



Sykepleien

Fag og forskning

2019



#Migrasjonshelse,
psykisk helse og rus

Sedix®

Demper mild uro - letter innsøvning

Omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen rapporterer om søvnevansker i perioder¹. Mange strever med å sovne om kvelden. Det kan være ulike grunner til dette, men for noen dreier det seg om indre stress og uro. Virkestoffet i det plantebaserte legemiddelet Sedix (*passiflora incarnata*), har gjennom årtier vært benyttet til behandling av uro og innsøvningsvansker.



- ✓ Virker beroligende
- ✓ Letter innsøvning
- ✓ Ingen påvist avhengighet

 Reseptfritt på alle apotek

Sedix®

Plantebasert sedativum. Beroligende.

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsøvning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsøvning: 1-2 tabletter om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakning:** 28 stk. blisterpakning, Sedix SPC, sist endret: 30.08.2016

Referanser: 1 Bjorvatn et al. *Insomni. Tidsskrift for Norsk Legeforening* 2009;129:1766-8.



En fin og varm serie. Personene ble jeg fort kjent med, og gleder meg til fortsettelsen. Hovedpersonen vil jeg ha som venninne.

LISE SOLENG, BOKELSKER



Wow! Vi ble helt hektet! Sidene lukker seg rundt oss når vi leser og vi blir sugd inn i atmosfæren. Vi kjenner lukten av regnet, vi kjenner redselen på kroppen.

ELIN & ANNE-BRIT, SERIELESERE

Tårnsvalene

Sterk romanserie fra Merete Lien, forfatteren bak seriesuksessene *Barn av stormen* og *Rosehagen*.

Bli med til Bergen i 1896

De tre søstrene Engevik er av god familie, men moren måtte forsake mye da hun giftet seg av kjærlighet, med en fri kunstnersjel. Når han ikke dikter skillingsviser, drømmer faren om å seile til fjerne farvann. Moren prøver å holde begge bena på jorden, men det er ikke lett når eventyret lokker.

Mathilde, Louise og Leah aner ikke at hele deres fremtid kan falle i grus dersom den store seilasen settes ut i livet ...

En familie med hemmeligheter – tre søstre som ikke kjenner fortiden ...

Få første bok
tilsendt GRATIS!
Send BOK til 2205

porto- og gebyrfritt,
HELT uforpliktende.

VI SPANDERER FØRSTE BOK!

Bestill den på www.norskeserier.no
eller ring kundeservice 21 89 70 70

C Fragmin Pfizer

INJEKSJONSØSÆTTE, oppløsning 12 500 IU anti-Xa/ml og 25 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 12 500 IU, resp. 25 000 IU, natriumklorid, vann til injeksjonsøsning og 1 ml. Uten konserveringsmiddel. INJEKSJONSØSÆTTE, oppløsning 10 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 10 000 IU, benzylalkohol, vann til injeksjonsøsning til 1 ml. Med konserveringsmiddel. **Indikasjoner:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander, som f.eks. ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter. **Dosering: Tromboseprofylakse ved kirurgi:** Ved generell kirurgi med risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver morgen. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 5-7 døgner eller lenger. Ved kirurgi med høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen. **Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi:** 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen i 5 uker. **Behandling av akutt dyp venetrombose:** Doseringen er individuell. Kan administreres s.c. enten som 1 daglig injeksjon, eller som 2 daglige injeksjoner. Administrering 1 gang daglig: Følgende initiale doseringer anbefales: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig. Maks. s.c. dose (maks. engangsdose) bør ikke overstige 18000 IU. Monitorering av antikoagulant effekt er ikke nødvendig. Tabell 1. Følgende vektintervall anbefales:

| Vekt (kg): | Dose (IE) |
|------------|---|
| 46-56 | 10 000 (0,4 ml sprøyte) |
| 57-68 | 12 500 (0,5 ml sprøyte) |
| 69-82 | 15 000 (0,6 ml sprøyte) |
| 83-90 | 18 000 (0,72 ml sprøyte) |
| >90 kg: | Se Spesielle pasientgrupper, Overvektige. |

Administrering 2 ganger daglig: For pasienter med komplisert trombose sykdom eller økt blødningsrisiko, kan doseringen 100 IU/kg 2 ganger daglig s.c. gis. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, men ved behov kan aktiviteten følges med funksjonelle metoder for anti-Xa. Etter s.c. administrering nås Cmax etter 3-4 timer. Da bør første måling av plasmanivået gjøres. Plasmanivået etter dosering 2 ganger daglig bør ligge mellom 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ev. behandling med vitamin K-antagonister startes samtidig som en starter behandling med Fragmin. Behandling med Fragmin bør fortsettes i minst 5 døgner, eller inntil nivåene av protrombin kompleks faktorer (F II, F VII, F IX, F X) har sunket til terapeutisk nivå. Det er liten klinisk erfaring med behandling av alvorlige, proksimale trombose. **Behandling av lungeemboli:** Fragmin administreres s.c. 1 eller 2 ganger daglig som angitt for behandling av dyp venetrombose. Ved dosering 2 ganger daglig gis 100-120 IU/kg kroppsvekt hver 12. time. Ved valg av dose og administreringsmåte tas det hensyn til tilstandens alvorlighetsgrad og eventuelle risikofaktorer for blødning. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, se for øvrig behandling av akutt venetrombose. **Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon:** Ved kronisk nyresvikt, pasienter uten kjent blødningsrisiko: Hemodialyse og hemofiltrasjon i inntil 4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 5000 IU, eller tilsvarende dosering som ved varighet over 4 timer. Hemodialyse og hemofiltrasjon i >4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 30-40 IU/kg kroppsvekt, deretter 10-15 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ved akutt nyresvikt, pasienter med stor blødningsrisiko: I.v. bolusinjeksjon av 5-10 IU/kg kroppsvekt, deretter 4-5 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,2-0,4 IU anti-Xa/ml. **Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk:** 120 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 2 ganger i døgnet (maks. 10 000 IU 2 ganger i døgnet) til pasienter som oppfyller følgende kriterier: Ustabil angina pectoris eller vedvarende brystmerter ledsaget av EKG-forandringer i form av forbigående eller vedvarende ST-senkninger (0,1 mV eller mer) og T-takkinngang (0,1 mV eller mer) i minst 2 tilgrensende avledninger uten at det foreligger patologiske Q-takk i de samme avledningene. Vanlig behandlingstid er 6 dager. Lengre behandlingsperiode må vurderes individuelt. For pasienter som har hatt stigning av troponin T eller I og som venter på revascularisering, kan Fragmin gis frem til dagen for det invasive inngrepet (PTCA eller CABG), men ikke utover 45 dager. Etter en initial stabilisering på 5-7 dager, med mindre 120 IU/kg 2 ganger daglig, gis en fast dose på 5000 IU (kvinner <80 kg og menn <70 kg) eller 7500 IU (kvinner ≥80 kg og menn ≥70 kg) 2 ganger daglig. Fragmin bør gis i tillegg til standardbehandling av ustabil angina pectoris (f.eks. lavdose acetylsalisylsyre, betablokkere og nitrater). **Tromboseprofylakse til pasienter som er immobilisert pga. akutt sykdom:** 5000 IU gis s.c. 1 gang daglig inntil pasienten er oppvekkede, maks. 14 dager. **Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter:** 1. måned: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig de første 30 dagene. Den totale dosen bør ikke overstige 18 000 IU (se tabell 1). 2.-6. måned: 150 IU/kg bør gis s.c. 1 gang daglig ved bruk av forhåndsfylte engangsprøyer (se tabell 2). Pasienter med kjemoterapiindusert trombotypeni: Ved blodplattell <50 000/µl, bør behandlingen avbrytes inntil blodplattellet er >50 000/µl. Ved blodplattell 50 000-100 000/µl, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplattell ≥100 000/µl, bør full dosering gjenopptas. Tabell 2. Dosereduksjon ved trombotypeni (50 000-100 000/µl):

| Vekt (kg) | Dose (IE) | Redusert dose (IE) | Gjennomsnittlig dosereduksjon (%) |
|-----------|-----------|--------------------|-----------------------------------|
| ≤56 | 7500 | 5000 | 33 |
| 57-68 | 10 000 | 7500 | 25 |
| 69-82 | 12 500 | 10 000 | 20 |
| 83-98 | 15 000 | 12 500 | 17 |
| ≥99 | 18 000 | 15 000 | 17 |

Nyresvikt: Ved kreatininnivå >3 ganger øvre normalområde, bør dosen tilpasses for å opprettholde et terapeutisk nivå av anti-Xa på 1 IU/ml (0,5-1,5 IU/ml) målt 4-6 timer etter injeksjon. Dersom anti-Xa-nivået er utenfor det terapeutiske området bør dosen justeres til nærmeste engangsprøye og anti-Xa-målinger bør gjentas etter 3-4 nye doser. Dosejusteringen gjentas til det terapeutiske nivået av anti-Xa nås. **Spesielle pasientgrupper:** Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl <30 ml/minutt): Ved bruk av doser på ≥10 000 IU og ved behandling >3 dager, bør anti-Xa-nivåene overvåkes. Barn: Ingen doseringsanbefaling kan gis. Det bør vurderes å foreta måling av maks. anti-Xa-nivå ca. 4 timer etter dosering. For terapeutisk behandling med dosering én gang daglig skal maks. anti-Xa-nivå generelt ligge mellom 0,5-1 IU/ml. Ved tilfeller av lav og varierende fysiologisk nyrefunksjon, som hos nyfødte, se Fordeling under Egenskaper, og det skal sikres nøye kontroll av anti-Xa-nivå. For profylaktisk behandling skal anti-Xa-nivå generelt vedlikeholdes ved 0,2-0,4 IU/ml. Overvektige: Ved profylaktisk behandling mot VTE bør det gis høyrisikodoser med Fragmin, 5000-7500 IU daglig. Ved behandling av VTE/lungeemboli er det begrenset erfaring med dosering 200 IU/kg hos pasienter med normal nyrefunksjon med en kroppsvekt opp til 190 kg. Ingen tilgjengelige data fra pasienter >190 kg. For pasienter >90 kg bør det brukes en kombinasjon av ferdigfylte prøyer som er tilpasset den totale dosen pasienten trenger. **Tilberedning/Håndtering:** Fragmin injeksjonsøsning er blandbar med isoton natriumklorid og isoton glukose. Blandbarhet med andre oppløsninger er ikke undersøkt. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombotypeni (type II). Akutt gastroduodenal ulcus og hjerneblødning, eller andre aktive blødninger. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Akutt eller subakutt septisk endokarditt. Skader og operasjoner i sentralnervesystemet, øyet og øret. Ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom, der pasientene samtidig får behandling med høye doser Fragmin, er spinal- og epiduralanestesi kontraindisert pga. økt fare for blødning. Positivt eller ukjent resultat av in vitro-test for trombotypenistoff i nærvær av dalteparin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin. Epiduralanestesi ved fødse er absolutt kontraindisert hos kvinner som blir behandlet med høydose antikoagulantia. Injeksjonsøsningen som inneholder benzylalkohol må ikke brukes hos premature eller nyfødte babyer. **Forsiktighetsregler:** Ved bruk av spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon er det risiko for at pasienter som er antikoagulert eller som planlegges antikoagulert med lavmolekylære hepariner eller heparin for å forhindre tromboemboliske komplikasjoner kan utvikle spinalt eller epiduralt hematoma. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralys. Risikoen øker ved bruk av innleggende epiduralkateter for administrering av analgetika eller ved samtidig inntak av legemidler som påvirker hemostasen, som f.eks. NSAID, platehemmere eller andre antikoagulantia. Risikoen ser også ut til å øke ved traumatisk eller gjentatt epidural- eller spinalpunksjon. Insetting eller fjerning av epidural-/spinalkateter bør først skje 10-12 timer etter administrering av dalteparin for tromboseprofylakse, og

etter minst 24 timer hos personer som får høye dalteparindoser (f.eks. 100-120 IU/kg hver 12. time eller 200 IU/kg én gang daglig). Ved administrering av antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi, skal det utvises særskilt oppmerksomhet og forsatt høy oppvåkning for å se etter tegn eller symptomer på neurologisk svekkelse, f.eks. ryggsmertor, sensorisk eller motorisk svikt (nummenhet og svakhet i benene) samt tarm- eller blærefunksjon. Sykpleiere bør være trent til å fange opp slike tegn og symptomer. Pasienten bør instrueres om umiddelbart å informere sykepleier/lege ved ovennevnte tegn/symptomer. Ved mistanke om tegn/symptomer på epiduralt eller spinalt hematoma vil rask diagnose og behandling kunne omfatte ryggmargskompressjon. Legen må vurdere potensiell nytte mot risiko for spinal-/epiduralanestesi gitt til pasienter som er antikoagulert for tromboseprofylakse. Sikkerhet og effekt ved bruk av Fragmin i forebygging av klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer er ikke klarlagt. Profylaktiske doser Fragmin er ikke tilstrekkelig for å forhindre klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer og anbefales ikke brukt til dette formålet. Forsiktighet anbefales i forbindelse med trombotypeni og blodplattelfunksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv eller diabetessretinopati. Forsiktighet bør også utvises ved høydosebehandling (f.eks. ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom) hos nyopererte pasienter og andre tilstander som medfører mistanke om forhøyet blødningsrisiko, f.eks. perinatalt. Forsiktighet skal utvises ved bruk av høye doser hos nylig opererte pasienter pga. risiko for systemisk blødning. Etter at behandling er initiert skal pasienten kontrolleres nøye for blødningskomplikasjoner. Det kan gjøres ved jevnlig fysisk undersøkelse av pasienten, nøye observasjon av kirurgisk innlagt dren og regelmessige målinger av hemoglobin- og anti-Xa-nivå. Klinisk erfaring med Fragmin ved lungeemboli med allernivå koagulasjonsforstyrrelse, lavt blodtrykk og sjøkk mangler. Hepariner kan undertrykke sekresjon av aldosteron fra binyrene, som igjen kan føre til hyperkalemi, spesielt hos pasienter som har diabetes mellitus, kronisk nyresvikt, tidligere har hatt metabolsk acidose, økt kalsium i plasma eller tar kaliumsparende legemidler. Risiko for hyperkalemi synes å øke med behandlingens lengde, men er vanligvis reversibel. Risikopasienter bør måle kaliumnivå i plasma for oppstart av behandling med hepariner og kontrolleres regelmessig, spesielt hvis behandlingen varer i >7 dager. Det er anbefalt å bestemme antall trombotocytter før behandlingsstart og jevnlig under behandling. Generell kontroll av den antikoagulerende effekten bør vurderes for spesifikke pasientgrupper slik som hos barn, pasienter med nyresvikt, eller hos veldig tynne eller sykkelig overvektige, gravide eller ved økt risiko for blødning eller retrombose. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombotypeni er til stede. Slik trombotypeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombotocytter før og jevnlig under behandlingen. I løpet av behandlingstiden bør det utvises forsiktighet ved rask utvikling av trombotypeni og alvorlig trombotypeni (<100 000/µl). Koagulasjonstiden, målt som APTT, og hemningen av trombin påvirkes bare i liten grad. For monitorering av effekt anbefales måling av anti-Xa. Pasienter som får kronisk hemodialyse med Fragmin trenger normalt bare noen få dosejusteringer og dermed noen få undersøkelser av anti-Xa-nivåene. Pasienter som får akutt hemodialyse har et smalere terapeutisk doseringsområde og bør få omfattende monitorering av anti-Xa-nivåene. Den biologiske aktiviteten til forskjellige lavmolekylære hepariner, urafuksjonert heparin eller syntetiske polysakkarider kan ikke uttrykkes i en prøve som gir en enkel sammenligning av dose mellom de forskjellige preparatene. Det er derfor viktig at retningsslinjene for bruk av hvert enkelt produkt følges. Hvis et myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom (ustabil angina og hjerteinfarkt uten Q-takk), kan trombolytisk behandling være nødvendig. Det betyr ikke nødvendigvis at Fragmin må seponeres, men kombinasjonen kan gi risiko for blødning. Eldre (særlig ≥80 år) kan ha økt risiko for komplikasjoner med blødninger innenfor terapeutisk doseringsområde. Nøye klinisk overvåkning anbefales. Det er begrenset erfaring mhp. sikkerhet og effekt hos barn. Ved bruk hos barn skal anti-Xa-nivå kontrolleres. Administrering av legemidler som inneholder benzylalkohol til premature nyfødte er assosiert med fatalt «gaspung syndrom». Benzylalkohol kan gi toksiske reaksjoner og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. Må ikke administreres i.m. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se B01A B04. Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostase, som blodplatehemmere, NSAID, GP IIb/IIIa-hemmere, vitamin K-antagonister, trombolytiske legemidler og deokstran kan øke den antikoagulerende effekten av Fragmin. Spesiell forsiktighet bør utvises når dalteparin gis samtidig som NSAID eller høydose acetylsalisylsyre hos pasienter med nyresvikt, da disse i smertestillende/anti-inflammatoriske doser reduserer produksjon av vasodilatoriske prostaglandiner og derved renal blodstrom og renal ekskresjon. Fragmin kan likevel kombineres med lavdose acetylsalisylsyre (75-160 mg) hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom. Det er vist interaksjoner mellom heparin og i.v. nitroglyserin, høye doser penicillin, sulfonpyrazon, probencid, etakrynsyre, cytotostatika, kinin, antihistaminer, digitalis, tetrasykliner, askorbinsyre og røyking av tobakk. Interaksjon kan derfor ikke utelukkes med dalteparin. Pga. risiko for hematoma skal i.m. injeksjon av andre legemidler unngås ved dalteparindoser >5000 IU i løpet av 24 timer. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Dalteparin går ikke over i placenta. Data på gravide indikerer ingen misdømmende eller foto-/neonatal toksisitet. Kan benyttes under graviditet. Da benzylalkohol kan passere over i placenta, bør Fragmin uten konserveringsmiddel brukes under graviditet. Forsiktighet anbefales ved økt risiko for blødninger, f.eks. hos perinatale kvinner. **Amning:** Små mengder med dalteparinatrium går over i brystmelk. Hittil har studier vist anti-Xa-nivå på 2-8% av plasmanivå i brystmelk. Det er lite trolig at det oppstår en antikoagulerende effekt hos spedbarn. Risiko for spedbarn som ammes kan derfor ikke utelukkes. Fordelene av amning for barnet må avveies mot fordelene av behandling for moren. **Fertilitet:** Det foreligger ingen dokumentasjon på at fertiliteten påvirkes. **Bivirkninger:** Ca. 3% av profylaksebehandlede pasienter rapporterte bivirkninger. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymf: Mild trombotypeni (type I) som vanligvis er reversibel i løpet av behandlingsperioden. Hjerte/kar: Blødninger. Lever/galle: Forbigående, mild til moderat økning av levertransaminaser (ASAT, ALAT). Øvrige: Subkutant hematoma og smerte ved injeksjonsstedet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsytemet: Overfølsomhet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Hudnekrose, forbigående alopeci. Ukjent frekvens: Blod/lymf: Immunologisk mediert heparin-indusert trombotypeni (type II, med eller uten ledsagende trombotiske komplikasjoner). Gastrointestinale: Retroperitoneale blødninger, noen med dødelig utgang. Hud: Utsettelse. Immunsytemet: Anafylaktiske reaksjoner. Neurologiske: Intrakranielle blødninger, noen med dødelig utgang. Øvrige: Spinalt eller epiduralt hematoma. De fleste blødningene er milde, risiko avhenger av dose. Heparin kan forårsake hypoadosteronisme som kan føre til økt kalsium i plasma. I sjeldne tilfeller kan klinisk signifikant hyperkalemi oppstå delvis hos pasienter med kronisk nyresvikt eller diabetes mellitus. Langtidsbehandling med heparin er assosiert med en risiko for osteoporose. Selv om dette ikke er observert med dalteparin, kan ikke risiko for osteoporose utelukkes. **Overdosering/Forgiftning:** Den antikoagulerende effekten indusert av dalteparinatrium kan nøytraliseres av protamin. Den induserte forlengelse av koagulasjonstiden blir helt nøytralisert, mens anti-Xa-aktiviteten vil bli nøytralisert til 25-50%. 1 mg protamin nøytraliserer effekten av 100 anti-Xa-enheter (100 IU) av Fragmin. Protamin har i seg selv en inhibitorisk effekt på den primære hemostasen og bør bare brukes i nødstilfeller. Se Giftinformasjonen anbefalinger for heparin B01A B01. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Etter fornyning høyst 12 timer. **Pakninger og priser:** **12 500 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 2500 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 269,90 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) 61,320. **25 000 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 5000 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 979,60, (0,3 ml = 7500 IE) 5 × 0,3 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 653,10, (0,4 ml = 10 000 IE) 5 × 0,4 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, (0,5 ml = 12 500 IE) 5 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 499,90, (0,6 ml = 15 000 IE) 5 × 0,6 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 580,10, (0,72 ml = 18 000 IE) 5 × 0,72 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 681,80, 10 000 IU anti-Xa/ml 10 ml (hettegl.) kr. 723,20. **Refusjonsberettiget bruk:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander som for eksempel ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende venøs tromboembolisme (VTE) med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos pasienter med kreft. **Refusjonskode:** IPC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -51 Organtransplantasjon (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt spesifisert, K74 Angina pectoris ustabil, K75 Akutt hjerteinfarkt, K93 Lungeemboli, K94 Dyp venetrombose, U28 Redusert funksjonsevne nyredialyse. IC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), D68,8 Andre spesifiserte koagulasjonsforstyrrelser, D68,9 Uspesifisert koagulasjonsforstyrrelse (vilkår 136), I20,0 Ustabil angina, I21 Akutt hjerteinfarkt, I22 Påfølgende hjerteinfarkt, I26 Lungeemboli, I80 Flebitt og tromboflebitt, I82 Anen emboli og trombose i vener, Z94 Status etter transplantert organ og vev (vilkår 136), Z99,2 Avhengighet av nyredialyse. Vilkår: 136 Refusjon utvises selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Sist endret: 09.05.2016

