Vill du bli vårdexpert, välfärdschef, ledare, vårdlärare eller ämneslärare i hälsokunskap?

En magisterexamen i hälsovetenskaper erbjuder intressanta karriärmöjligheter inom välfärdsområdena, utbildning, innovation och forskning. Profileringsområden: **klinisk vårdvetenskap (advanced practice nursing)**, gerontologisk vård, ledarskap i vård och omsorg, hälsovetenskapernas didaktik (vårdlärare), hälsokunskap, välfärdsteknologi samt arbetshälsa och hållbart arbetsliv. Inriktningen hälsokunskap (+ pedagogiska studier) ger ämneslärarbehörighet för ämnet hälsokunskap i den grundläggande utbildningen och/eller gymnasiet. Annat biämne kan även studeras inom Åbo Akademi, ett annat universitet eller utomlands.

Hösten 2021 startade vi ett nytt "masterprogram in advanced practice nursing" (120 sp). Studeranden (med sjukskötarbehörighet) på det svenska magisterprogrammet har möjlighet att ta kärnkurserna i avancerad klinisk vård från detta program (max 45 sp).

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

Ansökningstid/www.studieinfo.fi:

-16.3–30.3.2022 – antagning för avläggande av både kandidat- och magisterexamen

-16.3–30.3.2022 – antagning för avläggande av enbart magisterexamen

Åbo Akademis gemensamma urvalsprov (kandidatexamen): 6 juni 2022. Språkprov i svenska för finskspråkiga: 14 april 2022. Information: studierådgivare Britt-Marie Storbacka, britt-marie.storbacka@abo.fi, tel. +358 (0)46 921 6120

www.facebook.com/Enheten-för-Vårdvetenskap-Åbo-Akademi

#åakärlek ❤️

Ambulanspraktik i Stockholm under en pandemi

av Linn Schulman

Trots rådande omständigheter med en högst påtaglig coronapandemi valde jag att göra den första av två vårdnivåpraktiker på Falck Ambulans i Stockholm. Jag studerade mitt sista år på förstavårdarlinjen på Arcada och det var i princip min sista chans att åka på utlandspraktik. Så jag åkte iväg!

Tidigare hade det helt enkelt inte blivit av att åka utomlands på praktik men nu ville jag ta chansen att se hur ambulansverksamheten fungerar i Sverige. Speciellt när man ännu som studerande kan luta sig tillbaka på handledarens sakkunnighet och expertis i situationer man inte ännu har kunskap eller praktisk färdighet att klara själv.

Jag förstod att det på grund av coronasituationen skulle bli svårt att få en praktikplats, men jag valde att kontakta Falck Ambulans i alla fall. Överraskande nog kunde de erbjuda mig en plats på Botkyrka station, vilket jag genast tackade ja till. Det finns stort behov av specialistutbildade sjuksköterskor i Stockholmsområdet, vilket antagligen var orsaken till att de gärna tar emot studerande även under en pandemi.

Jag anlände till Stockholm den 6 november och började praktiken med ett nattskift. Det var lite av en chock att se hur annorlunda svensk-

arna hanterade coronasituationen. Jag var i princip den enda på tunnelbanan som använde munskydd, bortsett från någon äldre person som även hade förstått allvaret, och man fick allt som oftast konstiga blickar av de övriga resenärerna.

Av mina handledare fick jag höra hur hårt de hade fått arbeta under den första coronavågen som ägde rum under våren och försommaren 2020. De berättade att de flesta som jobbade på ambulansen hade blivit smittade, att sjukhusen var så överfulla att de fick lämna patienterna utanför sjukhuset istället för att köra in dem på ett akutrum som man i vanliga fall gör, om containrar som stod på baksidan av sjukhusen. Det är så hemskt att man inte vill tänka på det.

