

SJUKSKÖTERSKE DAGARNA

SVENSK SJUKSKÖTERSKE FÖRENING
1910

LUST & KUNSKAP

20–21 november, City Conference Centre, **Abstraktsamling**

God omvårdnad för alla – sjuksköterskans etiska utmaning



Maternal and Child Health in Agenda2030: The Role of Nurse Leaders

Sheila Tlou, RN, PhD, FAAN

Co-Chair, Nursing Now Global Campaign, Co-Chair, Global HIV Prevention Coalition, Former UNAIDS Regional Director, Former Minister of Health, Botswana.

Background: This Presentation's main goal is to share my personal perspectives and experiences as a global nurse leader in advocacy and implementing nurse-led models of care within the primary health care approach.

The focus will be on ethical caregiving for women, girls and children within the Sustainable Development Goals of gender equality, ending poverty, ending hunger, reducing global maternal mortality ratio to less than 70/100,000, ending preventable deaths of newborns and children under 5, and reducing neonatal mortality to 12 per 1,000, and under-5 mortality to 25 per 1,000 live births. The presentation will highlight areas for nursing research that would lead to gendered policy reform, health system reform, and partnerships for Universal Health Coverage. Ending AIDS is used as an example of a Nurse-led Model of prevention, treatment, care and support in non-discriminatory, non-stigmatized environments.

The second focus is on the Nursing Now Global Campaign, emphasizing that the world will not be able to 'end maternal and child mortality' unless nurses are educated, ethically recruited, remunerated, supported and engaged in decision making as the leaders in Primary health care and Universal health Coverage.

The Expected Outcome is that members of the Swedish Society of Nursing, especially young nurses, will be inspired to excel as nurse leaders and researchers in their own 'niche' in Primary Health Care practice for women, girls and children, and seek possible answers to questions on the health-related SDGs, such as: appropriate education and deployment of nurses and midwives, and partnerships to ensure no one is left behind, especially young people and key populations.

All the lessons learned should inspire nursing leadership in ethical implementation, monitoring and evaluation of the health-related Sustainable Development Goals.

Personliga erfarenheter av bemötande och min delaktighet i min vård

Mathias Knutsson

Mathias.knutsson@teleproffs.se

Sammanfattning saknas.

Omvårdnadsutveckling i det akademiska hälso- och sjukvårdssystemet – att utvecklas och ta ansvar

Yvonne Wengström

Yvonne.wengstrom@ki.se

Sammanfattning saknas.

Värdegrund och reflektion för god omvårdnad

Cecilia Lundmark RN MSc, Etisk vägledare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
cecilia.lundmark@vgregion.se

Värdegrunden för omvårdnad är idag viktigare än någonsin, den finns där för att kunna vara en del av vår etiska kompass, den blir ett verktyg att vila i och lita till när utmaningarna blir fler och fler för oss sjuksköterskor. I mötet med allt fler svårt sjuka patienter, med färre händer och med mer teknik och när det som tidigare var prioriteringar nu kan tyckas vara ransoneringar, då behöver vi som sjuksköterska kunna ställning till de handlingar vi utför.

Hur ska vi förhålla oss till vår egen inre etiska kompass och kunna känna att det vi gör har ett värde för den enskilda patienten? Att kunna se att det jag gör är gott nog och att jag tar ett professionellt ansvar. Att ha modet att stå stilla i mötet och inte hela tiden behöva rusa vidare. Att tänka att ”nu har jag fem minuter och de kan vi använda på bästa sätt”.

När vi ges möjlighet att reflektera med utgångspunkt från värdegrunden, så kan vi uppleva mer trygghet i vårt handlande, i våra prioriteringar, tillsammans. Rent konkret handlar det om att komma fram till vad som gäller på varje enhet när det handlar om sådant som respekt och integritet. Vad innebär jämlik vård i själva mötet med patienten? Innebär det att alla ska behandlas på exakt samma sätt? För värdeorden i ett vårdsammanhang är flera: Mod. Hopp. Tillit. Självständighet. Och vi kan ha olika uppfattningar om vad orden betyder. Men en måste vara överens om vad orden innebär konkret, annars saknar de betydelse. Sedan måste en prata om vad dessa ord betyder för patienten och närstående, värdegrunden kan skapa möjlighet för det kollegiala samtalet. Att reflektera utifrån sin värdegrund kan motverka etisk stress och bli ett sätt att hitta hem när jag tappar riktningen.

Utbrändhet en form av stressymtom, men vad är det och hur utvecklas det för sjuksköterskor?

Ann Rudman, RN, PhD, Researcher, Chair and Head of the Programme for doctoral education in health care science,
Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet
ann.rudman@ki.se

Presentation av studier om tidiga symtom på stress och utbrändhet hos sjuksköterskor och vad de kan få för konsekvenser för kompetensutveckling och trivsel på arbetet.

Compassion fatigue hos sjuksköterskor inom akutsjukvård - Varför orkar vi inte bry oss?

Linda Fantenberg, Specialistsjuksköterska, Akutkliniken DS. linda.fantenberg@sll.se
Annikki Bring Beckman, Specialistsjuksköterska, VO Funktion Akut KS Solna. annikki.bring-beckman@sll.se

Inom akutsjukvården idag råder ett högt tempo och en tung arbetsbelastning. Att som sjuksköterska arbeta inom denna verksamhet ställer krav på både kompetens, ork och empati. Att möta svårt sjuka eller skadade patienter och anhöriga i kris kräver ett känslomässigt engagemang. Flera faktorer påverkar dock individens förmåga att upprätthålla detta engagemang. När orken och empatin brister kan detta leda till den form av empatitrötthet som kallas compassion fatigue.

Syftet var att beskriva de faktorer och omständigheter som orsakar compassion fatigue hos sjuksköterskor inom akutsjukvård.

Metoden som valdes var en litteraturoversikt innehållande 17 vetenskapliga artiklar. Artikelsökningen gjordes i PubMed, CINAHL och PsycINFO och sökorden valdes utifrån att kunna besvara syftet.

Resultatet visade att flera faktorer och omständigheter bidrar till utvecklandet av compassion fatigue hos akutsjuksköterskor. Fyra huvudkategorier framträdde; psykosociala faktorer så som att i sin yrkesroll ställas inför etiska dilemman och psykiskt krävande arbetsuppgifter, traumatisering genom att ofta möta lidande och död, arbetsplatsrelaterade faktorer orsakade av hög arbetsbelastning, brist på stöd från chefer och ledare och en utebliven teamkänsla samt demografiska faktorer så som ung ålder och kort arbetslivserfarenhet.

Slutsatsen är att ett flertal faktorer och omständigheter påverkar den bristande ork och förlust av empati som sjuksköterskor inom akutsjukvård kan uppleva på sin arbetsplats. Problemet behöver uppmärksammas, både av anställda och av arbetsgivare inom akutsjukvården, för att kunna erbjuda det stöd som behövs.

Sjuksköterskor behövs för en jämlik vård och hälsa

**Anna Forsberg, leg sjuksköterska, professor i vårdvetenskap med inriktning mot organtransplantation
Lunds Universitet och Skånes Universitetssjukhus
Anna.forsberg@med.lu.se**

Fokus för omvårdnad är **hälsa** hos **människor**, två av de mest komplexa vetenskapliga intressena som finns. Hälsorelaterade problem är komplexa eftersom de involverar mänskliga upplevelser.

