

Vård i fokus

3 / 2022



Sjuksköterskeföreningen

Vård i fokus

Nr. 3 September 2022

Årgång 39

Organ för
Sjuksköterskeföreningen
i Finland rf

Ansvarig utgivare:

Annika von Schantz,
telefon 040 537 0376

Redaktionssekreterare:

Sandra Allden,
telefon 045 143 7575

E-post:

sandra.allden@sffi.fi

Pärmillustration eller -bild:

Pixabay/VitalyKobzun

Solrosen, Ukrainas nationalblomma, har blivit symbolen för solidaritet med det ukrainska folket.

Grafisk formgivning:

Linnéa Sjöholm

Layout:

Sandra Allden

Tryckt hos:

Grano Oy Ab, Vasa

ISSN: 0781-495X

www.sffi.fi

info@sffi.fi



Innehållsförteckning

- 3 **Ledare:** Annika von Schantz
- 4 **Vårdledares upplevelser av etisk stress inom äldreomsorgen,** Fanny Ahokas Jessica Hemberg
- 13 **Säker uppföljning av äldre på serviceboende efter skada mot huvud och höft,** Henri Mertaniemi
- 17 **Annons:** Helsingfors
- 18 **Mat – en viktig pusselbit till god hälsa,** Sandra Esselström-Lillqvist
- 23 **Annons:** Arcada
- 24 **Introduktionens betydelse för nyanställda sjuksköterskor,** Ronja Lindroos Maria Forss
- 28 **Röster från Ekåsen – bokrecension,** Margit Eckardt
- 30 **Utmärkelse,** Hedersmedlem
- 31 **Tävling:** Näytöllä Tuloksiin
- 32 **Jorden runt med Alarik – dagbok från ett sjuktåg under fortsättningskriget,** Ruth Eriksson
- 40 **BRA – Barns Rätt som Anhöriga,** Jana Sundberg
- 42 **Utlandspraktik på Norrlands universitetssjukhus,** Emma Rintamäki
- 45 **Neonatalpraktik i Umeå,** Isabella Tallgård
- 48 **Annons SFF:** Rekreativsstipendium
- 49 **Annons SFF:** Forskningsstipendium
- 50 **Annons SFF:** Studerandestipendium
- 51 **Sommarkryss facit**
- 52 **Regionala föreningar & styrelsenytt**
- 54 **Styrelsen och fullmäktige 2020–2023**
- 55 **Ansökan om medlemskap**

Kära medlemmar

Då man slår på nyheterna i media är nyheterna alarmerande. Strejkhot och personalbrist gäller i vår bransch. De offentliga medlen räcker inte till. Prioritering behövs på alla nivåer. Det gäller att tänka om för att resurserna ska kunna fördelas på rätt sätt. En ny arbetsfördelning behövs, att tänka om vem gör vad.

Många sjukskötare har drabbats av burnout, utbrändhet. Ett nyare fenomen är boreout, uttråkning, då man inte mera har framtidstro eller tro på att allt blir bättre. Den som känner sig uttråkad på arbetsplatsen byter bransch. Det här har många sjukskötare gjort under det senaste året.

Just nu, under sensommaren, finns det trots allt små tecken på återvändning till sjukskötarbrevet. Kärleken till vårt yrke är stark. Starkare än summan av fördelar inom andra branscher. Kärleken till yrket, till teamet och till gemenskapen vinner. Sjukskötaryrket är inte som andra yrken. Jag påstår att kärlek till branschen är avgörande. Det finns faktorer som är viktigare än pengar (jag vill naturligtvis att lönen skall vara rättvis, det skall synas i lönen att ansvaret är stort). Att man mår bra på sin arbetsplats är centralt för att man skall orka. Välmående är grundpelaren för en bra arbetsplats. Naturligtvis skall arbetet vara intressant, tryggt och säkert. Välmående föds och lever i den vardagliga gemenskapen. Var och en av oss ansvarar för att stämningen på arbetsplatsen är god.

Människan är en helhet, en blandning av vem man är privat och vem man är på jobbet. Människans

helhet består av livets olika roller. Vilka faktorer kan du påverka, vilka kan du bestämma om?

Lägg energi på det du kan både påverka och bestämma över!

Livets väv, det vi bär på i livets ryggsäck, fungerar som livets trampolin då man möter misslyckande och tråkiga saker i livet. Av lyckliga stunder och då man fått uppleva

en känsla av att ha lyckats vävs en positiv väv. Lycka består inte av enskilda saker, utan av föds i olika positiva sammanhang. Det är viktigt att känna igen sina känslor och att sätta ord på sina känslor. Lycka är en cirkel, man både ger och tar emot.

I Butan mäts den nationella framgången i hur lyckligt folket är. Medborgarna får bl.a. svara på frågan: Har du någon att gå till om du skulle ha stora problem, vet du att den personen skulle hjälpa dig? På vems lista är du?

Min åsikt är att vi sjukskötare kan både påverka och bestämma om väldigt mycket på vår arbetsplats och i vår arbetsgemenskap. Dessutom finns vi nog på andra människors lista över vem man kan vända sig till då man har problem. Många andra människor vet att vi sjukskötare skulle hjälpa. Jag önskar er, kära medlemmar en glad höst. Var måna om er själva och varandra,

Annika von Schantz
Er ordförande

Vårdledares upplevelser av etisk stress inom äldreomsorgen

av Fanny Ahokas & Jessica Hemberg

Den pågående COVID-19-pandemin har haft en stor inverkan med tanke på upplevd etisk stress bland vårdpersonal och det här har lett till en ökad uppmärksamhet kring området. Studiens syfte var att studera vårdledarnas upplevelser av etisk stress i det dagliga arbetet inom äldreomsorg. Datamaterialet bestod av texter från intervjuer med åtta vårdledare inom äldreomsorgskontext. För studien användes kvalitativ innehållsanalys.

Introduktion

Den ökade betoningen på hälso- och sjukvårdens effektivisering har lett till att etiska konflikter är mycket vanliga i vårdmiljön idag (1, 2). Etiska konflikter kan uppstå till exempel då vårdledare får direktiv uppifrån den högre ledningen om att göra något eller införa förändringar av olika slag, som är mot vårdledarnas etiska värderingar, varpå dilemman och stress kan uppstå (2). I den ständigt föränderliga vårdmiljön (3, 4) har även COVID-19-pandemin haft en stor inverkan på den upplevda etiska stressen hos vårdpersonalen (5, 6) och detta har lett till en ökad uppmärksamhet kring detta (7). Etisk stress kommer till uttryck då vårdarna inte kan utföra det rätta, som de uplever det, på grund av en yttre faktor, såsom till exempel COVID-19-pandemins effekter (8). Under

de senaste åren har många vårdare lämnat sina professioner på grund av etisk stress och därför är det motiverat att studera etisk stress, som haft en stor inverkan på vården (9).

Etisk stress

Etisk stress definieras som en psykologisk obalans som uppstår när vårdare är medvetna om den etiskt lämpliga åtgärden som en situation skulle kräva, men inte kan utföra denna åtgärd på grund av yttre hinder (4, 10, 11). Begreppet etisk stress kommer till uttryck när man har gjort en moralisk bedömning och vet vad som är det rätta att göra, men man inte kan utföra det rätta på grund av yttre hinder (1, 9, 10, 12, 13).

Begreppet etisk stress kan därför breddas till att den rätta åtgärden inte görs på ett nöjaktigt

sätt eller misslyckas att genomföras på grund av faktorer utanför ens kontroll (12–14). Dessa faktorer är exempelvis tidsbrist, maktstrukturer eller juridiska begränsningar (10). Etisk stress bidrar till negativa känslor så som frustration, ångest, sorg, rädsla och kan även bidra till arbetsrelaterad stress samt känslan av ett minskat självvärde (4, 9–11).

Minskad personalbemanning, ökad mängd patienter med ett större samt mera utmanande behov, kraven om att upprätthålla de praktiska standarderna samtidigt som man minimerar vårdkostnaderna är några exempel på den komplexa dagliga vårdmiljön (4, 15) som kräver fler metoder för etisk problemlösning (3, 4). Det är därmed vanligt att vårdledare och vårdare upplever daglig etisk stress i sitt arbete (4). Svårigheter uppstår även på grund av att befolkningsstrukturen blir äldre och patienterna samtidigt blir sjuka-re samt vården omstruktureras (16).

Vanliga etiska problem uppstår när vårdarna tvingas agera på ett sätt som de upplever att inte är för patientens bästa (17, 18, 19). Känslan av att som vårdare dagligen tvingas kämpa för att skydda patientens rättigheter och dennes självbestämmanderätt bidrar till en stor stress i vardagen (15).

Prioriteringar bidrar till problem, bland annat där patienters grundläggande behov kommer i konflikt med de begränsade resurserna och den minskande budgeten (19). Det finns en spänning mellan behov och värderingar från organisationens sida och de behov och värderingar som finns hos vårdarna, patienterna och anhöriga (2). Vårdledare har en stor inverkan på arbetsklimatet, då de fungerar som en mellanhand mellan alla parter (1, 2). Konflikter uppkommer mellan de vårdvärden, där patientvården är viktigast men organisationens värden, där kostnader och produktivitet är centrala (1, 2, 19). Några av de vanligaste etiska problemen utgörs av resursbrist, allt sjukare patienter och att inte kunna utveckla och producera högkvalitativ vård (1, 2, 11, 19, 20). Även situationer där patienter eller anhöriga betett sig olämpligt eller inte är samarbetsvilliga bidrog till stress i arbetet för vårdarna (17).

Vårdledare upplevde att etisk stress bidrog med emotionell och mental skada (21). Då vårdledare tvingas vidta felaktiga åtgärder, trots att de bär på kunskap och är medvetna om vilka åtgärder som borde göras, uppstår en känsla av skam, skuld och ånger (10, 21). Den emotionella integriteten skadas när vårdledare tvingas göra en handling som strider mot hens etiska principer och detta kan leda till utbrändhet (21). Etisk stress går inte över med situationen, utan vårdledare och vårdare fortsätter att uppleva etisk stress även efter att själva vårdsituationen är över (10). Upplevd etisk stress leder till mer medicinska fel, som kan resultera i ökade kostnader samt en sänkt patientnöjdhet (22).

Med COVID-19-pandemin har flera nya etiska dilemman framkommit som bidrar till vårdarnas etiska stress och många dilemman beror på brist på resurser, både medicinska och mänskliga (8).

”Vårdledarna i den här studien såg en tydlig skillnad kring kunskap om etik mellan nyutexaminerade och äldre personal, och att etiken är mer framträdande i dagens vårdutbildning.”

Faktorer som är relaterade till pandemin påverkar patienterna genom en ökad upplevelse av etisk stress som i sin tur påverkar vårdarna på samma vis (7). Arbetstempot, som blivit allt snabbare, med den nya stora arbetsbördan har lett till att vårdarna inte har haft samma tid för reflektion vid etiska problem eller vid prioritering av arbetet (8, 23). Ny information som kräver nya snabba förändringar i vården, kommer ständigt från nationella hälsovårdsmyndigheter, vilket orsakar stor stress för vårdledarna (5). Nu har även etisk stress framkommit bland vårdare som en följd av patienters moraliska lidande som blivit utan lindring (7, 24). All osäkerhet kring framtiden, beslutfattandet och rädslan för att misslyckas bidrar till etisk stress för vårdare och vårdledare (7). Att möta dessa utmaningar som kommit med COVID-19-pandemin, blir en viktig utmaning för vårdledarna (23) och därför är det motiverat att undersöka etisk stress.

Syfte och metoder

Studiens syfte var att studera vårdledarnas upplevelser av etisk stress i det dagliga arbetet inom äldreomsorg.

Datamaterialet bestod av texter från semistrukturerade intervjuer med åtta (N=8) vårdledare (i åldern 28–62 år) i Finland, gällande deras upplevelser av etisk stress i deras dagliga arbete inom äldreomsorgen. Deltagarnas erfarenhet varierade från fyra till 43 år inom olika vårdkontext och från ett till 21 års erfarenhet som vårdledare inom äldreomsorgen. Datamaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (25).

Etiska frågor

Forskningen har gjorts i enlighet med riktlinjerna för Forskningsetiska delegationen i Finland (26, 27). Den ena forskaren kontaktade via e-post de vårdledare som valts ut som lämpliga för att delta i studien. De utvalda vårdledarna fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte, sekretess och avsikten att publicera forskningsresultaten. Informerat samtycke erhöles av deltagarna i studien. Det etiska tillståndet för att genomföra studien godkändes av en forskningsetisk kommitté

vid universitetet där forskarna hade sin hemvist.

Resultat

Fem teman hittades:

- Etisk stress uppkommer på grund av tidsbrist
- Etisk stress bidrar till en känsla av otillräcklighet men ger även ansvarskänsla
- Etisk stress uppkommer vid obalans mellan värderingar
- Ökad kunskap och diskussion bidrar till att minska etisk stress
- Reflektion, ökat stöd och resurser kan minska etisk stress.

Dessa fem teman beskrivs närmare nedan.

Etisk stress uppkommer på grund av tidsbrist

Att endast ha tid för att utföra det mest nödvändiga bidrar till att vårdledarna och vårdarna tvingas i en jobbig situation.

"... man skulle behöva ha tillräckligt med tid för sina patienter, det är det största (problemet då det gäller etisk stress) ... Det speglar ju av sig på patienterna ... även om vårdarna är hur trevliga o duktiga som helst så har de inte tid att utföra arbetet ordentligt. Det fysiska (hinner de med) men det psykiska blir nog på hälft (F2)".

Etisk stress uppkommer även där vårdledarna tvingas prioritera mellan patienter, dvs. då de inte kan ge så mycket extra tid åt en patient som de kanske skulle önska, utan de kan bara ge så mycket tid åt en patient så att det inte inskränker på en annan patients tid.

"De vet inte hur mycket extra tid de kan ge åt den här patienten för att inte andra patienter ska bli för lidande... Vi kämpar ju med tidspress och personalbrist att det är det tokiga just nu (under pandemin) (F5)".

Vårdledarna uppgav att tidsbristen har ökat under COVID-19-pandemin, vilket i sin tur har ökat den etiska stressen. Tidsbristen har flera konsekvenser för vårdledarna och avspeglar sig också på patienterna. Oberoende hur duktiga vårdarna är så blir det konsekvenser, som drabbar

patienterna, eftersom de saknar tillräcklig tid för att utföra arbetet ordentligt. COVID-19-pandemin har ökat tidsbristen på grund av ökade sjukledigheter och karantänstider, men även på grund av att man ibland är tvungen att ta in obehörig vikarierande personal. I sådana fall kan det hända att den behöriga personalen inte är tillräcklig.

Tidsbristen, så som till exempel att man inte har tid att ta patienterna ut på individuella promenader, skapar etiskt stress. Sådana aktiviteter får läggas åt sidan eftersom resurser inte finns. Fler vårdare kunde därmed hjälpa till att reducera etisk stress, upplevde vårdledarna.

Vårdledare tampas även med det faktum att den etiska stressen ökar när administrativt jobb blir ogjort på grund av att de måste hjälpa till med vårdarbete på fältet. När de flesta vårdledare hjälper till på fältet väljer de att prioritera det över annat arbete som även är viktigt. Man prioriterar det arbete som är mest akut och arbetar därefter.

"Om jag är på jobb på fältet med patienterna och gör ett bra jobb där, men sen så vet man att det ramlar in e-post och andra uppgifter (administrativa) som man borde göra ... och min chef frågar när man kommer sända in den och den rapporten... (F8)".

Etisk stress bidrar till en känsla av otillräcklighet, men även en ansvarskänsla

Vårdledarna upplever att det är svårt att acceptera att man gör sitt bästa och mer än det går inte att göra. Det känns ändå som om det är för lite gjort och att de inte räcker till. Känslan av otillräcklighet kommer även fram i vårddimensioneringen och då man inte kan få mera resurser även om man skulle behöva det. Mer utbildad personal skulle ge ett större lugn i arbetstempot, vilket skulle minska den etiska stressen samt bidra till att man kunde dela på ansvaret.

Etisk stress påverkar inte enbart arbetet utan det påverkar även vårdledarnas fritid. Alla olika arbetsuppgifter som borde utföras samtidigt som vårdledarna har den stora uppgiften att uppmuntra och leda personalen, leder snabbt till en känsla av otillräcklighet som stressar etiskt.

"Otillräckligheten att man går hem från jobbet och tycker att man har tusen saker som man tycker att man borde ha gjort och gjort lite bättre... (F8)".

Samma deltagare betonar att hennes sätt att avlasta etisk stress är att få personalen att känna sig sedda och att hon brukar lyfta upp dem så att de känner sig viktiga. Den etiska stressen uppkommer även när man känner att man inte förmår, i önskad utsträckning, uppehålla ansvarskänsla för patienterna.

"Det viktigaste är nog att man ska ha insikt i det att hur mycket man än jobbar så blir jobbet aldrig färdigt. ... Man måste ibland vara tuff och prioritera. ... Även om mycket känns som rutin... så måste man planera sitt arbete för att orka (F8)".

Etisk stress uppkommer även där det är sådana vårdare som egentligen inte är intresserade av äldrevården. Eftersom det råder brist på utbildad personal måste man ta emot den personal som finns, vilket orsakar etisk stress för vårdledare eftersom det upplevs stressande att tänka att de kanske inte gör sitt jobb helhjärtat.

En positiv aspekt med etisk stress var att den kan leda till utveckling av starkare ansvarskänsla för patienterna. Den bidrar med en önskan och vision om framtiden. Vårdledarna efterlyste en tillgänglig personalstyrka för att trygga patienterna och deras välmående.

Vårdledarna upplevde även att den etiska stressen hade ökat i takt med COVID-19-pandemin och de ökade restriktionerna. En aspekt som leder till mer etisk stress för vårdledarna var vårdare som inte följde restriktioner.

"... man blir stressad av kollegor som inte följt restriktioner och nu är i karantän... och att man inte ens som vårdare följer dessa restriktioner... vi har ju till och med från spårningsteamet personer som inte följt restriktionerna... det har nog med förtroende att göra... att omdömet har man missat... (F3)".

Etisk stress uppkommer vid obalans mellan värderingar

Flera av vårdledarna upplevde att organisationens och deras egna värderingar oftast var i

samklang, medan andra menade att ekonomiska värderingar styrde över etiska värderingar, vilket skapade etisk stress i dagliga arbetet.