Eftersom en smittspridning i modern tid av denna kaliber är ett nytt fenomen finns det inte riktigt fasta rutiner eller lagar att utgå ifrån vad gäller bl.a. vårdstuderandes rättigheter och skyldigheter under en praktik. Under min sju veckor långa praktik kom det nya besked från ledningen nästan dagligen om vad som gällde, vad jag fick och inte fick göra gällande COVID-19. Under några dagar fick jag inte alls vårda patienter som vi misstänkte var coronasmittade, medan jag andra dagar fick vårda dem alldeles själv med varierande grader av skyddsutrustning. I början av praktiken hade vi som personal i ambulansen ingen skyddsutrustning alls när vi gick in till patienter som inte visade symtom på corona, dock kom det ganska snabbt information om att vi skulle använda visir i kontakt med alla patienter, och både visir, skyddsmask modell Sundström SR 100 samt skyddskläder i kontakt med coronamisstänkta patienter.

Ambulanspersonalen är utsatt

Som ambulanspersonal är man i ett ganska utsatt läge då man är den första som möter patienten och det ofta är otillräcklig förhandsinformation man får från SOS-alarm om patientens tillstånd. Ofta förekom situationer var patienten hade ringt 112 och gett uppgifter om att hen t.ex. hade buksmärta, kastat upp eller bara var yr. När vi kom till platsen och började undersöka patienten samt frågade om dennes sjukdomstillstånd kom det fram att patienten hade hög feber, saturerade dåligt och inte hade stigit upp ur sängen de senaste dagarna – och där stod vi med endast visir som skydd i närbildkontakt med en patient som med stor sannolikhet kunde vara coronasmittad. På grund av detta skickade vi, då det var möjligt, ofta in en febermätare till patienten samt att vi frågade anhöriga om förkylningssymtom innan vi själva gick in i hemmet. Ofta fanns det även språkbarriärer som försvårade kommunikationen och det blev då ännu svårare att fråga om feber eller andra coronarelaterade symtom. Detta ledde till att jag ganska snabbt valde att ha både visir och skyddsmask på i kontakt med alla patienter, även om det var svårt för patienterna att höra vad man sade genom masken.

Under den korta perioden på några dagar då det var sagt att jag helst inte skulle vårda de coronamisstänkta patienterna i närbildkontakt

på grund av smittorisken, fokuserade jag bl.a. på dokumentering, intervju av anhöriga, gå igenom patienternas läkemedelslistor, samt förflyttningsutrustningen för att få ut så mycket av praktiken som möjligt. Det fanns dock situationer när jag som studerande valde att gå emot rekommendationen, då vi hade några allvarligt sjuka patienter som krävde två par händer bak i ambulansen. Jag som studerande får inte köra ambulansen på grund av försäkringsfaktorer mm, vilket då den ena vårdaren måste göra. För mig skulle det ha känts konstigt att sitta framme i ambulansen på passagerarsidan på väg till sjukhuset medan min handledare arbetar hårt med att hålla en patient med högst ostabilt tillstånd vid liv där bak. Jag valde då att göra vad jag kunde för att hjälpa till med ett extra par händer hos patienten, vilket jag inte alls ångrar, dels med tanke på utgången för dessa patienter men även eftersom jag bara några dagar senare i allra högsta grad fick vårda även de patienter som enligt vår uppfattning och arbetsdiagnos kunde vara coronasmittade.

Överlag är jag ganska förvånad över att jag klarade mig hela praktiktiden utan att bli smittad, men jag har säkert högklassig skyddsutrustning och god aseptik att tacka. Jag är även glad för att jag trotsade COVID-19 och reste till det land med minst restriktioner och som drabbats hårdast av de nordiska länderna, med tanke på allt jag lärde mig och allt det jag fick se.

Linn Schulman

Förstavårdsstudent, YH Arcada



Kurs 28/64 firar!

För 55 år sedan blev kurs 28/64 färdiga sjukskötare. Det ska vi fira torsdagen den 28 april 2022 på Sjuksköterskeföreningen i Helsingfors, Annegatan 31–33 C 50.

Anmälningar senast den 18 april till:

Gitta Geust, geustbirgitta@gmail.com, tfn 0405119728

Manne Falck, marianne.falck007@gmail.com, tfn 0405442918

Varmt välkomna till vår kursträff!