Kreftpasienter bør kjenne til symptomer på venøs tromboembolisme (VTE)

Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få VTE

- Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få kreftsassosiert trombose i løpet av sykdomsforløpet¹
- Risikoen er høyest de første månedene etter diagnostisering²
- Kreftassosiert trombose er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft³



Fragmin[®]
dalteparinnatrium

Indikasjon for Fragmin:

Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter.

Viktig sikkerhetsinformasjon:

Bivirkninger: vanligste bivirkninger er blødninger, subkutan hematom og smerte ved injeksjonsstedet, mild trombocytopeni og forbigående, mild til moderat levertransaminaseøkning. **Kontraindikasjon:** Fragmin er kontraindisert ved akutt ulcus, hjerneblødning, andre aktive blødninger, alvorlige koagulasjonsforstyrrelser, samt ved akutt/subakutt septisk endokarditt eller skader og operasjoner i CNS, øyet og øret. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Særskilt oppmerksomhet kreves ved antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi. Forsiktighet i forbindelse med trombocytopeni og blodplate-funksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv- eller diabetes retinopati, og ved tilstander som kan medføre forhøyet blødningsrisiko.



INNHold

Fag og forskning 04 | 2019

#Migrasjonshelse, psykisk helse og rus

- 8 Leder, redaktør Barth Tholens: Vi skriver, altså er vi
- 10 Gjesteleider, Espen Gade Rolland: Både pasienter og pårørende etterspør sykepleieres kompetanse
- 14 Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold
- 20 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Elisabeth Holm Hansen
- 22 Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk
- 25 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Alf Kristian Bjørkli
- 26 Første- og andrespråklige sykepleiere har ulik journalføring
- 34 Møt forskeren: Ragnhild Hellesø: – Journalen er et viktig arbeidsverktøy
- 38 Slik er sykepleie i verdens største flyktningleir
- 46 Hvordan unngå at språkvansker fører til feilbehandling?
- 52 Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige
- 58 Hva hindrer unge voksne i å møte til rusbehandling?
- 64 Møt forskeren: Anne Lene Årseth: Mener rusavhengige bør få delta mer i egen behandling
- 68 Slik kan sykepleiere motivere rusmisbrukere til et bedre liv
- 74 Involvering øker motivasjonen til å delta i undervisningen
- 80 Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme
- 86 Etikk, Elisabeth Sveen Kjølrsrud: Tvang i psykiatrien: Blir vi mer voktere enn pleiere?
- 88 Hvorfor går pasienter fra legevakten før de får hjelp?
- 94 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Monica Skogly
- 96 Kunnskap om vulva kan bidra til god seksuell helse
- 100 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Tale Wetteland Stoa
- 101 Forfatterveiledning for fagartikler
- 104 Forfatterveiledning for forskningsartikler



96



Sykepleien

Fag og forskning 2019



46



68



58



22



52



34

Ansvarlig redaktør:

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no
Tlf 40852179

Temareduktør:

Liv Bjørnhaug Johansen
liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no
Tlf 97632910

Design og forside:

Hilde Rebård Evensen

Grafisk produksjon:

Hilde Rebård Evensen, Sissel Vetter
og Monica Hilsen

Manusredaktør:

Sigene Marie Flåt

Fagredaktører:

Eli Smedstad og
Torhild Apall Dybvik

Forskningsredaktør:

Edith Roth Gjevjon

Deskansvarlig:

Ellen Morland

Desk:

Johan Alvik og Eivind Solfjell

Journalister:

Kari Anne Dolonen,
Ingvald Bergsagel, Ellen Morland
og Elin Marie Fredriksen

Mer om redaksjonen:

Se sykepleien.no

Repro og trykk:

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato:

29. august 2019

.....

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf 99402409

Tlf.: (+47) 994 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no



Vi skriver, altså er vi

For første gang utgir Sykepleien en komplett samling av fag- og forskningsartikler publisert i år. Den utgaven du nå har i hendene, vil inneholde artikler som er relevante for ditt fagfelt.

Jeg tenker, altså er jeg, skrev filosofen Rene Descartes for mer enn 300 år siden. Han grunnet mye på hva vi egentlig kan si med sikkerhet, når alt som vi antar er sant, kan møtes med tvil. Ingenting er sikkert, konkluderte han, bortsett fra vår egen eksistens som tvilende vesener. Faktisk er vår evne til å tvile kanskje det ultimate beviset på at vi er til: Cogito, ergo sum (jeg tenker, derfor er jeg).

PRAKSISEN MÅ VURDERES KRITISK

Slik er det også med sykepleie som fag. I diakonisetiden var sykepleie en praktisk beskjeftigelse, en hjelpende hånd til de syke. Faget var basert på nestekjærlighet, observasjon og muntlig overlevert erfaring. Men skulle sykepleie få ordentlig substans, måtte den bli beskrevet og vurdert kritisk. Det holdt ikke lenger å si at «slik har vi alltid gjort det». Med oppblomstringen av sykepleie som egen vitenskap er den kritiske tenkningen – og tvilen om eksisterende sannheter – selve grunnlaget for fagets utvikling.

FORSKNING GIR GEVINST

Veien mot sykepleie som vitenskap har vært lang og kronglete. Det unge faget ble i sin tid møtt med skepsis og nedlatenhet. Selv i dag finnes det røster som mener at sykepleiere ikke bør teoretisere seg bort fra sin egen praktiske betydning.

Men de fleste forstår nå at sykepleiens tilnærming til pasienten ikke bare kan baseres på håndlag og magefølelse. Videreutvikling av faget gjennom forskning og systematisk kunnskapsdeling kan gi betydelige

gevinster for helsetjenesten. Kritisk tenkning kan drive faget videre, bidra til å forkaste gammelt gods og bane veien for nytenkning. Da må fag- og forskningslitteratur være lett tilgjengelig, forståelig og konkret nok til å bli anvendt i praksis.

VIL BEKJEMPE ORDMAGI

Sykepleien har formidlet fagartikler nær sagt helt siden den spede begynnelse for 100 år siden, og siden 2006 ble vi også en viktig kanal for formidling av fagfelle-vurderte, vitenskapelige artikler. Kvaliteten på disse artiklene er blitt bedre med årene.

Som redaksjon har vi vært opptatt av å bekjempe kvasi-akademisk tåkeprat og ordmagi. Vi har dyrket

«**Vi skulle ønske at flere så det som en «plikt» å formidle resultatene av sin forskning etter fullført akademisk løp.**»

de knappe, kritiske og konsise artiklene der forfatterne kommer raskere til poengene sine. Det har sammenheng med at vi har vært mer opptatt av å kommunisere med de brede massene blant sykepleiere enn av å skape en plattform der forskere kun kommuniserer med hverandre.

NY KUNNSKAP MÅ DELES

Vi trenger ikke bare de gode pennene som tør utfordre vedtatte sannheter i faget på en måte som sykepleiere forstår. Vi trenger også at flere tar seg bryet med å skrive. Sykepleien får inn mange vitenskapelige artikler



Barth Tholens

Ansvarlig redaktør



KUNNSKAP: Hva er vitsen med at stadig flere sykepleiere tar master- eller doktorgrad om ikke den kunnskapen disse tilegner seg, deles med flere, spør Sykepleiens redaktør Barth Tholens. Foto: Mostphotos

og fagutviklingsartikler, men vi har også en mistanke om at mye klokkskap blir lagt i en skuff og ikke når ut til praksis. Stadig flere sykepleiere tar master- eller doktorgrad, men funnene de har kommet frem til, når dessverre ikke alltid ut til klinikken. Det er synd. Vi skulle ønske at flere så det som en «plikt» å formidle resultatene av sin forskning etter fullført akademisk løp.

FAGGRUPPENE KAN BIDRA

Med denne artikkelsamlingen håper vi å bidra til at flere sykepleiere klarer å holde seg faglig oppdatert. Ikke minst håper vi at utgaven inspirerer flere til å ta i bruk tastaturet for å dele ny kunnskap. Her må faggruppene i Sykepleierforbundet (NSF) spille en aktiv rolle. Faggruppene har en spesiell interesse i utvikling av faget på sine spesifikke områder. Erfaringsutveksling og kunnskapsdeling står høyt på deres agenda. Sykepleien ønsker derfor å samarbeide tett med faggruppene for å finne frem til ressurspersoner som kan ha «en artikkel i magen».

I denne utgaven gir vi faggruppene anledning til å presentere seg for alle sykepleiere som driver med det samme som dem.

ARTIKLER FRA DITT FAGOMRÅDE

Vi i Sykepleien har også gjort et helt nytt og ganske drastisk grep for at denne artikkelsamlingen skal «treffe» best mulig. I stedet for å sende alle fag- og forskningsartikler til alle medlemmene i NSF, vil den utgaven du nå holder i hendene, kun inneholde artikler innenfor det feltet du selv jobber. Vi har delt

sykepleierne inn i fem hovedkategorier som hver får sitt eget tidsskrift. Hver kategori representerer nødvendigvis nedslagsfeltet for flere fagområder og faggrupper, men stoffet vil kunne være interessant for alle som mottar utgaven.

FEM FORSKJELIGE TIDSSKRIFT

Du har nå mottatt utgaven som handler om migrasjonshelse, psykisk helse og rus. Vi har valgt denne utgaven til deg på grunn av opplysninger i NSF's medlemsregister om hvor du jobber, hvilken stillingsbetegnelse du har og eventuelt hvilken faggruppe du tilhører.

Tilsvarende sender vi fire andre tidsskrift til sykepleiere som jobber med:

- #Etikk, metode og verktøy
- #Akutt, kritisk og kronisk sykdom
- #Rehabilitering, alderdom og død
- #Seksualitet, fødsel og oppvekst

VIL DU HA ET ANNET TIDSSKRIFT?

Om du fikk tilsendt «feil» tidsskrift, eller ønsker å lese et annet tidsskrift enn det du fikk tilsendt, kan du etterbestille det ønskede tidsskriftet kostnadsfritt på www.webshop.nsf.no, under fanen Produkter.

Artikkelsamlingen med fag- og forskningsartikler vil bli en årlig utsending. Neste utgave er planlagt i august 2020. Allerede nå kan du gå til Min side i NSF's medlemsportal og krysse av hvilken kategori du ønsker å bli gruppert under. Da vil neste års utsending bli mer presis enn årets. ●

Både pasienter og pårørende etterspør sykepleieres kompetanse

Sykepleierkunnskapen skal komme pasientene til gode. Derfor må vi være tydelige på hva denne kompetansen er.

Jeg er sykepleier med videreutdanning. Jeg har studert fulltid i over seks år for noe jeg synes er viktig: å være nær mennesker i ulike livsfaser.

Da jeg valgte sykepleierutdanningen, var det et helt bevisst valg. Sykepleiere er ofte de som er nærmest, og som hjelper mennesker med ulike behov i sårbare faser i livet. Det ville jeg gjøre.

IDENTITET

Som sykepleier innen psykisk helsetjenester opplever jeg at min sykepleieridentitet utfordres og undergraves. Sykepleiertittelen utelates både i daglig omtale og i styrende dokumenter i tjenestene. Jeg har blitt omtalt som høyskoleutdannet, miljøpersonale og annet helsepersonell. Men dette sier ikke noe om min kompetanse som sykepleier.

Jeg blir opprørt når jeg blir omtalt slik, jeg har tross alt en bachelor i sykepleie og diverse påfyll. Jeg er sykepleier på topp, ikke i bønn.

Jeg vil gjerne vite at bilmeknikeren er godkjent, at elektriker er elektriker, og at jeg ikke bare får tilsendt en tilfeldig håndverker når jeg skal legge inn ny varmtvannsbereider. Hvordan hadde du reagert om du, eller noen av dine nære som hadde behov for helsetjenester, ble møtt av miljøpersonale, uten å vite noe nærmere om deres kompetanse?

PROFESJON OG ANSVAR

Sykepleier er en profesjon med lang tradisjon innen psykisk helsetjenestene. Vi er der for pasientene 24 timer i døgnet, 7 dager i uken, 365 dager i året. Vi er alltid til stede.

Ansvarer vårt er å sikre en sykepleiefaglig tilnærming i

tjenestene. Våre etiske retningslinjer sier at som sykepleier skal jeg ivareta den enkelte pasientens verdighet, integritet og rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Helsepersonelloven sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Faglig forsvarlighet diskuteres ofte, men altfor sjelden diskuteres det hva som er omsorgsfull hjelp i de enkelte situasjoner. Ser vi noen gang Fylkesmannen gi pålegg ved brudd på omsorgsfull hjelp?

SOMATIKK I PSYKIATRIEN

Alle har en psykisk helse – det har de fleste hørt. Alle har også en fysisk helse og en kropp. Den får ikke alltid like mye oppmerksomhet. Forventet levetid er 20 år kortere

«Jeg er sykepleier på topp, ikke i bønn.»

for mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn for befolkningen for øvrig.