"... budgeten styr oss verkligen mer än etiska värderingar... tyvärr... pengarna styr. ... Vi är här för våra patienter och det tycker jag inte organisationen ska glömma, att det handlar om stadens invånare och deras välmående. Det pratas mer och mer om pengar än om personer (F5)".

Många upplevde att budgeten var strikt, och att man där inte alltid hade möjlighet att utgå från sina etiska värderingar eftersom det ekonomiska styrde. Detta upplevdes etiskt stressande eftersom man vet vad man borde och skulle vilja göra, men på grund av resursfrågan så måste man välja att avstå från det goda. Inom den privata sektorn blir etiska värderingar i obalans då organisationen diskuterar pengar och vinst, som en deltagare uttryckte:

"Jo, och det handlar ju om pengar och vinst. Och jag anser att man inte kan göra vinst på vård. Det är oetiskt helt enkelt (F2)".

De etiska värderingarna kunde även variera mellan vårdledare och personal. Och det kunde även ibland uppstå situationer där det var svårt att få alla parter nöjda och man då tvingades prioritera arbete enligt sina värderingar

"Det är nog både och... lagom stress är helt okej, men det blir nog betungande när man ska ta hand om både patientens ärenden och sen också personalens ärenden. Och ibland får då kanske personalens ärenden i sådana fall vänta (F1)".

Etisk stress uppkommer där organisationen inte har samma synpunkter som vårdledaren och vårdarna. Etiska värderingar i obalans framkommer vid patientfrågor där anhöriga är av olika åsikt än vårdarna eller patienten. Vårdledarna kände att de kom i kläm när de försökte göra alla nöjda, men det ofta slutade med att man trampade på någons tår eller måste avstå från sina egna värderingar på grund av patientens självbestämmanderätt:

"Att man på något vis får båda (patienten och anhöriga) nöjda, även om de har väldigt olika åsikter gällande vad patienten behöver på grund av till exempel sin sjukdom. Det kan vara svårt...

man måste trampa på någondera eller backa på sin egen sak... att vi gör såhär då... trots allt...(F1)".

Ökad kunskap och diskussion bidrar till att minska etisk stress

Det här temat behandlar hur ökad kunskap och öppna diskussioner på arbetsplatsen kan reducera etisk stress. Många vårdledare upplevde att det skulle krävas en större kännedom om etisk stress, eftersom alla vårdare inte vet vad det är. En deltagare menade att man kanske känner till etik men inte etisk stress eller hur man kopplar etisk stress till arbetsprocesser, varför ökad diskussion och kunskap om detta vore viktigt. Vårdledarna upplevde även att det behövdes mera utbildning och föreläsningar om ämnet. I dagens läge pratas det mera om etik, det hade vårdledarna märkt på tankesättet bland de nyutexaminerade vårdarna. Men det hjälper inte att bara en eller två vårdare kan mera om etisk stress och etik, utan dessa ämnen borde verkligen synliggöras så att alla skulle få kunskap om dem. Vårdledarna betonade att man inte endast borde tala om detta tema på arbetsplatserna, utan även offentligt i samhället.

"Kanske skulle det göra nytta om man skulle få föreläsningar om etik och etisk stress... så man skulle våga prata om saker för att få bort skammen (F7)".

En annan deltagare sa: "Tack vare skolningar får man Aha-upplevelser... hur man skulle kunna tänka och göra. Det väcker tankar och diskussion bland personalen... att läsa en bok är också bra men det är annat att lyssna på någon som föreläser och verkligen brinner för detta (F5)".

Att det uppkommer obalans i värderingar är naturligt, men en vårdledare konstaterade att det var viktigt att diskutera dessa ärenden under möten och ta upp det mera med organisationen. Vissa vårdledare upplevde att de hade relativt bra relation till sina chefer och att de träffades varje vecka för att diskutera problem och tillsammans hitta en lösning. Vikten av öppenhet på arbetsplatserna betonades, eftersom den etiska stressen inte försvinner, tvärtom trodde vårdledarna att den kommer öka. I takt med att budgeterna blir striktare och befolkningen äldre tillkommer

prioriteringsbeslut och andra etiska bekymmer som leder till ökade upplevelser av etisk stress.

"Jag tror också att i framtiden... så får vi allt sjukare människor och mindre resurser som leder till mycket utmaningar... ekonomiska... som kommer komma också. Men att stöda personalen nu i deras ork att komma ihåg den biten... och att man inte får glömma patienten helt enkelt. Utan utgå från att patienten ska ha det bra (F7)".

Reflektion, ökat stöd och resurser kan minska etisk stress

Det här temat behandlar reflektion, ökat stöd och ökade resurser som kan minska etisk stress. Vårdledarna upplevde att de försökte uppmäna sin personal att inte grubbla över jobbärenden hemma, men att de själva hade svårt att följa detta råd och ibland blev det lite sömnlösa nätter på grund av etisk stress kring olika jobbrelaterade ärenden. Att ha andra aktiviteter, såsom att gå ut på en promenad eller handarbete, kunde hjälpa dem att koppla bort tankarna för en stund, men ändå fanns ofta de tunga tankarna närvarande. Med hjälp av reflektion kunde man minska etisk stress för både vårdledaren och arbetstagarna.

"... Man borde ha mera tid för reflektion och helt enkelt för att få tänka i sitt arbete. Både som vårdledare fundera kring sitt eget arbete och planera hur man vill ha det på avdelningen. Men framför allt för att få personalen att sitta ner och bara diskutera (F7)".

Att prata för sig själv, eller överlag reflektera över dagens händelser, var ett annat sätt som kunde hjälpa att reducera etisk stress. Dessa metoder kunde även hjälpa för att tänka positivare om framtiden och inse att man har möjligheter att påverka och göra annorlunda framöver. Ett annat sätt att reducera och avlasta etisk stress var att skriva av sig för att avlasta.

"... Jag skriver email som jag aldrig skickar. Att man får skriva av sig under dagen och skriver sådant som är negativt och tungt. Det blir ett lite mindre problem av de hela då... Man läser det i slutet på dagen och ser vad man tänkte... (F4)".

Önskan om stöd från ledningens sida för att minska etisk stress uttrycktes bland vårdledarna.

Man önskade få konkreta tips och råd hur man kan prata om etisk stress med personalen. Vårdledarna uttryckte även att man från ledningens sida inte pratade så mycket om etisk stress. På grund av tystnadsplikten kunde vårdledarna inte ventiler sina känslor utanför arbetsplatsen. Men regelbunden arbetshandledning med en utomstående expert eller terapeut, som är insatt i vad man varit med om, eller med en kollega ansågs vara ett gott sätt att avlasta etisk stress. Tyvärr hade pandemin gjort att möjligheterna till arbetshandledning minskat, så det hade blivit svårare att hantera etisk stress.

Nyckeln till att reducera etisk stress ansågs av vårdledarna även vara ett öppet klimat där man genast vågar prata om etisk stress och inte försöker fösa det under mattan.

Trots att det kunde kännas som att de situationer som präglas av etisk stress är betungande, upplevde vårdledarna ändå att de kunde lära sig något av dessa och ta med förbättringar till framtiden. Etisk stress kunde därmed bidra med positiv utveckling genom reflektion och öppen diskussion utifrån olika synvinklar, som bidrog med ökade insikter både i förhållande till det egna jaget och i relation till andra.

Diskussion

Syftet med denna studie var att studera vårdledarnas upplevelse av etisk stress i det dagliga arbetet inom äldreomsorgen. I den här studiens första tema, framkom att vårdledarna upplever etisk stress när de inte kan ge mera tid till patienterna än för de mest nödvändiga vårdåtgärderna. Vårdledarna skulle gärna ge mera tid till patienterna, då det skulle bidra till bättre kvalitet på helhetsvården, men tidspressen kommer emellan. Detta problem är i linje med tidigare forskning som visade att ett av de största och vanligaste etiska problemen var bristen på resurstillgångar samtidigt som man måste utföra och utveckla högkvalitativ vård (1, 2, 19, 20, 28).

Vårdledarna ansåg att tidspressen bidrar till att det inte finns tillräckligt med tid för den psykiska delen, utan de måste prioritera det fysiska för att hinna med allt jobb, vilket därmed drabbar

patienterna negativt. COVID-19-pandemin hade även ökat tidsbristen (jfr. 7). Det finns inte den extra tid hos vårdarna som de kunde ge till patienterna, så exempelvis aktiviteter såsom utevistelse etc. fick läggas åt sidan på grund av knappa resurser (jfr. 19).

Catania et al. (5) visade även på resursbrist på grund av sjukfrånvaro och omplaceringar och det framkom av vårdledarna att COVID-19-pandemin har medfört ökad tidsbrist, men inte enbart med tanke på ökande sjukledigheter och karantänstider, utan även på grund av det faktum att man ibland är tvungen att ta in obehörig vikarie- rande personal. Vårdledarna menade således att ett ökat antal vårdare kunde minska etisk stress i deras arbete. Vårdledare tampas även med det faktum att den etiska stressen ökar när administrativt jobb blir ogjort, då bristen på vårdare gör att de måste prioritera hjälpen på fältet (jfr. 29).

I den här studien framkom även att vårdledarnas upplevelser av otillräcklighet skapar etisk stress. Eftersom vårdledarna upplevde att de inte kunde upprätthålla ansvaret för patienterna i den grad som de skulle vilja. Detta kan jämföras med tidigare forskning som visar att etisk stress bidrar till negativa känslor och kan bidra till arbetsrelaterad stress, men även till ett upplevt minskat självvärde (4, 9–11). Samtidigt som vårdledarna påpekade att resursbristen hade en stor påverkan skulle en förnyad vårddimensionering med flera vårdare inte enbart räcka till. Etisk stress uppkommer även ifall det finns utbildad personal som egentligen inte är intresserad av äldreomsorg men ändå jobbar inom den. Även tidigare forskning visar vårdledarnas utmaningar med att hitta tillräckligt med vårdare för den stora arbetsbördan (29). Patientantalet ökar samtidigt som man minimerar vårdkostnaderna och personalresurserna är knappa (4, 15). Vårdarnas trötthet påverkar vårdkvaliteten och en större arbetskraft skulle säkerställa vårdkvaliteten (29).

En positiv aspekt med etisk stress, som vårdledarna lyfte fram i denna studie, var att den gör att man kan få en ökad ansvarskänsla för patienterna, vilket bidrar till att man eftersträvar resursförstärkning för att kunna trygga patienternas väl-

”Den här studien visade även att etisk stress ofta uppkommer på grund av obalans mellan ekonomiska och etiska värderingar.”

mående. Tidigare forskning har inte påvisat att en positiv följd av etisk stress är ökad ansvarskänsla utan en förbättrad självreflektion och professionell tillväxt (4).

I denna studie framkom även att vårdledare upplever att den etiska stressen har ökat på grund av COVID-19-pandemin, de ökande restriktionerna (jfr. 5) och att vårdarna inte följer regeringens restriktioner och rekommendationer. Detta resultat var inte i linje med tidigare forskning där vårdarna i stället varit väldigt rädda för att bli smittade och hellre isolerade sig (5).

Den här studien visade även att etisk stress ofta uppkommer på grund av obalans mellan ekonomiska och etiska värderingar. Det framkom även att organisationen kunde ha olika åsikter, gällande patientfrågor, än vårdledaren och vårdarna som arbetade med patienten dagligen. I tidigare forskning har det framkommit att vårdledarna upplevde att de organisatoriska skyldigheterna hade prioritet framför deras mänskliga och etiska skyldigheter (10, 21). Upplevelser av att medvetet göra misstag, bidrar till följder av till psyko-emotionell skada och skada på professionaliteten (18,

21). I den här studien var de etiska värderingarna inte enbart olika mellan organisationen och vårdledarna, utan kunde även handla om variationer mellan vårdledare och personal. Det var också betungande när anhöriga var av annan åsikt än vårdarna eller patienten själv, vårdarna upplevde då att de kom i kläm. Ibland tvingades vårdarna trampa på någons tår eller så blev de tvungna att avstå från sina egna värderingar, på grund av patientens självbestämmanderätt. Dessa upplevelser går i linje med tidigare forskning som visade att vanliga etiska problem uppstår när vårdarna tvingas agera på ett sätt som de upplever att inte är för patientens bästa (17, 18). Känslan av att som vårdare dagligen tvingas kämpa för att skydda patientens rättigheter och dennes självbestämmanderätt bidrar till en stor stress i vardagen (15). I den här studien framkom att etisk stress upplevdes även där anhöriga inte uppskattade vårdledaren, eller vården och uttryckte sitt missnöje (17).

Studien visade även att många vårdledare upplevde att det skulle behövas en större kännedom om etisk stress, eftersom det är något som alla vårdare inte alltid är medvetna om vad det innebär. Vårdledarna betonade vikten av öppna diskussioner gällande etisk stress med organisationen (jfr. 3). För att lösa etiska problem använder vårdledare sig oftast av diskussion (3, 17) med andra vårdare, men även med läkare (17). Vårdledare som stöter på etiska problem relaterade till sig själva använder oftare stöd av externa experter (3). Ett mer varierat utbud av metoder skulle vara till hjälp vid etisk problemlösning och användningen av externa experter, etiklitteratur samt etiska koder bör kombineras med etiskt resonemang och beslutsfattande, för att nå nya dimensioner och extern kunskap (3).

Tidigare forskning har även visat att en öppen dialog och förståelse för vårdarnas sårbarhet (24) samt ett mer varierat utbud av metoder skulle vara till hjälp vid etisk problemlösning (3). I den här studien framkom även att vårdledarna önskade mer utbildning och föreläsningar om etisk stress, eftersom det skulle öka kunskapen bland vårdarna (jfr. 1, 17, 20) och kunde leda till en per-

sonlig tillväxt för dem (jfr. 18). Vårdledarna i den här studien såg en tydlig skillnad kring kunskap om etik mellan nyutexaminerade och äldre personal, och att etiken är mer framträdande i dagens vårdutbildning.

Denna studie visade även att etisk stress följer med vårdledarna hem. Vårdledarna hade olika strategier för att avlasta etisk stress bland sin personal, såsom exempelvis att uppmuntra till utövande av olika fritidsintressen. Tidigare forskning har även visat på att fritidsaktiviteter, fokus på bra mat och god natts sömn hjälpte vårdare att koppla av (29).

I den här studien framkom att reflektion, ökat stöd och resurser kan minska etisk stress. Genom reflektion kunde man minska etisk stress för vårdledarna (jfr. 15). Den här studien visade även att vårdledare använder olika slags strategier för att reducera upplevelser av etisk stress, såsom att prata med sig själva eller skriva av sig. Tidigare forskning har även visat på liknande självhante-ringsstrategier bland vårdledare för att koppla av från svåra tankar pga. stor arbetsbelastning (29).

Vårdledarna önskade få stöd och hjälp med hur man tar upp etisk stress till diskussion med personalen. Vårdledarna framförde även en önskan om att ledningen skulle lyssna mera på deras åsikt och respektera deras stora kunskap, vilket skulle kunna bidra till reducerad etisk stress. Tidigare forskning har även betonat vikten av att vårdledarna får stöd av ledningen eftersom de inte kan finnas som stöd för sin personal, om inte de själva får stöd uppifrån den högre ledningen (23). Vårdledarna i denna studie menade att de på grund av tystnadsplikten inte hade möjlighet att diskutera etisk stress utanför arbetsplatsen, så arbetshandledning nämndes som en viktig stödfunktion. COVID-19-pandemin hade minskat möjligheterna till arbetshandledning, och därför var det inte lätt att avlasta etisk stress. Tidigare forskning har också funnit att en öppen dialog, hjälper till att identifiera behovet av stöd som vårdarna behöver (23). I linje med tidigare forskning (4, 15), förutspådde vårdledarna i denna studie att den etiska stressen skulle komma att öka över tid, i takt med alltmer striktare budgeter

och en åldrande befolkningsstruktur som medför fler prioriteringsbeslut och diverse andra etiska bekymmer, vilka leder till ökad etisk stress. Den främsta nyckeln till att reducera etisk stress utgjordes av ett öppet klimat där man vågade prata om svåra saker. Trots de situationer som präglades av etisk stress var betungande, upplevde vårdledarna ändå att man genom reflektion och diskussion kunde lära sig något av dessa, såsom att nå nya insikter och tillvägagångssätt som man kunde ta med sig.

Konklusioner

Etisk stress är något som vårdledare kan uppleva dagligen inom äldreomsorgskontext, och det anses ha ökat i samband med COVID-19-pandemin. Situationer som tidsbrist och andra etiskt svåra situationer relaterade till patienter och deras anhöriga, såsom exempelvis obalans i värderingar i förhållande till patienter, vårdare men även till organisationen, kan orsaka etisk stress bland vårdledare. Ökade resurser i form av mer personal, kunskap till exempel genom föreläsningar kring etisk stress och tid för reflektion kring detta både individuellt, i grupp eller med en utomstående expert kan öka vårdledarnas insikter och förmåga att reducera etisk stress. Trots att situationer som präglas av etisk stress är betungande, så har vårdledare genom reflektion och diskussion möjlighet att ta lärdom av dessa och utvecklas med tanke på kommande etiska utmaningar.

Framtida forskning kunde fokusera på att studera personalens upplevelser av etisk stress.