Gitta, Käde, Maicco, Manne och Margaretha

Utveckla dig själv och din kompetens

Specialiseringsutbildning

- Mental- och missbrukarvård, 30 sp
- Akutsjukvård, 30 sp
- Interprofessionell kompetens i utvecklingen av digitaliseringen inom social- och hälsovård, 30 sp

Högre YH-utbildning

ANSÖKAN 16-30.3

- Högre yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovård, flerformsstudier, Vasa/Åbo, 90 sp

novia.fi/kontinuerligt-larande

YRKESHÖGSKOLAN
NOVIA

novia.fi



Kompetenshöjande

- utbildning i vård av personer med nedsatt minnesfunktion, 10 sp
- fortbildning för skolcoacher, 10 sp
- grunder i sensorisk integration, introduktion A-delen, 1 sp
- behörighetsgivande fortbildning inom företagshälsovård, 15 sp, (2 sp för socionomer)
- CERAD – klinisk fördjupning

edunova.fi/kurser

 **Edunova**

edunova.fi



INTRESSERAD AV ATT VIDAREUTVECKLAS I DIN YRKESROLL?



På Arcada erbjuder vi mångsidigt med fortbildningskurser inom bl.a. social- och hälsovårdsbranschen. Vi anser att kontinuerligt lärande är nyckeln till att hålla din yrkeskompetens á jour och möta de krav arbetsmarknaden ställer. För vår fortbildningsverksamhet är utgångspunkten att det ska kännas givande och ändamålsenligt att utvecklas i sitt arbete och vidga vyerna i sin yrkesroll.

Våra samtliga fortbildningskurser hittar du på adressen

www.arcada.fi/kurskalender



Föreningen utlyser följande stipendier

Anita Hannusas minnesfond

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

Stipendier gällande vårdforskning och -utveckling

Ett stipendium på 2 000 € för magisterstudier och högre yrkeshögskolestudier.

Ett stipendium på 2 000 € för utvecklingsarbete.

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

Ett stipendium på 4 000 € postgraduala studier, licentiat- eller doktorsavhandling.

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

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast 30.4.2022. Ansökningsblanketter samt information finns på föreningens hemsida:

www.sffi.fi

Frågor kan riktas till info@sffi.fi

Styrelsen

Frågor kan riktas till info@sffi.fi

Styrelsen



Stipendier för studerande

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

Föreningen utlyser 10 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 uppehålle 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 30.4.2022 på adressen Annegatan 31-33 C 50, 00100 Helsingfors.

Ansökningsblanketten samt information finns på: www.sffi.fi

Frågor kan riktas till info@sffi.fi

Styrelsen



Utlyses rekreationsstipendier

Under våren 2022 lediganslår Sjuksköterskeföreningen i Finland lediganslår 12 rekreationsstipendier 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.

Föreningens medlemmars arbetsbörda och arbetssituation har pga COVID-19 pandemin förändrats snabbt.

Under år 2022 krävs det endast 1 års medlemskap av den sökande samt aktiv verksamhet i föreningen. Även pensionerade medlemmar kan ansöka om stipendiet. Ett rekreationsstipendium 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 kontaktuppgifter (adress, e-post, telefonnummer) och kontonummer. Ansökan bör ha sökandes underskrift.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast 30.4.2022 på adressen Annegatan 31-33 C 50, 00100 Helsingfors.

Frågor kan riktas till info@sffi.fi

Styrelsen

SF i Helsingfors med omnejd

9.4.2022, utfärd till Gumbostrand Konst & Form. Vi börjar med brunsch kl. 11.30 och därefter utställning. Busstransport tur-retur från Kiasma. Käde Skogman tar emot anmälningar på tele 050 5847347 eller kerstin.skogman@elisanet.fi. De 20 ivrigaste rymms med.

Följ oss på www.sffi.fi

SF i Mellersta Österbotten

12.5.2022, Internationella Sjukskötardagen. Vi planerar en medlemsträff. Mera info kommer senare. Våra medlemsträffar annonseras också i minneslistan i ÖT.