Somatisk sykdommer står for 60 prosent av over dødeligheten, og forebyggingspotensialet er stort. Mye tyder på at det svikter når det gjelder forebygging og behandling av somatiske sykdommer hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Vi må bruke vår sykepleiefaglige kompetanse for å bidra til at denne gruppen kan leve et sunt og godt hverdagsliv.

GJENOPPBYGGENDE PROSESS

Florence Nightingale sa at god helse ikke bare er å føle seg vel, men også å gjøre god bruk av alle de ressurser man



Espen Gade Rolland

Nestleder, NSF's faggruppe innen psykisk helse og rus



MER ENN MEDISINER: Sykepleie bør handle om utnyttelse av frisk luft, lys og varme, renslighet og ro, og riktig sammensetning av kosthold, altså om menneskers grunnleggende behov. Illustrasjonsfoto: Gabby Baldracco / Mostphotos

måtte ha. Allerede på 1800-tallet skrev Nightingale at sykepleie er sammensatt og kompleks, og at det handler om mye mer enn bare medisiner og grøtomslag.

Sykepleie bør handle om utnyttelse av frisk luft, lys og varme, renslighet og ro, og riktig sammensetning av kosthold, altså om menneskers grunnleggende behov. Nightingale beskriver sykepleie som en gjenoppbyggende prosess og påpeker at pasientens plager kan oppstå som følge av at grunnleggende behov ikke blir møtt.

En ny studie bekrefter nettopp dette. Her trekkes det frem viktigheten av døgnrytme, regelmessig måltider, forventninger og krav, personlig hygiene og velvære. Brukerne som er intervjuet i studien, understreker viktigheten av kontinuitet i relasjonene, og av det å møte noen som oppriktig bryr seg som menneske, som essensielle tilfriskningsfaktorer.

SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV

Videreutdanningen har siden 1998 vært tverrfaglig. Utgangspunktene for studentene er forskjellige, når det gjelder både utdanning og erfaring. Ingen av dagens videreutdanninger innen psykisk helse har en sykepleiefaglig ferdypning eller bygger på kompetansen som er ervervet i bachelorutdanningen.

Mange sykepleiere som tar dagens videreutdanninger, savner det helhetlig og sykepleiefaglige perspektivet. I en undersøkelse kom det frem at nesten 70 prosent av spurte spesialsykepleiere ønsker en tverrfaglig masterutdanning med fokus på videreutvikling av sykepleiekompetansen innen psykisk helse og rus.

Det pekes videre på sammenhengen mellom fysisk og

psykisk helse og vektlegging av den fysiske helsen ved psykiske plager eller rusbruk. Kunnskap om medikamentell behandling trekkes også frem som spesielt viktig i utvillingen av medikamentfrie behandlingstilbud.

TYDELIGE SYKEPLEIERE

«Vi kan aldri komme frem til et absolutt og eviggyldig svar. Det må alltid være et dynamisk fag, og aldri stivne til i det statiske uten evne til å fornye. Det bør gis et større rom for improvisasjon, initiativ og medmenneskelig varme og forståelse – kanskje også en ukonvensjonell og impulsiv handling eller reaksjon når en situasjon krever dette.»

Dette skrev Marie Lysnes med flere, i et forsøk på å definere faget i 1966. Jeg mener dette er mer aktuelt enn noensinne, nå 50 år etter. Spørsmålet er om Lysnes' tanker passer inn i dagens pakker, standardiserte forløp og behov for enkle løsninger på komplekse og ulike problemstillinger.

Som leder av NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus er jeg opptatt av å fremme og tydeliggjøre sykepleiekompetansen, vårt bidrag til den enkelte og deres nære, når livet trues og behovet for godt kvalifisert helsehjelp melder seg.

Sykepleiere må stå sammen og mobilisere – pasienter og pårørende etterspør vår kompetanse og vårt bidrag. Sykepleierkunnskapen skal komme pasientene til gode, og derfor må vi være tydelige på hva denne kompetansen er, og vårt bidrag inn i tjenestene.

Pasientene fortjener en tydelig sykepleier, som først og fremst jobber for dem og ikke som andres medhjelpere og løpegutter. Tydelige sykepleiere er til det beste for både pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. 🍀



Sykepleien

Fag og forskning 2019

Fem skreddersyddespecialutgaver!

Du som har fått dette bladet i postkassen, har fått en utgave av Sykepleien som er rettet mot medlemmene som jobber med det samme som deg. Ut fra opplysningene som NSF har om deg, hvilken faggruppe du tilhører og hvor du jobber, har vi delt NSF's 115 000 medlemmer inn i fem grupper.

Hver av disse gruppene har fått tilsendt en skreddersydd spesialutgave med fag- og forskningsartikler.

Dersom du ønsker å få tilsendt en annen utgave enn den du har fått, kan du bestille den i Fordelsbutikken på nsf.no. Dette byr vi på så lenge lageret rekker. Mye av innholdet fra de andre bladene kan også leses på sykepleien.no



Sykepleiens samling av fag- og forskningsartikler vil bli sendt ut hvert år.

Den neste kommer høsten 2020. Dersom du i fremtiden ønsker å bytte interessegruppe, kan du enkelt gjøre dette ved å gå inn på Min side på nsf.no.



Fordelsbutikken:

Skann QR-koden og kom rett til [Nsfs](http://nsf.no) sin fordelsbutikk hvor du kan bestille de enkelte utgavene.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

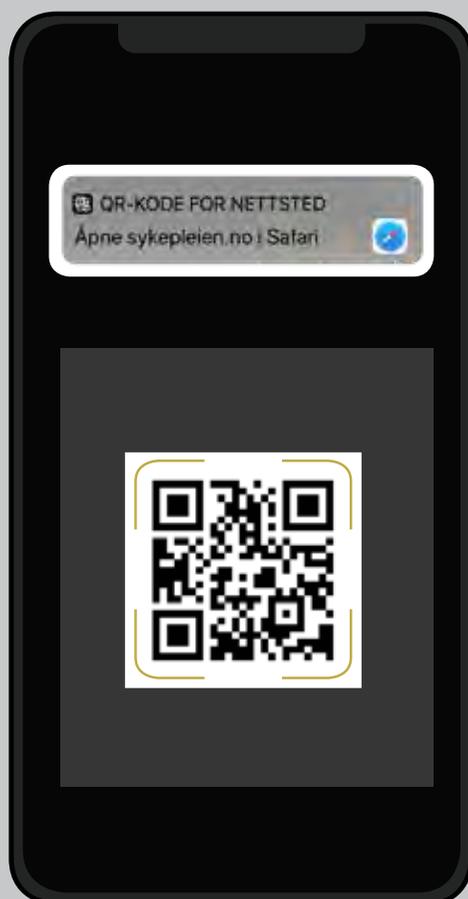


Sykepleien

Fag og forskning 2019

Slik bruker du mobilen for å finne artiklene på nett

Nå kan du enkelt bruke mobilens kamera til å skanne QR-koder.



Bruk mobilkameraet og plasser koden innenfor de gule merkene.

Det dukker opp en lenke øverst på skjermen.

Trykker du på denne, kommer du direkte til artikkelen, videoen eller PDF-en på nett.

sykepleien.no

Benytter du Android-telefon, må du først aktivere Google Lens eller en annen QR-leser.

HOVEDBUDSKAP

En undersøkelse blant 72 helsesøstre (nå helsesykepleiere) viser at det ikke spørres rutinemessig om foreldre utøver vold mot barn. Derimot spørres det ofte ved mistanke, og da indirekte ved at helsesøstre forhører seg om grensesetting og sinnekontroll. De aller fleste av helsesøstrene ønsker seg mer kunnskap og kompetanse om fysiske overgrep mot barn, symptomer og tegn på vold. Undersøkelsen viser også at det er behov for å vite mer om hvordan det skal kommuniseres omkring temaet. *NB: Undersøkelsen ble gjort før tittelen helsesykepleier ble innført. Vi har derfor valgt å benytte helsesøster konsekvent i denne artikkelen.*

NØKKELOORD:

- ▶ Barn ▶ Helsestasjon ▶ Overgrep
- ▶ Tverrsnittstudie ▶ Vold

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.74018

Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold

Vold mot barn er et tema som har fått økt oppmerksomhet, og mange barn utsettes for fysisk vold i oppveksten. Helsesøstre har plikt til å melde fra ved mistanke om fysisk vold mot barn. Flertallet av helsesøstrene mener fysisk vold mot barn kan avdekkes ved at de snakker med alle foreldre om temaet når de er på kontroller med barnet.

Tidligere helsesøsterstudenter ved Universitetet i Sørøst-Norge gjennomførte en undersøkelse blant 72 helsesøstre om i hvilken grad de spør foreldre om de utøver fysisk vold mot barnet sitt og hva som skal til for at helsesøstre kan avdekke slike forhold. Undersøkelsen er foretatt før «Vold, overgrep og omsorgssvikt» ble en del av helsestasjonsprogrammet.

MANGE BARN UTSETTES FOR VOLD

Vold mot barn er et tema som har fått økt oppmerksomhet, og mange barn utsettes for fysisk vold i oppveksten av foreldrene eller andre omsorgspersoner.

Dette er et tabubelagt tema som preges av fortielse, skyld og skam for dem det gjelder, og følgene for barn som utsettes for fysisk vold er alvorlige (1, 2). Barnet befinner seg i en uholdbar omsorgssituasjon som kan føre til utrygghet og redusert helse og livskvalitet (1, 3, 4).

Stortingsmelding nr. 15 definerer fysisk vold som enhver form for fysisk handling som skader eller

FORFATTERE


Elisabeth Holm Hansen. Førsteamanuensis, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge, Porsgrunn



Arne Ingebrigtsen
Helsesykepleier, Helsestasjon, Sandefjord kommune



Guri Odnakk
Helsesykepleier, Helsestasjon, Horten kommune



Marte Feiring Sollid
Helsesykepleier, Helsestasjon, Holmestrand kommune



Tonje Sundt-Schwebs
Helsesykepleier, Helsestasjon, Tønsberg kommune

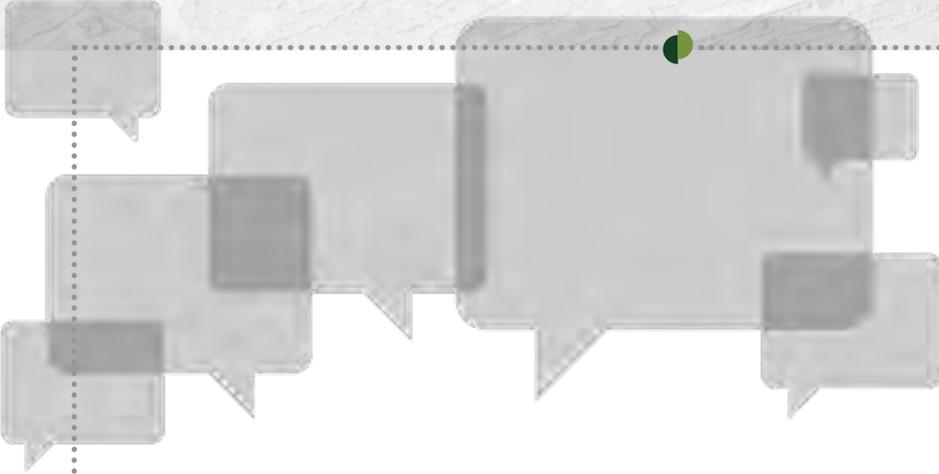
kontrollerer barnet. «Fysisk vold inkluderer et vidt spekter av handlinger fra det å holde, dytte, riste eller klype, via bruk av slag, spark eller våpen til drap» (5).

Tall over hvor mange barn som utsettes for vold og overgrep i Norge er vanskelig å finne. Vold defineres ulikt, og det gjør det vanskelig å sammenlikne forskningsstudier. Det er grunn til å tro at det finnes mørketall fordi mindre barn ikke inngår som primærkilde i eksisterende forskning (2).

MER OPPMERKSOMHET

Det har de siste årene også vært økt oppmerksomhet om plikten ulike samfunnsaktører, deri-

blant helsesøster, har til å melde fra ved mistanke om fysisk vold mot barn. Forebyggede helsearbeid er en lovpålagt oppgave for kommunen (6) og formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode og sosiale miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade (7). Helsestasjonen jobber mot barn fra 0 til 5 år og deres foreldre,



KUNNSKAP OM OVERGREP:
En undersøkelse gjort blant helsesøstre på helsestasjoner viser at det er behov for mer kunnskap og kompetanse om fysiske overgrep mot barn og symptomer og tegn på vold. Illustrasjon: Mostphotos



og helsesøster er en av instansene som skal sørge for at barn mottar den hjelpen de har behov for.

Til tross for meldeplikten er det likevel ikke helsestasjonen som har den største meldingsandelen til barnevernet (8). Etter at denne undersøkelsen ble gjennomført har vold mot barn blitt et eget tema i Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (7). Helsesøstre har derimot vært omfattet av helsepersonelloven som sier at helsepersonell uten hinder av taushetsplikten har opplysningsplikt til barnevernet i saker der det er mistanke om vold eller overgrep mot barn (9).

RESULTAT

I alt 98 spørreskjemaer ble sendt ut til 12 helsestasjoner, og totalt 72 helsesøstre besvarte skjemaene, noe som ga en svarprosent på 73 prosent. Over halvparten hadde arbeids erfaring som helsesøster i mer enn 10 år, mens de resterende fordelte seg ganske likt på 0–5 år og 5–10 år.

Undersøkelsen viste at helsesøstre hadde gode rutiner for å spørre foreldrene om fysisk vold ved mistanke (75 prosent), mens 8 prosent av helsesøstre oppga at de aldri spurte. Av dem som svarte at de alltid spurte, var det flest helsesøstre med mer enn 10 års erfaring, men det var ingen signifikant forskjell i hvilken grad helsesøstre spurte om fysisk vold og hvor lang helsesøstererfaring de hadde.

Helsesøstre som svarte at de «aldri» spurte foreldre

om fysisk vold mot barna, ble bedt om å begrunne svaret i form av gitte svaralternativer. Helsesøstre svarte at vold mot barn var et vanskelig tema å ta opp, at det å spørre ikke inngikk i det anbefalte helsestasjonsprogrammet, og at de var usikre på hvordan de skulle håndtere forhold som eventuelt ble avdekket.

Av dem som svarte «annet», fant vi noen gjennomgående temaer. Helsesøstre tok opp temaet fysisk vold indirekte i forbindelse med «grensesetting», «sinnekontroll» og

«Tall over hvor mange barn som utsettes for vold og overgrep i Norge, er vanskelig å finne.»

«ved mistanke om rus og psykiske lidelser». Det kom ikke frem av svarene om helsesøster spurte direkte om vold. En større andel av helsesøstre med mer enn ti års erfaring var usikre på om vold mot barn kan avdekkes ved å spørre alle foreldre, enn de med mindre erfaring. Det var derimot ikke signifikante forskjeller mellom gruppene med ulik helsesøstererfaring.

28 prosent av helsesøstre svarte at det var viktig å spørre om fysisk vold ved første møte med foreldrene, altså ved hjemmebesøk. 15 prosent mente helsesøster bør spørre ved alle konsultasjoner, og svært få mente at det ikke var nødvendig å spørre i det hele tatt. 56 prosent krysset av på «annet». Svarene fra helsesøstre under «annet» var konkrete

forslag, og alle ble samlet i kategorier som vist i tabell 2.

Hva helsesøstrene vektla som viktige faktorer for å avdekke fysisk vold, fordelte seg jevnt som vist i tabell 3.

De som krysset av for «annet», etterlyste tiltaksplan og retningslinjer for å følge opp det som ble avdekket.

Om variabelen «opparbeidet tillit hos foreldrene» var en viktig faktor for å avdekke fysisk vold hos barn, var det signifikante forskjeller mellom helsesøstre og ulik arbeids erfaring. For dem med minst og lengst helsesøstererfaring, var dette ansett som viktig (71 prosent og 65 prosent), mens i gruppen 5–10 år var det en tredel som anså opparbeidet tillit hos foreldre som viktig for å avdekke vold hos barn.

Undersøkelsen viste at 82 prosent av helsesøstrene mente de hadde behov for mer kunnskap. 13 prosent svarte «nei», og 5 prosent var usikre. Det var ingen signifikante forskjeller mellom erfaring som helsesøster og oppgitt behov for kunnskap. Av dem som mente de hadde behov for mer kunnskap, var det 11 helsesøstre som ikke utdypet dette nærmere. Tabell 4 viser hva de øvrige helsesøstrene ønsket mer kunnskap om. I kategorien «generell kunnskap» kom det frem kommentarer om at det alltid er behov for mer kunnskap og at det er viktig å holde seg oppdatert.

Flertallet av helsesøstrene mente fysisk vold mot barn kan avdekkes ved at de spør alle foreldre (65 prosent), mens 8 prosent svarte «nei» og 27 prosent svarte «vet ikke». Videre mente 82 prosent av alle helsesøstrene at spørsmål om vold mot barn bør inngå i det anbefalte helsestasjonsprogrammet. Det var ikke signifikante forskjeller mellom erfaring som helsesøster og om det å spørre om vold hos barn bør inngå i helsestasjonsprogrammet.