Omvårdnadens mål är att identifiera människors upplevelser eller reaktioner för att kunna främja hälsa och lindra lidande. Omvårdnad utgår från behov och problem relaterade till hälsa och ohälsa och till det dagliga livet, men också människors resurser och förmåga att hantera problem. Centralt i omvårdnad är en nära relation mellan sjuksköterska, patient och närstående. All omvårdnad utövas inom ramen för en vårdrelation. Relationen präglas av empati, förståelse, och respekt samt bygger på kontinuitet, trygghet, tillit och bevarande av integritet.

Den hälsofrämjande vården är nära länkad till personcentrerad vård. En utmaning är att som sjuksköterska positionera sig i relation till folkhälsoperspektivet och ansatsen man har där med grupp och samhälle kontra den personcentrerade vården. Vi behöver ta relationsaspekten på allvar i vårdandet och koppla detta till professionsetiken. Myndigheten Vårdanalys hävdar av att vi i vården skapar en ojämlik vård själva utifrån vår hållning. Jämlik vård startar i mötet mellan patient och sjuksköterska och därför behöver vi problematisera makten i vårdrelation genom villkoren för professionell trovärdighet. Likaså bör vi identifiera länken mellan hälsans bestämningsfaktorer, den personcentrerade vården och vår professionsetik. Detta fördrag gör ett försök att diskutera dessa frågor i relation till sjuksköterskans roll och ansvar för en jämlik vård.

Bryt tystnaden om sex vid långvariga sjukdomar

**Suzann Larsdotter, sakkunnig i sexualupplysning och auktoriserad sexolog på RFSU
Suzann.larsdotter@rfsu.se**

Sexualiteten är en viktig och väsentlig del av många människors liv. Den utgör ett grundbehov i att vara människa. Sexualiteten påverkar vårt välbefinnande, självkänsla och självförtroende.

Vid sjukdom, funktionsnedsättningar och olika skador kan den sexuella hälsan förändras. Specifikt viktigt att uppmärksamma blir detta vid långvariga sjukdomar där sexualiteten ofta påverkas. En ökad stress och oro leder inte sällan till bristande lust. Olika behandlingar, läkemedel och smärttillstånd kan också påverka sexualiteten och ge utmaningar i att bibehålla både lust och njutning.

En sexuell ohälsa kan påverka livsglädje, relationer och leda till stress. Men den sexuella hälsan och identiteten prioriteras ofta bort inom sjukvården. Yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård bör därför få en kompetens och träning i att ta upp frågor om sexuell hälsa med sina patienter. För att möjliggöra en god sexuell hälsa behöver inte bara hinder och svårigheter undanröjas, utan det är lika

viktigt att skapa möjligheter att ha njutbara sexuella praktiker utifrån de förutsättningar som finns.

Många kan behöva stöd i att anpassa sig till en ny situation. Ibland finns behov av att prata om hur det går att hitta nya vägar att uttrycka sin sexualitet med sig själv eller i relationer.

En etisk kompass för sjuksköterskor i sociala medier

Lilas Ali^{1,2} Leg. Sjuksköterska, Forskare/Universitetslektor.

1) Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa,

Centrum för personcentrerad vård (GPCC),

Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs Universitet.

2) Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg.

Lilas.Ali@gu.se

De senaste åren har det varit en fortsatt stark trend till att använda sociala medier på en vardaglig basis. Undersökningar visar att en hög andel användare av sociala medier dagligen loggar in på exempelvis Facebook, Instagram eller Twitter. Enligt Svensk sjuksköterskeförenings strategi för eHälsa behövdes riktlinjer inom hälso- och sjukvård som reglerar sjuksköterskors och annan vårdpersonals användning av digital teknik samt sociala medier där den professionella rollen tydligt skiljs från den privata. Den etiska aspekten omfattar även ett personligt ansvar att i sitt privata liv hantera sin närvaro och kommunikation genom sociala medier på ett sådant sätt att inte det professionella ansvaret och relationen till patienterna äventyras. Gränsen mellan arbetsliv och privatliv behöver medvetandegöras så att sjuksköterskor handlar etiskt gott utifrån etisk reflektion och medvetenhet.

Sjuksköterskors användning av sociala medier behöver baseras på kunskap och ett kritiskt förhållningssätt, både professionellt och som privatperson

Omvårdnad och välfärdsteknologi – hantera etiska utmaningar

Stefan Sävenstedt, Professor

Luleå tekniska universitet

Stefan.savenstedt@ltu.se

Välfärdsteknologi är ofta förknippat med utvecklings- och förändringsarbete samt etiska utmaningar. Det finns de som hävdar att utvecklingen av internet är den teknikutveckling som i människans historia påverkat flest människor på kortast tid. I dag är IT en integrerad del av de flesta människors liv och har exempelvis sedan många år bidragit till att rationalisera industrin och bankväsendet men det har tagit betydligt längre tid att påverka hälso- och sjukvården. Bedömningen är att den utvecklingen till stor del ligger framför oss. Det innebär att de sjuksköterskor som utbildas i dag sannolikt kommer att få vara med om stora förändringar. Förändringar som kan bidra till att förbättra kvalitén i vårdarbetet och det stöd som människor med hälsoproblem får. Det kan handla om att underlätta förbyggande hälsoarbete, öka tillgänglighet till behandling och stöd, samt öka möjligheter för personer med olika hälsoproblem att vara delaktiga i sin egen vård. Det handlar också om att utveckla arbetsmetoder där målet är att bli mer kostnadseffektiv samtidigt som vårdens kvalitet bibehålls eller blir bättre.

Nya arbetsmetoder påverkar både personen som får vård, personalen som ger vård och organisationen. Ofta skapas en etisk osäkerhet när nya sätt att arbeta införs eftersom det finns begränsat med erfarenhet av konsekvenserna, inte minst för utsatta grupper av vårdtagare. För att förstå och kunna ha ett kritiskt förhållningssätt till konsekvenserna av nya arbetsmetoder behöver både fördelar, nackdelar

och risker diskuteras och värderas. Sjuksköterskor måste aktivt ta del av och påverka den utveckling som sker vilket kräver kunskap och modeller för att hantera komplexa frågor.

I föredraget kommer jag att lyfta viktiga frågor kring användande av välfärdsteknologi i stödet av den stora gruppen äldre vårdtagare och ge förslag till innehållet i en modell för att hantera etisk osäkerhet vid användandet av välfärdsteknologi i vård av äldre.

Empati och medlidande i vårdmötet

**Maria Arman, leg sjuksköterska, leg barnmorska, docent i vårdvetenskap,
Karolinska Institutet
maria.arman@ki.se**

Medlidande (på engelska compassion) uppstår spontant i människan som möter lidande men är i hälso- och sjukvården både outtalat och uttalat ett motsägelsefullt och laddat område. Medlidande utgör referensram och motiv för vård men kan samtidigt uppenbarligen skapa stress och avståndstagande hos professionella.

Medlidande i vården är dock ingen lyx – det är en nödvändighet för god och värdig vård för patienten. Människans *lidande* och att se och ta in den lidande människans unika upplevelser utgör grunden för en vårdande hållning. Det åstadkoms med hjälp av *empatisk* förmåga som innebär öppenhet och intresserat engagemang för den andra. Som en följd av empatin låter sig vårdaren beröras och *medlidandet* visar då vägen till vårdande handlingar, till aktivitet och vilja att lindra och hjälpa.

Budskapet i min presentation är att diskutera medlidande och vad det betyder för mötet mellan patient och vårdare i hälso- och sjukvård. Vårdare möter så mycket lidande hos sina patienter och deras närstående och det upplevda lidandet väcker med nödvändighet medlidande i dem, i kroppen, i känslolivet, i tankar. Samtidigt ska det inte behöva bryta ned dem utan ge beredskap till omsorg och handling.