SF i MÖB höll årsmöte 21.2.2022. Styrelsens sammansättning är följande:

- Johanna Sandbäck Forsell, ordförande
- Susanna Granbacka, viceordförande
- Siv Rönnebacka, sekreterare
- Minna Lithén, kassör
- Sissel Lövsund PR-sekreterare
- Isa Dahlbacka
- Leena Ljung
- Ann-Britt Wiik-Björkskog

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

SF i Sydösterbotten

10.4.2022, biokväll i Närpes. Mera info senare!

12.5 2022, Internationella Sjukskötardagen. Vi firar genom att vandra i naturen runt Bötomborgen samtidigt som vi blir guidad i Mindful walking av Maria Karlå. Efteråt grillning.

September, höstträff på Stationshuset i Finby med Anna-Greta Olsio som föreläser om sin doktorsavhandling. Närmare info senare!

Följ oss på www.sffi.fi

SF i Vasa

12.5.2022, Internationella Sjukskötardagen kommer att uppmärksammas. Planeringen är på gång. Mera info senare.

Du som har ny e-postadress, gör en adressförändring via SFF:s websida, så att du även i fortsättningen kan få info om våra evenemang.

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

SF i Västra Nyland

12.5.2022, Internationella Sjukskötardagen uppmärksammar vi med en trevlig träff i Åminnefors där vi får avnjuta en trerätters middag på Åminne gård. Busstransport tur-retur ordnas med start från Hangö-Ekenäs-Karis-Åminnefors. Mera info och tidtabell då det närmar sig skickas per e-post till medlemmar som uppgett sin e-postadress och samma information uppdateras även till hemsidan. Välkommen med!!

Följ oss på www.sffi.fi.

SF i Åboland

12.5.2022, Internationella Sjukskötardagen. Vi arrangerar hemlig bio på Finnkinno i Åbo, Köpmansgatan 11. Bioföreställningen är efter kl. 17.00. Mera info kommer senare vi e-post och

på hemsidan. Sista anmälningdagen är den 9.5 till sfiaboland@gmail.com
Trevlig vår.

Följ oss på:
E-post: sfiaboland@gmail.com
www.sffi.fi

SF på Åland

12.5.2022, discgolf. Vi har planer att spela discgolf med instruktör på Kastelholms discgolfbana. Eferåt blir det fika på Åland Distillery. (Det gamla Wärdshuset)

22.10.2022, Save the Date. Galamiddag på Restaurang Nautical. Mera information kommer senare.

Följ oss på:
E-post: sffi.aland@gmail.com
Facebook: Sjuksköterskeföreningen på Åland

SF i Östra Nyland

Vi önskar alla medlemmar en skön väntan på våren! Styrelsen planerar som bäst vårens aktiviteter så följ med på hemsidan och föreningens sociala medier.

Följ oss på:
E-post: SFFostranyland@gmail.com
www.sffi.fi

Styrelsenytt

- Styrelsen har beviljat stipendier för olika ändamål.
- Antalet ansökningar för rekreationsstipendier har ökat under de senaste åren.
- Pga pandemin var styrelsen tvungen att inhibera den planerade Studiedagen 2022 i Borgå
- Fullmäktigemötet 26.3.2022 kommer att ske via datakommunikation.
- Styrelsens julgåva gick år 2021 till SF i Helsingfors med omnejd som skänkte summan på 450 € Ensikoti ry i Helsingfors.
- Historikprojektet framskrider och del 1–3/5 språkgranskas under våren.
- Planeringen inför kommande 125-årsjubileum år 2023 har inletts. Mera info senare.
- Föreningen kommer troligen att arrangera ett teatertillfälle hösten 2022. Följ med på sociala medier samt på hemsidan.

Viktiga datum 2022

- **24.3.2022** styrelsemöte
- **26.3.2022** digitalt fullmäktigemöte
- **30.4.2022** deadline för stipendier
- **23.5.2022** dealine Vård i fokus 2/2022
- **4.6.2022** 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 Metsäranta, 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 Holmén, Borgå

Ansökan om medlemskap i Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

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

Tillnamn: _____

Förnamn: _____

Födelseid (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