Fanny Ahokas

Doktorand i hälsovetenskaper, magister i hälsovetenskaper, sjukskötare YH

Jessica Hemberg

Docent i vårdvetenskap och Akademilektor vid Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa. Hemberg har fungerat som handledare för Ahokas' magisteravhandling

REFERENSER

1. Aitamäe E, Leino-Kilpi H, Puukka P, Suohonen R. Ethical problems in nursing management: the role of codes of ethics. *Nurs Ethics*. 2010; 17: 469–482.
2. Ganz F, Wagner N, Toren O. Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. *Nurs Ethics*. 2015; 22: 43–51.
3. Aitamäe E, Suohonen R, Puukka P, Leino-Kilpi H. Ethical problems in nursing management—a cross-sectional survey about solving problems. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19: 1–11.
4. Deschenes S, Gagnon M, Park T, Kunyk D. Moral distress: A concept clarification. *Nurs Ethics*. 2020; 27: 1127–1146.
5. Catania G, Zanini M, Hayter M, Timmins F, Dasso N, Ottonello G, Aleo G, Sasso L, Bagnasco A. Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. *J Nurs Manag*. 2020; 29: 404–411.
6. Sethi B, Sethi A, Ali S, Aamir H. Impact of Coronavirus disease (COVID-19) pandemic on health professionals. *Pak J Med Sci*. 2020; 36: 6–11.
7. Vittone S, Sotomayor C. Moral Distress Entangled: Patients and Providers in the COVID-19 Era. *HEC Forum*. 2021; 1–9.
8. Miljeteig I, Forthun I, Hufthammer K, Engelund I, Schanche E, Schaufel M, Husøy Onarheim K. Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nurs Ethics*. 2021; 28: 66–81.
9. Morley G, Bradbury-Jones C, Ives J. What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nurs Ethics*. 2020; 27: 1297–1314.
10. Corley M C, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005; 12: 381–390.
11. Savel R H, Munro C L. Moral Distress, Moral Courage. *Am J Crit Care*. 2015; 24: 276–279.
12. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*. 2015; 29: 91–97.
13. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C & Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2019; 26: 646–662.
14. Sandman L, Kjellström S. Etikboken – Etik för vårdande yrken. Lund: Studentlitteratur; 2018.
15. Ulrich C, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, Grady C. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs*. 2010; 66: 2510–2519.
16. Andreassen Devik S, Munkeby H, Finnanger M, Moe A. Nurse managers' perspectives on working with everyday ethics in long-term care. *Nurs Ethics*. 2020; 27: 1669–1680.
17. Musa M, Harun-Or-Rashid M, Sakamoto J. Nurse managers' experience with ethical issues in six government hospitals in Malaysia: A cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*. 2011; 12: 1–7.
18. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nurs Ethics*. 2015; 22: 15–31.
19. Slettebø A, Skaar R, Brodtkorb K, Skisland A. Conflicting rationales: leader's experienced ethical challenges in community health care for older people. *Scand J Caring Sci*. 2018; 32: 645–653.
20. Aitamäe E, Leino-Kilpi H, Iltanen S, Suohonen R. Ethical problems in nursing management: The views of nurse managers. *Nurs Ethics*. 2016; 23: 646–658.
21. Nasrabadi A, Khoob M, Cheragh M, Joolaei S, Hedaya M. The lived experiences of clinical nurse managers regarding moral distress. *The Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2018; 11: 1–10.
22. Davis M, Batcheller J. Managing Moral Distress in the Workplace: Creating a Resiliency Bundle. *Nurse Leader*. 2020; 18: 604–608.
23. Markey K, Ventura C, O'Donnell C, Doody O. Cultivating ethical leadership in the recovery of COVID-19. *J Nurs Manag*. 2021; 29: 351–355.
24. Jia Y, Chen O, Xiao Z, Xiao J, Bian J, Jia H. Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nurs Ethics*. 2021; 28: 33–45.
25. Graneheim U H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24: 105–112.
26. Forskningsetiska delegationen. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland (Internet). Helsingfors, Finland; 2012. (hämtad 21.10.2021) Hämtad från: www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
27. Forskningsetiska delegationen. Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland (Internet). Forskningsetiska delegationens anvisningar. Helsingfors, Finland; 2019. (hämtad 21.10.2021) Hämtad från: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprövning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf.
28. Hopia H, Lottes I, Kanne M. Ethical concerns and dilemmas of Finnish and Dutch health professionals. *Nurs Ethics*. 2016; 23: 659–673.
29. Liu Q, Luo D, Haase J, Guo Q, Wang X, Liu S, Xia L, Liu Z, Yang J, Yang BX. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*. 2020; 8: 790–798.

Säker uppföljning av åldringar på serviceboende efter skada mot huvud och höft

av Henri Mertaniemi

Enligt den senaste befolkningsprognosen kommer antalet över 75-åriga personer öka med till och med 66 % till året 2040 (1). Mängden åldringar förorsakar stora utmaningar för ländernas ekonomi och hälsovårdssystem (2, 3).

Då antalet åldringar ökar och de lever ett mer aktivt liv kommer traumatiska skador att skapa en alltmer betydande inverkan på hälso- och sjukvården i framtiden (3). Åldringar utsätts för negativa händelser under sina jourbesök och till och med 38 % lider av delirium under sina sjukhusbesök (4). Åldringarna i behov av vård hör mer sällan till jourpolikliniken, men juren är praktiskt taget den enda platsen de kan föras till. De skulle dra nytta av ett system som är särskilt utformat för dem (3, 5).

Riskhantering med riktade vårdprocesser

Åldringar behöver riktade vårdprocesser för att kunna få säker och effektiv vård. Varje åldring som drabbats av ett trauma har alltid, förutom själva skadan, även andra saker som bör tas i beaktande,

till exempel den fysiska svaghet som lett till fallet eller medicinska orsaker som komplicerar vården. Fysiskt svaga människor löper större risk att dö av ett trauma, även om skadan är lindrig, till exempel på grund av sjukhusförvärvad lunginflammation eller rörelseförlust (6).

6,06 % av människor över 65 år faller upprepade gånger efter det första fallet. Antalet för upprepade fall ökar med åldern, med högre sannolikhet hos kvinnor och de har fler underliggande sjukdomar samt är mer benägna att bli inlagda på sjukhus än de som fallit bara en gång (7).

En studie i USA påvisade att upp till hälften av jourbesöken av åldringar på serviceboende med heldygnsomsorg kunde undvikas. Mer än 80 % av undvikbara jourbesök bestod av förvärrad hjärtsvikt, urinvägsinfektion, lunginflammation, ut-

torkning och fall. I många fall visade det sig att det var enklare och billigare att skicka äldre till sjukhuset än att vårda dem på plats. Vårdpersonalens resursbrist samt brist på expertis förorsakade ofta transport till sjukhus (8).

Äldre är benägna att drabbas av negativa händelser i samband med sjukhusvård.

Sjukhusanläggningarna samt deras rutiner är inte anpassade för personer i behov av stöd och vård eftersom sjukhusen har ett starkt fokus på förbättring och vård, inte rehabilitering (9).

Hjärnskada och antikoagulantia

Under åren 2004–2014 var totalt 20 259 personer över 70 år i Finland intagna på sjukhus på grund av traumatisk hjärnskada. Av dessa personer genomgick 4979 (24,6 %) akut neurokirurgi, varav 63 % av ingreppen utfördes på män (10).

Den mest typiska skademekanismen som orsakar huvudskada är ett fall (11, 12). Kvinnor verkar vara mer benägna att få huvudskador på grund av fall (13), medan män verkar vara mer benägna att få akuta intrakraniella skador efter skada mot huvud (14, 15).

Det förekommer varierande forskningsresultat gällande blodförtunnande läkemedels inverkan på förekomst av hjärnskador till följd av ett fall. Vissa studier påvisar att personer som använder antikoagulantia, specifikt varfarin, har större risk att få hjärnskada till följd av fall än personer som använder trombocythämmare eller inte använder blodförtunnande läkemedel alls (12, 15).

Andra studier påvisar å andra sidan resultat där trombocythämmare har ett tydligt samband med förekomst av hjärnskada (16–18). Det finns också resultat som påvisar att en ny generation antikoagulantia är säkrare att använda med tanke på hjärnskador (11).

En studie som specifikt forskade lågenergiska fall hos personer över 65 år fann att 57,1 % av alla individer använde antingen antikoagulantia eller trombocythämmare. Av alla de personer genomgick 79,9 % datortomografiundersökning på sjukhus och hos 7,3 % konstaterades hjärnskada. Antikoagulantia eller trombocythämmare ensamma var inte associerade med förekomsten av akuta

Syfte

Syftet med examensarbetet var att kartlägga akutvårdsuppdragen och jourbesöken för äldre på serviceboende med heldygnsvård i Esbo som drabbats av fall som resulterat i en huvud- eller höftskada. Målet med examensarbetet var att producera kunskap som minskar meningslösa jourbesök.

intrakraniella skador, men användningen av flera blodförtunnande läkemedel samtidigt var associerad med förekomsten av akuta intrakraniella skador. Det är anmärkningsvärt att även om akut intrakraniellt skada diagnostiserades hos 7,3 % (n = 52), krävdes inget neurokirurgiskt ingrepp (13).

Höftfraktur och ökad dödlighet

En fraktur i lårbenshalsen är en mycket typisk skada hos äldre; 75 % av patienterna är över 70 år, majoriteten är kvinnor och de flesta lider av osteoporos (19, 20). År 2019 drabbades 0,6 % av 65-åringarna av en höftfraktur; 0,4 % av männen och 0,7 % av kvinnorna. Antalet höftfrakturer i förhållande till antalet personer över 65 år har dock minskat sedan 1990-talet (20, 21).

Äldre har en hög förekomst av allmänna komplikationer efter höftfrakturoperation och en tidig dödlighet på cirka 5 %. Under det första året dör upp till 20 % av patienterna (19, 22). Dödligheten av en höftfrakturoperation är lägre ju snabbare operationen kan utföras (23).

Fördelar med hemlevererade hälsotjänster

Hälsotjänster som levereras till serviceboende med heldygnsvård har visat sig vara effekti-

va för att minska antalet jourbesök för äldre (9, 24). Den tid äldre tillbringar på jouren har även kunnat förkortas tack vare tjänster som levereras till serviceboendet (24).

Diskussionen om nackdelarna med äldre-
nas jourbesök överväger fördelarna saknar starkt bevis. Hälso- och sjukvårdstjänster som levereras till serviceboenden med heldygnsvård kan dock vara en lösning på nytta-risk-balansen, eftersom äldre kunde undvika exponering för sjukhusrisker (4).

Flexibilitet i transportbeslut

Syftet med examensarbetet var att kartlägga akutvårdsuppdragen och jourbesöken för äldre på serviceboende med heldygnsvård i Esbo som drabbats av fall som resulterat i en huvud- eller höftskada. Målet med examensarbetet var att producera kunskap som minskar meningslösa jourbesök.

Examensarbetet genomfördes som en retrospektiv kohortstudie med data från akutvårdsjournaler samt Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts patientregister. På basis av antagnings- och uteslutningskriterium identifierades 168 akutvårdsuppdrag på grund av fall på serviceboende med heldygnsvård, varav 137 av fallen ledde till huvudskada och 31 till höftskada.

Resultaten i examensarbetet påvisade att endast elva (8,0 %) av äldre med huvudskada hade akut intrakraniellt trauma. Sju äldre blev intagna på sjukhuset medan ingen genomgick neurokirurgiskt ingrepp och sju blev intagna på avdelning på grund av akut intrakraniellt trauma. Resultaten är i linje med forskning som specifikt har undersökt hur sannolikt över 65-åringar genomgår neurokirurgiska ingrepp efter lågenergiska fall (13, 16).

Då inga akuta intrakraniella fynd påvisas i den första datortomografiundersökningen, är det väldigt osannolikt att intrakraniella trauman utvecklas fördröjt, även om personen skulle ha antikoagulantia eller trombocythämmaren i bruk (14, 25). Det är även värt att överväga äldre behov att vänta på resultat från datortomografiundersök-

ningen på jouren i stället för att föras tillbaka till serviceboendet.

Enligt God medicinsk praxis-rekommendationerna borde en datortomografiundersökning utföras på en vuxen person inom åtta timmar efter huvudskada, ifall personen använder sig av antikoagulantia (26). I denna studie utfördes datortomografiundersökning åt enbart 76,6 % av de äldre med huvudskada. Orsaken till en låg procent förblev oklar, men det fanns inga tecken på att äldre som undgick undersökningen skulle ha fått symptom eller hjärnskada i efterhand.

Enligt denna studie verkar det säkert att rekommendera att äldre som bor på serviceboende med heldygnsvård och som har fått huvudskada till följd av ett fall, kan stanna kvar på serviceboende ifall saklig uppföljning går att ordnas. Till exempel LiiSa-sjukskötaren (Liikkuva sairaala) kunde vara som stöd åt personalen på serviceboendet i uppföljningen och därmed kunde man undvika onödiga jourbesök.

Höfttrauma på grund av fall

Av äldre som led av höfttrauma diagnostiserades 17 (54,8 %) med höftfraktur, varav 16 genomgick höftoperation och alla 17 blev intagna på avdelning. Ingen av dem som undgick diagnos för höftfraktur blev intagen på sjukhus.

Inget enskilt tecken på yttre skada hos en person med höftskada, såsom utåttrotation eller förkortning i benet, tydde entydigt på en höftfraktur, även om utåttrotation och förkortningen tillsammans resulterade i en höftfraktur i 80 % av fallen. Det går dock inte att dra några slutsatser från detta eftersom 29,4 % (n = 5) av dem med höftfraktur varken hade en förkortning eller deformitet i akutvårdarens undersökning.

När det gäller höftskador hittades ingen variabel som kan användas för att fastställa vem som sannolikt har en höftfraktur utan röntgenundersökning. När akutvårdarna konstaterade förkortning och utåttrotation i benet var det i de flesta fall ett tecken på höftfraktur, men ingen statistisk signifikans kunde påvisas. Förkortning och utåttrotation i kombination med smärta vid

rörelse av höften är ett tecken på en dislokerad höftfraktur enligt God medicinska praxis-rekommendationerna (27).

Efter en traumatisk höftskada rekommenderas noggrann undersökning. På basis av smärta vid beröring av höftet samt tecken på dislokerad höftfraktur bör ett beslut fattas om patienten ska tas in på sjukhus för vidare undersökning eller inte.

Gällande vården av äldre med höftskador gav studien inga sådana resultat som kunde användas för att utveckla processer inom hälsovården.

Evidensbaserad utveckling av vårddirektiv

Ännu år 2020 transporterades alla äldre som använde antikoagulantia och som lidit av huvudskada till jouren för att genomgå datortomografiundersökning. Forskning påvisar att alla över 65-åriga invånare på serviceboende med heldygnsomsorg inte nödvändigtvis behöver uppsöka jouren efter ett lågenergiskt fall som förorsakat skada mot huvudet även om de använder antikoagulantia. Fastän äldre löper en relativ risk (2,18–8,0 %) för akut intrakraniellt trauma efter ett lågenergiskt fall, är sannolikheten väldigt låg (0–0,14 %) att hen skulle behöva genomgå ett neurokirurgiskt ingrepp på grund av det. Av äldre diagnostiserade med akut intrakraniellt trauma behövde 63,6 % fortsatt sjukhusvård efter diagnosen medan 36,4 % av äldre kunde återvända till serviceboendet.

Resultatet av examensarbetet ledde till förändringar i vårdriktiv både inom Esbo och Vanda vilket verkar ha lett till mindre jourbesök för äldre utan att ha äventyrat patientsäkerheten.

Henri Mertaniemi

HYH-alumn i utbildningsprogrammet Ledarskap av tjänster och affärsverksamhet inom social- och hälsovården, YH Metropolia

Info

Examensarbetet "Kartläggning av behovet av jourvård hos boende som fallit i serviceboende med heldygnsomsorg" blev färdigt i november 2020. Examensarbetet finns att läsa på Theseus.

REFERENSER

1. Statistikcentralen. Västöennuste 2019: Västö iän ja sukupuolen mukaan alueittain, 2019–2040 (Internet); 2019 (hämtad 5.1.2020). Hämtad från: http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaenn/statfin_vaenn_pxt_128v.px.
2. Bloom D, Chatterji S, Kowal, P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rachel B, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet*. 2015; 385: 649–657.
3. Joyce M, Anupriya G, Azocar R. Acute trauma and multiple injuries in the elderly population. *Curr Opin Anesthesiol*. 2015; 28: 145–150.
4. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder J, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and Ageing*. 2014; 43: 759–766.
5. Cortez R. Geriatric Trauma Protocol. *Journal of trauma nursing*. 2018; 25(4): 218–227.
6. Hruska K, Ruge T. 2018. The Tragically Hip: Trauma in Elderly Patients. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2018; 36(1): 219–235.
7. Prabhakaran K, Gogna S, Pee S, Samson D, Con J, Latifi R. Falling Again? Falls in Geriatric Adults—Risk Factors and Outcomes Associated with Recidivism. *Journal of Surgical Research*. 2020; 247: 66–76.
8. Xing J, Mukamel D, Temkin-Greener H. Hospitalizations Among Nursing Home Residents in the Last Year of Life: Nursing Home Characteristics and Variation in Potentially Avoidable Hospitalizations. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61(11): 1–16.
9. Fan L, Hou X, Zhao J, Sun J, Dingle K, Purtil R. 2016. Hospital in the Nursing Home program reduces emergency department presentations and hospital admissions from residential aged care facilities in Queensland, Australia: a quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*. 2016; 16(46): 1–9.
10. Posti J, Sipilä J, Luoto T, Rautava P, Kytö V. A decade of geriatric traumatic brain injuries in Finland: population-based trends. *Age and ageing*. 2020; 1–7.
11. Ang D, Kurek S, McKenney M, Norwood S, Kimbrell B, Barquist E. Outcomes of geriatric trauma patients on preinjury anticoagulation: A multicenter study. *American Surgeon*. 2017; 83(6): 527–535.
12. Peck K, Calvo R, Schechter M, Sise B, Kahl J, Shackford M. The impact of preinjury anticoagulants and prescription antiplatelet agents on outcomes in older patients with traumatic brain injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2014; 76(2): 431–436.
13. Jeanmonod R, Asher S, Roper J, Vera L, Winters J, Shah N. 2019. History and physical exam predictors of intracranial injury in the elderly fall patient: A prospective multicenter study. *American Journal of Emergency Medicine*. 2019; 37(8): 1470–1475.
14. Isoquortti H, Iverson G, Silverberg N, Kataja A, Brander A, Öhman J, et al. Characterizing the type and location of intracranial abnormalities in mild traumatic brain injury. *J Neurosurg*. 2018; 129: 1588–1597.
15. Collins C, Witkowski E, Flahive J, Anderson F, Santry H. Effect of pre-injury warfarin use on outcomes after head trauma in Medicare beneficiaries. *The American Journal of Surgery*. 2014; 208: 544–549.
16. Riccardi A, Frumento F, Guidido G, Spinola B, Corti L, Minuto P, et al. Minor head injury in the elderly at very low risk: A retro-

- spective study of 6 years in an Emergency Department (ED). American Journal of Emergency Medicine. 2013; 31(1): 37–41.
17. Nishijima D, Offerman S, Ballard D, Vinson D, Chettipally U, Rauchwerger A, et al. 2013. Risk of traumatic intracranial hemorrhage in patients with head injury and preinjury warfarin or clopidogrel use. Academic Emergency Medicine. 2013; 20(2): 140–145.
 18. Bhattacharya B, Maung A, Schuster K, Davis K. The older they are the harder they fall: Injury patterns and outcomes by age after ground level falls. Injury Int. J. Care Injured. 2016; (47): 1955–1959.
 19. Hirvensalo E, Böstman O, Harilainen A, Kirjavainen M, Lindahl J, Salo J. Traumatologia. 7 uppl. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy; 2010.
 20. Skuladottir S, Gudmundsdottir B, Mogensen B, Masdottir H, Gudmundsdottir H, Jonsdottir L. Hip fractures among older people in Iceland between 2008 and 2012. International Journal of Orthopaedic and Traum Nursing. 2019; 32: 27–31.
 21. Sotkanet.fi. Lonkkamurtumat 65 vuotta täyttäneillä, % vastaavan ikäisestä väestöstä (Internet); 2020 [hämtad 22.10.2020]. Hämtad från: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku>.
 22. Kröger H, Lühje P. Traumatologia. 7 uppl. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy; 2010.
 23. Mattisson L, Bojan A, Enocson A. Epidemiology, treatment and mortality of trochanteric and subtrochanteric hip fractures: Data from the Swedish fracture register. BMC Musculoskeletal Disorders. 2018; 19(1): 1–8.
 24. Street M, Considine J, Livingston P, Ottmann G, Kent B. In-reach nursing services improve older patient outcomes and access to emergency care. Australian Journal on Ageing. 2015; 34(2): 115–120.
 25. Mann N, Welch K, Martin A, Subichin M, Wietecha K, Birmingham L, et al. Delayed intracranial hemorrhage in elderly anticoagulated patients sustaining a minor fall. BMC Emergency Medicine. 2018; 18(27): 1–7.
 26. Hjärnskadur. God medicinsk praxis –rekommendation (Internet). Finska Läkarföreningen Duodecim; 2020 [hämtad 29.10.2020]. Hämtad från: www.kaypahoito.fi.
 27. Höftfraktur. God medicinsk praxis –rekommendation (Internet). Finska Läkarföreningen Duodecim; 2017 [hämtad 21.10.2020]. Hämtad från: www.kaypahoito.fi.