Medlidande är naturligt i möte med andra människors lidande och bör alltså ses som en resurs i patientvården. Att vårda med medlidande och med siktet på att se och lindra lidande är det som gör yrkena i hälso- och sjukvården meningsfulla och innehållsrika och ger liv åt den professionella utvecklingen.

Att visa empati och medlidande samt att handla utifrån medlidande är samtidigt kvalitéter som behöver läras och kan övas upp. En medveten och uppövd förmåga till medlidande kan befria vårdare från stress och hotande alienation. Det finns forskning och program för utveckling av medlidande.

All vårdande verksamhet syftar till att göra det bättre för patienter och närstående och när det uppfylls ökar tillfredsställelsen men också värdigheten för både vårdare och patient.

Referenser:

Arman, M., Ekebergh, M., & Dahlberg, K. (Eds.). (2015). *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber.

Arman, M. (2017). Lidande. In L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Eds.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (pp. 213-223). Lund: Studentlitteratur.

Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878. doi:10.1016/j.cub.2014.06.054

Wiklund Gustin, L. (2017). Medlidande och 'compassion'. In L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Eds.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (pp. 353-364). Lund: Studentlitteratur.

Anhörigas möte med vården: Betydelsefullt bemötande från vårdpersonal!

Mats Ewertzon, Lektor/fil.dr.

**Ersta Sköndal Bräcke högskola, Institutionen för vårdvetenskap
mats.ewertzon@esh.se**

Situationen för anhöriga till personer med långvarig sjukdom och/eller funktionsnedsättning har till följd av organisatoriska förändringar lett till ökad informell omsorg (Socialstyrelsen, 2012). Närmare var femte person i vuxen ålder i Sverige ger på ett eller annat sätt omsorg till en nära person som är äldre, långvarigt sjuk eller med funktionsnedsättning(a.a.).

Att få möjlighet till delaktighet i professionell vård har visat sig vara betydelsefullt för att stödja en nära person som är sjuk men också för att hantera sitt eget liv (Henriksson & Andershed, 2007; van Dam et al., 2005; Marquis et al., 2004; Piippo & Aaltonen, 2008). Återkommande aspekter som anhöriga uttryckt i kvalitativa studier är dock brist på betydelsefull information, brist på delaktighet i vårdplanering (Doornbos, 2002) eller att personalen inte tagit del av deras erfarenheter (Tryssenaar & Tremblay, 2002). Anhörigas behov av information, stöd och samverkan med vårdpersonal framkommer i studier inom flera vårdområden; exempelvis äldrevård (Laitinen & Isola, 1996) psykiatrisk vård (Gigantesco, et al. 2002), palliativ vård (Andershed, 2006; Henriksson, 2012) och diabetesvård (van Dam et al., 2005).

Kvalitativa studier indikerar ett samband mellan hur anhöriga upplever bemötandet från vårdpersonal och deras känsla av utanförskap till professionellvård (Nicoll & Pernice, 2009; Wilkinson & McAndrew, 2009; Barnable et al., 2006). För att vidare undersöka detta har ett mätinstrument utvecklats som riktats till anhöriga inom psykiatrisk vård, *Family Involvement and Alienation Questionnaire* (FIAQ) (Ewertzon et al., 2008). FIAQ har vidareutvecklats och anpassats även till andra vårdområden; äldrevård, palliativ och diabetesvård, FIAQ-R (Ewertzon et al. 2018). Instrumentet avser att söka svar på frågor om anhörigas upplevelse av vårdpersonalens bemötande, eventuell känsla av utanförskap till professionell vård, samband mellan hur bemötandet upplevs och känsla av utanförskap, hur betydelsefullt bemötandet är och överensstämmelse mellan hur betydelsefullt bemötande är och hur det faktiskt upplevs.

Kommande föredrag omfattar presentation av bakgrunden till och framväxten av instrumentet FIAQ (Ewertzon et al., 2008; Ewertzon et al., 2018) samt en övergripande presentation av resultat från studier där instrumentet använts; inom psykiatrisk vård i Sverige (Ewertzon et al., 2010, 2011), inom psykiatrisk vård i Norge (Weimand, 2017) samt preliminära resultat från en pågående studie där jämförelser gjorts mellan olika vårdområden; psykiatrisk vård, äldrevård, palliativvård och diabetesvård.

Föredraget baseras företrädesvis på följande studier:

- Ewertzon, M., Lützn, K., Svensson, E. & Andershed, B. (2008). Developing the concept of family involvement and alienation questionnaire in the context of psychiatric care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17 (6), 439-449.
- Ewertzon, M., Lützn, K., Svensson, E. & Andershed, B. (2010). Family members' involvement in psychiatric care: experiences of the health-care professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (5), 422-432.
- Ewertzon, M., Andershed, B., Svensson, E. & Lützn, K. (2011). Family member's expectation of the psychiatric health-care professionals' approach towards them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18 (2), 146-157.
- Ewertzon, M., Alvariza, A., Winnberg, E., Leksell, J., Andershed, B., Goliath, I., Momeni, P., Kneck, A., Skott, M., & Årestedt, K. (2018). Adaptation and evaluation of the Family Involvement and Alienation Questionnaire for use in the care of older people, psychiatric care, palliative care and diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*. Doi:10.1111/jan.13579.
- Weimand, B., Israel, P., & Ewertzon, M. (2017). Families in assertive community treatment (ACT) teams in Norway: A cross-sectional study on relatives' experiences of involvement and alienation. *Community Mental Health Journal*.

Goda levnadsvanor inte för alla?

Lena Lundh, distriktssköterska, med.dr.
Akademiskt primärvårdscentrum Stockholm,
lena.k.lund@sll.se

Hälsan i Sverige utvecklas positivt men inte för alla. Det finns stora skillnader mellan personer med olika socioekonomisk ställning, vilket innefattar yrke, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Till exempel är medellivslängden för män med eftergymnasial utbildning 6 år längre än för män med grundskoleutbildning och skillnaden för kvinnor är 5 år. En av flera faktorer som kan påverka är att det är vanligare med ohälsosamma levnadsvanor i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar. Det är till exempel färre som röker dagligen med eftergymnasial utbildning (5 %) än de som endast har förgymnasial utbildning (12 %) år 2017. Ju högre socioekonomisk ställning desto hälsosammare matvanor, som till exempel benägenhet att äta grönsaker. Däremot när det gäller riskbruk av alkohol så finns ingen tydlig skillnad mellan utbildningsnivå. Forskning visar också att personer i socialt utsatta situationer har sämre möjlighet att ta till sig och använda hälsoinformation, sämre ekonomiska förutsättningar, bristande socialt stöd samt lägre motivation/tilltro till sin förmåga att påverka hälsan än andra grupper. Hälso- och sjukvården behöver därför anpassa det förebyggande arbetet för att nå alla.

Socialstyrelsens utvärderingar visar att i många landsting/regioner är det knappt en halv procent av alla patienter som använder tobak som får kvalificerat rådgivande samtal (rökavvänjning), vilket rekommenderas enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor (2018). Samtidigt säger primärvårdens personal sig inte ha tillräcklig kompetens i att ge rådgivande samtal och en många saknar ämneskunskap om alkohol och tobak. Nästan hälften tycker att det saknas rutiner och kompetensutveckling för det förebyggande arbetet vilket försvårar möjligheter att anpassa sina insatser efter olika grupper behov.