METODE

Data ble innhentet gjennom en kvantitativ spørreundersøkelse. Dette ble samlet inn av helsesøsterstudenter ved videreutdanningen ved Universitetet i Sørøst-Norge i forbindelse med avsluttende fordypningsoppgave (i 2015). Et spørreskjema med faste svaralternativer ble utarbeidet på bakgrunn av hva vi ønsket svar på. Det ble lagt inn mulighet for å komme med konkrete forslag ved enkelte spørsmål, slik at eventuelle manglende svaralternativer kunne spesifiseres.

14 helsestasjoner fra Østlandet ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen, og det ble tatt kontakt med ledende helsesøster ved de respektive helsestasjonene som fikk muntlig og skriftlig informasjon. Utvalget besto av helsesøstre som var ansatt på helsestasjon, og totalt 98 spørreskjemaer ble sendt ut i februar 2015. Det ble purret på spørreskjemaene én gang ved alle helsestasjonene.

ANALYSE

Kategorien «annet» var en åpen kategori i fire av spørsmålene. Svarene under «annet» ble skrevet i fritekst med konkrete forslag. Forslagene ble systematisert i nye kategorier som igjen ble kodet for analyse. Svarene fra «annet» er presentert i tabell 2 og 4. Helsesøsters arbeidserfaring var en variabel som ble fordelt til tre kategorier <5 år, 5–10 år og

>10 år. Datamaterialet ble kodet og analysert i SPSS (versjon 22, 2013) og vi ønsket å se om det var signifikante forskjeller mellom helsesøsters erfaring og følgende variabler:

1. Om helsesøster spør foreldrene om fysisk vold.
2. Om fysisk vold kan avdekkes ved at helsesøster spør.
3. Ved hvilken konsultasjon helsesøster bør spørre.
4. Hvilken kompetanse som er viktig for å avdekke fysisk vold hos barn.
5. Om helsesøster har behov for mer kunnskap om fysisk vold.
6. Om det å spørre om fysisk vold bør inngå i det anbefalte helsestasjonsprogrammet.

DISKUSJON

Funnene i denne undersøkelsen viste at det ikke var vanlig å stille rutinemessige spørsmål for å avdekke fysisk vold hos barn. Det var heller ingen forskjell mellom helsesøsters arbeidserfaring og i hvilken grad hun/han spurte. Flertallet svarte at årsaken til at det ikke spørres var at det den gang ikke inngikk i det anbefalte helsestasjonsprogrammet. Disse funnene var i tråd med studentenes observasjoner fra prak-

«Foreldre som utøver mild fysisk vold mot barna sine, innrømmer det når det spørres om foreldrene klasker eller klyper barna.»

sis ved ulike helsestasjoner, der erfaringen var at foreldre aldri ble spurt direkte om de utøver fysisk vold mot barnet sitt.

Det var heller ingen rutine for å ta opp temaet med foreldrene. Derimot spurte en stor andel av helsesøstrene i denne undersøkelsen ved mistanke. Det kom ikke frem hva helsesøstrene la i begrepet mistanke og hva som eventuelt ga dem en mistanke. Fordi mistanke er et lite nøyaktig begrep, er regelmessige spørsmål til foreldre desto viktigere.

I en canadisk studie kom det frem at flere av sykepleierne opplevde loven tvetydig når de skulle tolke begrepet «mistanke» og hva som ligger i «rimelig grad av mistanke» (10). En annen studie viste også at begrepet «rimelig grad av mistanke» ble oppfattet svært ulikt blant sykepleiere og andre helsearbeidere (11). Barneloven i Norge ble endret i 2010, og mange foreldre vet kanskje ikke at å klasker og klype barn ikke er lov, selv om det benyttes som et ledd i oppdragelsen (12).

Flere av helsesøstrene i spørreundersøkelsen mente at det var viktig at helsesøster spør om foreldrene utøver fysisk vold mot barna, men at ordet «vold» ikke burde brukes. Når temaet ble tatt opp, ble det gjort ved å spørre indirekte for å danne seg et bilde av hvordan foreldrene håndterte grensesetting og hvordan de kontrollerte sitt eget sinne. Solveig Ude, som har lang erfaring som helsesøster, viser til at foreldre som utøver mild fysisk vold mot barna sine, innrømmer det når det spørres om foreldrene klasker eller klyper barna (13).

TID ER EN VIKTIG FAKTOR

Flere av helsesøstrene i denne studien svarte at tid er en viktig faktor for å kunne avdekke fysisk vold mot barn. Dette samstemte med observasjoner gjort under

praksisoppholdet på helsestasjon, hvor konsultasjonene ofte var korte og arbeidsoppgavene mange. Helsesøsterstudentene opplevde at det var liten tid til å snakke om og følge opp vanskelige temaer.

Helsesøstrene syntes det var vanskelig å stille spørsmål om fysisk vold. De opplevde at de «tradisjonelle» helsestasjonsrutinene tok det meste av tiden. Til tross for dette var ikke «tid» den hyppigst oppgitte årsaken i undersøkelsen til at temaet vold ikke ble tatt opp ved helsestasjonene.

MANGLER KUNNSKAP

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (7) vises det til at kommunen har et ansvar for at helsesøster har nødvendig kompetanse og ressurser, og at helsesøster selv er pliktig til å holde seg faglig oppdatert (6). Informantene oppga at de hadde behov for mer kunnskap (82 prosent). Det kom frem at helsesøstrene var usikre på hvilken atferd hos barnet som kan gi dem mistanke om vold, og hva de skal se etter i samspillet mellom foreldrene og barnet. Utfordringen var å definere hva som er normal barneatferd og hva som bør gi bekymring.

Studier fra USA har vist at mangel på kunnskap om symptomer og tegn på vold, etiske vurderinger og hvordan saker skal rapporteres er mangelfulle hos helsepersonell generelt (14–17).

Det var små forskjeller i hva helsesøstrene vektla som viktige faktorer for å avdekke fysisk vold, men flesteparten av helsesøstrene etterlyste mer kunnskap om tidlige tegn på at barn utsettes for fysisk vold og hvordan de kan snakke med foreldrene om temaet.

Over halvparten av informantene i vår undersøkelse svarte at det er viktig med gode kommunikasjonsferdigheter og erfaring med å stille spørsmål om fysisk vold. Det vil være naturlig å tenke at ved å øke denne kompetansen ville det bli lettere å ta opp temaet fysisk vold uten at tilliten brytes.

Flere utenlandske studier har vist at helsepersonell følte seg tryggere på å melde fra om vold når de hadde fått opplæring og hadde erfaring. Relevant kunnskap økte sannsynligheten for at de meldte fra ved mistanke om vold mot barn og at de meldte korrekt (18–20). Helsesøstrene i vår spørreundersøkelsen understreket betydningen av mer undervisning om temaet i helsesøsterutdanningene.

TILLIT KAN SVEKKES

Mange helsesøstre svarte at det er viktig å ha et godt forhold til familien basert på samarbeid og tillit og syntes det var vanskelig å ta opp temaet vold uten at denne tilliten ble svekket. Det kan se ut som om helsesøster opplever det som et dilemma, og at de ikke ønsker at helsestasjonen skal bli et «kontrollstasjon». Sykepleierne ønsker ikke å ødelegge relasjonen til familien og usikkerhet omkring situasjoner gjorde at de lot vær å kartlegge nærmere. Studier har vist at helsepersonell er redd for konsekvensene av avdekking og melding av barnevernssaker (16).

Flere enn halvparten av helsesøstrene i undersøkelsen

Tabell 1. Andel helsesøstre i de ulike erfaringskategoriene og om de spør foreldre om fysisk vold. (N=72)

| Spør du foreldrene: | Erfaring < 5 år | Erfaring 5–10 år | Erfaring >10 år | Totalt n (%) |
|---------------------|-----------------|------------------|-----------------|--------------|
| Aldri | 1 (6) | 1 (6) | 4 (11) | 6 (8) |
| Bare ved mistanke | 15 (88) | 16 (89) | 23 (62) | 54 (75) |
| Annet | 1 (6) | 1 (5) | 10 (27) | 12 (17) |
| Totalt | 17 (100) | 18 (100) | 37 (100) | 72 (100) |

Tabell 2. Forslag fra helsesøstre som svarte «annet» under hvilken konsultasjon det var viktig å spørre om fysisk vold. (n=40).

| Forslag til når helsesøstre bør spørre | Antall |
|--|--------|
| Regelmessig | 12 |
| 2–4 års konsultasjon | 11 |
| Ved mistanke | 8 |
| 1 års konsultasjon | 8 |
| Hjemmebesøk | 7 |
| 18 mnd. konsultasjon | 5 |
| 6 ukers konsultasjon | 3 |
| 6–9 mnd. konsultasjon | 3 |

Noen av informantene krysset av for mer enn ett forslag til når helsesøster bør spørre om fysisk vold.

Tabell 3. Faktorer som må være tilstede for å avdekke fysisk vold. (N=72)

| | Antall (%) |
|---|------------|
| At helsesøster har tilstrekkelig kunnskap om tegn på at barnet utsettes for fysisk vold | 50 (70) |
| At helsesøster har gode kommunikasjonsferdigheter | 46 (65) |
| At hun har opparbeidet tillit hos foreldrene | 43 (61) |
| At hun er trygg i helsesøsterrollen | 42 (59) |
| At helsesøster har erfaring med å stille spørsmål om vold | 38 (54) |
| At hun har tilstrekkelig med tid | 35 (49) |
| Annet | 4 (6) |

Informantene hadde mulighet til å krysse av på flere svaralternativer.

Tabell 4. Hva helsesøstrene ønsket mer kunnskap om (n=48)

| Kunnskapsbehov | Antall |
|-----------------------------------|--------|
| Kommunikasjonsferdigheter | 25 |
| Generell kunnskap | 16 |
| Kunnskap om tegn på fysisk vold | 10 |
| Kunnskap om oppdragervold | 2 |
| Kunnskap om loven og melderutiner | 1 |

Informantene hadde mulighet til å krysse av på flere svaralternativer.

mente at fysisk vold mot barn kan avdekkes gjennom systematisk kartlegging, og flere enn tre firedeler mente det burde inngå i det anbefalte helsestasjonsprogrammet. Slik kan det virke som at helsesøstrene er positive til at det implementeres. Om ikke annet blir de «tvunget» til å spørre.

«Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» ble erstattet av «Nasjonalt faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom» (7). Kapittel om helsestasjon 0–5 år ble publisert 9. februar 2017, og retningslinjen ble oppdatert i august 2018.

Selv om denne studien ble foretatt før den faglige retningslinjen kom, der vold og overgrep ble et tema i ny retningslinje, har helsepersonell alltid vært omfattet av lov om helsepersonell (9). Der står det at helsepersonell uten hinder av taushetsplikt, og på eget initiativ, umiddelbart

«Helsesøstrene svarte at det er viktig med gode kommunikasjonsferdigheter og erfaring med å stille spørsmål om fysisk vold.»

skal melde fra til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. At vold og overgrep har blitt et tema i ny faglig retningslinje har forsterket plikten helsesøstre har til å melde ifra til barnevernet, og man kan anta at en tydeliggjøring i retningslinjene kan ha påvirket helsesøsters praksis.

I undersøkelsen kom det frem behov for kunnskap om tidlige symptomer og tegn og kunnskap om hvordan de skal kommunisere om temaet. I tillegg har Landsgruppen av helsesøstre utarbeidet eget materiell som skal benyttes for å forebygge, avdekke og avverge vold på helsestasjonen. Materialet kan brukes i samtale med foreldre og består av en animasjonsfilm og et veiledningshefte for helsesøstre. Det er anbefalt at materialet benyttes på hjemmebesøk, i barselgruppe og/eller på seksuerskontrollen. Helseledelse støtter filmen, og materialet er utarbeidet slik at helsesøstre med sin kompetanse kan ta det i bruk uten opplæring.

KONKLUSJON

Det kom frem i denne undersøkelsen at helsesøstre på helsestasjon ikke spør rutinemessig om foreldre utøver vold mot barn. Derimot spørres det ofte ved mistanke, og da indirekte ved at helsesøster spør om grensesetting og sinnekontroll. Mer kunnskap og kompetanse om fysiske overgrep mot barn, symptomer og tegn var et ønske fra de aller fleste helsesøstre.

En stor andel mente også at det burde inngå i helsestasjonsprogrammet slik at man måtte spørre. Behov for kunnskap om hvordan det skal kommuniseres omkring temaet, var også en viktig tilbakemelding fra

helsesøstrene i studien. Opparbeidet tillit til familier ble nevnt som en viktig barriere for å avdekke vold, mens nok tid ikke var den avgjørende grunnen til at helsesøstre ikke spurte. I dag er temaet vold og overgrep inkludert i helsestasjonsprogrammet, og det er utarbeidet materiell som helsesøster kan benytte i møte med familier. Dette kan både ha forsterket og hjulpet helsesøstre til å identifisere utsatte barn.

REFERANSER

1. Dorahy MJ, Middleton W, Seager L, Williams M, Chambers R. Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. *J Trauma Dis Soc.* 2016;17(2):223–36.
2. Kruse AE, Bergmann S. «Jeg kan jo ikke kalle det noe annet enn vold ...» En forskningsoversikt og en intervjustudie om mødres vold mot barn. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2014. Rapport 4/2014. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/rapport/jeg-kan-jo-ikke-kalle-det-noe-annet-enn-vold-en-forskningsoversikt-og-en-intervjustudie-om-modres-vold-mot-barn/> (nedlastet 16.10.18).
3. Thoresen S, Myhre M, Wentzel-Larsen T, Aakvaag HF, Hjemdal OK. Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *Eur J Psychotraumatol.* 2015 januar; 13(6):26259.
4. Halvorsen S, Killén K, Grøgaard J. Why do we overlook child abuse? *Tidsskr Nor Legeforen.* 2013;133:16–7.
5. Meld. St. 15 (2012–2013). Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/> (nedlastet 16.10.2018).
6. Lov av 1. januar 2012 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
7. Helseledelse. Nasjonalt faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helseledelse; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helseledelse.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 27.11.18).
8. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Meldinger til barnevernet. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekyringsmeldinger (nedlastet 27.11.18).
9. Lov 2. juni 1999 nr. 64 lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999.
10. Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR, Asnes A, Bechtel K. Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2015 november; 66(5):447–54.
11. Pietrantonio AM, Wright E, Gibson KN, Alldred T, Jacobson D, Niec A. Mandatory reporting of child abuse and neglect: crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse Negl.* 2013; 37(2–3):102–9.
12. Lov 1. januar 1982 nr. 7 om barn og foreldre (barneleva). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet; 1982.
13. Ude S. Derfor spør jeg foreldrene. *Aftenposten* 3. september 2014.
14. Laherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatr Ann.* 2005 mai;34(5):349–56.
15. Alvarez KM, Kenny BD, Carpin KM. Why are professionals failing to report mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggression and Violent Behavior.* 2004; 9:653–578.
16. Schols MW, de Ruitter C, Öry FG. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health.* 2013 september;13:807.
17. Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *Int J Nurs Stud.* 2010 februar; 47(2):146–53.
18. Flaherty EG, Sege R, Binns HJ, Mattson CL, Christoffel KK. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. *Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000 mai;154(5):489–93.
19. Lagerberg D. A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child Abuse Negl.* 2001 desember;25 (12):1583–601.
20. MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS, et al. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: A randomised controlled trial. *Lancet.* 2005 mai;365(9473):1786–93.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Lunixen®

Bedre søvn - hele natten!

Lunixen® 500 mg (valerianarot) er et reseptfritt legemiddel som forbedrer søvnkvaliteten og søvnlengden. Legemidlet har klinisk dokumentert effekt på søvnproblemer, som urolig søvn eller for tidlige oppvåkninger. Brukes daglig for optimal effekt. Det er ingen påvist avhengighet ved bruk.



- ✓ Bedrer søvnkvalitet
- ✓ Forbedrer søvnlengde
- ✓ Ingen avhengighet påvist

✚ Fås reseptfritt på apoteket

Ta 1 tablett 1/2 til 1 time før leggetid.

Dersom symptomene forverres eller ikke blir bedre etter 2 ukers daglig bruk, bør lege kontaktes.

Lunixen anbefales ikke til gravide eller ammende. For barn under 12 år kun i samråd med lege.

F. Hypnotika og sedativa - farmakoterapeutisk gruppe

TABLETTER, filmdrasjerte 500 mg: Reseptfritt. Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av valerianarot (*Valeriana officinalis* L.) 500 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk for å lindre mild uro og søvnforstyrrelser. **Dosering:** For lindring av søvnforstyrrelser: 1 tablett ½-1 time før leggetid. Ved behov tas også 1 tablett tidligere på kvelden. Lindring av mild uro: 1 tablett opptil 3 ganger daglig. Maks. daglig dose er 4 tabletter. **Administrering:** Daglig bruk over tid anbefales, det kan ta 2-4 uker før optimal behandlingseffekt oppnås. Lege/apotek kontaktes hvis symptomene vedvarer eller forverres etter 2 uker med kontinuerlig bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Interaksjoner:** Ingen rapportert. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Graviditet, amming og fertilitet:** Anbefales ikke under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Kontraindisert under amming. Fertilitet: Ingen kliniske data. **Bivirkninger:** Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Magetarmsymptomer (feks. kvalme, magekramp) kan oppstå etter inntak av valerianarot. Lege/apotek bør kontaktes ved andre bivirkninger. **Egenskaper:** Valerianarot i anbefalt dose forbedrer søvnlengde og søvnkvalitet. **Pakninger:** 28 stk. avlange tabletter (blister). Basert på SPC sist endret: 14.11.2018

ATC-nr.: NO5C M09

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Elisabeth Holm Hansen

Førsteamanuensis, Fakultet for helse-
og sosialvitenskap, Universitetet
i Sørøst-Norge, Porsgrunn

Mange helsesykepleiere synes det er vanskelig å snakke om temaet vold og om hvordan vi skal håndtere situasjoner der vi avdekker vold. Det har lenge vært en oppfatning blant mange helsesykepleiere at kravet om å ta opp temaet vold i samtaler med foreldre er i konflikt med arbeidet for å bygge gode relasjoner med foreldre på helsestasjonen.