Bli vår kollega i Helsingfors!



Helsingfors

Lediga sjukskötaruppgifter hittar du på adressen hel.fi/rekry/sv!

Mat – en viktig pusselbit till god hälsa

av Sandra Esselström-Lillqvist

I denna artikel luftar jag mina tankar kring hur man kan förhålla sig till mat på ett vardagligt sätt, hur en hälsosam kosthet kan se ut samt hur man kan göra hållbara kostförändringar. Om man får till en gynnsam kostförändring kan man, som bonus, få bättre ork, prestation och till och med en vikttnedgång. Dessutom kan man med kostförändringar förbättra sitt immunförsvar, stabilisera en sjukdom man redan har och i bästa fall förebygga en eventuell framtida sjukdom.

Folkhälsans kostrådgivarutbildning

Hösten 2021 gick jag en Kostrådgivarutbildning via Folkhälsan. Kursinnehållet i utbildningen baserade sig på rådande finska näringsrekommendationer och vi gick igenom grunderna i hur en god kosthet kan se ut. Vi gick även igenom näringslära, psykologin kring matvanor, idrottskost samt matvanor att tänka på vid olika sjukdomar och tillstånd.

Varför kostförändring?

Varför ska man då göra en kostförändring? Svaret på denna fråga är högst individuell eftersom vi alla har olika typer av önskemål och värderingar i fråga om kost. För en kan bättre kondition och prestation stå högst på listan, medan det för en

annan kan handla om lindring eller förebyggande av sjukdom. För en tredje kanske ekologisk mat värderas högt. Vi behöver ställa oss själva frågan vad vi själva vill få ut av en kostförändring.

På ett samhälleligt plan ser vi att livsstilsrelaterade sjukdomar ökar och sjukvårdskostnaderna äter upp en stor del av kommunernas budget. Enligt Livsmedelsverket i Sverige (1) har forskning visat att hälsosamma matvanor kan bidra till att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom med 30–50 % och dessutom förebygga upp till en tredjedel av alla cancerfall. THL i Finland (2) uppskattar att 30–40 % av alla cancerfall skulle kunna förebyggas med förbättrade livsstilsvanor. I praktiken betyder detta att bara i Finland kunde över 10 000 cancerfall per år förebyggas. Detta

är hoppfulla siffror och det skulle vara spännande att se hur mycket vårt samhälle kunde spara om man satsade ännu mer på förebyggande livsstilsrelaterad vård, däribland kostrådgivning.

Ur miljösynpunkt visar även forskning att våra kostval inverkar på miljön. Att producera mat, både animalier och vegetabilier, belastar miljön i olika grad och det skulle vara ytterst viktigt att vi faktiskt använder den mat vi handlar hem så långt det går och undviker matsvinn. Även att äta säsongsenlig och närproducerad mat samt att välja att äta mer vegetabilier minskar negativ miljöpåverkan.

Goda matvanor

Kort sagt kan man väl säga att det är få saker som är helt förbjudna i matsammanhang, du kan i princip äta allt. Det är mer en fråga om dos, dvs. hur mycket det är rimligt att äta ur olika livsmedelsgrupper för att behålla en hälsosam helhet. Att helt förbjuda vissa livsmedel leder lätt till en ond cirkel där matsituationen kan börja ge skamkänslor eller att det på andra sätt blir svårt i sociala sammanhang. Att förbjuda vissa livsmedel innebär även att man går miste om bra näring som finns i dessa livsmedelsgrupper. Människan är i grunden en allätare och det är inget fel med att tillåta sig att äta ur alla livsmedelsgrupper, bara man har lite koll på hur mycket som är lagom och hur man väljer bra livsmedel.

Att se över sina måltider som helhet är ock-så ett sätt balansera sina matvanor. Med regelbundna måltider och mellanmål som innehåller bra och mättande livsmedel, kan vi få till en jämnare mättnadskänsla och kan därmed även undvika småätande.

Kosttriangeln

Det finns många olika kostmodeller och dieter som anses vara bra för hälsan. Om man utgår från att det mesta går att äta, men att det är en "dosfråga", hur mycket vi äter ur varje livsmedelsgrupp, kan man titta på finska livsmedelsverkets kosttriangel, som sammanfattar kostrekommendationerna (3). Denna modell ger en snabb överblick hur man kan tänka om mat.

Högst upp finns det som kallas sällanmat. Där hittar vi bl.a. godis, sötade drycker, småkakor och charkvaror. Det är främst pga. det höga innehållet av socker, salt eller mättade fetter som gör att dessa livsmedel bör konsumeras mer sällan. Vad gäller olika sorters charkvaror, kan det kan vara bra att sätta bakom örat att även dessa gärna får konsumeras med måtta eller mer sällan p.g.a. att produkterna ofta är hårt processade och innehåller ofta mycket omättade fetter och salt, vilket har negativ effekt på hälsan.

Längst ner i triangeln hittar vi grönsaker, rot-saker, baljväxter, bär och frukt. En hälsosam kost får gärna ha dessa som bas, det betyder att någon eller några av dem gärna får ingå i någon form i så gott som alla måltider. Dessa livsmedel kan ätas färska, värmda, stekta, kokta, ihopblandat med andra livsmedel osv. Möjligheterna är många och vi kan välja att tillaga dem på det sätt vi själva tycker bäst om.

I mitten av kosttriangeln hittar vi mjölkprodukter, kött, fisk, ägg, matfetter, bröd och spannmål m.m. Av dessa får vi gärna äta varierat och de fungerar bra som komplement till grönsakerna m.m. som finns längst ner i triangeln. Av dessa livsmedel finns det både hälsosammare och mindre hälsosamma alternativ och man kan försöka lära sig vilka som är att föredra. T.ex. är fullkornsspannmål och speciellt havre att föredra ur spannmålsgruppen. När det gäller olika typer av kött är vitt kött och fisk att föredra framom rött kött, pga. att rött kött innehåller en större andel mättade fetter. I fråga om fetter är vegetabiliska oljor bättre (s.k. omättade fetter) än smör och andra mättade fetter.

Om vi igen återkommer till att alla våra matval är en fråga om dos kan man med gott samvete t.ex. tillåta sig att steka sin fiskfilé i smör, om man så vill, men välja vegetabiliska fetter i andra sammanhang för att få en helhet där det hälsosammare alternativet dominerar.

Tallriksmodellen

Livsmedelsverket i Finland (4) presenterar på sin hemsida en tallriksmodell som visar hur uppläggget av mat på tallriken kan se ut. Proportionerna

mellan de olika delarna kan variera lite beroende på hur fysiskt aktiv man är, men i allmänhet kan tallriksmodellen kan fungera som hjälp när man strävar till att hitta bra matvanor.

Grundprincipen är att grönsaksdelen upptar ungefär hälften av tallriken (måltiden). Kött, fisk, ägg eller andra vegetariska proteinalternativ är ca en fjärdedel och kolhydratsdelen (potatis, pasta, bröd, gryn) ca en fjärdedel. Delarna kan justeras om man är fysiskt väldigt aktiv, då man behöver mer energi, dvs. mer kolhydrater.

Som komplement till detta får det gärna ingå en fettkälla av god kvalitet, t.ex. en ryp- eller olivoljebaserad dressing till salladen, nötter, mandlar, frön eller feta grönsaker (ss. avokado, oliver). De goda fetterna ökar mättnadskänslan samtidigt som man får i sig nödvändiga fettsyror, som gynnar hälsan. Fullkornsbröd, mjölkprodukter, frukter och bär får även ingå i en god kosthelt.

Varför är det svårt att äta hälsosamt?

Detta mantra med att "ät mer grönsaker" är rätt uttjatat, vi har alla hört det så många gånger att vi kanske t.o.m. tröttnat på det. Att sedan dessutom få till det i praktiken brukar också kännas svårt då man kanske är obekant med många typer av grönsaker, inte vet hur man ska tillreda dem, tycker det är dyrt osv.

Även om utbudet av hälsosam mat i butiken är bra, är utbudet av ohälsosam mat alldeles enormt. Av naturen lockas vi människor av det som triggar vårt inre belöningssystem samt av sådan mat som upplevs som enkel att ta till sig. Därför är det inte alls så konstigt att det slinker ner varor i köpkorgen man egentligen inte hade tänkt köpa.

Att välja hälsosam mat kan vara svårt av många andra anledningar också. Mat är väldigt kopplat till vårt psykiska mående. Tröstätande är ett bekant fenomen för många, och här gäller det att stanna upp och fundera över varför man äter som man gör och ta tag i de problemen tröstätandet bottnar i. I vissa fall kan det behövas professionell hjälp eftersom det kan vara svårt att få bukt med dessa problem på egen hand.

Hur maten är komponerad är också en fallgrop att vara medveten om. Högt socker-, salt- eller fettinnehåll kan rent biokemiskt påverka vår kropp att vilja ha mer, även om vi redan ätit tillräckligt. Känslan som uppstår, suget, kan vara svår att stå emot.

Hållbara kostförändringar

Vill man göra en kostförändring är det bra att inte försöka göra alla förändringar på en gång. För många förändringar gör att det kan bli svårt att orka hålla dem, vilket gör att man rätt snabbt riskerar att återgå till de gamla vanorna. Det är bra att först fundera igenom vad man själv tycker om eller inte tycker om samt hurudana vanor och rutiner man har i vardagen. Detta kan hjälpa en att anpassa kostförändringen så att den blir lättare att genomföra och det är större chans att man lyckas förändra något permanent.

Nästa steg är att fundera på vad man rent konkret kan göra för förändringar. Det är bra att vara väldigt specifik i början och bestämma sig för en sak man ska försöka förändra. Det får gärna vara en liten förändring, som t.ex. att byta ut den söta yoghurten till en naturell yoghurt eller välja fullkornsbröd istället för vitt bröd.

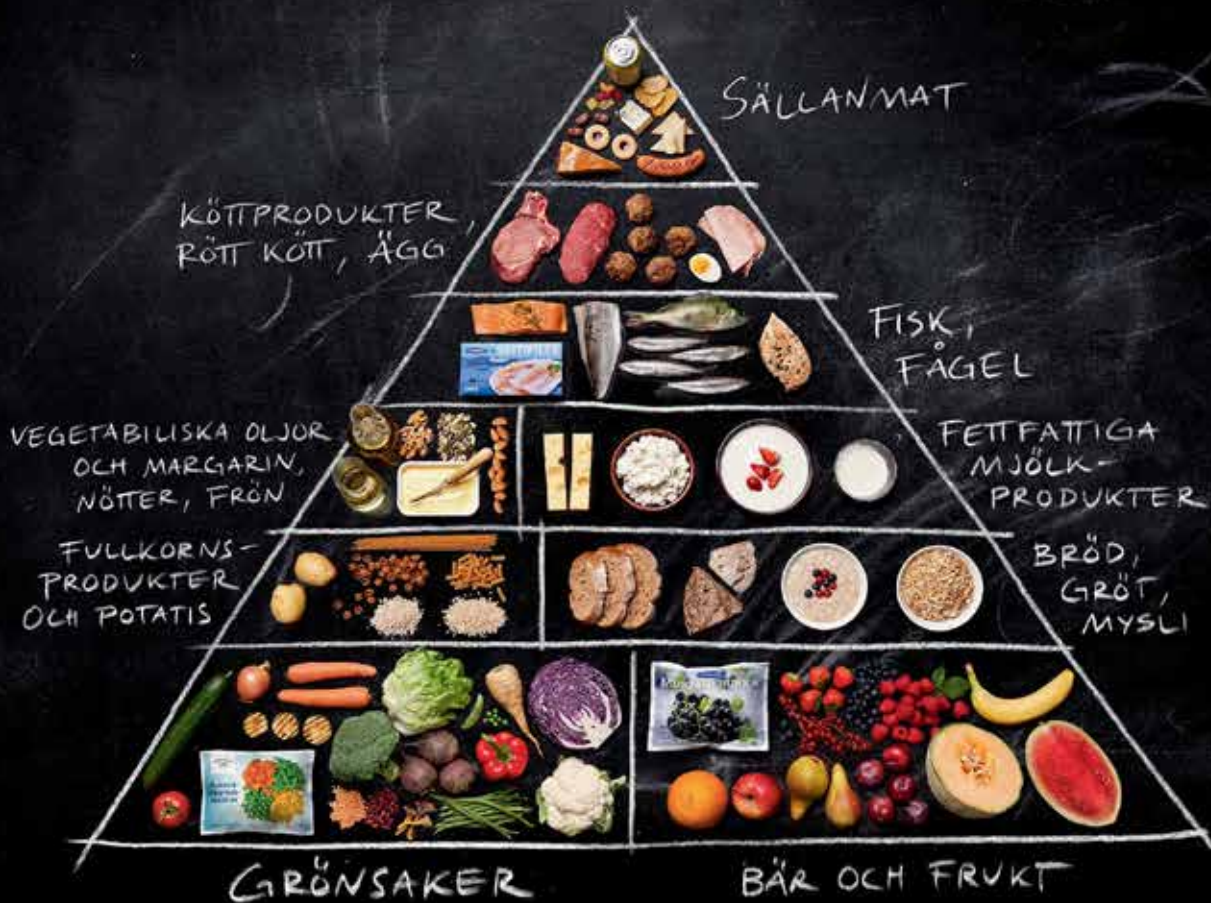
En långsam kostförändring tar tid men varje steg är ett steg i rätt riktning. En kostförändring som denna behöver sedan inte betyda att man aldrig någonsin får äta t.ex. vitt bröd eller smör igen - nej, det kan vara helt okej ibland, bara man i huvudsak försöker hålla sig till de hälsosammare alternativen.

Hur motivera människor till kostförändring?

I vården träffar vi många olika typer av människor som kan tänkas behöva rådgivning. Det gäller att försöka se människan man har framför sig och anpassa rådgivningen enligt hans behov. Om möjligt är det bra att välja en stressfri miljö när man ska prata livsstilsvanor. Har personen just genomgått en livskris, t.ex. insjuknat i en hjärtinfarkt, behöver man inte gå in så detaljerat på allt genast utan bara nämna vad det handlar om och sedan låta saker och ting sjunka in ett tag

MAT GER HÄLSA!

INGREDIENSER FÖR EN BRA KOST



STATENS NÄRINGSDELEGATION

innan man går närmare in på detaljer.

I alla rådgivningssituationer är det bra med både skriftlig och muntlig information. Att nämna saker muntligt understryker vad som är viktigt. Kommer det fram mycket nya fakta för klienten är det bra hjälp för minnet att ha det skriftliga materialet att återgå till i efterhand. Layouten på det skriftliga materialet har också betydelse, där får gärna ingå bilder och texten får gärna vara skriven i lättläst form.

Pratar man kostvanor tycker jag att både livsmedelsverkets kosttriangel och tallriksmodell ger en bra översikt över hur goda kostvanor kan se ut. Fakta och statistik hjälper också människor se samband och förstå vikten av goda kostvanor. Genom diskussion kan man tillsammans fundera på vilka förändringar kunde vara möjliga och plocka ut något konkret exempel på vad man kan försöka förändra.

Återbesök för ny diskussion kring ämnet skulle naturligtvis vara idealiskt, men i alla vårdssituationer är det inte möjligt. Man kan istället uppmuntra klienten att själv läsa mera på pålitliga internet-sidor, t.ex. www.terveyskyla.fi/sv. Det går naturligtvis även att hänvisa klienten till primärvården för vidare hjälp om det behövs.

Slutord

Att behålla hälsa och livskvalitet upp i hög ålder är troligen något som de flesta av oss vill. Inom sjukhusvärlden träffar vi många människor som på olika sätt förlorat sin hälsa och livskvalitet. De livsstilsrelaterade sjukdomarna ligger bakom en stor del av människors ohälsa och många, i både Finland och världen, lider av detta. Dessa sjukdomar kan man lära sig att leva med tack vare vår medicinska expertis vi har tillgänglig idag. Men trots att dessa fina medicinska lösningar fungerar löser de inte alla problem utan behöver komplement t.ex. genom att försöka förbättra livsstilsvanorna.

Livsstilsvanor och livskvalitet är en stor helhet där inte bara kostvanor ingår, utan även motionsvanor, stresshantering, rökstopp, måttliga alkoholvanor, social tillhörighet m.m.