För att minska hälsoklyftorna i Sverige behöver skillnaderna i levnadsvanorna minskas. Vårdanalys konstaterar i sin rapport "Förebygga att överbygga" (2016) att det är endast en tredjedel av primärvårdens uppdragsbeskrivningar som lyfter jämlikhet och minskade hälsoklyftor som en del av det förebyggande arbetet.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2017
2. Vårdanalys. (2016) Förebygga för att överbygga
3. Socialstyrelsen. Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018
4. Svensk sjuksköterskeförenings strategi. Jämlik vård och hälsa 2017
5. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma

Kontaktsjuksköterskor i cancervård - kompetens i att samtala om hälsofrämjande levnadsvanor

Cecilia Olsson, universitetslektor i omvårdnad, Karlstads universitet, projektledare och tidigare ordf.
Sjuksköterskor i cancervård
cecilia.olsson@kau.se

För projektgruppen Bodil Westman, Regional samordnare kontaktsjuksköterskor RCC Stockholm Gotland, styrelseledamot Sjuksköterskor i cancervård samt Maria Larsson, professor i omvårdnad, Karlstads universitet, medlem Sjuksköterskor i cancervård.

Kontaktsjuksköterskor (KSSK) inom cancervård är en fast vårdkontakt som ska finnas för patienten genom hela vårdkedjan från diagnos, under behandling och efter avslutad behandling. KSSK har därför en specifik möjlighet att vara en stödjande funktion vid levnadsvaneförändringar genom att med

hälsofrämjande samtal ge råd som kontinuerligt följs upp. Men det förutsätter att KSSK har kompetens i levnadsvanornas betydelse för cancerbehandling och cancerrehabilitering. Kunskap om och hur KSSK genomför hälsofrämjande samtal med cancerpatienter är bristfällig. Det är därför angeläget att studera vilken kompetens sjuksköterskorna anser sig ha inom området.

I arbetet med att implementera Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (2011, 2017) har Sjuksköterskor i cancervård i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening genomfört ett projekt i tre steg under 2017.

1) Sammanställning av ett kunskapsunderlaget avseende anpassade råd kring levnadsvanor till personer under och efter behandling mot cancersjukdom. En interprofessionell workshop har genomförts där riktlinjerna granskades och anpassades för personer med cancer. Resultatet från workshopen ligger till grund för broschyren *Samtal om hälsofrämjande levnadsvanor vid cancer - Ett kunskapsunderlag för teamet*.

2) En enkätundersökning *Kompetens hos kontaktsjuksköterskor inom cancervård* har genomförts bland KSSK i två Regionala cancercentrum, Uppsala-Örebro samt Stockholm-Gotland. Preliminära beräkningar har gjorts på 84 av de 124 KSSK som svarade på enkäten. Deras ålder var mellan 27-64 år och fördelning på kön var kvinnor (n=79) och män (n=3). Enligt KSSK (n=50, 65 %) var fler än 50 % av patienterna under uppföljning efter cancerbehandling. KSSK gav råd om kost (74 %), fysisk aktivitet (77 %), rökavvänjning (49 %) och alkoholvanor (38 %). Som kan jämföras med KSSK uppfattningar om vilka råd patienterna sökte för (ofta eller ibland). Råd om kost (84 %), fysisk aktivitet (85 %), rökavvänjning (52 %) och alkoholvanor (34 %).

Sextiotre procent av KSSK önskar mer kunskap om cancerrehabilitering för att kunna tillgodose patienternas behov, men avseende områdena råd om kost (25 %), fysisk aktivitet (36 %), rökavvänjning (16 %) och alkoholvanor (16 %) svarade färre att de upplevde behov av mer kunskap. Vilket kan tolkas som att det är andra områden inom cancerrehabilitering som KSSK önskar ytterligare information om. Stor variation i KSSK svar identifierades angående viken typ, dos och intensitet av fysisk aktivitet och träning som Nationella vårdprogrammet i cancerrehabilitering rekommenderar.

3) Framtagande av plan för implementering av hälsofrämjande rådgivande samtal i utbildningen till KSSK och för KSSK-verksamhet. Under 2018 genomförs utbildningsdagar för kontaktsjuksköterskor tillsammans med Regionala cancercentrum (RCC). I det nationella nätverket av lärosäten som ger utbildningen Kontaktsjuksköterska i cancervård 7.5 hp, kommer hälsofrämjande rådgivande samtal som särskild del i utbildningen att diskuteras.

Hur gör vi när vårdpersonal diskrimineras av patienterna?

Eivor Blomqvist, Sektionschef

Patienträttigheter/Folkhälsa och Sjukvård, Region Jönköpings län

eivor.blomqvist@rjl.se

Inom hälso- och sjukvården sker dagligen ett stort antal mänskliga möten som för det mesta kan beskrivas som ömsesidigt goda. Det händer att vårdpersonal brister i sitt professionella bemötande, men det finns också exempel på att patienter och närstående är oförskämda, kränkande och hotfulla mot personal och studenter. Det förekommer också att patienter anser sig ha rätt att välja eller välja bort utförare av vård med hänvisning till bland annat etnicitet, hudfärg eller kön. Händelser av det slaget drabbar inte bara en enskild medarbetare i vården, utan påverkar ofta hela arbetslaget negativt. Etikrådet i Region Jönköpings län tog för två år sedan initiativ till riktlinjer som fick rubriken ”Hantering av krav på vård av viss behandlare inom hälso- och sjukvården”. Vi upptäckte tidigt i den processen att det fanns ett behov av att förtydliga hur gällande lagstiftning kring patienträttigheter ska tolkas och tillämpas. Vårdpersonalen ska inte behöva tveka om juridiken och hur de ska agera. Patientlagen ger rätt att välja vårdgivare, men däremot inte enskild behandlare. Det medicinska tillståndet avgör vilka medarbetare som ska behandla patienten. En patient får självklart ha önskemål, men den som vägrar att bli behandlad av en viss medarbetare anses tacka nej till erbjuden vård. Det är

allvarligt om medarbetare i samband med dialog om vårdens utförande utsätts för kränkningar och krav av diskriminerande karaktär. Riktlinjerna ger konkreta råd om hur man ska agera om det händer.

Att skapa riktlinjer var även ett sätt att visa att Region Jönköpings län tar ansvar för medarbetarnas arbetsmiljö. Vårdpersonal ska kunna känna sig trygga och säkra på sin arbetsplats. Av det skälet betonar riktlinjerna både det förebyggande/långsiktiga arbetsmiljöarbetet och det direkta stödet till den som blir drabbad.

Riktlinjerna har också hjälpt oss att enas om och kommunicera ett tydligt budskap till patienter och invånare. På 1177 Vårdguiden klargör Region Jönköpings län vilka regler som gäller i valet av behandlare och att man som patient kan förvänta sig att träffa medarbetare och studenter med exempelvis olika kön, etnisk tillhörighet, sexuell läggning och ålder. Vi talar också om att kravet på ömsesidig respekt. Liksom patienten har rätt att bli bemött på ett professionellt och värdigt sätt gäller det omvända, det vill säga att patienter och närstående visar vårdpersonalen respekt.

Diskriminering utifrån etnicitet - en studie om sjuksköterskors erfarenheter

Christine Algotsson Larsson och Nadia Vaziri, Leg. sjuksköterskor

**Akutmottagningen Sahlgrenska universitetssjukhuset och Hemsjukvårdsenheten Göteborg centrum
ch.larsson@hotmail.com/nadiavaziri@gmail.com**

När det blev dags att skriva C-uppsats fanns det oändligt med valmöjligheter. Vi hade sedan tidigare bestämt oss för att göra en intervjustudie då vi ville bidra med ny forskning. Att läsa artiklar och upprepa vad andra redan kommit fram till lockade oss inte. Vi båda hade jobbat i vården länge och sett att diskriminering av vårdpersonal med annan etnicitet var ett faktum. Med denna erfarenhet i ryggen och en önskan om förändring bestämde vi oss för att fördjupa oss i ämnet. Det visade sig sedan att vår egna upplevelse stämde väl överens med hur det ser ut på flera arbetsplatser idag.