LIKEVERDIGHET OG ÅPENHET

Kunnskap og kompetanse om vold og overgrep mot barn er avgjørende for å kunne ta opp temaet. Men helsesykepleiere bør ha tenkt gjennom eller trent på hvordan de kommuniserer med foreldre om dette temaet. Flere helsesykepleiere jeg har snakket med, sier de har prøvd ulike tilnærminger og fått erfaring med hva som fungerer, og hva som ikke er gunstig.

Gode relasjoner mellom helsesykepleier, foreldre og barn preges som regel av likeverdighet og åpenhet. Når temaet vold kommer på banen, må helsesykepleieren være trygg

«Helsesykepleiere bør ha tenkt gjennom eller trent på hvordan de kommuniserer med foreldre om vold og overgrep.»

på egen kunnskap og hvordan denne formidles.

BEDRE RUSTET

Jeg jobber nå med en metode for ferdsighetstrening med evaluering. Den er under utvikling ved USN, til bruk for fremtidige helsesykepleierstudenter.

Jeg håper den kan gjøre studentene bedre rustet til å møte utfordringer i praksis. Skal en helsesykepleier samtale om vanskelige temaer, kreves det både kunnskap og trening. ●

FAGGRUPPENE



NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (NSF-SPoR)

NSF-SPoR er en faggruppe for alle sykepleiere innen psykisk helse- og rus-feltet, eller som har interesse for fagfeltet. Mange av våre medlemmer har videreutdanning innen psykiatrisk sykepleie / psykisk helse eller rus og avhengighet samt master og forskningskompetanse.

Faggruppen er en møteplass for fag- og kunnskapsutvikling. Arbeidet er viktig for fagets identitet og bidrar til anvendelse og formidling av forskning og erfaring.

Medlemmene utgjør et landsomfattende nettverk av kompetanse.

Faggruppen har i dag om lag 1600 medlemmer.

NSF-SPoR er organisert i NSF med landsstyre, leder, nestleder, sekretær, kasserer og styremedlemmer. Generalforsam-

ling avholdes hvert annet år som organisasjonens øverste besluttsende organ. De fleste fylker har eget lokallag med styre og lokale aktiviteter.

Oversikt over lokalgruppelederne finnes på hjemmesiden nsfspor.no.

Vårt formål er å utvikle og øke kompetansen innen psykisk helse- og rus-feltet, slik at vi til enhver tid kan yte den sykepleien befolkningen har behov for.

Våre medlemsfordeler er blant annet digitale nyhetsbrev, Facebook-side med høy aktivitet og lokale faggrupper med konferanser og faglige møteplasser. Vi deler også ut flere stipender og tilbyr årlige skrivekurs. Du får rabatt på arrangementer i faggruppens regi og mulighet til å påvirke og bidra innen fagfeltet.

Konferanser: Årlig nasjonal psykisk helse- og rus-konferanse. Temakonferanse om rus og helse hvert annet år og mørketidskonferanse: eldre, psykisk helse og rus hvert annet år.

Internasjonalt samarbeid: NSF-SPoR er medlem i PSSN Nordisk samarbeid og Horatio, EU-nettverk for psykiatriske sykepleiere.

Du kan bli medlem i NSF-SPoR ved å sende en SMS med kodeordet SPOR til 02409. Medlemskap koster 450 kroner per år. Gratis for bachelorstudenter.

Mer informasjon på NSF-SPoRs hjemmeside: nsfspor.no.

Følg oss gjerne på Facebook, søk på SPoR (NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus).

ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**TM



«Et bilde sier mer enn tusen ord». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldeskjermene og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70
info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no
www.silentia.no



HOVEDBUDSKAP

Det norske samfunnet blir mer og mer flerkulturelt, og forskjellige kulturer har ulike måter å uttrykke smerte på.

Når helsepersonell har god kjennskap til pasientens kulturelle og religiøse bakgrunn, vil de lettere kunne forstå smerteuttrykket og dermed også gi bedre smertebehandling.

NØKKELOD:

- Smerte ► Kultur
- Religion

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76013

Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk

En sherpa fra Himalaya kan uttrykke smerte annerledes enn en bonde fra Valdres. Derfor må helsepersonell tilpasse smertebehandlingen til kultur og religion.

Vår kulturelle bakgrunn påvirker måten vi uttrykker smerte på. Vårt kulturelle opphav legger føringer for hvordan vi kommuniserer vår egen smerteopplevelse til andre. Normer, tradisjoner og verdensbilde påvirker hvordan den enkelte av oss oppfatter smerten som fenomen.

Som helseansatte møter vi et mangfold av uttrykk knyttet til det å kjenne smerte. Mye av dette er individuelt, men en bevisstgjøring av at smerteuttrykket også er et kulturuttrykk, vil redusere risikoen for å gi en dårlig pasient- og smertebehandling.

KULTUR OG SMERTE

Fysisk smerte oppleves tilnærmet identisk uavhengig av etnisitet (1). Likevel er det stor forskjell i forestillinger, oppførsel og holdninger når det gjelder å tolke smertesymptomer og ikke minst uttrykke selve smerten (2). Jo større den kulturelle forskjellen er, jo større sjanse er det for at pasientens oppførsel oppfattes som unormal (3).

Smerten defineres av det individet som kjenner den. Smerte er beskrevet som en kulturelt definert fysiologisk og psykologisk erfaring (4). Vår kulturelle bakgrunn er altså med på å påvirke våre tanker og følelser, våre relasjoner, vårt verdensbilde og vår tolkning og forståelse av oss selv.

Kulturen definerer normer og verdier. Kulturen styrer våre forventninger til og aksept av hva som er rett atferd, og hva som gir mening. Uten et visst innblikk i dette øker risikoen for

FORFATTER



Alf Kristian Bjørkli
Sykehusprest og godkjent spesialist som prest i helsevesenet, Sykehuset Østfold

å feiltolke signaler betraktelig. Den behandlingsmessige kvaliteten, slik pasienten opplever den, vil kunne reduseres tilsvarende (5).

MØTET MED HELSEVESENET

Med økt innvandring til Norge og en tiltakende globalisering er kulturell

bakgrunn i møte med helsevesenet høyst aktuelt. I 2018 fantes det rundt 500 000 innbyggere i Norge med bakgrunn fra ikke-vestlige land. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå antyder en dobling av dette tallet innen 2040 (6).

Pasienter som i dag møter norsk helsevesen, har derfor en langt mer variert kulturell og religiøs bakgrunn enn tidligere.

«Fysisk smerte oppleves tilnærmet identisk uavhengig av etnisitet.»

Dette påvirker igjen den allmenne forståelsen av hva sykdom er, hva som forårsaker sykdom, og hva som helbreder. Disse faktorene er med på å bestemme måten vi uttrykker angst og smerte på. I tillegg kommer selvsagt individuelle faktorer helt uavhengig av kulturell bakgrunn.

ULIKE NORMER OG VERDIER

Denne utviklingen fører til betydelige utfordringer når det gjelder kommunikasjon, sykdomsforståelse og medisinsk behandling. Noen av disse utfordringene oppstår på bakgrunn av en grunnleggende form for motstand i majoritetsbefolkningen.



BEDRE SMERTEBEHANDLING: Stadig flere i Norge har bakgrunn fra andre kulturer, både pasienter og ansatte. Derfor må helsepersonell lære mer om hvordan religion og kultur kan innvirke på pasientens smerteuttrykk. Bildet er fra Sykehuset Telemark i Skien. Illustrasjonsfoto: Samfoto / Roger Hardy / NTB Scanpix

I den «vestlige kulturen» har det således utviklet seg et fast sett av forventninger som definerer hva som er normalt, og hvilke normer og verdier som gjelder når man er syk og har vondt. Helsesosiologen Talcott Parsons beskrev dette allerede i 1951 som «sykerollen» (7).

I dette settet av normer og verdier finnes det blant annet en forventning om at pasienter kommuniserer smerter og symptomer på en måte som er tilpasset det helsearbeiderne anser som passende og forståelig. Samforståelsen av smerteuttrykk mellom pasienten, sykepleieren og legen gir i så måte mange utfordringer. For hva anses egentlig som passende i Manila? Og hva oppfattes som akseptert og forståelig i Mogadishu?

«ETNISKE SMERTER»

Studier viser at helsearbeidere ofte vurderer pasientens smerte som svakere enn pasientens egne, subjektive vurdering. Manglende samsvar mellom helsearbeiderens og pasientens smertevurdering øker jo sterkere den opplevde smerten er (8).

Med dette som bakgrunn hevder den danske legen Stine Lund at begrepet «etniske smerter» brukes i stor utstrekning på danske sykehus. Det benyttes om mennesker fra andre kulturer som gir uttrykk for å ha sterke smerter.

I denne sammenhengen brukes formuleringen «etnisk smerte» til å antyde at pasienten overdriver, og at det egentlig ikke feiler ham eller henne noe alvorlig. Denne tilnærmingen er naturligvis ikke akseptabel og kan bidra til alvorlig feilbehandling (9).

ULIK RAPPORTERING

Pasienter med en sterk religiøs tro, og som har lagt sin skjebne

i for eksempel Guds eller Allahs hender, kan synes det er vanskelig å klage på smerter eller annet ubehag. For noen kan det å klage på smerte assosieres med å ikke ha tillit til troen. En slik opplevelse av eksistensiell usikkerhet vil for enkelte være så truende at den kan overgå selve smerteopplevelsen. Smerten vil dermed ofte underrapporteres (10).

Videre viser en studie blant 3000 somaliske innvandrerkvinner i Michigan i USA at sterke, verbale smerteuttrykk etter en operasjon kommuniserte den totale, opplevde livssituasjonen like mye som smerten i seg selv. Kvinnene beskrev mye angst, usikkerhet og uro knyttet til selve innleggelsen. De forbandt ofte operasjoner med død.

«Pasienter som i dag møter norsk helsevesen, har en langt mer variert kulturell og religiøs bakgrunn enn tidligere.»

Likevel viste undersøkelsen at trusselen knyttet til relasjon og rolle, forpliktelser, tradisjonelle kjønnsmønstre og identitet var verre enn selve smerten. For hvem er jeg når jeg blir syk? Det som hadde størst positiv innvirkning på smerteopplevelsen etter utskrivning, var derfor å kjenne støtte og aksept fra egen familie og å få tre inn i tidligere kjente roller.

God oppfølging fra helsevesenet hadde mindre å si for egen mestringfølelse (11). I slike situasjoner vil smerten kunne overrapporteres av pasienten og mistolkes av den

helseansatte. Den risikerer både å bli overbehandlet ut fra det sterke uttrykket for smerte og å bli underbehandlet ut fra stempelet «etnisk smerte».

SMERTEOPPDRADELSE

Studier viser at det ikke finnes statistisk betydningsfulle forskjeller i den totale smerteopplevelsen mellom etniske grupper (12). Et ankelbrudd kjennes like vondt ut for en sherpa i Himalaya som for en bonde i Valdres. Når selve uttrykkene likevel varierer i så sterk grad, må vi lete andre steder enn i fysiologien, kjemien og biologien. Det hevdes derfor at smerteuttrykk primært læres gjennom imitasjon av atferd hos nærstående (12).

Smerteuttrykk læres også ved at visse typer atferd belønnes (13). Slik sett har alle sivilisasjoner sine egne normer for oppdragelse, også når det gjelder å uttrykke smerte. Mye tas derfor for gitt i egen kultur og oppfattes som naturlig og samfunnsmessig nyttig. Smerteoppdragelsen avspeiler dette. Den innlærte atferden gir en form for trygghet både for den som kjenner smerten, og for dem som står rundt. Hele situasjonen er gjenkjennelig.

I Norden manifesterer dette seg ofte ved at barn helst oppdras til ikke å vise smerte. Det er ikke alltid vi er oss dette bevisst, men barn som ikke skriker, har tradisjonelt blitt belønnet både verbalt og materielt. De får kanskje en liten leke eller et klistremerke ved lege- og tannlegebesøk.

Språket understøtter den samme holdningen: «Store gutter gråter ikke» eller «Så flink du er som ikke skriker». Videre belønnes det såkalte sterke kjønn hvis man viser minst mulig følelser som gråt, smerte og redsel.

TAUSE OM SMERTE

På en gravstein utenfor Østre Fredrikstad kirke er idealet bokstavelig talt meislet inn:

«Herunder hvile de jordiske levninger af herr borgemester Peter Garde, en utrættelig, arbeidsom embedsmann, en taus og troefast ven, som efter 21 aars kjærligt egteskab med Anne Cathrine Fahne, i sitt 70de aars deels møysommelige vandring her nedlagde de trætte lemmer til hvile. Den 25de april 1804. Fred være med hans støv.»

Tausheten, som på denne tiden var et ideal, ble holdt frem som noe edelt og forbilledlig, til tross for hans til dels «møysommelige vandring». Videre vet vi at krigsseilernes selvpålagte taushet etter torpedering og andre traumer ble sett på som en god, forventet og ærbar oppførsel.

Når skandinaver møter andre og sterkere måter å uttrykke smerte på, kjenner derfor mange på usikkerhet. Høylytte uttrykk kan oppleves som «overdrevne», «upassende» eller «unormale» (3). Atferden kommer i konflikt med tradisjonell norsk smerteoppdragelse.

RÅD OG MULIGE TILTAK

I alle kulturer er smerte ønsket og truende for den menneskelige tilværelsen. Derfor har det gjennom tidene vokst frem forskjellige strategier for å mestre, uttrykke og kontrollere smerten og annet ubehag.

Når stadig flere i Norge har bakgrunn fra andre kulturer, og så i personalgruppen, står helseansatte overfor en rekke utfordringer. Hvis helsearbeidere neglisjerer dette, kan smertebehandlingen bli dårligere, og vi risikerer å påføre pasienten mer lidelse.

Innenfor flere profesjonsutdanninger må derfor både grunn- og videreutdanningen inneholde elementer fra blant annet tverrkulturell kommunikasjon og kulturforståelse. Videre bør fagmiljøer og enkeltpersoner tillate seg å spørre mer direkte i møter med det som kan oppleves fremmed og ukjent.

«Et ankelbrudd kjennes like vondt ut for en sherpa i Himalaya som for en bonde i Valdres.»

Det er lov ikke å vite. Å unndra seg ny kunnskap er derimot ignorant og fordømmende. Positiv nysgjerrighet vil sjelden oppfattes negativt av den som blir spurt.

Helseansatte må ha klare forventninger om å skulle tilstrebe en lyttende og ikke-dømmende holdning i møte med det som kan kjennes fremmed. Menneskets iboende verdighet skal alltid legges til grunn i møter med andre. En slik holdning må være faglig og etisk integrert hos enhver helseansatt.

Denne måten å møte pasienter på må også inkludere situasjoner der den andre har bakgrunn fra en annerledes kultur og dermed kan ha måter å uttrykke sin smerte på som kan avvike fra «den norske normen».

REFERANSER

1. Free MM. Cross-cultural conceptions of pain and pain control. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2002;15(2):143–5.
2. Jarrett C. Ouch! The different ways people experience pain. *The Psychologist*. 2011;24:416–20. Tilgjengelig fra: <https://the-psychologist.bps.org.uk/volume-24/edition-6/ouch-different-ways-people-experience-pain> (nedlastet 18.02.2019).
3. Sundquist J. Ethnicity as a risk factor for consultations in primary health care and out-patient care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1993;11(3):169–73.
4. McCaffery M, Pasero C. Pain: clinical manual. *Journal of Clinical Nursing*. St. Louis: Mosby Publisher; 1999.
5. Richardson G. Pain expression in different cultures. A qualitative study of the analysis for the cues of pain in different cultures. (Bacheloroppgave i sykepleie.) Vasa; 2012. s. 48.
6. Statistisk sentralbyrå. Tabell 11667 i Framskrevet folkemengde, etter kjønn, alder, innvandringskategori og landbakgrunn, i 15 alternativer 2018–2100. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11667> (nedlastet 19.02.2019).
7. Parsons T. *Toward a general theory of action*. Harvard University Press; 1951.
8. Sloman SA, Lagnado D. The problem of induction. I: Holyoak KJ, Morrison RG, red. *Cambridge Handbook of Thinking & Reasoning*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. s. 95–116.
9. Lund S. Fra Hvidovre til Zanzibar, det personlige lægeløfte. *Ugeskrift for læger*. 2006; 168(18).
10. Fra egne samtaler med smerteutsatte kreftpasienter.
11. Ness SM. Pain expression in the perioperative period: insights from a focus group of Somali women. *Pain Manag Nurse*. 2009;10(2):65–75.
12. Callister LC. Cultural influences on pain perceptions and behaviors. *Home Health Care Management & Practice*. 2003;15(3):207–11.
13. Helman CG. *Culture, health and illness*. 5. utg. London: Hodder Arnold Publication; 2007.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Alf Kristian Bjørkli

Sykehusprest og godkjent spesialist som prest
i helsevesenet, Sykehuset Østfold

Jeg har skrevet denne artikkelen fordi jeg har sett utfordringene vi alle strever med når det gjelder pleie og behandling av pasienter med en annen kulturell bakgrunn.