En av sjukskötarens viktiga uppgifter är att

hjälpa människor återfå livskvalitet och ge dem lämplig rådgivning kring både mediciner, sjukdom och livsstilsvanor. Kursen jag har gått har gett mig en bredare faktabas och verktyg för att kunna ge människor goda råd i fråga om kost samt även stärkt mig i min tro att maten verkligen är en viktig del av vår hälsa.

Personligen hoppas jag att få leva ett så långt och friskt liv som möjligt och den tanken fungerar som en morot för mig. Genom att tänka på mina kostvanor hoppas jag behålla livskvalitet ända upp i hög ålder och ge kroppen verktyg för att klara av att förebygga sjukdom så gott det går. Samtidigt kommer jag nog att unna mig att njuta av godsaker i livet, för även det är en viktig del när man pratar om livskvalitet och välmående. Det ena behöver faktiskt inte utesluta det andra, det räcker om den hälsosamma biten dominerar.


Sandra Esselström-Lillqvist

REFERENSER

1. Livsmedelsverket i Sverige. www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/samtal-om-mat-i-halso--och-sjukvarden/bra-matvanor-raddar-liv.
2. THL. Syöväen ehkäisyn, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025 (Internet). Hämtad från: www.julkari.fi/handle/10024/116179.
3. Livsmedelsverket Finland. Hälsofrämjande kost (Internet). Hämtad från: www.ruokavirasto.fi/sv/teman/halsoframjande-kost/fodoamnen.
4. Livsmedelsverket i Finland. Tallriksmodellen (Internet). Hämtad från: <https://www.ruokavirasto.fi/sv/teman/halsoframjande-kost/narings--och-matrekommendationer/tallriksmodellen/>.

ARBETSHANDLEDARUTBILDNING 2023–2025 (70 SP)

Arbetshandledning är en metod som stöder arbetet och arbetshälsa samt välbefinnande i arbetslivet och ledarskap. Ta del av en utbildning som ger dig beredskap och kompetens att fungera som en arbetshandledare för samfund, grupper och individer i arbetslivet.

I utbildningen ingår bl.a. följande arbetsformer:

- Föreläsningar
- Smågruppsarbete/reflektionsgrupper i arbetshandledarens utveckling och identitet
- Litteraturstudier och individuella uppgifter
- Egna handledningar i samfund, grupper och individuellt (minst 80 h). Deltagaren ansvarar själv för organiseringen av handledning.
- Handledning på handledning i processinriktad smågrupp, förverkligas under hela utbildningen (minst 25 x 90 min).
- Individuellt skriftligt slutarbete

Under hela utbildningen arbetar deltagarna med sin egen självkänedom och självmedvetenhet i relation till arbetshandledarskapet.

**LÄS MER OM UTBILDNINGEN PÅ
[ARCADA.FI/ARBETSHANDLEDARE](https://arcada.fi/arbetshandledare)**

Introduktionens betydelse för nyanställda sjukskötare

av Ronja Lindroos & Maria Forss

Redan ett år efter sjukskötarexamination uttrycker omkring 10 % av nyanställda en stark önskan om att byta yrke. Allvarlig stress och utbrändhet ökar risken för önskan av yrkesbyte (1).

Inledning

Introduktion till arbetsplatsen är en av de första kontakterna man har med den nya arbetsplatsen och kan göra det antingen lättare eller svårare för den nyanställda att börja jobbet (2). Arbetarskyddslagen säger att arbetsgivaren är skyldig att ge anställda "tillräcklig introduktion i arbetet, arbetsförhållandena på arbetsplatsen, arbets- och produktionsmetoderna, de arbetsredskap som används i arbetet och deras korrekta användning samt säkra arbetssätt i synnerhet innan ett nytt arbete eller en ny uppgift inleds eller arbetsuppgifterna ändras samt innan nya arbetsredskap eller arbets- eller produktionsmetoder tas i bruk" (3).

I studier visar det sig att 30 % – 69 % av nyutexaminerade anställda böt jobb inom ett år efter

utexaminering, vilket är en oroväckande hög siffra (4). Orsaker till att man känner sig trött och stressad är att man på en gång måste klara av patienter, hantera relationer med familjer och dessutom vara med i ett mångprofessionellt team. Även mer erfarna vårdare avgår från sina arbetsställen på grund av ökad arbetsbelastning och minskade resurser (5). För att förhindra dessa framtidsutsikter har det tagits i bruk ett antal olika åtgärder, som finns till för att hjälpa nyanställda på traven. Det finns introduktionsmappar, handledning och videon för nyanställda (6) och dessutom återhämtningsstrategier och minskade antal arbetsuppgifter (2).

WHO definierar hälsa som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller funk-



tionsnedsättning" (7). Som teoretisk referensram används Katie Erikssons teori om omvårdnad. Hon definierar hälsa som en helhet av sundhet, friskhet och välbefinnande. Som hjälp för att klargöra hälsa skapade Katie Eriksson hälsokorset. Hälsokorset förklarar hälsa som ett kontinuum, i ena ändan att vara sjuk, i andra frisk (fysiska hälsan), medan den andra axeln har i varsin ända att må bra och må dåligt (upplevda hälsan) (8).

Välmående och hälsorisker i arbetet

Återhämtning mellan och under arbetstiderna bidrar till god hälsa, funktionsförmåga och arbetsprestation. Sömnen är av högsta prioritet då det gäller återhämtning, eftersom blodflödet till hjärnan minskar under sömnen, hjärnan får vila och stressnivåerna sjunker. Stress är en av de största orsakerna till att nya professionella lämnar yrket (9).

Även rollklarhet, handlingskraft och social inkludering bidrar till god hälsa i yrket (2). Som hälsorisker i arbetslivet, särskilt då man börjar ett nytt jobb, nämns arbetsbelastning och stress. En

del nyutexaminerade kan bemöta en "verklighetschock" då de plötsligt har ett förändrat ansvar då de börjar arbeta. Hög arbetsbelastning, högt arbetstempo och känslomässiga påfrestningar har alla negativ inverkan på nyanställdas planer att fortsätta inom yrket. Arbetstider, framför allt skiftesarbete, leder ofta till sömnproblem, vilket leder till att stressnivåerna inte sjunker mellan arbetspassen och dessutom har en del anställda problem med att släppa tankarna från arbetslivet på fritiden (9). Höga arbetskrav, litet inflytande i arbetsprocessen och brist på socialt stöd är alla riskfaktorer i arbetet (10).

Sammanfattningsvis är hälsorisker och områden som bör fokuseras på i arbetet följande: brist på socialt stöd, dåligt organiserad arbetstid, hög arbetsbelastning, bristfällig återhämtning och känslomässiga påfrestningar.

Examensarbetet som denna artikel vilar på gjordes som en litteraturstudie. Insamling av data gjordes på PubMed, Google Scholar och Arcada Finnas e-material, Perlego och andra artiklars och avhandlingars källhänvisningar.

Diskussion

Enligt Gustavsson m.fl. (2) kan man som nyanställd effektivisera sitt arbete och därigenom ha bättre kontroll över arbetstiden genom att få hjälp med att prioritera arbetet och få dela ansvaret för arbetsuppgifter med andra. Watkins (11) menar att de första 90 dagarna som nyanställd är inlärningsperiod och att det vore bra att ha milstolpar för sin inlärningsperiod och föra diskussion om inlärningsperioden med sin förmän. Liski m.fl. (12) håller med om milstolpar, artikeln tar fram att det är viktigt att göra klart för nyanställda deras målsättningar.

Klein m.fl. (6) och Davis och Ferrazzi (13) tar båda upp problemet med att introduktion och onboarding-tiden (introduktionsperioden) på arbetsställen oftast är för kort, man satsar på några veckor för att sedan anta att den nyanställda är inlärd. Enligt Davis och Ferrazzi (13) når en arbetstagare sin fulla produktivitet vid allt från två månader upp till ett år.

I artikeln av Liski m.fl. (12) tas arbetsbelastningen upp på så vis att man introducerar den nyanställda enligt hur lång anställning hen har. Man trappar upp inlärningsperioden efter, då blir arbetsbelastningen inte genast lika stor. Watkins menar likaså att fallgropar vid inlärningsperiod är att man ställer för höga krav, försöker göra för mycket och engagerar sig på fel typs lärande.

Gustavsson m.fl. (2) tar fram bristfällig återhämtning som en kortsiktig lösning för nyanställda. Det har att göra med nya professionellas strategier att hantera utmaningar. Man sätter all tid och energi på att komma in i jobbet och åsidosätter sina egna grundläggande behov.

I sin artikel säger Watkins (11) att en aspekt i tillvägagångssätt för en lyckad övergång är att förbereda sig själv för jobbet. Det vill säga att man bör ta en paus mellan det tidigare jobbet och den nya arbetsplatsen för att kunna lösgöra sig från den tidigare arbetsplatsen och på så vis återhämta sig och vara öppen för det nya jobbet utmaningar.

Gustavsson m.fl. (2) tar fram i sin artikel osäkerheten och ensamheten som stressorer hos nya professionella. Enligt artikeln verkar introduktionsinsatser inte ta tillräcklig hänsyn till vanliga

emotionella krav av nyutexaminerade, vilket redan på kort sikt kan leda till höga nivåer av stress och på lång sikt till utbrändhet. I undersökningen av Gerhardt m.fl. (14) framkom att sociala stressorer påverkar bland annat den fysiska, mentala och allmänna hälsan, arbetsplatsbyte och tillfredsställelse på arbetet. Orättvisa, misshandling av handledare och mobbning har stor betydelse för inställningen gentemot arbetet. Dessutom är dessa tre förknippade med obalans i makt.

Liski m.fl. (12) tar upp vikten av att introduktionen innehåller bekantning med, förutom arbetsomgivningen, också med arbetsgemenskapen (arbetskamrater och andra parter). Resultaten av undersökningen av Klein m.fl. (6) säger att nyttigaste onboarding-strategier var bland annat att ha en "buddy" som hjälpte att svara på vilka som helst frågor angående det nya arbetsstället, få oavbruten tid med förmannen för att kunna diskutera jobbet och att ha åsidosatt arbetstid för att få lära känna nya kollegor. Alla dessa stöder relationerna anställda emellan och stärker den sociala inkluderingen. Trakasserier, social exklusion och konflikter personalen emellan har stor betydelse för skadligt beteende på arbetet (14). Oartighet gentemot varandra hade större inverkan på psykiska hälsan än till exempel aggression och våld (antagligen för att det uppkommer mera av sådant beteende).

För att underlätta starten på ett nytt jobb bör man själv vara engagerad och initiativtagande. Bra vore om man redan i förväg tar reda på om organisationen och kanske får en rundtur i arbetslokalerna. Den nyanställda ska inte glömma att ta hand om sig själv också och varva ner mellan arbetsdagarna. Av förmän önskas välstrukturerad onboarding, där den nyanställda tas i beaktande ur alla aspekter. Det vill säga att arbetet, tillhörande själva uppgiften, omgivningen, redskap med mera. Det betyder även att den nyanställda introduceras individuellt och dessutom bör man beakta det mentala: avsatt tid för att lära känna arbetskamraterna, oavbruten tid för feedback och diskussion med förmän och möjlighet till anträffbar förmän. Den nyanställda har även nytta av att ha minskad arbetsbelastning i början.

Handledningen bör vara planerad på förhand. Den nyanställda har nytta av handbok, introduktionsmapp eller till exempel en introduktionskarta. Fortgående handledning (av samma handledare) ansågs ha positiv verkan på inlärandet. Nyanställda har nytta av att få jobba med en sak i taget och bli lärd det mest centrala först. Skuggning av en mer erfaren kollega gör inlärandet bättre.

Handledningen ska vara lättförstådd och det gäller att komma ihåg den nyanställdas position: självklara saker kan behövas förklaras. I handledningen är det bra att använda sig av fyra-stegsmodellen, där handledningen sker enligt följande: förbered, lär, pröva färdigheten och checka. Dessutom har möjligheter att framskrida på arbetet och en bra arbetsgemenskap stor betydelse om arbetare stannar kvar eller lämnar jobbet.

Det som inte ofta framkom i artiklarna var professionellas återhämtning. Vikten av det togs fram i en del artiklar, men åtgärder framkom endast i några. Överraskande nog, eftersom man i dagens läge allt mer talar om hög arbetsbelastning, depression och burn out anknutet till arbetet. Arbetstider och arbetsbelastning togs nog upp indirekt i en stor del av artiklarna. Främst tog man i beaktande socialt stöd och känslomässiga påfrestningar.

Avslutning

För att kunna effektivisera introduktion och inläring för nyanställda behövs mer forskning angående metoder för introduktion. För att minska antalet missnöjda utexaminerade och yrkesbyte bör nya professionella ha en så låg tröskel som möjligt till arbetslivet efter utexaminering. Därför behöver man forska mera kring hur man kunde hjälpa dem vid övergången.

Den mentala delen verkar vara den största utmaningen när man börjar ett nytt jobb och det anser jag att kunde vara både intressant och givande att studera mera om.

År 2021 håller Gustavssons forskargrupp på att genomföra en studie om introduktion av nya professionella, de undersöker erfarenheter av och tankar kring strategier för att introducera nyan-

ställda.

Covid19-pandemin kommer att lämna spår efter sig även i introduktionsmetoder. Även i post-pandemitid kommer det att finnas ett behov av stöd för nyanställda, men behovet kanske ändrar form.

Ronja Lindroos

Hälsovårdsstudent vid Arcada

Maria Forss

Akademichef för akademien företagsekonomi och vård vid Arcada

REFERENSER

- Gustavsson m.fl. Lärares och sjuksköterskors hälsoutveckling och karriärvägar de första åren efter utbildning (Internet); 2013. Hämtad från: www.researchgate.net/profile/Petter-Gustavsson/publication/272101786_Laerare_och_sjukskoeterskor_halsoutveckling_och_karriarvag_de_forsta_aren_efter_utbildning_Rapport_B20135/links/54db32a40cf261ce15cf71cc/Laerare-och-sjukskoeterskors-halsoutveckling-och-karriarvag-de-forsta-aren-efter-utbildning-Rapport-B20135.pdf.
- Gustavsson m.fl. Nya professionella: Organisatoriska strategier för att stödja vitalitet och lärande under första anställningstiden i yrken med höga emotionella krav (Internet); 2020. (hämtad 20.10.2020) Hämtad från: ki.se/media/118314/download.
- Arbetskyddslag 738/2002, Arbetskyddslag, kap 2 §14 (Internet). (hämtad 16.12.2020) Hämtad från: finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=arbetskyddslag%5BL2P14_kap2%514.
- Lin P S, Viscardi M K, McHugh M. Factors influencing job satisfaction of new graduate nurses participating in nurse residency programs: A systematic review. (Internet); 2014 (hämtad 31.1.2022) Hämtad från: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5206970/.
- Hofler L, Thomas K. Transition of New Graduate Nurses to the Workforce. North Carolina Medical Journal; 2016; 77(2): 133–136.
- Klein m.fl. Specific onboarding practices for the socialization of new employees (Internet); 2015. (hämtad 27.10.2020) Hämtad från: web.a.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=bc800ac5-6b71-4df3-8c1a-0f77dc4a66c9%40sdc-v-sessmgr01.
- WHO. (Internet) (hämtad 26.9.2021) Hämtad från: who.int/about/governance/constitution. Eriksson K. Hälsans idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1993.
- Dahlgren m.fl. Arbetstider, återhämtning, hälsa och säkerhet bland nyutexaminerade sjuksköterskor (Internet); 2020. Hämtad från: ki.se/media/77934/download.
- Rudman A, Gustavsson P. Konsekvenser av utbrändhet i början av sjuksköterskans arbetsliv för karriärutvecklingen (Internet); 2020. (hämtad 26.9.2021) Hämtad från: file:///media/fuse/dri-vefs-91e19b6f169229cc6a75516e7d8cda03/root/admin-rudman-gustavsson-92-102.pdf.
- Watkins M. The first 90 days: Proven strategies for getting up to speed faster and smarter (Internet); 2013 (hämtad 20.10.2020) Hämtad från: dl.n.jaipuria.ac.in:8080/jspui/bitstream/123456789/4158/1/The%20First%2090%20Days%2C%20Updated%20and%20Expanded_Proven%20Strategies%20for%20Getting%20Up%20to%20Speed%20Faster%20and%20Smarter%20by%20Michael%20D.%20Watkins.pdf.
- Liski M, Horn S, Villanen M. Hyvä perehdytys -opas (Internet); 2017. (hämtad 20.10.2020) Hämtad från: theseus.fi/bitstream/handle/10024/133008/LAMK_2007_B_4.pdf?sequence=4.
- Davis T, Ferrazzi K. The employee integration equation (Internet); 2015. (hämtad 29.4.2021) Hämtad från: web.a.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=46fb6580-e70b-4284-ae21-873352e91b-9d%40sdc-v-sessmgr03.
- Gerhardt C. m.fl. How are social stressors at work related to well-being and health? (Internet); 2021. (hämtad 28.06.2021) Hämtad från: web.a.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2a-7101ea-488f-4b46-a1b9-0ef9d01ba715%40pdc-v-sessmgr03.

Röster från Ekåsen – bokrecension

av Margit Eckardt

År 2020 utgavs boken "Röster från Ekåsen – 100 år av berättelser från ett mentalsjukhus". Boken, som är skriven av Tove Virta, består av berättelser och fotografier från sjukhusets historia, 1924 – 2020.

I början hette sjukhuset Distriktsinnessjukhuset i Ekenäs, från år 1955 Centralsinnessjukhuset i Ekenäs. År 1972 byttes namnet ännu en gång, nu bara Ekåsens sjukhus. Sjukhuset bestod av två sjukhusområden, Ekåsen och Knipnäs. Sjukhuset öppnades på det område där det under inbördeskriget fanns ett fångläger. Största antalet patientplatser fanns här mellan åren 1973–1982, 615 st. Patienterna kom från ett stort område, från Strömfors i öst, till Houtskär i väst.

De olika årtionden

I boken presenteras varje årtionde för sig. Jag tar här upp några plock från olika decennier, som jag fann intressanta. Jag har själv arbetat inom sommatiken, och upplevt mentalvården enbart under praktikavsnitt på 1980-talet. I mitt nuvarande

arbete som klinisk lärare besöker jag bara kort sjukhusets psykiatriska avdelningar när jag studerar till de olika enheterna under praktikavsnitten. För den som arbetar inom mentalvården fastnar man kanske vid helt olika avsnitt i denna intressanta bok.