Vår studie presenterar deltagarnas berättelser om upplevd diskriminering. Diskrimineringen har skett på olika nivåer och i olika sammanhang och det beskrivs hur patienter vägrat vård från deltagarna, enbart på grund av deras etnicitet. Vidare berättar sjuksköterskorna hur deras kompetens ifrågasatts och hur de upplevt ett utanförskap. De beskriver även att de med tiden blivit hårdare gällande diskriminering. Studien berör även deltagarnas hantering av upplevd diskriminering.

Under detta föredrag går vi igenom studien och diskuterar hur vi praktiskt kan tillämpa resultatet i olika verksamheter. Vi vill gärna ha en dialog med åhörarna så om du har något du vill dela med dig av inom detta ämne, eller bara vill ha tips för hur du ska kunna jobba mot diskriminering på din arbetsplats, så tycker vi att du ska dyka upp. Eller om du bara är allmänt intresserad och vill lyssna, så klart!

Hoppas vi ses!
/Christine & Nadia

Chefers etiska ansvar för att omvårdnad inte ska orsaka vårdskador

Maria Nygren, Områdeschef

VO thorax och kärl, Skånes Universitetssjukhus

maria.nygren@skane.se

Att främja en säker vård och undvika vårdskador handlar om att skydda den som är sårbar och utsatt på grund av sjukdom, ohälsa och lidande. En viktig etisk princip är att inte skada. Ändå skadas ungefär

100 000 personer varje år vilket motsvarar nio procent av alla patienter i sjukhusvård. Av dessa dör 3000 personer per år av sina vårdskador (Socialstyrelsen, 2008). I Sverige räknar vi med att varje vårdskada leder till genomsnitt sex dagars utökad vårdtid. Det motsvarar tio procent av landets samtliga vårddygn (Socialstyrelsen, 2008). Det finns en mängd anledningar till att patienter skadas inom vården, till exempel yrkesutövarnas individuella förutsättningar, organisatoriska brister såsom systemfel, samt säkerhetskulturen på arbetsplatsen. Som chef har man ett stort ansvar i att arbeta för och skapa förutsättningar för att förhindra i möjligaste mån att vårdskador uppstår.

I dag brottas många första linjens chefer med sjuksköterskebrist och som följd stängda vårdplatser. Avdelningar har ofta en hög specialisering och patientgrupper med omfattande vårdbehov och högt flöde. Personalomsättning och svårighet att nyrekrytera orsakar problem med att hålla vårdplatser öppna vilket pressat den kvarvarande personalen ytterligare. I denna miljö är det utmanande att skapa de nödvändiga vårdrelationerna för personcentrerad vård och använda de fastställda arbetsmetoderna. Ledarskapet har av nödvändighet präglats av fokus på rekrytering och schemapussel istället för på upprätthållande och utveckling av de tillgängliga strukturerna och arbetsmetoderna.

Hur organisera vården för att undvika skador?

Chefer måste ges stöd och kunskap i de sex kärnkompetenserna samt ge förutsättningar för sjuksköterskor att bedriva omvårdnad utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. För att undvika vårdskador bör vården organiseras utifrån personcentrerad vård, samverkan i team, säker vård, teamarbete, evidensbaserad vård samt förbättringskunskap. Sjuksköterskor utgör en profession och bygger sitt arbete på vetenskaplig kunskap och teorier om vårdande.

Föredraget kommer även att belysa exempel på hur chefer tillsammans med medarbetare inom Verksamhetsområde Thorax och kärl, Skånes Universitetssjukhus arbetar med att undvika vårdskador vid omvårdnad genom bland annat patientsäkerhetsråd, riktlinjeträffar, Gröna Korset samt projekt Framtidens Thoraxavdelning. Inom projektet arbetas det framgångsrikt med Personcentrerad vård, ronder, Head To Toe assessment, omvårdnadsronder, omvårdnadsansvar samt kompetensförstärkning.

Allvarliga vårdskador vid omvårdnad på särskilda boenden

Åsa Andersson, leg sjuksköterska, med. lic, strategisk rådgivare,

Svensk sjuksköterskeförening, asa.andersson@swenurse.se

Catharina Frank, leg sjuksköterska, fil. dr

Ania Willman, leg sjuksköterska, professor

Per-Olov Sandman, leg sjuksköterska, professor

Görel Hansebo, docent

Personer som bor i särskilda boenden tillhör gruppen mest sjuka äldre med omfattande behov av vård och omsorg. De är i hög ålder med multipla sjukdomstillstånd, har ofta nedsatt kognitiv förmåga och är vanligen ordinerade många läkemedel. De har ett stort behov av omvårdnad och är i hög grad beroende av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Studier har visat att dessa äldre personer har hög risk att drabbas av en vårdskada. En säker omvårdnad förutsätter korrekta åtgärder samt ett värdigt bemötande som kännetecknas av att sjuksköterskor och annan omvårdnadspersonal respekterar integritet och värdighet samt visar omtanke om den unika personen.

I en vetenskaplig studie identifierades de mest förekommande allvarliga vårdskadorna i särskilda boenden samt vilka faktorer som bidragit till dessa vårdskador och därigenom bidra till en säkrare omvårdnad i särskilda boenden.

Data i studien utgjordes av samtliga Lex Maria-anmälningar (n=173) till IVO avseende allvarliga vårdskador vid särskilda boenden under år 2013 samt IVO:s utredning av anmälningarna.

Av den totala gruppen allvarliga vårdskador utgjordes 88 procent av läkemedelsfel, fallskador, försenade eller felaktiga åtgärder och utebliven omvårdnad. Den femte vanligaste vårdskadan var självmord eller självmordsförsök.

Analysen av de 173 allvarliga vårdskadorna visade att det sammanlagt fanns 693 bidragande faktorer till allvarliga vårdskador. Fler än en bidragande faktor till en allvarlig vårdskada identifierades i 102 Lex Maria-anmälningar. De bidragande faktorerna grupperades i totalt 18 kategorier av vilka de mest frekventa bidragande faktorerna var *bristande kompetens, bristande eller avsaknad av dokumentation, ej fungerade teamwork, otillräcklig kommunikation* samt att *rutiner inte efterlevts*.

För att förebygga allvarliga vårdskador finns det skäl att höja kompetensen vid särskilda boenden då majoriteten av de boende har omfattande omvårdnads- och medicinska behov. En ökad kunskap om vilka de vanligast bidragande faktorerna till allvarliga vårdskador är vid särskilda boenden kan underlätta arbetet för säker omvårdnad.

Tillgång till vård för utsatta migranter (papperslösa)

Sandra Dolietis, leg. Sjuksköterska
Röda Korsets vårdförmedling
sandra.dolietis@redcross.se

Röda Korset bedriver en vårdförmedling för hjälp och stöd till dem som inte kan eller vågar vända sig till det ordinarie sjukvårdssystemet. Dagligen kommer det papperslösa personer och andra migranter som helt eller delvis faller utanför det offentliga skyddsnätet. Många har svårt att få tillgång till den vård de behöver. Dagens seminarium kommer att handla om vilka hinder papperslösa personer möter i sjukvården och vilka konsekvenser det leder till. Seminariet kommer även ta upp vem som är papperslös och hur lagstiftningen ser ut. Erfarenheter från bl.a. Röda Korsets vårdförmedling visar att många hinder till stor del beror på okunskap hos vårdpersonalen om lagstiftningen. Enligt lagstiftningen har vuxna papperslösa och asylsökande tillgång till vård som inte kan anstå vilket är ett svårtolkat begrepp. Vidare kommer vårdpersonalens ansvar för vem som får vård när lagstiftning och riktlinjer är otydliga beröras.