Det finnes mange fordommer. Manglende kunnskap innen flerkulturell kommunikasjon kan føre til dårligere pasientbehandling, i verste fall også til feilbehandling.

VÆR NYSGJERRIG!

Artikkelen min handler om at det er viktig at sykepleiere viser en åpen holdning om kultur og livssyn. Det er lov ikke å vite, og det er lov å spørre. At noe er fremmed, betyr ikke at det er

rart, uforståelig eller ulogisk. Vær vennlig, åpen og nysgjerrig!

Jeg er opptatt av at alle pasienter, uavhengig av kjønn, legning, status eller kulturell eller religiøs bakgrunn, blir behand-

«Det er lov ikke å vite.»

let med åpenhet og respekt for hvem de er.

Alle har sin historie. Noen ganger er denne forståelig bare for det mennesket som har opplevd den. Noen ganger ikke da heller. Som helseansatte har vi et felles ansvar for å ivareta alle etter beste evne. ●



FORSKJELLER: Førstespråklige brukte ti ulike ord relatert til observasjon av bandasje, mens andrespråklige kun brukte én beskrivelse. Illustrasjon: Monica Hilsen

FORFATTERE

Lasse Morten Johannesen

Førstelektor, Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo

Ragnhild Hellelø

Professor, Avdeling for sykeleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

NØKKELOD

- Kvalitet
- Førstespråklige
- Andrespråklige
- Minoritetsspråklige
- Språk
- Journalføring
- Språklig repertoar

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykeleiefn.2019.76342

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Det har vært økende arbeidsvandring av sykepleiere over landegrensene de siste tiårene. Det er et lederansvar å sikre at ansatte har nødvendige språklige ferdigheter. Vi har ikke identifisert studier som sammenlikner pasientjournaler skrevet av førstespråklige sykepleiere og andrespråklige sykepleiere.

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske forskjeller og likheter i omfang og språklig presisjon mellom første- og andrespråklige sykepleieres vaktskif-terapporter.

Metode: Vi brukte et utforskende design for å vurdere 113 vaktskifterapporter, der 57 var skrevet av 17 sykepleiere med norsk som førstespråk, og 56 var skrevet av 17 sykepleiere med et annet førstespråk.

Resultat: De førstespråklige sykepleierne journalførte hovedsakelig mer enn andrespråklige. Andrespråklige journalførte imidlertid nesten like mye når det gjaldt tallstørrelser, og mer når det gjaldt informasjon om familie og pårørende. Funnene avdekket at de andrespråklige hadde et mindre repertoar og lavere språklig presisjon.

Konklusjon: Første- og andrespråklige sykepleiere journalfører nesten like mye tallrelatert informasjon, men i det språklige repertoaret og registeret er det klare forskjeller mellom gruppene. De førstespråklige sykepleierne bruker et større og mer nyansert repertoar enn andrespråklige sykepleiere. Studien gir ikke grunnlag for å trekke slutninger om at førstespråklige sykepleiere har feilfri journalføring, men den kan bidra til å iverksette tiltak som kan lette journalføringen for en sykepleiergruppe som er økende, og som Norge har bruk for.

Første- og andrespråklige sykepleiere har ulik journalføring

Sykepleiere med norsk som førstespråk bruker et større og mer nyansert repertoar i vaktskifterapportene enn andrespråklige. Men de journalfører tallinformasjon nesten likt.

I denne artikkelen setter vi søkelyset på journalføring utført av sykepleiere med norsk som førstespråk og sykepleiere med norsk som andrespråk. Sykepleiere må bruke et klart og tydelig språk i journalføringen for å unngå misforståelser og feil. Sykepleiere med utdanning fra andre land enn Norge og andrespråklige sykepleierstudenter kan ha språkutfordringer både under utdanningen og i yrkeslivet (1, 2).

Studenter som tar utdanning i et land der de må bruke andrespråket i utdanningen, opplever ofte at overgangen fra videregående skole til for eksempel et sykepleiestudium er språklig krevende (1). Andrespråklige sykepleiere kan ha opplevd at de har utfordringer med å samhandle med pasienter og medarbeidere, og at de kan ha ulik forståelse av rollen som sykepleier (2).

Studier av journalføring

Generelt viser studier der det ikke skiller mellom første- og andrespråklige sykepleiere, at kvaliteten på journalføringen er av varierende grad (3–5), og at sykepleierne synes det er utfordrende å formulere sykepleieplaner (6). Journalkvaliteten kan bli svekket på grunn av et fragmentert språk (7), og journalene kan være ufullstendige med blant annet fraværende informasjon om effekten av sykepleie-tiltak (8).

En studie fra et tysk universitetssykehus (9) påviste til dels store mangler i pasientjournalene. De avdekket manglende samsvar mellom det som ble sagt under muntlig rapport, og det

som var dokumentert i journalen, og at det var feil i viktig informasjon, eller at den manglet helt.

Fordeler og ulemper for andrespråklige

Det kan være språklige, faglige og kulturelt relaterte utfordringer for internasjonale sykepleiere og for andrespråklige sykepleierstudenter som tar utdanning i et annet land. Kanadiske studier viser

betydning for språklig tilpasning hvordan sykepleieren ser på seg selv, og hvor forberedt han eller hun er før vedkommende begynner å arbeide i et annet land. Deres måte å kommunisere på påvirker forventningene pasienter og annet helsepersonell har til den utenlandske sykepleieren.

Publikasjoner som påviser problemer knyttet til kommunikasjon med fremmedspråklige sykepleiere, bruker begrepet «språk» tilsynelatende bare i forbindelse med muntlig kommunikasjon (2, 13). Skriftlig dokumentasjon tas ikke opp, selv om den har en juridisk verdi som mangler ved muntlig kommunikasjon (14).

Hensikten med studien

I vår artikkel fokuserer vi på ferdigutdannede sykepleiere som har lagt bak seg fagutdanningen, og som oppfyller språkravene. Vi har ikke funnet studier som har undersøkt språklige likheter og forskjeller mellom førstespråklige og andrespråklige sykepleieres journalføring, verken i Norge eller internasjonalt.

Fravær av slike studier er overraskende når det i enkelte land er en relativt stor andel av sykepleiere som ikke har landets offisielle språk som sitt morsmål. Det er nå vel 10 prosent av over hundre tusen sykepleiere, jordmødre og helse-sykepleiere i Norge som ikke kommer fra Norge opprinnelig (15).

Tilstrekkelig, relevant, presist og forståelig språkrepertoar, der pasientens egne synspunkter inkluderes, er nødvendig for å sikre kvalitet og kontinuitet (16). Hensikten med pilotstudien vår var å utforske forskjeller og likheter i omfang og språklig presisjon mellom

«Det er nå vel 10 prosent av over hundre tusen sykepleiere, jordmødre og helse-sykepleiere i Norge som ikke kommer fra Norge opprinnelig.»

at internasjonalt utdannede sykepleiere møter utfordringer med å takle engelsk som et akademisk språk når de tar etterutdanning, og når de møter uventede formelle krav (10).

Ulike faktorer kan sammen eller alene ha en positiv innvirkning på sykepleieres integrasjon og yrkesutøvelse. Blant annet trekkes økonomiske ressurser, generelle språkferdigheter og yrkesrelaterte språkferdigheter frem (11).

En australsk studie (12) viser at målbevisst økt interaksjon med erfarne sykepleiere og pasienter bidrar til å forbedre andrespråklige sykepleieres ferdigheter i kommunikasjon og samhandling med pasienter og andre sykepleiere. Studien fremhever at det har

første- og andrespråklige sykepleieres vaktskifterapporter.

METODE

Vi brukte en utforskende tilnærming for å undersøke sykepleiernes språklige ferdigheter. Vi identifiserte deres språklige register og grammatikalske uttrykk.

Setting og utvalg

Vaktskifterapporter skal bidra til å sikre kontinuitet og samhandling rundt pasienten (4, 14). Avdelingssykepleiere ved fire avdelinger samlet inn skriftlige, anonymiserte rapporter fra dagvakter på et større sykehus på Østlandet. Rapporter fra dagvakter er vanligvis mer omfattende enn rapporter fra nattevakter og kveldsvakter.

I sykehusets elektroniske dokumentasjonssystem benevnes vaktskifterapporter som «Notat/evaluering», heretter kalt rapporter. Inklusjonskriteriene var at sykepleierne skulle ha norsk som førstespråk eller ha norsk som andrespråk. De skulle være fast ansatte uten videreutdanning, og de kunne ikke ha et skandinavisk morsmål.

Lederne samlet også inn informasjon om hvor lenge de hadde vært ansatt som sykepleiere i Norge, og hvor de hadde tatt sin avsluttende sykepleiereksamen.

Datainnsamling

En i sykehusledelsen kontaktet fem klinikkledere og ba om tillatelse til å gjennomføre studien. Fire samtykket i å delta med hver sin avdeling og sørget for en kontaktperson for den enkelte avdelingen. Kontaktpersonene mottok ytterligere skriftlig og muntlig informasjon om prosjektets hensikt og fremgangsmåte fra førsteforfatteren.

Kontaktpersonene innhentet skriftlig samtykke fra sykepleierne til at rapporter de hadde skrevet, kunne samles inn og brukes i prosjektet. Før de samtykket, hadde de fått skriftlig informasjon om prosjektets hensikt, og om hvordan resultatene skulle brukes. Avdelingssykepleieren for hver enkelt avdeling anonymiserte personer og pasientidentifiserende informasjon.

Vi samlet inn rapportene fra avdelingene mellom juni 2015 og januar

2016. Det var et mål at ingen rapporter skulle være fra perioder der det gjerne forekommer flere vikarer eller dobbeltvakter, som jul, påske og sommerferie. Vi valgte samme vakt og utelot bestemte perioder for å unngå skjevheter mellom de to sykepleiergruppene.

I alt samlet vi inn 129 rapporter skrevet av 20 førstespråklige og 20 andrespråklige sykepleiere. Materialet vi fikk fra avdelingssykepleierne, viste seg også å inneholde rapporter fra kvelds- og nattevakter. Disse rapportene ble tatt

«De andrespråklige har lavere språklig presisjon med færre nyanser.»

ut av materialet, som til slutt besto av rapporter skrevet av 17 første- og 17 andrespråklige sykepleiere, representert med henholdsvis 57 og 56 rapporter.

Ti av de andrespråklige hadde sykepleierutdanning fra Norge, mens de øvrige sju var utdannet i utlandet. Flertallet av de førstespråklige hadde arbeidet fra ett til tre år som sykepleiere. Arbeids erfaringen for de andrespråklige var i gjennomsnitt lengre. Flertallet hadde arbeidet i fast stilling fra to til femten år.

Av hensyn til anonymisering presenterer vi ikke resultatene på avdelingsnivå og utdanningssted, det vil si hvorvidt utdanningsstedet er innenfor eller utenfor Norge.

Analyse

Vi gjorde først en analyse for å identifisere kategorier på tvers av tolv funksjonsområder som det var forventet at sykepleierne skulle bruke i rapportene:

- kommunikasjon og sanser
- kunnskap, utvikling eller psykiske helseutfordringer
- åndedrett og sirkulasjon
- ernæring, væske- og elektrolyttbalanse
- eliminasjon
- hud, vev og sår
- aktivitets- og funksjonsstatus
- smerte, søvn, hvile og velvære

- seksualitet og reproduksjon
- sosiale behov
- åndelig, kulturelt behov og livsstilsutfordringer
- annet, legedelegerte aktiviteter og observasjoner

I denne fasen organiserte vi først materialet ut fra myndighetenes forventninger til journalføring (14). Deretter gjennomførte vi en tekstkondensering, der vi støttet oss til en grounded theory-tilnærming (17).

Det resulterte i følgende seks tverrgående kategorier: 1) sykepleierens vurderinger og sykepleiediagnoser, 2) sykepleierens tiltak og handlinger, 3) kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren, 4) samarbeid og kommunikasjon med annet helsepersonell, 5) notater som omfatter familie, pårørende og venner, og 6) tallrelaterte informasjonenheter som blodtrykk, feber, smertegrad og klokkeslett.

For å gjøre det mulig å sammenlikne de to sykepleiergruppene oppsummerer vi hvor mange ganger hver sykepleier dokumenterte under hver kategori, og regnet deretter ut gjennomsnittlig antall informasjonenheter per notat. For eksempel er det hos førstespråklige sykepleiere dokumentert 108 tilfeller av «kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren» i de 57 rapportene. Vi angir disse tilfellene som et gjennomsnitt på 1,9 per rapport. Den gruppen sykepleiere som dokumenterte mest innen hver kategori, ble satt til 100 prosent, noe som gjør det mulig å vise den relative forskjellen mellom andre- og førstespråklige sykepleiere.

Dybdeanalyse av hud, vev og sår

Sykehuspasienter er utsatt for infeksjoner (18) og sår (19). Det kreves både fag- og språkkompetanse for å kunne uttrykke presist hvordan et sår ser ut langs en tidslinje, altså hvordan såret var og er, hvilke tiltak som ble iverksatt på foregående vakt(er), samt å peke på eventuell nødvendig oppfølging på kommende vakt(er).

Vi gjorde derfor en dybdeanalyse av funksjonsområdet «hud, vev og sår» for å undersøke språklig presisjonsnivå gjennom nyanser. Vi undersøkte uttrykk for variasjon i ulike vurderinger,

tiltak og handlinger, beskrivelser av tid og endringer samt kommunikasjon og samarbeid.

Vi valgte å sammenlikne journalføringen til de to sykepleiergruppene basert på 1) register over ordforråd av blod, 2) register over symptomer angitt med farger og lyst eller mørkt, 3) register over ulike dokumenterte tiltak eller handlinger, 4) register over ulike dokumenterte bandasjetyper, 5) uttrykk for tilstand og endringer over tid, og 6) samarbeid og kommunikasjon med annet helsepersonell og pasienten.

Kategori 6 ble inkludert siden samarbeid og kommunikasjon skal styrke kvaliteten på pasientoppfølgingen, og de innbefatter også enveiskommunikasjon i form av direkte henvendelser til påtroppende skift.

Etikk

Prosjektet var et kvalitetssikringsprosjekt og ble vurdert og godkjent av sykehusets personvernombud for forskning. Sykepleierne samtykket til at vi kunne bruke rapportene de hadde skrevet, i analysen. De hadde fjernet all pasientidentifiserende informasjon fra rapportene vi mottok.

Vi informerte sykepleierne om at ingen enkeltavdelinger skulle kunne identifiseres i publikasjoner. Det samme gjaldt for enkeltsykepleiere og ulike grupper av sykepleiere etter nasjonal eller kulturell bakgrunn.

RESULTATER

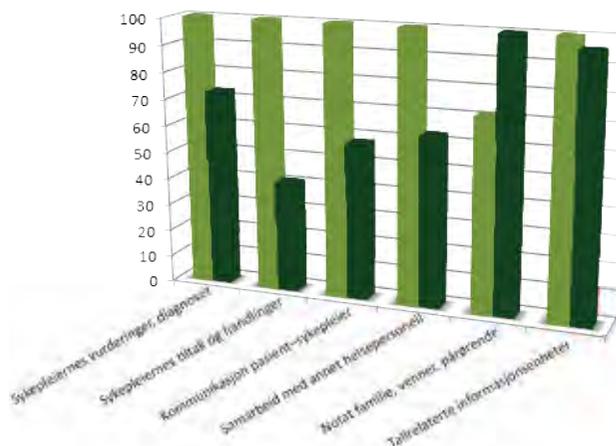
Et hovedfunn er at førstespråklige sykepleiere dokumenterer mer enn andrespråklige for disse kategoriene: «sykepleierens vurdering og sykepleiediagnoser», «sykepleierens tiltak eller handlinger», «kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren» og «samarbeid med annet helsepersonell».

For kategorien «familie, pårørende og venner» dokumenterte de andrespråklige mer enn førstespråklige. I kategorien «tallrelaterte informasjonsenheter» var det en liten overvekt av dokumentasjon hos førstespråklige. I tabell 1 viser vi forskjellene i omfang av informasjon med eksempler på hvordan de to sykepleiergruppene dokumenterer.

Tabell 1. Første- og andrespråklige sykepleieres omfang av informasjon for hovedkategoriene

| Hovedkategorier | Førstespråklige (F) | Andrespråklige (A) | Eksempler fra dokumentasjon med kommentarer |
|--|---------------------|--------------------|---|
| Sykepleiers vurderinger og diagnoser | 4,4 | 3,2 (73 % av F) | «Pas. er trøtt, vært sovende hele tiden men lett vekkbare.» (A) «Har mye smerter i rygg ved mobilisering og gange, rynker ansiktet og ynker seg.» (F) |
| Sykepleiers tiltak og handlinger | 2,2 | 0,9 (41 % av F) | «Sliten , trøtt, spurt om sove medisinen, fått sove imovane 5mg kl. 20-15» (A) «Etter at pas ble mer hoven på sidene av magen, har u.t. tatt ned tempoet til 280 ml/t.» (F) |
| Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier | 1,9 | 1,1 (58 % av F) | «Forteller han føler at det er på bedringens vei.» (A) «Orienterer pasienten, svarer adekvat på dette.» (F) |
| Samarbeid med annet helsepersonell | 0,8 | 0,5 (63 % av F) | «Kontaktet Hjemtjenste og meldt pas muntlig.» (A) «Ringt til anestesi, har ikke fått noe svar.» (F) |
| Familie, pårørende og venner | 0,5 (71 % av F) | 0,7 | «Pårørende ønsket å få henne på besøk hjem i noen timer i morgen.» (A) «[...] har vært oppe og gått i korridoren med kona.» (F) |
| Tallrelaterte informasjonsenheter | 4,9 | 4,7 (96 % av F) | « [...] ustabil pulsen , som ble målt x 2, kl. 13-00 pulsen 168, kontroll måling kl. 14-00 pulsen 84.» (A) «Eliminasjon: KAD tømt for 1500ml, lys og klar diurese kl. 19:00.» (F) Kommentar: I eksemplene her har vi regnet fem tallrelaterte informasjonsenheter for A, og to for F. |

Figur 1. Forskjeller i dokumentasjonsomfang



Figur 1 viser den relative forskjellen i omfanget av hovedkategoriene mellom de to sykepleiergruppene journalføring.