Både patienter och personal hörs i bokens berättelser och fotografierna gör beskrivningarna levande. Berättelserna och fotografierna samt plock ur årsberättelser gör att man får en levande känsla om hur det var. Under dessa 100 år utvecklades patientvården från förvaring av patienterna till en mångsidig vård med bland annat olika terapiformer, psykofarmaka och öppen vård.

När sjukhuset öppnade 1924 var uppgiften enligt stadgan att "vårda obotligt sinnessjuka som är obemedlade." Patienterna "vårdades" närmast



med hjälp av övervakning och vila. Läkarna ansåg vid denna tid att "en sinnessjukdom var en kroppslig sjukdom som angrep hjärnan". Därför ordinerades sängvila. Vanliga vårdmetoder var också våta inpackningar och långa badkarsbad, patienterna kunde ligga timtal i badkaren.

På 1930-talet utvidgades sjukhuset, Knipnäs öppnade 1936. I samband med att Knipnäs blev en del av sjukhuset arrenderades också mark för jordbruksodling. Jordbruket sköttes av patienterna, denna "effektiva arbetsterapi" ansågs bra för den sinnessjuka. Vårdarna fungerade som arbetsledare. En stor fruktträdgård med 1000 fruktträd anlades 1938. Man hade också egna grisar och höns. Sjukhuset var i det närmaste självförsörjande. Arbetsterapin var indelad i "manligt och kvinnligt". När männen arbetade i jordbruket fick

de kvinnliga patienterna arbeta med hushålls- och sömnadsarbete. Kvinnorna vävde, knypplade och sydde, samt skötte sjukhusets linne- och klädförråd.

1940-talet var ett dystert årtionde inom psykiatrin, en del blev helt utan vård under kriget. Följande citat säger mycket: "Statistiskt var det till och med farligare att vara patient på ett mentalsjukhus under kriget än att befinna sig vid fronten". Orsakerna var bland annat matbristen som ledde till hungersnöd, och brist på personal. Man konstaterar att hela årtiondet präglades av kriget.

Under 1950-talet började man använda alltmer mångsidiga vårdformer. Man använde sig av elchocker, insulinchock, lobotomier och olika former av terapier. En del patienter fick bo i familjer i närheten av sjukhuset. I mitten av 1950-talet kom

psykofarmaka.

På 1960-talet anställdes de första psykologerna.

Under 1970-talet börjar man tala om socialpsykiatri, man börjar se patienten som en individ och som en del av sin familj. Vården blev mera människocentrerad.

På 1980-talet börjar man minska på patientplatserna, man börjar nedmontera sjukhusvården. Kommunerna börjar "ta hem" sina egna patienter. Många av dessa patienter hade varit intagna på Ekåsen och Knipnäs i årtionden, och hade inte varit i sina hemtrakter under vårdtiden. För många hade också kontakten till familj och vänner brutits.

Under Ekåsens sista årtionden började man ge specialiserad vård också åt de yngre och äldre generationerna. På Ekåsen fanns då både barnpsykiatri och psykogeriatrici.

"Ett slutet samhälle..."

Ekåsen beskrivs också som "ett slutet samhälle som levde sitt eget liv". Det fanns också fördomar om dem som arbetade på mentalsjukhus, "han blir ju likadan själv". Trots detta beskriver personalen som intervjuats för boken, Ekåsen som världens bästa arbetsplats. Man arbetade där länge, ofta hela arbetslivet. Från utbildning till pensio-

nering.

Den första svenskspråkiga sinnessjukvårdarkursen i Finland startade 1932 på Ekåsen. I januari 1932 hade Medicinalstyrelsen gett en förordning om att man i fortsättningen bara får anställa utbildade sjuksköterskor eller vårdare. Den första sinnessjukvårdarkursen tog ett år. I slutet av 1960-talet överfördes utbildningen till en statlig sjukvårdsskola. Utbildningen förlängdes då till 1,5 år. På Ekåsen praktiserade olika yrkesgrupper under sin utbildning, till exempel sjukskötare, läkare under sin specialisering och psykologer.

Sjukhussjälavården kommer också till tals i boken. Sjukhusprästen beskriver sig själv som en neutral person, "prästen är neutral, medicinerar inte, diagnosticerar inte, begränsar inte patientens tillvaro utan tar emot henne eller honom, är närvarande och lyssnar."

Det har varit mycket intressanta att läsa denna bok, det var en tidsresa. Det var också en bra repetition om vad psykiatrin har varit och vart specialområdet är på väg. Jag kan varmt rekommendera boken, både för den som arbetar inom mentalvården och för den som arbetar inom andra specialiteter. För en historieintresserad är denna bok ett måste!

Margit Eckardt



Hedersmedlem

Under föreningens fullmäktigemöte 2022 utsågs Benita Svarström från SF i Västra Nyland till hedersmedlem i föreningen.

Benita har länge varit aktiv i SF i Västra Nylands styrelse både som styrelsemedlem och som föreningens kassör, samt varit ledamot i fullmäktige. För tillfället är hon suppleant i både styrelsen och fullmäktige.

Hon har i alla dessa år deltagit och aktivt bidragit till föreningens aktiviteter samt lockat med nya medlemmar. Man kan med gott samvete säga att Benita på alla sätt har arbetat på ett förtjänstfullt sätt för förverkligandet av föreningens syften med hjärtat på rätt plats.

Tävling: Näytöllä tuloksiin

I samband med V Terveysalan kansallinen näyttöön perustavan toiminnan symposium den 9–10 juni 2022 i Helsingfors skedde prisutdelningen för tävlingen Näytöllä tuloksiin. För arrangemangen stod Hotus och Hus. Symposiets tema var Hoidon laatu näkyville näyttöön perustavalla toiminnalla.

Hotus

Hotus (Hoitotieteiden tutkimussäätiö), Stiftelsen för vårdforskning är en forskningsstiftelse för vårdarbete. "Hotus samlar in, utvärderar och sammanfattar forskningsbelägg som publiceras i form av vårdrekommendationer, litteraturoversikter och sammandrag. I samarbete med olika aktörer inom social- och hälsovården utvecklar Hotus dessutom stödstrukturer för användning och etablering av forskningsbelägg" (1).

Näytöllä tuloksiin- tävlingens mål är att inspirera arbetsgemenskaper att utveckla evidenbaserad enhetlig praxis för att förbättra resultaten av patientvård och främjande av medborgarnas hälsa, samt förbättra social- och hälsovårdens tjänster.

Pristagarna

De tre bästa bidragen premierades. För första pris stod Suo-

men sairaanhoitajat ry, andra pris Sjuksköterskeföreningen i Finland och tredje pris Kustanus Oy Duodecim.

Första priset gick till OYS (Uleåborgs universitetssjukhus) med arbetet Sepelvaltimotautipotilaan digipolku osana valtimotautipotilaan palvelupolkua. Johanna Keränen, sydänhoitaja OYS Sydän- osaamiskeskus.

Andra pris: Haavakartoituk-

sen perustuvan haavahoidon täydennyskoulutuksen malli. Asiantuntijasairaanhoitaja, auktorisoitunut haavahoitaja Leena Jalonen ja TtT-ylihoitaja Minna Ylönen, Turku – hyvinvoinnin palvelukokonaisuus.

Tredje priset gick till Satakunnan sairaanhoitajapiiri: Potilaan unen tukeminen vuodeosastolla.



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 1.1.1943.

Texten återges i den version som den tryckts år 1988.

Resterande delar publiceras i kommande nummer av Vård i fokus.

1943

1.1. En ny dag – ett nytt år. Vad månne det för med sig? Majoren håller vid frukosten ett – som vanligt – vackert tal och säger bl.a. att vi säkert får fira ännu nästa nyår på tåget, men det är också det sista. Vidare förråder han, att SJ 8 hör till dem, som sist löses upp. Det är ju litet dystra framtidsperspektiv. – – –

3.1. Äntligen reser vi ut efter nästan 1 veckas hängande i Helsingfors. Kl. 16.10 visslar 941:n. Vårt mål är Tavastehus, dit vi kommer kl. 19.10. Tar mig en liten sight-seeing i staden tillsammans med Ulla, åker t.o.m. häst och så dricker vi kvällste på en restaurang. – – –

16.1. Kl. 2.30 stannar Alarik på Haukivuori, och då vi på morgonen slår upp våra ögon, har vi osuuskauppan utanför vårt fönster. Inte blir vi



Vintervy från Haukivuori, fotograferad med Ruth Eriksson lådkamera, en Kodak från mitten av tjugotalet.

Pastor Wilhelm Rydberg från Svenska Röda Korset var genom sin hjälpsamhet och givmildhet synnerligen uppskattad av de finländska sjuktågens besättningar. I slutet av januari 1943 följde Rydberg med till Finland och fick i St Michel träffa Mannerheim, något han satte stort värde på.



glada precis. Vår själs hälsa hade vid det här laget redan fordrat ombyte. Dagen är tråkig – grälor och inventering och planering för framtiden. Det är inte alltid så lätt att vara y.h. (ylihoitaja = översköterska, utg. anm.).

17.1. Det är söndag och -10° och lugnt – idealiskt skidväder. Ovanom en stockeld tjarar vi våra skidor – det är ett trevligt göra, och så provas krafterna för första gången i år under en nästan 3 timmars tur till kyrkbyn.

Vår julmat har kommit, sent omsider. Vi smörjer kråset med skinka och kålrötter, risgrynsgröt och russinsoppa, kaffe och kex och pepparkaka. Inte ens snapsen saknas. Det skålas väldigt och den ena sången avlöser den andra. Stämningen är verkligen hög.

Sointu gifter sig och vi skickar henne ett långt telegram. En skön bastu avslutar dagen.

25.1. Äntligen reser vi. Kl. 9.45 startar vi och står nästan hela dagen, d.v.s. till kl. 18.30 i Piek-sämäki, där både kök och lok skall repareras. Skönt att vi inte längre behöver famla i mörker.

28.1. Kl. 8 vaknar vi i Gamlakarleby, där vi står ungefär 1 timme. Vårt egna lok får ni för första gången köra ända till Uleåborg; broarna har plötsligt börjat hålla. I Uleåborg är det mörkt, senaste natt var här alarm. Vi står här 3 tim, i Kemi 2 timmar, och till Torneå kommer vi kl. 0.15.

29.1. Det är märkbart mörkare här i nordens än i mellersta Finland. Som vanligt blåser det

kolossalt, då vi skall vandra över bron för att på stadshotellet inta vårt förmiddagskaffe. Kl. 18 kör vi över till rikssvenska sidan; där väntar oss det svenska barntåget, och omflyttningen börjar s.g.s omedelbart. Barnen är 336, färdledarna? och i spetsen för dem står fruarna Lavonius och Lindgren. Kl. 22.45 kör vi på nytt över gränsen och tillsammans med friherrinnan Mannerheim står jag i kupéfönstret och undrar över att Haparanda får var ljus, medan grannstaden är alldeles mörk. Friherrinnan är änka efter marskalkens yngsta bror August och är en av de ledande personligheterna inom barnförflyttningsskommittén i Sverige. Hon skall nu följa med oss till Helsingfors

och åtföljs av två sekreterare, fruar Holmberg och Egnertz.

30.1. kl. 5.40 startar vi från Torneå. I Uleåborg har mottagning anordnats för friherrinnan jämte svit hos borgmästaren, och hon kommer tillbaka till tåget med ett jättefång tulpaner och konvaljer, vilka sedan pryder vår matsal. Resan går hastigt och rätt friktionsfritt t.o.m. Mycket hinner jag inte ägna mig åt barnen för alla värdinneplikters skull. Frih. verkar att vara anspråkslösheten själv, och av allt att döma är det inte småsaker hon uträttat för oss och våra barn. Många av barnen har hon personligen haft hand om, hon känner dem vid namn, känner deras hemförhållanden o.s.v.

En annan finlandsvän har vi med oss i pastor Wilhelm Rydberg. Han är bosatt i Haparanda och har i synnerhet verkat för gränstraktens barns väl. En oförglömlig stund har vi tillsammans med honom på kvällen, då han bjuder hela tågets personal på kaffe med dopp. Vi tackar med "Karjalaisten laulu", han talar och majoren svarar, och det hela är präglat av stämning och trevnad, i synnerhet för dem, som förstår svenska.

31.1. I Haapamäki avskiljs vagn 5 kl. 4.30 för att fara till Åbo. För den stackars vagnen förestår en tråkig resa med lång väntan både i Haapamäki och Toijala.

Vid 14-tiden kommer vi till St Michel. Före det har vagnarna putsats och ungarna snyggats upp mer än vanligt. Alla väntar litet smått att marskalken skall göra oss den äran med ett besök, men ingen vet säkert hur det blir. Längre räcker det dock inte, förrän hans resliga gestalt syns på perrongen. Majoren anmäler tåget för honom, varefter marsken börjar vandra i riktning mot våra bostadsvagnar, därifrån våra svenska gäster vandrar honom till mötes. Så följer inspektion av vagnarna. Mannerheim skakar hand med vartenda ett av barnen, och deras ögon strålar. Ute på perrongen följer ännu en pratstund. Tyvärr är det helmulet och snöslask, så fotografen har otur. De bästa tänkbara tillfällen för fotografering går därför förlorade. Friherrinnan följer så med sin höge svåger i hans bil, medan vi andra diskuterar den viktiga tilldragelsen – ett minne för livet rikare. – – –



Mannerheim med sin svägerska, friherrinnan Mannerheim, på perrongen i St Michel. Det dåliga vädret var en besvikelse för fotografen, som hade hoppats på en bra bild av marskalken.

5.2. Runebergsdagen går in, våt och slaskig, sålunda fullkomligt svikande traditionen.

Majoren har glädjande nyheter: vi skall byta hemort. Vart vi ska flytta, får vi ännu inte veta. Följden är att Haukivuori grädda bjudes till tåget på kaffe. – – –

6.2. Kl. 9 startar vi norrut och vinkar Haukivuori farväl. På dagen bjuder Martta (Martta Jaatinen, en av sköterskorna, utg. anm.) på födelsedagskaffe; hon fyller 30 år. Och på kvällen är jag med om ännu en fest – i vår dublett. Grannarna bjuder på kaffe med punsch. Glädjen står högt i tak, och den ena sången avlöser den andra. Majoren är på ypperligt humör.

7.2. Ute är en förfärlig storm. Varje gång tåget stannar är det ett förfärligt bråk att få det i gång igen. På ett ställe går det inte utan hjälp av ett an-

nat lok. Snödrivorna är så höga. Först kl. 8.45 når vi Sotjärvi. Vi kan tro oss förflyttade till snöstormarnas Sibirien. Det är svårt att ta sig fram. Stundom ser man kanske 5 m framför sig. Snöplogen är i arbete. Allt vårt manskap kommenderas ut för att hjälpa ett insnöat godståg 6–7 km härifrån. Bredvid oss står ett hästtåg på väg till Karhumäki. Det har varit 3 dygn på väg från Villmanstrand och dess 16 unga pojkar har ingen varm mat fått på hela den tiden, varför vår uppvärmda kålsoppa smakar dem härligt. Skönt att en sådan här dag få krypa till sängs i sin ombonade box. Få se, om vi i morgon är helt insnöade.

8.2. Vårt karlfolk är fortsättningsvis i snöarbete. Snälltåget från Äänislinna får stå snällt här bredvid oss från kl. 2–9; i Veskelys sitter nämligen ett insnöat tåg och stänger trafiken.

9.2. Solen lyser och termometern visar -15°. Blåsten är bitande. Just som vi håller på att prata till oss lite fisk i en av strandstugorna, visslar vårt lok 3 gånger; uppbrottsorder har kommit. Vi får dock vänta ännu flera timmar, ty det är ett styvt göra att få oss loss. Kl. 13 börjar lokets hjul fästa på skenorna och sluta upp med att bara snurra runt. Kl. 16 kommer vi till Äänislinna, och då avä-

ter vi vår lukulliska fiskmåltid i vagn 11. Så vandrar vi in till staden på bio. Vi ser "Ruterdam" på Tapio efter att först har druckit surra (kaffesurrogat. Vako var namnet på den finländska butikskedjan i Östkarelen, utg. anm.) på Vako. Vi 7 flickor blir helt fint hemföljda av 3 officerare, som vi inte vill bli av med.

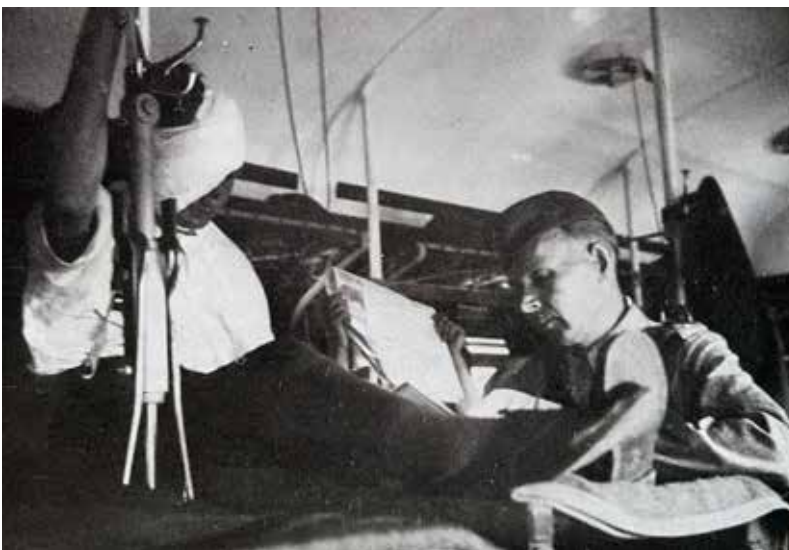
11.2. – – – Kl. 9 börjar pålastningen och kl. 11.45 är vi startklara. Patientantalet är 180. I Matkaselkä avskiljs vagn 14, som för 27 tubpatienter till Pun-kaharju-Takaharju.

12.2. Kl. 14.45 når vi resans mål, St Michel. Det har gått långsammare än vanligt, beroende på att vårt eget lok är sönder och vi har haft ett vedlok under hela resan. I St Michel får vi bastu och kl. 23.30 är vi tillbaka i Haukivuori till vår stora besvi-

Medan tåget stod i Haukivuori 12.2–22.2.

anordnades skidtävlingar för personalen på

tåget; i dem deltog 42 personer, dvs nästan hela besättningen.