Hälsosamtal för nyanlända personer

Laila Guara
Lila.zohalguara@capio.se

Sammanfattning saknas.

Klimat, hälsa och hållbar sjukvård

Sofia Lindegren Hammarstrand,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sveriges läkarförbund
Sofia.hammarstrand@outlook.com

Klimatförändringar bedöms vara det största största hotet mot vår hälsa, så borde inte då sjukvårdspersonal engagera sig mer i frågan? Hur kan sjukvården bidra positivt i hållbarhetsarbetet och hur förbereder vi oss på kommande hälsoeffekter att klimatförändringar? Välkommen på ett spännande föredrag kring klimat, hälsa och vår framtid. Sofia Hammarstrand är ST-läkare och forskare

vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och även ordförande i Sjukhusläkarnas Klimatgrupp. Hon sågs nyligen i SVTs Gokväll där hon pratade om hur barn påverkas av ett varmare klimat.

Hållbar omvårdnad

Anna Anåker, doktorand

Högskolan Dalarna och Karolinska Institutet

aaa@du.se

En av de största framtida utmaningarna för hälso- och sjukvården är förändringarna i klimatet. En utmaning som främst berör områden som; tillgång till rent vatten för alla människor, ökning av extremväder och vektorburna sjukdomar, samt migration.

För att svara på klimatförändringarnas effekter på hälsan, måste hälso- och sjukvården arbeta utifrån två vägar. Den första är genom mildrande åtgärder som syftar till att reducera själva omfattningen av klimatförändringarna. Här ingår till exempel minskade utsläpp av växthusgaser. Den andra vägen är anpassning, vilket innebär insatser och olika åtgärder för att begränsa sjukvårdens sårbarhet gentemot en klimatförändring och dess påverkan.

Vid utformningen av den framtida hälso- och sjukvården är kunskap, beredskap och inställning till klimat- och miljöfrågor avgörande. För sjuksköterskor berör det främst arbetet i samband med implementering av nya riktlinjer, verksamhetssystem och arbetssätt. Fem färdigheter och perspektiv som är av betydelse för att nå målen om en hållbar utveckling inom hälso- och sjukvården och därmed centrala för att bedriva en hållbar omvårdnad är; förståelse av basfakta, bättre transport- och kommunikationssätt, mathållning, bättre resurs- och materialhantering och utveckling av bättre omvårdnadsmodeller grundat på idén om människans beroende och påverkan på miljön.

Att bygga en hållbar omvårdnad handlar ytterst om att skapa en förståelse och kunskapsbas inom sjuksköterskeyrket kring frågor om hållbarhet både på lokal, nationell och på global nivå. En hållbar omvårdnad har sin utgångspunkt både i en medvetenhet om att inte påverka ekosystemen genom utsläpp av läkemedel i naturen, genom ett medvetet arbete med att minska matsvinnet och en medveten hantering av engångsartiklar. Sjuksköterskeyrket är en del av en global värld där varje handling på vårdenheten påverkar nationellt i Sverige och globalt.

Hållbarhet syftar till att integrera människa, miljö, omvårdnadshandling och hälsa. Syftet med hållbarhet blir att bidra till en hållbar utveckling, som sitt yttersta mål har att upprätthålla en miljö, som inte skadar dagens och kommande generationers möjlighet till god hälsa. Sjuksköterskor behöver inte vara experter på klimat- och miljöförändringar och dess konsekvenser för att upprätthålla hälsa, men medvetna om de problem som följer av de förändringarna som kommer i dess spår.

Etiska brytpunkter under donationsprocessen utifrån sjuksköterskeperspektiv

Anne Flodén, filosofie doktor, leg. Sjuksköterska

Klinisk forskare, traumakoordinator, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Adjungerad universitetslektor, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet

anne.floden@vgregion.se

Organtransplantation är sedan länge en etablerad behandlingsmetod, som erbjuder svårt sjuka människor möjlighet att överleva. Bristen på organ för transplantationsändamål är ett globalt problem, och så även i Sverige där närmare 1000 personer väntar på transplantation. Vård i livets slutskede inom intensivvården innefattar även vård av personer som avlider i total hjärninfarkt och som genom sin död blir möjliga organdonatorer. Detta innebär att vård bedrivs efter livets slut, i syfte att

möjliggöra organdonation. Denna vård bedrivs dels utifrån autonomin hos den avlidne, att få respekt för sin vilja att donera, och dels utifrån möjliga organmottagares chans till ett fortsatt liv med hög livskvalitet. I en situation då organdonation blir möjlig inom intensivvården, förväntas de patientnära professionerna, utifrån sin professionsetik, att agera för att möjliggöra donation. Professionsetiken ställer krav på handling och kan exempelvis synas i förhållningssättet *organ donor advocacy*. Begreppet innebär att stå upp för och försvara patienten/donatoren och respektera dennes rättigheter, inklusive viljan att donera eller ej, i den specifika situationen då organdonation blir möjlig. Min forskning strävar efter att identifiera faktorer som påverkar förhållningssättet att vilja agera utifrån begreppet *organ donor advocacy*. Tilltron till metoden att fastställa död är varierande både bland intensivvårdsläkare och intensivvårdssjuksköterskor. Frågeställningen är om tvivel på metoden att fastställa död påverkar hur den enskilde läkaren eller sjuksköterskan väljer att agera i dessa situationer, medvetet eller omedvetet. Att vårda en organdonator kräver ett extraordinärt och känslomässigt engagemang jämfört med vård av den ”vanliga” patienten. Att vara medveten om sin egen uppfattning rörande total hjärninfarkt och organdonation är av yttersta vikt på grund av att sjuksköterskan kommer att handla i enlighet med denna uppfattning. Uppfattningarna varierar rörande vad som ingår i det professionella ansvaret för sjuksköterskan vid vård av en person hade avlidit i total hjärninfarkt. Variationen spänner alltifrån att enbart vårda den levande patienten till att i dessa situationer förflytta fokus från den avlidne patienten till de möjliga organmottagarna. God kontakt med familjen är central. Frågan om organdonation uppfattas av vissa som en ytterligare påfrestning för anhöriga som tidigare fått informationen att deras närstående avlidit. Resultatet av detta förhållningssätt syns exempelvis i situationer då frågan om organdonation inte tagits upp då situationen ansetts vara så känslomässigt laddad att det skulle vara olämpligt. Samtidigt framförs det att frågan om donation alltid bör ställas eftersom det är viktigt att uppfylla den avlidnes vilja avseende donation. Även organisationens förhållningssätt till organdonationsverksamheten har betydelse för om identifiering av möjliga donatorer kommer att äga rum. Sjuksköterskorna beskriver upplevelser av besvikelse och utsatthet, som ett resultat av dessa organisatoriska brister av ledarskap, struktur och riktlinjer. En strukturerad och välfungerande organisation är en central faktor för sjuksköterskans möjlighet att uppfylla sitt professionella ansvar gentemot den avlidne, anhöriga, kollegor samt ev. mottagare av organ. Det övergripande målet med min forskning är att på vetenskaplig grund bidra till professionsutveckling för sjuksköterskor samt vara vägledande för akademisk utbildning, organisation och ledarskap, inklusive att utveckla teamarbetet vid vård av organdonator.

Presentationen kommer att genomföras tillsammans med Linda Gyllström Krekula (se separat abstract), som berör etiska brytpunkter utifrån anhörigperspektivet.