Andrespråklige har lavere språklig presisjon

I detaljanalysen av språklig presisjon fant vi at de andrespråklige hadde

informasjon i 37 av de 56 rapportene (66 prosent), mens de førstespråklige hadde dokumentert i 51 av de 57 (89 prosent). De andrespråklige har lavere språklig presisjon med færre nyanser. Det kommer blant annet frem når de dokumenterer observasjoner av sårstell og bandasjeskift. Førstespråklige

Tabell 2. Eksempel på første- og andrespråklige sykepleieres språklige presisjon og nyansering

| Kategorier | Førstespråklige (F) | Andrespråklige (A) | Kommentarer/oppsummeringer |
|--|--|---|--|
| Register for ordforråd knyttet til blod | blod blodig blø sive blødning blodvann hematom skygge liten skygge gammel rose | litt skygget | Siste tre beskrivelser hos F dreier seg om observasjoner i bandasje. |
| Register for symptombeskrivelse – farger/nyanser for tilstand hud/vev | rød lett rød veldig blålig litt blå gulaktig mørk | rød litt rød blek | |
| Register for ulike tiltak, handlinger | fjerne skifte bytte seponere avlaste forsterke legge på (bandasje) legge inn (kanyle) dekke skylle legge til rette beholde | fjerne skifte bytte seponere avlaste smøre | De fem første tiltakene hos F og A er like og relativt generelle. Deretter følger kun ett mer spesifikt tiltak hos A, «smøre». Hos F følger sju mer spesifikke tiltak. «Beholde» er dokumentert «ikke-handling», dvs. å ikke skifte. |
| Register for ulike typer bandasjer | Allevyn Aquacel Duoderm Jelonet Mepore Opsite operasjonsbandasje kompresjonsbandasje | Aquacel Sårbandasje | F spesifiserer typen bandasje i 13 av 28 notater (46 %). A spesifiserer i 2 av 14 (14 %). |
| Notater som spiller dynamiske perspektiver som tid og endring for hud, vev og sår – tilstand før/ under og/eller etter aktuelt skift | «Bandasjen ble skiftet helt inn i går. I dag er bandasjen blodig og nesten gjennomtrukket ved ett område der såret siver. Observer videre for å evt. skifte helt inn i kveld.» | «Bandasje på ryggen er litt skygget, men er vendret fra i går.» | 18 notater (35 %) hos F og 2 (5 %) hos A. |
| Samarbeid og kommunikasjon med annet helsepersonell og pasienter | «Fikk beskjed fra sykepleier på intensiven at det er en begynnende [...]» | «obs ve. hæl» | 12 (24 %) notater hos F og 2 (5 %) hos A. |

bruker et register med ti ulike ord relatert til observasjon av bandasje, mens hos andrespråklige identifiserte vi kun én beskrivelse.

I tabell 2 viser vi forskjeller i nyanser og presiseringer i dokumentasjonen. Også for nyanser i symptombeskrivelser med farger er det forskjell mellom de to gruppene – der de førstespråklige bruker dobbelt så mange beskrivelser. Når det gjelder register over ulike tiltak og handlinger, er det også dobbelt så mange hos gruppen av

førstespråklige – i alt tolv ulike mot seks hos de andrespråklige.

Førstespråklige dokumenterer mer om samarbeid

Bandasjetype gir ekstra informasjon om såret og behandlingen som er gitt. De andrespråklige spesifiserer i 2 av 14 notater som inkluderer bandasje, mot 13 av 28 notater hos førstespråklige. De andrespråkliges notater gjenspeiler i svært liten grad endrings- og utviklingsaspektet, som er kritisk for området hud, vev

og sår, altså for eksempel hvordan huden eller såret var under forrige vakt, og hva en eventuell endring frem til aktuell vakt består i.

Førstespråklige har langt mer dokumentasjon på samarbeid og kommunikasjon med annet helsepersonell og med pasientene. Hos de førstespråklige identifiserte vi tolv notater med dokumentasjon på ulike former for kommunikasjon og samarbeid. De andrespråklige hadde to notater i denne kategorien, og begge var direkte oppfordringer til kommende vakter og handlet ikke om kommunikasjon med pasienter.

I figur 2 viser vi grafisk forskjellen i registeret over ulike beskrivelser og handlinger hos de to sykepleiergruppene.

DISKUSJON

Et hovedfunn er at de førstespråklige og de andrespråklige sykepleierne dokumenterer ulik mengde informasjon, og at den språklige presiseringen er forskjellig. I fire av de seks kategoriene dokumenterer andrespråklige mindre enn førstespråklige. I én kategori dokumenterer andrespråklige mer, og i én kategori er dokumentasjonsgraden relativt lik.

Detaljanalysen av hud, vev og sår viser at førstespråklige sykepleiere gjennomgående bruker et mer detaljert og nyansert språk i alle kategorier.

Men funnene avdekker samtidig at de førstespråklige sykepleierens dokumentasjon kan være mangelfull, slik andre studier også har vist (20). Kompetanse og kulturelle forhold som har betydning for hvordan andrespråklige sykepleiere ser på sin rolle og sitt ansvar, kan forklare noen av de forskjellene som er avdekket (2).

Andrespråklige har smalere språkregister

Andrespråklige sykepleiere bruker et smalere språkregister av substantiver, adjektiver og verb i sine beskrivelser av symptomer og handlinger. De trekker i liten grad inn annen informasjon fra før eller etter den vekten de rapporterer for.

Forskningen på andrespråk, det vil si læring, tilegnelse og anvendelse, er omfattende. Den er ikke entydig, men bekrefter at det kan innebære en flerårig prosess å utvikle et rikere språklig

register når det gjelder å mestre god muntlig og skriftlig kommunikasjon (21).

Henriksen (22) viser og begrunner slike forskjeller mellom førstespråkliges og andrespråkliges språktilegning og -læring. Flere kan fungere bra i dagligspråket etter relativt kort tid når de lærer seg et annet språk, men det kan ta flere år å tilegne seg et funksjonelt faglig språk. Disse erfaringene samsvarer med andrespråklige sykepleieres erfaringer i Norge også (2).

Uttrykker tid forskjellig

Vi avdekket forskjeller i å uttrykke tidsforhold, rekkefølge og tilstandsendringer for hud, vev og sår. Det kan være ulike grunner til forskjellene. De kan ha sammenheng med at de andrespråklige sykepleierne rapporterer mindre enn de førstespråklige og dermed også gir mindre uttrykk for relasjoner i tid.

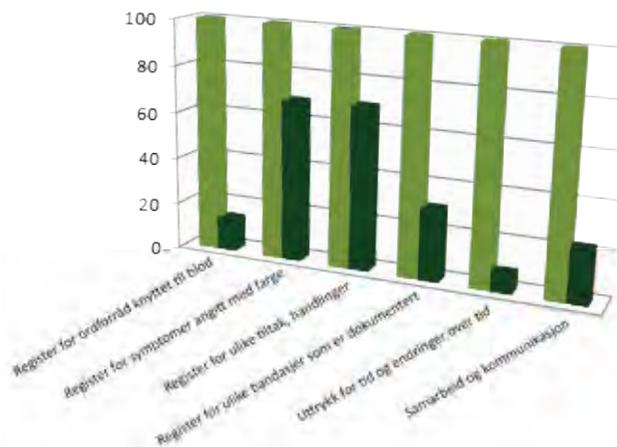
En annen mulighet er at ulikhetene kan henge sammen med faglig kompetanse, men de kan også ha sammenheng med den språklige bakgrunnen til sykepleieren. I hvilken tid (tempus) et verb skrives, er avhengig av om det viser til noe som har skjedd, noe som skjer nå, beskriver en aktuell tilstand eller noe sykepleieren skal ta hensyn til fremover – for eksempel på neste vakt.

Informasjon knyttet til den aktuelle vekten krever stort sett notater med verb i presens, presens perfektum eller preteritum, som «spiser», «har spist» eller «spiste», og tidsadverb som «i morges» og «kl. 12» og liknende. Notater som henverder seg til den påtroppende sykepleieren, gjør det naturlig at sykepleieren bruker fremtid ved hjelp av verb som «skal», «kan», «må» og «bør» og tidsuttrykk som «i kveld» eller «neste uke».

Notater som viser tilbake til foregående skift, krever at sykepleieren bruker fortidsformer som preteritum «spiste» eller preteritum perfektum for å vise til noe som skjedde før noe annet, som «hadde nettopp spist da han fikk smerter». Sistnevnte eksempel ble for kalt pluskvamperfektum. Selv nære fremmedspråk som engelsk, tysk, fransk og spansk uttrykker fortid ganske ulikt fra norsk.

Språk som vietnamesisk og kinesisk (mandarin) uttrykker ikke fortid ved hjelp av ulike endinger som på norsk (åpner – åpnet/åpna) eller endring av

Figur 2. Forskjeller i språkrepertoar



vokal (stå – sto), men ved tidsmarkører, på norsk for eksempel «i morges» og «på visitten» (23). Slike språkforskjeller kan forklare noen av funnene. De språklige utfordringene vi har avdekket, kan derfor variere etter hvilket førstespråk sykepleieren har, eller etter hvor sykepleierutdanningen er fullført.

Det kan utgjøre en forskjell for andrespråklige sykepleiere at norsk er et lite og fremmed språk som de sannsynligvis først har møtt i voksen alder, og som de har vært eksponert for i langt færre år og i mindre omfang enn for et verdensspråk som engelsk og spansk. Det kan bidra til større utfordringer i kommunikasjonen med pasienter og i samhandlingen med annet helsepersonell. Basert på funnene i studien vår har vi imidlertid ikke grunnlag for å si noe om slike utfordringer.

Arbeidsgiver har ansvar for opplæring

Vi kan ikke trekke slutninger om hvorvidt det er noen sammenheng mellom språkferdigheter og mulige mangler i den direkte behandlingen og oppfølgingen av pasienter. Formålet med studien har ikke vært av normativ karakter – det vil si å vurdere hvorvidt én gruppe av sykepleiere er bedre enn den andre. Vi har fokusert på å beskrive språklige likheter og forskjeller.

Det kan være grunn til å reflektere over funnene i en utvidet

kulturforståelse, der informasjonskultur er i forgrunnen (16). Da kan presisjon i beskrivelser og et mindre register over ord og uttrykk for å beskrive faglige vurderinger, handlinger og tiltak ha betydning.

Uansett hva årsaken er til språkutfordringene, har arbeidsgiveren plikt til å forvise seg om at språkerfighetene til andrespråklige er på et nivå som sikrer at de kan dokumentere nøyaktig og presist, slik at tjenestene blir forsvarlige (24).

Utvikler sykepleieterminologi

Internasjonalt har det vært arbeidet med å utvikle terminologi til å bruke i journalføringen for sykepleiere, noe som kan forebygge noen av utfordringene (25, 26). Nasjonalt pågår det arbeid med å utvikle og innføre sykepleieterminologi, der Direktoratet for e-helse anbefaler å ta i bruk ICNP (International Classification for Nursing Practice). Da sykepleierne brukte fagspesifikk terminologi, ble innholdet mer fullstendig (27).

Sykepleiediagnoser kan imidlertid oppfattes som fremmede, språklige konstruksjoner (6). Derfor er det nødvendig med studier som adresserer hvorvidt bruken av fagterminologi bidrar til å støtte andrespråklige sykepleiere.

Begrensninger ved studien

Studien har flere begrensninger. Vi vet ikke om det er språklige ferdigheter

alene eller også sykepleiefaglig kompetanse og kulturell bakgrunn som forårsaker ulikhetene (1). Det trengs mer kunnskap om den faktiske journalføringskvaliteten gjennom mer omfattende og robuste undersøkelser. Det vil også være ønskelig med en intervjuundersøkelse som gir mer dybdeinnsikt.

Studien vår bygger på et begrenset antall vaktskifterapporter. Siden vi ikke fant tidligere studier om samme tema, brukte vi en metode som ga oss mulighet til å sammenlikne både omfanget og de språklige nyansene mellom gruppene. Det er en styrke at vi har analysert materialet på tvers av funksjonsområder fordi det gir en dypere forståelse av nyansene.

Ti av de andrespråklige hadde sykepleierutdanning fra Norge, mens de øvrige sju var utdannet i utlandet. Da vi sammenliknet disse gruppene, var det små forskjeller, og vi valgte derfor å samle dem i samme gruppe. Men funnene må vurderes i lys av at vi ikke har kunnet kontrollere for egenskaper ved informantene. Det er materialet for lite til.

Funnene må også vurderes i lys av at vi ikke har informasjon om hvor mange pasienter som er representert i rapportene. I tillegg var det etiske hensyn å ta. Siden vi har med få informanter i utvalget, kan vi ikke oppgi opphavslendet til de andrespråklige sykepleierne av anonymitetshensyn.

At de andrespråklige sykepleierne har et smalere ordforråd når de skriver, betyr ikke at vi kan trekke slutninger om kvaliteten på den direkte pasientomsorgen eller sykepleierens kompetanse. Vi vet ikke om avdelingene har muntlig informasjonsoverføring mellom vaktene, og om det bidrar til kompensering av skriftlige mangler. Men muntlig rapport løser ikke nødvendigvis alle språkutfordringene (9).

Om deltakerne i denne studien har kjent seg presset til å delta, vet vi heller ikke. Hvis kulturelle forhold tilsier at de kjenner seg underlegne (2), kan det bety at gruppen vår ikke er representativ. Vi har heller ikke informasjon om innholdet i eller kvaliteten på rapportene til de sykepleierne som

valgte ikke å delta, noe som kan påvirke resultatene.

KONKLUSJON

Første- og andrespråklige sykepleiere journalfører nesten like mye tallrelatert informasjon, men i det språklige repertoaret og registeret er det klare forskjeller mellom gruppene. De førstespråklige sykepleierne bruker et større og mer nyansert repertoar enn andrespråklige sykepleiere. Studien gir ikke grunnlag for å trekke slutninger om at førstespråklige sykepleiere har feilfri journalføring.

Studien bør følges opp av større og bredere anlagte studier innen spesialist- og kommunehelsetjenesten og utdanningssektoren. Det er et lederansvar å sikre at ansatte får språklig og faglig oppfølging for å forebygge eventuell pasientrisiko. Studien kan bidra til å iverksette relevante tiltak som kan lette journalføringen for en sykepleiergruppe som er økende, og som Norge har bruk for. ●

Takk til kvalitetsansvarlig på sykehuset for tilrettelegging og bidrag i gjennomføringen av prosjektet og til Else Ryen for viktige innspill i sluttfasen.

Lasse Morten Johannesen døde før artikkelen ble publisert. Artikkelen publiseres i samråd med pårørende.

REFERANSER

1. Jonsmoen K, Greek M. Studenter med norsk som andrespråk mangler nødvendige språkferdigheter. *Sykepleien*. 2018;106(72471)(e-72471). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2018.72471
2. Dahl K, Dahlen KJ, Larsen K, Lohne V. Conscientious and proud but challenged as a stranger: Immigrant nurses' perceptions and descriptions of the Norwegian healthcare system. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2017;37(3):343–50.
3. Ehrenberg A, Ehnfors M, Smedby B. Auditing nursing content in patient records. *Scand J Caring Sci*. 2001;15(2):133–41.
4. Gjevion ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin Nurs*. 2009;19(1–2):100–8.
5. Saranto K, Kinnunen UM, Kivekas E, Lappalainen AM, Liljamo P, Rajalahti E, et al. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(4):629–47.
6. Nöst TH, Blekken LE, Andre B. Nurses' experiences with introduction of nursing diagnoses. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2015;11(1):89–103.
7. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Nursing documentation: how meaning is obscured by fragmentary language. *Nurs Outlook*. 2011;59(6):e6–e12.
8. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D, Langdon R, Lad S. Evaluating an intensive ward-based writing coach programme to improve nursing documentation: lessons learned. *Int Nurs Rev*. 2012;59(3):394–401.
9. Lauterbach A. ... da ist nichts, ausser dass das zweite Programm nicht geht Dienstübergaben in der Pflege. ff. 204–24 Reihe Pflege-wissenschaft Norderstedt, Books on Demand GmbH; 2008. ISBN: 9-783-8370-43556.
10. Covell CL, Neiterman E, Bourgeault IL. Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. *Human resources for health*. 2016;14(1):38.
11. Lum L, Dowdoff P, Bradley P, Kerekes J, Valeo A. Challenges in oral communication for internationally educated nurses. *J Transcult Nurs*. 2015;26(1):83–91.