Major Jahkola ser till en patient. Utrymmena ombord var föga lämpade för vård av de sårade soldaterna. Då sköterskorna t ex bytte förband på en sårad på övre britsen var de tvungna att stå på den undre.

kelse. Ännu är någon ny vistelseort inte bestämd.
- - -

23.2. Vi vaknar i Matkaselkä. Vi har fortsättningsvis vedlok, så det går långsamt framåt. Ute råder söndagsväder, sol över glittrande snö. Vi förkortat resan med Bismarck. För första gången spelar jag med majoren. – Vid 22-tiden är vi i Karämäki.

24.2. Lastningen börjar kl. 13 och kl. 15 är vi startklara. Vi far stolt förbi huvudstationen, men f.ö. stannar vi på nästan varje haltpunkt för att ta ved. Vid midnatt når vi Jänisjärvi, och där får vi mera patienter från Salmis fältsjukhus. Hela patientantalet är 189.

3.3. Dagen är lång och tråkig och humöret under 0-punkten. Vädret strålande. Kl. 21.30 är vi i Äänilinnas.

4.3. Ulla och jag söker upp frk. Hellsten och Ulla R. Som för 2 dagar sedan kommit hit på kommandering, frk. H. som 66 krigssjukhusets över-sköterska. Det blir visst någon slags polissyssla hon får – hon skall återställa ordningen bland

Äänilinnas "moraliska fördärvade" sköterskor. På kvällen ser vi i deras sällskap "Lyckodrommen" på Tapio. Så har vi även hunnit med ett besök hos löjtnant Halttunen i Kuusinens palats.

9.3. Vi vaknar på vår nya hemstation, Vuojärvi, belägen 30 km norrut från Kouvola. S.g.s. hela dagen går i städningens tecken. På dagen kommer stationsinspektorn och tågexpeditören på kaffevisit till oss. Så badar vi i den näpnaste lilla bastu fast i sjöstranden och tvättar oss i det renaste sjövattnet. Orten tilltalar oss. Den påminner mycket om Tikkala med dess branta sandåsar. Det känns lättare att leva igen. Ute är vår; man kan tro det är påsk, då Ingeborg (Ingeborg Nymark, hemma från Jackarby gård i Borgå lk, utg. anm.) bjuder på härlig Jackarby-memma med dito grädde. Men det är endast fastlagstisdag, och dagen till ära bjuder huset på kaffe med bulle. Tyvärr hinner vi ännu inte bekanta oss i byn.

10.3. Vi reser till Kouvola vid 6.30-tiden och startar därifrån österut först kl. 13 efter att först ha vandrat ut och in i köpingens alla välförsedda



Ulla Bauer vid forsen i Läskelä. Fabrikerna vid Jänisjoki, en av de många älvar som rinner ut i Ladoga, hörde till de industrier som Finland måste avträda både 1940 och 1944.

butiker.

11.3. Vi vaknar i Harlu och vandrar ut på morgonpromenad i de karelska kullarnas storslagna landskap. Det är lätt att förstå karelarnas kärlek till hemtorvan. Knappast är naturen någonstans i vårt land mera storslagen än här. Inventering och vårtrötthet.

12.3. Efter frukosten tar vi oss en promenad längs Jänisjoki åt Hämekoskihållet. Längre räcker det ej, innan vi blir uppfiskade av en bil, och på ett synnerligen bekvämt sätt får vi njuta av det förbii-lande landskapets skönhet. Så beser vi pappersfabriken, uppförd av ryssarna efter vinterkriget. Vår egen fabrik sprängde de dessförinnan. Mäktig brusar forsen därintill. På dagen är majoren och jag bjudna till barnsjukhuset, underordnat "Suomen Huolto" och blir synnerligen vänligt emottagna av dess föreståndarinna fru Purhonen. F.t. vårdas där 18 barn, men finns plats för 30.

20.3 upplöstes tåget igen på en månad. Personalen erhöll kommendering till olika sjukhus; Ruth Eriksson arbetade 22.3–12.4. vid Krigssjukhus 13 i Viborg och hade därefter ledigt 14–20.4. och 22–26.4.

30.4. Valborgsmässoafton! Det snöar och ruskar och är kallt. Dricker morgon-namnsdagskaffe hos Mirkku (Mirja Kivikuru, utg. anm.)

Kl. 22 – just då valborgsmässostämningen börjar stiga i staden – reser vi i väg. - - -

10.5. Regnet fortsätter. Vår bastu blir på hälft, ty kl. 18 reser vi plötsligt i väg; åter ett bevis på löftens ohållbarhet. Vi skulle nämligen denna gång få stanna 4–5 dagar i vårt vackra Vuokijärvi. I St Michel har vi som vanligt besök av kapten Honkavaara.

11.5. I Seinäjoki observerar vi "Lasse" på spåret bredvid vårt. Han är på väg efter barn, medan vi denna gång skall transportera tyskar. Det blir förstas visitande, som slutar med att Ingeborg och Wabbe (Walborg Krogerus, utg. anm.) följer med Lasse (dr. Tötterman) till Gamlakarleby, där vi nästa gång sammanträffar. Därefter stöter vi ihop i Uleåborg, och någon gång på kvällen eller natten kör Lasse igen förbi oss, medan vi stannar i Kemi.

12.5. I Kemi är blåsig och kallt. Isen ligger



Viborgs slott, Finlands lås mot öster genom många seklar, var efter att ha gått förlorat i Moskvafreden i mars 1940 åter i finländsk hand från augusti 1941 till juni 1944.

kvar, och björkarna visar ännu inga tecken till lövsprickning, trots att södra Finland redan står i sitt grönaste flor. Kl. 10 skall vi börja lasta, men det går i tyskt tempo, och de första patienterna kommer kl. 12. Hinner t.o.m. äta frukost på Finska klubben därförinnan.

Pålastningen går långsamt. Vagn 11 får fyra-officerare, 5 permitterade sköterskor, 1 sköterska, som verkligen sjuk + 2 norska sjuksköterskor, som reser till Oslo på semester. De har arbetat på ett fältsjukhus i Nordnorge och är tvungna att resa hem över Finland och Sverige. Samlingen är brokig. En stor del av patienterna hämtas till tåget i svenska ambulansbilar och körs av svenska

chaufförer. Plötsligt dyker även Ville (pastor Wilhelm Rydberg, utg. anm.) upp. Han lämnar sin bil och följer med oss upp till Torneå, dit vi startar kl. 14.50. För mitt vidkommande består hela resan i att sällskapa och dricka kaffe med Ville och det tyska tågets chefläkare, dr. Stierhoff. Nästan med detsamma är vi i Torneå, där 744:n, det tyska lyxtåget, väntar. Det förevisas oss av överläkarn och syster Catarina Polke. Man kan inte låta bli att anställa jämförelser. Det är ljust och snyggt och propert, radio och telefon finns i varje vagn, och patienterna håller just på att packas ned i de fint bäddade sängarna. Personalens bostäder verkar luxuösa. Överläkaren har sovrum jämte kansli – privat – dessutom finns två tågkanslier. I köket öppnas fruktkonservburkar och på radioutsändningsstationen påsätts den ena plattan efter den andra enligt patienternas önskningsar. I matsalen bjuds vi på kakao och vin.

Endast 2 sköterskor finns på tåget, f.ö. är all personal manlig. Detta tåg är mycket berest, har

bl.a. varit alldeles i närheten av Stalingrad.

Vår kortaste transport är ett minne blott, men ett oförglömligt sådant. Patientantalet var 218. Vid 18-tiden viftar vi Torneå och Lasse farväl.

13.5. Vi reser hela dagen och begrundar gårdagens upplevelser. Svårt har vi att fatta, att vi reser rån Vuojärvi till Kemi för att transportera patienter en sträcka av 30 km och sedan reser raka vägen hem igen – i synnerhet som Lasse reser samtidigt upp.

20.5. Tyfusvaccinering. Kl. 21.30 stannar vi i Äänislinna. Dagen har varit lång och gått i kortspelets tecken. 8 godsvagnar följer.

21.5. En del av lasten lossas, och kl. 14 startar vi från Karamäki med Karhumäki som mål. Kapten Soininen följer med. Ju längre norrut vi kommer, desto längre är sommaren kommen. Så verkar det åtminstone. Kl. 20.30 är vi framme. Dr berättar några i.t.män att 3 ryska jagare förföljt oss. Vi har ingenting annat hört än en våldsam skottväxling i Kämpselkätrakten.



Möte mellan en stormakt och en småstat: de luxuöst inredda och utrustade tyska sjuktågen bildade en betydande kontrast till sina ytterst spartanska finländska motsvarigheter. Här Dr. Stierhoff i sitt arbetsrum på Lasarettzug 744.



Kökslottor från Alarik i Karhumäki hamn.

22.5. Vi kör ner till hamnen och lastar av där. Maskiner surrar, alarm ges, och rätt nära oss förefaller oss den udde, bakom vilken Poventsa ligger. Kl. 13 skall lastningen av patienter börja, och kl. 14 skall vi starta. Då infinner sig också de 4 jagare, som skall följa oss och låta oss vara i fred för ryssen. Men inga patienter kommer. Var felet sitter, är svårt att klargöra. Kaptenerna Ritala och Ignatius är hos oss på kaffe, och därför förevisar kapten R. Fältsjukhus 16 för Ahti (Ahti Poikolainen, andre läkare på Alarik, utg. anm.) och mej. Kl. 16.15 är vi startklara. Då har maskinernas antal minskat med en. Det är nästan så man önskar sig en liten luftstrid. Vi kör synnerligen långsamt i början i den 14 km långa uppförbacken och kan bra följa med kretsloppet. Kl. 22.15 – alltså efter 6 timmars resa – stannar vi i Karamäki och lämnar våra 62 patienter däribland 3 lottor från samma rajatoimisto (gränsbyrå, utg.anm.) som Ingeborg.

25.5. Kl. 9 börjar vi lasta på och kl. 10.45 startar vi. Patienterna är 180. Resan går fint undan. En stund efter att vi passerat Matkaselkä, hoppar en nervpatient ut genom fönstret, tåget stannas och han hämtas som commotio (hjärnskakning, utg.

anm.) till vagn 11. I Joensuu avskiljs vagn 12, som reser med tub.patienter till Kontiolahti.

26.5. Kl. 5.45 stannar vi i St Michel. Från Piek-sämäki reser 15 patienter till Jyväskylä. Vi städar och stökar och är vid 14-tiden hemma i Vuohijärvi igen. Där väntar en skön och välbehövlig bastu.

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.

BRA - Barns Rätt som Anhöriga

av Jana Sundberg

Barns Rätt som Anhöriga - BRA är något som behöver uppmärksammas inom vården. Sedan 2018 har Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) tillsammans med Rädda Barnen Åland jobbat tillsammans för att stötta personalen till att få verktyg i att uppmärksamma barnen och de unga vuxna.



Se barnet

När en förälder eller annan nära, viktig vuxen för barnet insjuknar i en allvarlig fysisk eller psykisk sjukdom påverkas barnets vardag. Det kan röra sig om den sjukes funktionsnedsättning, beroendeproblem, svåra plötsliga olyckor eller oväntade dödfall. Då är barnen särskilt utsatta som anhöriga.

Situationen i familjen påverkar livet här och nu men det kan också ge konsekvenser för barnet på lång sikt i vuxen ålder. Detta kan vi förebygga genom att se barnet.

Att bjuda in barnet

Genom att bjuda in barnet i vården, ge information och möjlighet att ställa frågor samt uttrycka sina behov stöder vi barnets möjlighet att förstå sin egen situation och det som händer kring den anhöriga. För en del barn kan det röra sig om att bara blir sedda, få ett glas saft eller få gå omkring på avdelningen och se alla rum var den anhöriga får sina behandlingar. För en annan kan det behövas mer stöd för sin egen skull, ett stöd som kan komma från sjukvården, socialvården eller skola. Men också fritidsverksamheter och tredje sektorn kan erbjuda stöd.



Varje barn och varje situation är unik. För att veta vad barnet behöver måste vi som vårdpersonal vara modiga: modiga att se barnet, modiga att ta kontakt, modiga att våga vara där som en vuxen. Våga inbjuda barn till samtal, fråga vad just de behöver, funderar på eller vill göra.

BRA-sjukhus

ÅHS har gått in för att bli ett BRA-sjukhus där all vårdpersonal ska uppmärksamma barnen i vårdsituationen. Man behöver inte ha alla svaren men att som personal se och fråga patienten om det finns barn med bland deras närstående och berätta om att även barn har rättigheter (enligt barnkonventionen och den åländska hälso- och sjukvårdslagen).

ÅHS har utbildat personal i BRA-samtalsmodellen från Stiftelsen Allmänna Barnsjukhuset, ett verktyg som underlättar samtalet med barn och unga vuxna. Ett samtal sker alltid utifrån barnets önskan och behov.

BRA-samtal är ett utvecklingsarbete som

Stiftelsen Allmänna Barnhuset utarbetat sedan 2011. BRA-samtal är en modell för att säkerställa att anhöriga barn får komma till tals och få sina rättigheter tillgodosedda. Rädda Barnen har tillsammans med Sonja Dolke, legitimerad psykolog och psykoterapeut, tagit fram en broschyr i vilken patienten eller en nära anhörig kan läsa om detta arbete, hur man själv kan uppmärksamma barnet och hur man kan stöda och öka barnets trygghetskänsla. Denna broschyr används inom ÅHS.

Eftersom arbete påbörjades strax före pandemin och anhöriga blev portade från vården väldigt länge har nu arbetet fått nytändning och personalen påminns åter om att BRA är bra!

Jana Sundberg

Sjukskötare, ÅHS, medicinska polikliniken

LITTERATUR

www.allmannabarnhuset.se/temaomraden/projekt/bra-barns-ratt-som-anhoriga.

Utlandspraktik på Norrlands universitetssjukhus

av Emma Rintamäki

NUS har årligen ca. 1800 förlossningar. På förlossningen finns det 6 förlossnings-salar, varav en sal är ett isoleringsrum där patienter med olika infektioner vårdas. Utöver förlossningssalar finns det även 3 rum där t.ex. gravida med komplikationer vårdas.

Under min sista termin på barnmorskeutbildningen vid Yrkeshögskolan Norr-
via hade jag möjlighet att göra praktik i Umeå på Norrlands universitets-
sjukhus, NUS. Jag åkte via nätverket Nordplus och praktiken var totalt 4 veckor. Praktik kursen som genomfördes var "Vård vid riskgraviditet, -förlossning, och -barnsängstid". Vanligtvis utförs denna praktik på universitetssjukhus med prenatal avdelning men eftersom NUS inte har någon egen avdelning för prenatala patienter var jag i stället på förlossningen. På NUS vårdas gravida kvinnor med komplikationer antingen på BB/antenatalavdelningen eller på förlossningen, beroende på hur svår komplikationen är.

När jag kom till Umeå hade jag redan gjort klart all förlossningspraktik och fått ihopsamlat alla 40 förlossningar, vilket är kravet för att man ska kunna få barnmorskeexamen i Finland. Att få ihopsamlat alla förlossningar kan upplevas som en stor stress, därför var det skönt att jag hade möjlighet att göra ytterligare en praktik på förlossningen, men utan att känna stressen att jag behövde få en förlossning. Nu hade jag i stället möjlighet att fokusera på allt annat arbete som också pågår på förlossningen; induktioner, planerade kejsarsnitt, bedömningar av gravida gällande t.ex. misstänkt fostervattenavgång

eller sammandragningar, samt även gravida med komplikationer: blödningar, prematura sammandragningar, preeklampsi, för tidig fostervattenavgång och så vidare.

Eftersom NUS är ett universitetssjukhus har sjukhuset ett stort upptagningsområde, från Hudiksvall i söder till Kiruna i norr. Gravida kvinnor med svåra komplikationer kommer från dessa områden till NUS, där den specialiserade vården finns samlad. På förlossningsavdelningen sköter man förlossningar från graviditetsvecka 22 och upptill graviditetsvecka 28 kommer kvinnor från hela norra sjukvårdsregionen där hotande prematurförlossning föreligger.

Skillnader i vården

Att åka till Umeå från Vasa gick snabbt och smidigt med endast en 3,5 h båt-färd över havet. Skillnaden i förlossningsvården i de två nordiska länderna är dock stora. För mig blev det en större omställning än vad jag hade förväntat mig och jag fick börja anpassa mig till nya rutiner och ett nytt språk. Det visade sig att man i Sverige använder lite andra ord och uttryck inom vården och den första tiden var det lätt hänt med missförstånd.

Mottagandet av studeranden var väldigt bra och första praktikdagen började med en introduktion där man gick igenom rutiner och jag fick även berätta om mina praktikmål så att handledaren var införstådd i dem. Jag hade flera handledare och jag märkte att dom alla var vana vid att handleda studerande. Jag fick möjligheten att ha mycket egna patienter, med handledaren endast i bakgrunden som "konsult", och på det sättet utvecklades jag mycket i min roll som barnmorska. Arbetsstämningen på avdelningen var bra och man kom lätt in i gemenskapen.

Riskbedömning

Inför varje arbetspass gjordes en riskbedömning av alla patienter på förlossningsavdelningen. Riskbedömningen gjordes med hjälp av färgmarkeringarna grön, gul och röd. En grön patient innebar att det var en frisk patient med normal graviditet där man förväntade sig en normal förlossning.

En gul patient hade någon sjukdom, avvikelse under graviditeten, långdraget förlossningsförlopp eller det fanns någon riskfaktor för fostret. Några exempel på när en patient blev klassificerad "gul" var vid avvikande/patologiskt CTG, överburenhet, BMI >30, diabetes hos kvinnan, multipara (>4 barn), tvillinggraviditet, hotande prematurbörd, tillväxthämning hos fostret, poly/oligohydramnios, långvarig fostervattenavgång eller större blödning. Många patienter på förlossningsavdelningen var klassificerade "gula".

En röd patient innebar att patienten var svårt sjuk med t.ex. svår preeklampsi, hjärtsjukdom eller att patienten hade fått krampanfall. En patient kunde även vara röd om hon hade flera komplicerade obstetriska faktorer, t.ex. ett BMI över 30 + tillväxthämning hos fostret + preeklampsi.