Etiska brytpunkter under donationsprocessen utifrån närståendeperspektiv

Linda Gyllström Krekula, Med. Dr. Socionom

Verksamhetschef Regionalt Donationscentrum, Stockholm Gotland

linda.gyllstrom-krekula@sll.se

För att donera organ krävs det att man dör till följd av en total hjärninfarkt medan man vårdas med respirator på en intensivvårdsavdelning. Intensivvård är således en förutsättning för organdonation. Under donationsprocessen ställs samtliga involverade, både personal och närstående inför ett flertal brytpunkter av både etisk och medicinsk karaktär.

Under denna föreläsning får ni ta del av närståendes tankar och upplevelser av att förlora någon som donerar organ. Frågor som kommer att belysas är:

- Ställningstaganden på akuten om att initiera eller inte initiera intensivvård – är det etiskt försvarbart att påbörja intensivvård för att möjliggöra donation?

- Livsuppehållande intensivvårdsbehandling – känner de närstående förtroende för den vård som bedrivs eller finns det en misstro för att man inte får optimal vård om möjligheten till donation finns?
- Att få frågan om organdonation – är det för mycket begärt att be närstående resonera om donation, då de precis ställts inför faktum att de kommer att förlora någon som står dem nära?
- Döden – när upplever de närstående att deras nära och kära dog, och hur uppfattar närstående döden då den döde ser levande ut (som alltså vårdas med respirator, är varm och rosig)?
- Förlängd vård för att möjliggöra donation – hur upplever närstående den organbevarande behandlingen som är nödvändig inför en donation?
- Donationsoperationen – hur föreställer sig närstående operationen och vad behöver de veta om ingreppet?
- Ett sista farväl – närståendes upplevelser av avsked efter donationsoperationen.

Presentationen kommer att genomföras tillsammans med Anne Flodén, filosofie doktor och leg. sjuksköterska (se separat abstract), som bidrar med sjuksköterskeperspektivet, på ovan angivna frågeställningar.

Etiska brytpunkter under donationsprocessen - patientperspektiv

Peter Carstedt, Social entreprenör & Grundare av MOD- Mer organdonation
peter@merorgandonation.se

I Sverige har vi världens högsta donationsvilja samtidigt som vi ligger bland de sämre på att ge möjlighet till donation. Till följd av detta systemfel dör en person i veckan i väntan på organ.

MOD har försökt skildra detta systemfel och hur vårt donationssystem idag är sjukt. Vi behöver göra det friskt igen - både för att rädda liv och ge möjlighet att donera till dem som vill det. Tillsammans behöver vi åstadkomma de förändringar som krävs för att rätta till dagens systemfel:

Vi måste bli bättre på att respektera ett ja till donation, vilket inte görs idag.

Vi vill att organdonation är en naturlig del av vården, vilket det inte är idag.

Vi vill införa DCD för att kunna respektera fler personers vilja (DCD betyder donation after circulatory death och innebär att fler personer kan bli organdonatorer i Sverige).

Vi vill ha ett förnyat regelverk och tydlighet kring vilka medicinska insatser som får initieras och förlängas för att möjliggöra donation.

Vi vill eliminera de stora regionala skillnaderna som finns idag.

Vi vill förenkla levande donation och införa ett nationellt njurbytesprogram.

Vi vill att ingen ska behöva dö i väntan på ett organ i Sverige.

Organdonation är inte bara en möjlighet till ett fantastiskt liv, det är också ett ekonomiskt gynnsamt alternativ när det kommer till kroniskt sjuka patienter.

MOD är en partipolitiskt och religiöst obunden ideell förening som bildades 2012. H.K.H. Prins Daniel är sedan 2014 vår beskyddare och vi är idag den ledande aktören som driver frågan om organdonation i Sverige. MOD arbetar för att ingen ska behöva dö i väntan på ett organ i Sverige.

Var dör vi? Hur dör vi?

Joakim Öhlén, leg sjuksköterska, professor

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, och Centrum för person-centrerad vård vid Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, samt Palliativt centrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Livets allra sista tid kan bli utmanande. Hur vården utformas och i vilken utsträckning symtom lindras blir betydelsefullt. Platsen för vård och död kan då också ha betydelse. Både vården och platsen för vård lyfts fram i internationell policy och forskning. Platsen för död kan ses som indikator för ett lands (eller regions) förmåga att organisera och tillhandahålla vård i livets slut. Kunskap om var befolkningen dör kan utgöra viktigt underlag för utveckling av policy – för att planera och organisera vården så att alla som behöver får tillgång till relevant palliativ vård, oavsett vårdplats.

Resultat från svenska projekt huvudsakligen baserade på Socialstyrelsens dödsorsaksregister och Svenska palliativregistret kommer att presenteras, alltså om både platsen för död och vårdens utformning sista veckan i livet. Resultaten kommer att relateras till svensk policy om palliativ vård och tillgänglig data om befolkningens önskemål om vård i livets slut. Variationer vad gäller hur vi dör och var vi dör pekar på att diskussion om jämlik/ojämlik vård tydligare behöver inkludera livets slut.

Hur kan vi prata om döende och död, exempel från forskningsprogrammet DöBra. Inte bara prata utan göra!

Malin Henriksson, leg. sjuksköterska, doktorand och

Ida Goliath, leg. sjuksköterska, Med Dr.

**Avdelningen för innovativ vård, Institutionen för Lärande, informatik, management och etik
Karolinska Institutet**

malin.henriksson@ki.se och ida.goliath@ki.se

Döende, död och sorg är universella, minnesvärda och ofta svåra händelser i våra liv och många beskriver att de är otillräckligt förberedda inför mötet med livets slut. I forskningsprogrammet DöBra, fokuserar vi på frågor om livets slut ur ett folkhälsoperspektiv.

Vi kommer presentera olika initiativ i forskningsprogrammet som vi använder för att stimulera och underlätta samtal om döende, död och sorg.

Det övergripande målet med DöBra är att minska undvikbart lidande i samband med livets slut och genom aktionsforskning på olika sätt kombinera forskning med förändringsprocesser. Det finns en underutnyttjad potential i att utveckla bredare kompetens kring livets slut i samhället. Genom att använda olika perspektiv och kunskapsutbyte mellan forskare, ”allmänheten” inklusive personer med vård/omsorgsbehov, personal, organisationer och närsamhälle, arbetar vi för att utveckla och utbyta idéer, evidens och expertis.

Döden berör oss alla. Som vårdpersonal kanske vi möter döden oftare, men vi är alla mer än vår yrkesroll. Vi är förmodligen också del av en familj, ingår i olika nätverk av vänner, grannar och bekanta - vi är alla medmänniskor. Om vi kan prata om döende, död och sorg kanske vi både kan stödja och trösta varandra men också få en ökad beredskap inför frågor som rör livets slut.

Kärnkompetens personcentrerad vård

Lilas Ali1,2, Leg. Sjuksköterska, Forskare/Universitetslektor.

1) Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa,

Centrum för personcentrerad vård (GPCC),

Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet.

2) Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg.

Lilas.Ali@gu.se

Vården har traditionellt sett koncentrerat sig på att försöka ställa diagnos och åtgärda problem genom medicinering eller att med andra metoder lindra och bota. Patienten har generellt sett haft en passiv roll, och vårdpersonalen en aktiv.

Ett annat sätt att se på patienten och hans förhållande med vården finns dock och får växande intresse från både patienter, samhälle och sjukvård. Det kallas för personcentrerad vård, och innebär att man istället ser patienten just som en person. En person som är expert på sig själv, kan och vill ta ansvar och kan medverka i sin egen vård.