Eftersom syftet med min praktik var riskgravida och riskförlossningar fokuserade jag endast på gula och röda patienter.

Pandemins inverkan på vården

Att coronapandemin påverkade verksamheten på förlossningen märktes tydligt. Alla patienter som blev inlagda på förlossningen och deras partner/stödperson skulle testas för COVID-19. Personer utan symptom skulle vi testa med antigen-test och personer med symptom skulle testas med PCR-test. Patienter som hade symptom skulle vara isolerade och behandlas som smittsamma tills svaret på PCR-testet kom. Partners/stödpersoner där PCR-test tagits fick inte komma in till avdelningen innan svaret kommit. Inga besökare var tillåtna på BB, partners fick endast följa med om familjerum fanns tillgängligt. Under min praktik hade vi en patient som efter att hon lämnat förlossningsavdelningen fått symptom och sedan testats positivt för COVID-19. Det blev en omfattande smittspårning bland personalen och studeranden, alla som på något sätt kommit i kontakt med eller befunnit sig i samma rum som patienten skulle både ta ett antigen-test och ett PCR-test på dag 3, 5 och 7 efter patientkontakten. Även övrig personal som inte kommit i kontakt med patienten skulle ta ett PCR-test.

Slutligen

Det har varit väldigt intressant att se hur den svenska förlossningsvården fungerar. En sak som jag upplevde att man satsat mycket på i Umeå var undersökning, diagnostisering och suturering av bristningar. Barnmorskorna hade fått ordentlig skolning inom det och de hade även tillgång till hemsidan GynZone som erbjuder onlinekurser inom bristningar, och när det var lugnt på avdelningen var det många som satt och studerade detta material.

Att göra praktik på ett universitetssjukhus och dessutom i ett annat land har varit väldigt lärorikt. Jag fick under praktiken se flera graviditets- och förlossningskomplikationer vilket var mitt mål med praktiken.

Detta var min sista praktik på hela barnmorskeutbildningen och efter denna praktik känner jag mig mera redo än någonsin att börja jobba som barnmorska.

Emma Rintamäki
Barnmorska

Neonatalpraktik i Umeå

av Isabella Tallgård

I december 2021 fick jag möjlighet att göra utbytespraktik på neonatal-IVA vid Norrlands universitetssjukhus (NUS) i Umeå. Som barnmorskestuderande hör det till att man gör en neonatalvårdspraktik på fyra veckor, då man sköter nyfödda med olika sjukdomstillstånd. Jag hade hört mycket positivt om avdelningen från äldre barnmorskestuderanden som gjort praktik där och eftersom jag heller aldrig besökt Umeå tidigare ville jag passa på att ansöka om utbytespraktik.

Jag hade till en början ansökt om att få göra praktiken under vårterminen 2021, men eftersom det fortfarande var ganska osäkert med coronaläget då och jag endast skulle fått göra en praktikperiod på två veckor valde jag att vänta med praktiken till hösten istället.

Utlandspraktiken

I början av december tog jag nya färjan från Vasa över till Umeå, hoppade på bussen och åkte till Tomtebo, där jag mötte upp med min kompis som jag skulle få bo tillsammans de tre kommande praktikveckorna. Hon hade en liten lägenhet på 23 kvadratmeter, med ett rum, kokvrå och wc. Tomtebo var ett nytt och fint bostadsområde som låg några kilometer utanför centrum och knappa fem kilometer från universitetssjukhuset. Jag hade köpt en bussbiljett som kunde användas i sammanlagt 30 dagar så jag smidigt kunde ta mig till och från sjukhuset. Kollektivtrafiken fungerade väldigt bra. Bussarna kom vanligen tätt med ca 10-15 minuters mellanrum, så ifall man råkade missa en tur så kunde man lugnt vänta på nästa buss.

Coronaläget verkade vara relativt lugnt för tillfället. Inga munskydd användes i butiker eller på stan och folk verkade leva ganska långt som normalt. På sjukhuset behövde personalen endast använda munskydd när man var i patientkontakt. Efter att jag hade varit där en vecka hade antalet COVID-fall börjat öka igen och det kom nya rekommendationer om att munskydd starkt rekommenderades.

Efter att ha avklarat alla övriga praktikavsnitt som hör till barnmorskeutbildningen var detta nu mitt sista praktikavsnitt innan jag skulle få min barnmorskeexamen. Hittills hade jag stött på några få nyfödda som behövts skickas till barnavdelningen, majoriteten på grund av andningsstörningar, lågt blodsocker eller infektion, och alla bebisar var födda i fullgångna graviditetsveckor.

Neonatalvården var som en helt ny värld för mig. Plötsligt var det lite som att vara tillbaka på ruta ett i studierna - från att man nyligen tagit emot gravida, skött förlossningar och tagit hand om mammor och bebisar nästintill självständigt till att man nu mest fick "svansa" efter handledaren och göra allt under uppsikt. Allt var förstås väldigt nytt och inspirerande och under praktikens gång fick jag vara med och sköta allt från extrema prematurer födda i graviditetsvecka 24 med respiratorvård, till fullgångna som fick vård pga. någon sorts andningsstörning eller infektion.

Personalen på avdelningen var glada och trevliga och som studerande kände jag mig väldigt inkluderad i vårdarbetet. Under tiden jag var där på praktik var det typiskt nog väldigt lugnt på avdelningen. Men personalen var ändå mån om att se till att jag fick se och lära mig så mycket som möjligt under tiden jag var där på praktik. Vid varje arbetsskift fanns det alltid en utsedd handledare som jag följde med i arbetet. Stämningen var god mellan arbetstagarna på avdelningen och det märktes tydligt att vårdarna trivdes med sitt jobb.

Praktikplatsen

På neonatal-IVA i Umeå vårdas för tidigt födda och barn upp till tre månaders ålder. Upptag-



ningsområdet av patienter som vårdas på avdelningen är stort och sträcker sig allt från Kiruna i norr till Sundsvall i söder.

Avdelningen har sammanlagt 18 vårdplatser varav åtta är intensivvårdsplatser. På avdelningen finns fyra stora salar, med fyra vårdplatser i varje sal. Två vårdsal är intensivvårdssalar och två vårdsal är mellanliggande-/lättvårdssalar. Förutom de stora salarna fanns det två isoleringsrum, två en-patients rum och sex familjerum. De har också ett s.k. transportteam som använder flygambulans, helikopter och markambulans, vilka ansvarar för neonatala transporter till och från andra sjukhus.

Personalen består mestadels av sjuksköterskor

samt barn- och undersköterskor. Några var också specialiserade IVA-sjuksköterskor. Läkarna jobbade jour och rondade avdelningen varje förmiddag. Övrig personal som jag kom i kontakt med under praktiken och som var en del av verksamheten var bl.a. farmaceuter, kuratorer, logopeder, sjukgymnaster och dietister. Olika typer av sjukdomstillstånd hos nyfödda kräver olika kunskaper och specialiteter. Detta förklarar varför avdelningen har så många olika samarbetspartners.

Vård av nyfödda på neo-IVA

De vanligaste orsakerna till att nyfödda behöver intensivvård är underburenhet, hypoglykemi, hypotermi, hyperbilirubinemi, infektion samt andningsstörningar relaterat till omställning av andningen och cirkulationen efter födseln.

Att hjälpa föräldrarna att bli delaktiga i vården av sitt barn, lyfta fram barnets resurser, familjens styrka och behov och på det viset ge det stöd som behövs för tillfrisknad, tillväxt och införlivning av en ny familjemedlem hör till vårdpersonalens viktigaste arbetsuppgifter. Varje familj får dessutom ett vårdteam som består av en sjukskötare, barnskötare samt läkare som tillsammans med föräldrarna ansvarar för vården.

Vården anpassas alltid enligt barnets mognadsgrad och sjuklighet. Lugn och ro är A och O för bebisarna. Både ljudet och ljuset skulle vara dämpat kring babyn och man ville eftersträva att slå samman vårdprocedurer för att minska onödigt spring och stök på vårdsalarna. Man var också extra noga med aseptiken, speciellt i vården av prematurer, eftersom de ännu inte hunnit bygga upp sitt immunförsvar och är mera infektionskänsliga.

Jag upplevde att föräldrarna var väldigt starka, tålmodiga och de var också väldigt tacksamma över vården och stödet som de fick av personalen. Jag kan tycka det känns väldigt betydelsefullt att ha fått vara med och se att det för det mesta går bra även om en baby föds i alltför tidiga veckor eller ifall en fullgången baby behöver få vård på en neonatalavdelning en kort tid. Vårdtiden kan bli lång för de som föder sitt barn i tidiga graviditetsveckor och det uppstår inte sällan komplikationer

längs med vägen. Men tack vare den utvecklade neonatalvården som finns idag så klarar sig barnen för det mesta och får skickas hem.

Fritiden

Praktiken var ganska intensiv i sig, men på fritiden umgicks jag ofta med min rumskompis, lagade mat, var ute på promenader och utforskade Umeå centrum. Eftersom jag gillar att dansa lindy hop passade jag även på att delta i ett socialdansevent som dansföreningen Swingum ordnade. Där träffade jag på några dansare som var jättetrevliga och vi hade väldigt roligt tillsammans. Vi pratade om att träffas på nytt snart igen!

Jag är väldigt nöjd över min praktikperiod i Umeå. Den gav mig en god inblick i hur det kunde vara att jobba på ett universitetssjukhus i Sverige, vilket kanske kunde vara en möjlighet i framtiden. Som avslutning vill jag passa på att tacka Sjuksköterskeföreningen för stipendiet som jag beviljades som hjälpte till och gjorde det möjligt att utföra den här praktiken.

Isabella Tallgård
Barnmorska



Utlyses rekreationsstipendier

Under hösten 2022 lediganslår Sjuksköterskeföreningen i Finland 12 rekreationsstipendier à 600 €, 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 31.10.2022 på adressen Annegatan 31–33 C 50, 00100 Helsingfors.

Frågor kan riktas till info@sffi.fi
Styrelsen



Föreningen utlyser på nytt 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 utvecklingsarbete.

Av sökanden krävs minst fem års medlemskap och aktivitet i föreningen. När det gäller forskning krävs en godkänd forskningsplan. **Ansökan bör ha sökandes underskrift.** Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast 31.10.2022 på adressen Annegatan 31–33 C 50, 00100 Helsingfors.

Frågor kan riktas till info@sffi.fi
Styrelsen



Stipendier för studerande

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

Föreningen utlyser 12 stipendier à 500 € att sökas av studerandemedlemmar.

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

Stipendiet beviljas endast en gång under studietiden och kan sökas retroaktivt inom 12 månader. Av sökanden krävs minst ett års medlemskap

Till stipendieansökan skall ett officiellt studieutdrag bifogas. Bristfälliga ansökningar behandlas inte. **Ansökan bör ha sökandes underskrift.**

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast 31.10.2022 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

© Ulf Fransson 2013

A photograph of a simple wooden birdhouse mounted on the side of a tree trunk. The birdhouse is made of light-colored wood and has a single circular entrance hole on its front face. It is secured to the tree with a metal band. The tree has a rough, textured bark. The background is filled with dense green leaves and branches, suggesting a forest or wooded area.

SF i Helsingfors med omnejd

24.11.2022 kl. 18, julfest på Annegatan. Anmälning till K. Skogman: kerstin.skogman@elisanet.fi eller tele: 050 5847347. Hjärtligt välkomna! Följ oss på www.sffi.fi

SF i Mellersta Österbotten

Vi har haft en underbar sommar. Hoppas att alla, både ung och äldre kunnat njuta av det fina vädret.

November, julfest. Julfest arrangeras i slutet av november, men när detta skrivs är både platsen och tidpunkten ännu under planering. Håll utkik på sociala medier och i minneslistan i Österbottens Tidning.

Styrelsen önskar sina medlemmar en fin höst!

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

September, höstträff på Stationshuset i Närpes med Anna-Greta Olsio-Tuisku som föreläser om sin doktorsavhandling. Servering!

29.10.2022 teater "Själarnas ö" på svenska teatern. Efter föreställningen middag med de andra regionala föreningarna.

23.11.2022, traditionsenlig julfest kl. 18.00 på Tinka i Tjock, Kristinestad. Närmare information via medlemsbrev.

SF i Vasa

29.9.2022 kl. 18.30, medlemskväll med temat choklad- och vinprovning ordnas på Loftet i Vasa. Sponsorerat pris: 28 €. Bindande anmälan senast 21.9 per e-post sfvasa@netikka.fi eller tele: 050 3504411. Avgiften betalas senast 21.9 till Sjuksköterskeföreningen i Vasas konto FI62 2052 2001 0063 10 och använd referensnummer: 9388176.

Stipendium. Enligt årsmötets beslut 2022 anslår Sjuksköterskeföreningen i Vasa ett Stipendium för högre yrkeshögskolestudier och/eller magister i hälsovetenskaper att sökas inom oktober

månad. Stipendiet är 400 €. Stipendiet delas ut på julfesten i december.

Av den sökande krävs:

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

Stipendiet bör anhållas på föreningens egen stipendieblankett. Blanketten finns på hemsidan eller fås från och ska returneras till ordförande Annika Kvist-Östman senast 31.10.2022, e-post: annika.kvist-ostman@ovph.fi eller tele: 050 5910088.

2.12.2022 kl. 18.30, julfest på restaurang Svenska Klubben i Vasa. Traditionellt julfestprogram och julbuffé. Bindande anmäl senast 23.11 till sfvasa@netikka.fi eller tel: 050 3504411. Mera info om kostnader för kvällen kommer senare. Välkommen med i höstens verksamhet!

Följ oss på:

E-post: sfvasa@netikka.fi

Instagram: [sjukskoterskeforeningenvasa](https://www.instagram.com/sjukskoterskeforeningenvasa)

www.sffi.fi

SF i Västra Nyland

20.11.2022 kl.17.00, biokväll på bio Forum i Ekenäs med mingel och lite saltigt före vi ser filmen Westside story. Anmälan till anna.lindbom@lindbom.fi före 13.11. Pris 5 €. Närmare info kommer till hemsidan och per e-post

2.12.2022 kl.18.00, julbord på Åminne gård. Busstransport ordnas tur-retur Hangö - Ekenäs - Karis - Åminne. Anmälan till monicax_63@hotmail.com före 24.11. Närmare info kommer till hemsidan www.sffi.fi och per e-post.

SF i Åboland

18.11.2022, firar föreningen 30 år. Jubileet firas med en jubileumsfest på restaurang Grädda, Biskopsgatan 15, Åbo. 3 rätters middagen som inleds kl. 18.00. Underhållning av Lion Eyes och festtal. Anmälan senast den 31.10 till sfiabo-land@gmail.com

Självkostnadspris 10 € betalas till föreningens konto FI67 6601 0010 211 787. Välkommen med! Följ oss på:

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

SF på Åland

22.10.2022 kl. 18.30, jubileumsfest på Nautical. Trerätters galamiddagen med dryck. Pris: 50 €. Försäljning av biljetter utannonseras på e-post och FB. Sista anmälningdagen är 2.10.2022. Det blir inget julevenemang denna höst iom teatern och jubileumsmiddagen. Ta hand om varandra och ha en skön höst! Styrelsen. Följ oss på:

E-post: sffi.aland@gmail.com

Facebook: Sjuksköterskeföreningen på Åland

SF i Östra Nyland

3.12.2022, teaterresa till Svenska teaterns pjäs "Evigt ung". Närmare info senare.

Styrelsen önskar alla en trevlig fortsättning på hösten!

Följ oss på:

E-post: SFFostranyland@gmail.com

www.sffi.fi

MEDLEM

Kom ihåg att uppdatera dina kontaktuppgifter, speciellt e-post adresser på: www.sffi.fi eller via info@sffi.fi

Styrelsenytt

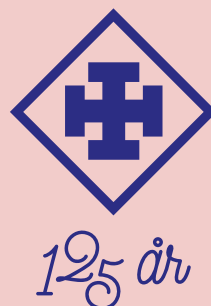
- 21.5.2022 hade SFF 3 388 medlemmar.
- Styrelsen har valt Savio tryckeri för tryck av historiken.
- Ann-Helén Sandvik har valts till SFF's representant i SHKS (Stiftelsen för sjuksköterskeutbildning).
- Stiftelsen Emilie och Rudolf Gesellius har beviljat föreningen 48 000 € för verksamheten.
- William Thuring's stiftelse har beviljat ett understöd på 3 000 € för historikens textbearbetning, språkgranskning och tryck.
- Konstsamfundet har beviljat ett understöd på 3 000 € för produktion av "Sjukskötarprat" inför kommande 125-årsjubileum.
- Studiedagen 2023 arrangeras i samband med 125-årsjubileumsfesten 28.10.2023 i Helsingfors.
- Vård i fokus kan även läsas på www.sffi.fi

Viktiga datum 2022

- **28.10.2022** styrelsemöte/planeringsdagar
- **29.10.2022** teater "Själarnas ö" & middag
- **31.10.2022** deadline för utlysta stipendium.
- **23.11.2022** deadline Vård i fokus 4/2022
- **10.12.2022** styrelsemöte

Sjuksköterskeföreningen i Finland 125 år

År 2023 har det gått 125 år sedan Sjuksköterskeföreningen i Finland grundades. Året kommer att uppmärksammas på olika sätt i både regionerna och i huvudföreningen.



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
annlmaj.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 Hollmén, Borgå

Ansökan om medlemskap i Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

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

Tillnamn: _____

Förnamn: _____

Födelseid (inte personnummer): _____

Näradress: _____

Postnummer och -anstalt: _____

Mobiltelefon: _____ E-post: _____

Sjukskötare år _____

Hälsovårdare år _____

Barnmorska år _____

Hälsovårdsmagister år _____

Akutvårdare år _____

Annan examen, vilken: _____ år _____

Jag vill höra till regionalföreningen i: _____

Ort och datum _____ den / 20

Underskrift _____

Ändringsanmälan

NAMNÄNDRING

ADRESSÄNDRING

UTTRÄDE

Tillnamn: _____ Tidigare tillnamn: _____

Förnamn: _____

Födelseid (inte personnummer): _____

Näradress: _____

Postnummer och -anstalt: _____

Mobiltelefon: _____ E-post: _____

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

Tel: 045 153 7075, e-mail: info@sffi.fi

Massbrev



* . B132 *

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

Adressaten
betalar
portot

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf
Kod 5009299
00003 SVARSFÖRSÄNDELSE