Den grundläggande skillnaden är då att man i personcentrerad vård ser patienten som en ansvarig, kompetent och aktiv medskapare i sin egen vård och som en resurs. Denna resurs är i dagens traditionella sjukvård en outnyttjad resurs

Patientens resurser kan bestå av vilja och motivation, men också livsförhållanden. Det handlar om att, med stöd och information, få ”vara med på banan”. Att få vara insatt i sin vård, planera vården och att vara med och kunna bidra med sina åsikter, känslor och tankar om dessa.

Att införa personcentrerad vård i psykiatrisk heldygnsvård, vad krävs?

**Beatrice”Bea” Carlsson, Psykiatrisjuksköterska och Vårdenhetschef,
Avdelning 242, Psykiatri Psykos, Mölndals sjukhus
beatrice.carlsson@vgregion.se**

Historia

Jag började min bana inom psykosvården direkt efter min examen. För mig var det självklart, jag kunde aldrig tänka mig en dag på en medicinavdelning där jag inte skulle hinna se hela människan. Jag blev både skrämmd, fascinerad och lättad den första tiden som sjuksköterska på en akut psykosavdelning. Jag såg mycket bra. Personal som våga gå emot strömmen och fatta sina egna beslut. Personal som lyssnade helhjärtat på det patienten sa och trodde också på det. Personal som inte vifta bort patientens egen kunskap och vilja, utan såg det som ett komplement med personalgruppens kunskaper. Den personalen har färgat mig och bland kaoset som det många gånger var stod jag fast vid att jag ska jobba inom psykiatri och jag vill vara med och förändra den.

Förändring

Jag har alltid haft en lust att vilja förändra och bryta mönster men man behöver allierande för att lyckats. Det har jag mer eller mindre haft hela tiden men det var först 3 år efter min första dag på psykosavdelningen det tog fart. Året var 2012 och jag blev sektionsledare på en annan psykosavdelning än den jag började på. Jag och min chef bestämde oss där och då. Vi ska anställa personer som vill se en ny psykiatri. Ett stort arbete pågick mer eller mindre varje dag i flera år. Projekt kom och gick. Vi implementera personcentrerad vård inom vår klinik och vi var med ett projekt om mänskliga rättigheter. Jag vek mig inte från min grundsyn, att vi är lika mycket värda som patienten och vi är beroende av varandra.

Resultat

För ett par år sen fick jag och en kollega andra pris i Vårdförbundspriset i vårt arbete att minska tvångsåtgärder. Vi skulle då träffa representanter från Vårdförbundet ihop bland annat ihop med vår dåvarande specialistläkare. Jag minns så väl när han fick frågan att beskriva vad är det ”Bea och Andreas (min kollega) gör, och vad gör avdelningen för uppnå dessa resultat. Han svara något jag bär med mig när jag ska beskriva resultatet ”det är abstrakta mjuka resultat”. Självklart har vi siffor på antal tvångsåtgärder, vårddagar och antal vårdplaner. Det är inte det jag vill lägga fokus på idag för statistik är alltid statistik. Det räcker med att vi får in en patient som tar all vår tid så förändras siffor. För mig handlar det om hållbarhet och trivsel. Att du som patient på avdelning 242 är trygg, informerad och involverad. Inte rädd, maktlös och ensam.

Hur gå vi vidare

Vi fortsätter vårt arbete med att vända och vrida på vad vi gör. Se oss i spegeln och våga säga vad vi behöver bli bättre på. Just nu pågår ett arbete på avdelningen att trygga rollen som kontaktperson. Ge skötarna och sjuksköterskorna det vi kan för att de ska kunna göra sitt arbete gentemot patienterna. Det handlar också om att sprida vår kunskap. Dela med oss.

Personcentrering, etik och vardagsnära arbete i Sverige

Hanna Lundstedt, Konsult

Sveriges Kommuner och Landsting

Hanna.lundstedt@skl.se

Samhällsutvecklingen har de senaste åren inneburit att nya synsätt på patienternas/brukarnas ställning och roll vuxit fram. Detta innebär att den traditionella synen på patienten/brukaren som "mottagare" av hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver ersättas med ett förhållningssätt där patienten och brukaren också innehar rollen som medskapare. Trots patientlag och lagen om samverkan har patientens möjlighet till delaktighet, inflytande och information inte förbättrats utan är snarare oförändrad eller försvagad.

Att införa personcentrerad vård är kräver ett omfattande förankrings- och utvecklingsarbete, både på organisations-, enhets- och medarbetarnivå. Det är ett arbete som behöver ske under lång tid eftersom det berör både individens förhållningssätt, rådande kultur på arbetsplatsen, nya arbetssätt och förnyelse av vårdens organisation.

Sveriges Kommuner och Landsting vill driva utvecklingen mot en mer personcentrerad vård och har därför ett kongressbeslut i området. Som ett led i detta arbete har en kartläggning gjorts av de samordningsfunktioner som finns i landsting och regioner. Under föredraget kommer några delar ur arbetet/ kartläggningen kring personcentrerad vård i Sveriges Landsting och regioner att presenteras och samt även introduktion till begreppet kring personcentrerad vård som en etisk värdegrund och förhållningssätt.

Global omvårdnad: god omvårdnad för alla

Möjligheter och utmaningar för en sjuksköterska på uppdrag med Läkare Utan Gränser?

Anneli Eriksson, Legitimerad Sjuksköterska, Magister i Internationell Hälsa

Läkare Utan Gränser och Kunskapscenter för katastrofmedicin (KcKM), Karolinska Institutet

Anneli.Eriksson@ki.se

Har man som sjuksköterska möjlighet att påverka hälsan i världen – den global hälsan? Och kan man fundera på omvårdnad utifrån ett globalt perspektiv?

Jag menar att svaret är ja, på båda frågorna. Sjuksköterskor har ett viktigt ansvar för folkhälsoarbetet och är också den yrkesgrupp som i många länder bär upp sjukvården.

Sjuksköterskans roll i arbetet för att förverkliga global hälsa betonas idag både inom och utanför yrkeskåren. Global omvårdnad består av både vård och aktivism, ledarskap och samarbete med andra yrkesgrupper. Att arbeta som sjuksköterska för Läkare Utan Gränser innebär allt detta. På mina uppdrag ser jag hur sjuksköterskor gör skillnad, genom att som finnas på plats. Sjuksköterskor som reagerar och agerar är ofta skillnaden mellan liv och död – mellan hälsa och ohälsa. Men vi ställs också inför omöjliga val och situationer när det inte finns några rätta svar, när vi inte räcker till.

I mitt föredrag kommer jag att berätta om mina egna erfarenheter och dela med mig både av svåra och glädjefulla situationer från mitt arbete i Liberia, Burundi, Kongo-Kinshasa och andra platser.

Arbetslust

Hanna Möllås, Leg. Barnmorska, Auktoriserad Specialist i Klinisk Sexologi (NACS)

Leg Psykoterapeut inriktning familjeterapi

Livets Under AB- Samtalsmottagning i Huskvarna

hanna@livetsunder.com

Lust kan definieras som en del i vår drivkraft att känna motivation. Avsaknad av lust ger oss en känsla av motstånd. Genom att utforska lustens olika dimensioner kan vi få hjälp att göra goda val och hitta en sund balans mellan arbete och privatliv, mellan arbete och vila. I en stressad där både arbete och fritid kräver engagemang formar detta stora utmaningar. Lusten kan guida oss i alla våra relationer. Föreläsningen vill inspirera till glädje, hopp och tilltro för ett lustfyllt liv.