12. Philip S, Woodward-Kron R, Manias E, Noronha M. Overseas Qualified Nurses (OQNs) perspectives and experiences of intraprofessional and nurse-patient communication through a Community of Practice lens. *Collegian*. The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship & Research. 2019;26(1):86–94. DOI: 10.1016/j.collegn.2018.04.002
13. Norsk Sykepleierforbund. Språkproblemer truer pasientsikkerheten. 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2354192/539355/Spraakproblemer-truer-pasientsikkerheten> (nedlastet 05.01.2018).
14. Ot.prp. nr. 13 (1998–99). Om lov om helsepersonell mv. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1998.
15. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og ikke-bosatte 15–74 år med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt i helse- og sosialtjenester, etter landbakgrunn, 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/270655/innvandrere-og-ikke-bosatte-15-74-ar-med-helse-og-sosialfaglig-utdanning-sysselstett-i-helse-og-sosialtjenester-etter-landbakgrunn.per-4.kvartal.prosent-ending-siste-ar> (nedlastet 07.05.2018).
16. Jylha V, Mikkonen S, Saranto K, Bates DW. The impact of information culture on patient safety outcomes. Development of a structural equation model. *Methods Inf Med*. 2017;56(Open):e30–e38.
17. Maltred K. Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Fam Pract*. 1993;10(2):201–6.
18. Helsedirektoratet. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1365/%C3%85rapport%202016%20meldeordningen%20for%20u%C3%8Bnskede%20hendelser%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf> (nedlastet 20.01.2018).
19. Knudsen CW, Tonseth KA. Pressure ulcers – prophylaxis and treatment. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2011;131(5):464–7.
20. Wang N, Yu P, Hailey D. The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: a documentation audit study. *Int J Med Inform*. 2015;84(8):561–9.
21. Chenu F, Jisa H. Reviewing some similarities and differences in L1 and L2 lexical development. Aile Acquisition et interaction en langue étrangère. 2009;117–38. Tilgjengelig fra: <https://journals.openedition.org/aile/4506> (nedlastet 15.04.2018).
22. Henriksen B. Research on L2 learners' collocational competence and development – a progress report. I: Bardel C, Lindqvist C, Laufer B, red. L2 vocabulary acquisition, knowledge and use – new perspectives on assessment and corpus analysis 2: Eurosla Monographs series. Italia: University of Modena and Reggio Emilia; 2013. s. 11–29.
23. Chan L. Tense-aspect processing in second language learners. Pittsburgh, Pennsylvania, Faculty of the Dietrich School of Arts and Sciences, University of Pittsburgh; 2012.
24. Statens helsetilsyn. Arbeidsgiver har ansvar for å ansette helsepersonell med språkferdigheter [Internett]. Oslo: Statens helsetilsyn; 2015 [oppdatert 23.01.2015; siteret 20.01.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2015/arbeidsgiver-har-ansvar-for-a-ansette-helsepersonell-med-sprakferdigheter/>.
25. Hardiker N. Harmonising ICNP and SNOMED CT: a model for effective collaboration. *Stud Health Technol Inform*. 2016;225:744–5.
26. Hardiker NR, red. Developing standardized terminologies in nursing informatics. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publisher; 2009.
27. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*. 2011;29(10):599–607.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

FAGGRUPPENE

Faggruppe for migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie

Faggruppe for migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie (FMF) ble en NSF-faggruppe i 2018 og jobber med temaer knyttet til migrasjonshelse, globalhelse, samisk helse og flerkulturell sykepleie.

Vi er et kompetansemiljø innen migra-

sjonshelse og flerkulturell sykepleie og jobber for en kunnskapsbasert tilnærming til møter med minoritetspasienter i alle deler av helse-tjenesten og på tvers av faggrupper i NSF.

Medlemskap koster 350 kroner i året, og medlemmene får tilbud om rimelige og rele-

vante konferanser, lokale og regionale foredrag og undervisning, i tillegg til en arena hvor man kan møte andre sykepleiere som jobber innen det samme fagfeltet.

Innmelding kan gjøres på nsf.no eller ved å sende kodeordet MIGRAHEL til 02409.

ANNONSE

Har du en medarbeider som fortjener heder?



30 ÅR HOS SAMME ARBEIDSGIVER
– et kvalitetsbevis
MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Les mer på medaljen.no



– Journalen er et viktig arbeidsverktøy

Sykepleiere med norsk som førstespråk journalfører mest, men det betyr ikke nødvendigvis at de er de beste, mener professor Ragnhild Hellesø.

Tekst Kari Anne Dolonen • Foto Stig M. Weston

Norge kan mangle 28 000 sykepleiere i 2030 dersom Statistisk sentralbyrås prognoser blir en realitet. Utenlandsk arbeidskraft er blitt vanlig, også i helsetjenesten. Kommunikasjon og journalføring er viktig i utøvelsen av sykepleieryrket.

Lingvist Lasse Morten Johannesen og sykepleieforsker Ragnhild Hellesø bestemte seg for sammen å se på om det var forskjeller i første- og andrespråklige sykepleieres journalføring.

Hellesø er professor på Universitetet i Oslo ved Avdeling for sykepleievitenskap. Sammen med forskerkollega Anne Moen har hun tidligere skrevet flere bøker om sykepleieres journalføring.

113 VAKTSKIFTERAPPORTER

Resultatet av samarbeidet med Johannesen ble forskningsartikkelen «Første- og andrespråklige sykepleiere har ulik journalføring». Artikkelen ble publisert på *Sykepleien Forskning* tidligere i år. Lasse Morten Johannesen er førsteforfatter av artikkelen, men døde tidligere i år.

– Vi brukte et utforskende design for å vurdere 113 vaktskifterapporter, der 57 var skrevet av 17 sykepleiere med norsk som førstespråk, og 56 var skrevet av 17 sykepleiere med et annet førstespråk, sier hun.

FANT FORSKJELLER

– Hva fant dere?

– Vi fant ut at det er forskjeller i hvordan første-

Ragnhild Hellesø

Professor ved Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Står bak artikkelen «Første- og andrespråklige sykepleiere har ulik journalføring» sammen med Lasse Morten Johannesen.

språklige sykepleiere fører journaler sammenliknet med hvordan andrespråklige gjør det, sier Hellesø.

De førstespråklige sykepleierne journalførte hovedsakelig mer enn andrespråklige, og har et større repertoar når det gjelder beskrivelser rundt faglige begreper.

– Når det gjelder tallmaterialet som skal journalføres, fant vi ikke store forskjeller, sier hun.

– *Betyr deres forskning at andrespråklige ikke er like gode sykepleiere som førstespråklige?*

– Nei, kommer det kontant fra Hellesø.

– Vår studie sier ingenting om hvem som er best på utførelse av sykepleie. Vi vet heller ikke noe om den skriftlige dokumentasjonen suppleres med muntlig informasjon i rapporteringen, sier hun.

Hellesø mener studien legger et godt grunnlag for at andre kan gå dypere inn i materien. For Johanne-

«Når vi studerer to grupper på denne måten, kan det lett trekkes feil slutninger fordi temaet er ømtålig.»

Ragnhild Hellesø

sen og Hellesø har det vært viktig at deres funn ikke knyttes til om den ene gruppen sykepleiere er flinkere enn den andre.

– Når vi studerer to grupper på denne måten, kan det lett trekkes feil slutninger fordi temaet er ømtålig. For oss var målet å se på språk i journalene, fordi



den er et viktig kommunikasjons- og arbeidsverktøy for helsepersonell.

NYTTIG FOR LEDERE

– *Hvem er studien nyttig for?*

– For ledere i helsevesenet burde studien være nyttig. Det er lederes ansvar å sette inn tiltak som kan lette journalføringen for en sykepleiergruppe som er økende, og som Norge har bruk for. Det er viktig at journalføringen som gjøres, blir så presis som mulig, slik at helsearbeidere finner den informasjonen de trenger når de trenger den, sier Hellesø.

Hun legger til at nye teknologiske løsninger og innføring av standardiseringer er verktøy som ledere kan vurdere å bruke i tilretteleggingen for å sikre best mulig journalføring.

VILLE LÆRE MER

Hellesø tok sin doktorgrad i 2005 på samhandling, men merittlisten hennes har vokst seg lang siden den gang. Hun har blant annet vunnet flere priser. I 2015 fikk hun, sammen med seniorforsker Line Melby, Sintefs pris for fremragende forskning. I 2016

MÅ LÆRE HELE LIVET: Professor Ragnhild Hellesø mener flere sykepleiere må ta master for å møte fremtidens krav til kunnskap.



fikk hun posterpris for beste visuelle uttrykk på Sykepleierkongressen.

– *Når bestemte du deg for at det var i akademia du ville gjøre karriere?*

– Det var vel ikke akkurat noe jeg bestemte meg for, men jeg ville ha mer kunnskap. Jeg tok derfor en master og så en doktorgrad, sier Ragnhild Hellesø.

Hennes interessefelt er organisering og ledelse.

– Før jeg begynte på sykepleien, studerte jeg nordisk språk. Så språk og kommunikasjon er et annet område jeg er interessert i.

ANNONSE

Foto: Maria Travani



Gaven som redder liv

En gave til Leger Uten Grenser er et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup**, **bursdag** eller **jubileum**.

Ring oss på tlf **21 04 24 52**, eller gå inn på www.legerutengrenser.no.

Kontonummer: **5005 06 36728**
Vipps til **2177**

Merk innbetalingen med navn på jubilar/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.



BRENNER FOR SAMHANDLING OG ORGANISERING

– Har du et drømmeforskningsprosjekt?

– Hmm. Det vet jeg ikke helt hva jeg skal svare på.

– Jeg er opptatt av kommunehelsetjenestens vilkår for å kunne yte gode tjenester.

– Hvordan da?

– Dette er en sektor som har en høy andel ufaglærte. Jeg tenker det er viktig å se på hvordan vi setter inn det ufaglærte i det profesjonelle, sier hun og utdyper:

– I dag er det ofte slik at «alle» skal kunne gjøre alt. Men i en sektor som får en mer og mer avansert praksis, betyr det at sektoren trenger mer spesialisert kompetanse i tillegg til generalister.

Konsekvensen av dette mener Hellesø bør føre til en debatt om prioriteringer.

– Hvilke pasienter skal få tilgang til sykepleierkompetanse i fremtiden? Denne debatten bør vi ta nå. Det gleder meg imidlertid at helsemyndighetene har tatt signalene og satser på å utvikle en masterutdanning som skal gi spesialistgodkjenning i avansert klinisk sykepleie ute i kommunene.

ER SYKEPLEIERNE SKODD FOR FREMTIDEN?

At stadig flere sykepleiere satser på mastergrad, mener Hellesø er positivt.

– Med tanke på utfordringene vi står overfor i nærmeste fremtid, mener jeg at langt flere sykepleiere må ha både bachelor- og mastergrad.

Hellesø forstår at mange vil bli provosert av uttalelsen.

– Å ta en utdanning er ikke noe statisk. Alle trenger å oppdatere seg for å følge med. Sitter du med en bachelor, så vil du etter hvert kunne falle av kunnskapsmessig. For å holde deg oppdatert trenger du kunnskap og redskaper som gjør at du forstår metoder for å videreutvikle praksis. En sykepleier må i fremtiden kunne forstå det kliniske og det teoretiske som likeverdige størrelser på en slik måte at det gir grunnlag for fleksibilitet og nyskaping.

Hellesø mener sykepleiere gjerne må hoppe rett på en mastergrad når de er ferdige med bachelorgraden.

– I sykepleierutdanningen har praksis alltid hatt en annen posisjon enn teorien. Diskusjonen om praksis versus teori gjentas med jevne mellomrom. Faktum er at uansett hvor mye praksis vi hadde tatt inn i utdanningen, ville det aldri vært nok. Du kan ikke lære alt om sykepleie i løpet av en bachelorgrad.

HEIER PÅ TVERRFAGLIG FORSKNING

– Har sykepleieforskningens status økt opp igjennom årene, slik du ser det?

– Jeg kaller ingenting for sykepleieforskning. I mitt hode forsker vi på områder som har relevans for utøvelsen av sykepleie, eller for å bedre pasientenes behandling, sier hun.

Hellesø mener derfor det er viktig med tverrfaglige forskerteam.

– Da lærer vi av hverandre og får inn nye perspektiver som forhåpentligvis kommer helsetjenesten til gode, sier hun. ●



www.medica.de

Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY
18–21 NOVEMBER 2019

Member of  MEDICAlliance

WORLD FORUM FOR MEDICINE

**MEDICA 2019 –
Always
a heartbeat
ahead!**



Norsk-Tysk Handelskammer
Drammensveien 111 B _ N-0273 Oslo
Susanne Hawkins
Tel. +47 22 12 82 31

hawkins@handelskammer.no _ www.handelskammer.no


Messe
Düsseldorf

HOVEDBUDSKAP

Flyktingene fra Myanmar har vært i Bangladesh lenge, men siden sommeren 2017 har det kommet mange hundre tusen flere på grunn av den pågående konflikten. Artikkelen skildrer oppretting og drift av feltsykehus og noen store sykepleiefaglige utfordringer. Oppmerksomheten rettes mot noe av det kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for sykepleie og helsehjelp i internasjonale katastrofesituasjoner. Intensjonen med artikkelen er også å vise hvordan samarbeid og koordinering foregår.

NØKKELORD:

- Flyktning ► Internasjonal helse
- Internasjonalt samarbeid ► Akuttisykepleie

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76979

Slik er sykepleie i verdens største flyktingleir

Det nytter å hjelpe. I denne flyktingleiren i Bangladesh har blant annet antallet dødfødsler gått ned, som følge av innsatsen ved et norsk feltsykehus.

Siden slutten av august 2017 har flere hundre tusener rohingyaer flyktet fra Myanmar, etter at de ble drevet på flukt av militær makt. De flyktet til nabolandet Bangladesh, som allerede i årtier har huset et par hundre tusen rohingyaer (1). Bangladesh Red Crescent Society (BDRCS) har assistert mennesker som har flyktet fra Myanmar siden 1990-tallet.

Som følge av den massive tilstrømmingen av mennesker fra Myanmar til Bangladesh karakteriserte IFRC (Den internasjonale Røde Kors-føderasjonen) dette som en stor «Kategori rød» nødhjelpsoperasjon. 1,2 millioner mennesker ble vurdert til å være i nød i den sørøstre delen av Bangladesh, distrikt Cox's Bazar (1). Røde Kors' feltsykehus, Rubber Garden, ble også etablert der i en gummiplantasje.

AVHENGIG AV BISTAND

Flyktingene, av dem mange kvinner og barn, var avhengig av humanitær bistand for å overleve. De aller fleste ble boende og bor i provisoriske store leire, under særdeles vanskelige forhold. De flyktet ofte bare med det de sto og gikk i, og mange familier hadde bare presenning å bo under og litt nødhjelpsforstyringer fra forskjellige

FORFATTERE


Åge Bøyum
Intensivsykepleier, Intensivavdelingen, St. Olavs hospital



Anne Kristine Jensen
Intensivsykepleier, Intensivavdelingen, Sykehuset Innlandet

nødhjelpsorganisasjoner å klare seg med.

Det offentlige helsesystemet i Cox's Bazar var fullstendig overbelastet og klarte ikke å håndtere situasjonen med den ekstreme tilstrømmingen av trengende mennesker. Mange var syke, difteri spedde seg i de provisoriske leirene, og det var mange med gamle skader og med psykiske traumer.

Det var stor mangel på profesjonell fødselshjelp.

BA OM HJELP

Bangladesh gikk ut med en appell om internasjonal nødhjelp. FN og statlige og ikke-statlige organisasjoner (NGO) svarte raskt på appellen. The International Federation of Red Cross

«I begynnelsen av en katastrofe er det ofte svært kaotisk.»

(IFRC) responderte med å forespørre Norges Røde Kors, som har sammen med flere nasjonalforeninger spesialisert seg på feltsykehus og på tidlig utsending av slike feltsykehus. Fra alarmen blir sendt ut fra Norges Røde Kors til de cirka 250 fagfolkene på beredskapslisten, går det fra 48 til 72 timer til avreise for feltsykehuset med aktuelt personell. Alt må skje raskt



LEIREN: Flyktningleiren ved Cox's Bazar i Bangladesh i april 2019. Det bor fortsatt nesten en million flyktninger i leiren. Foto: Anne Kristine Jensen

hos Røde Kors, med klargjøring, visumsøknad, pakking, permisjon og brifing.

SELVFORSYNT TEAM

I enhver slik ERU-utsending er det til stede en blanding av fagpersonell med mer eller mindre erfaring fra internasjonale oppdrag for å sikre kontinuitet. I begynnelsen av en katastrofe er det ofte svært kaotisk, og det er store logistiske utfordringer. Enheten som ble sendt ut til Bangladesh i oktober 2017, var et Red Cross Emergency Hospital (RCEH). Seksti senger med generell kirurgi og obstetikk, fødeavdeling, barn- og voksenavdeling og poliklinikk ble sendt.

Vekten på ett slikt sykehus er over 60 tonn. Dette innebærer at sykehuset er selvforsynt med alt de første fire til seks ukene, inklusiv medikamenter, mat, vannrenningsutstyr og generatorer med noe drivstoff (4).

Sykehuset er i tråd med det Verdens helseorganisasjon (WHO) benevner som et Emergency Medical Team type 2 (EMT 2), som Helsedirektoratet også har initiert at flere av regionsykehusene i Norge allerede har eller skal opprette (5, 6).

Militære feltsykehus har ofte en annen agenda enn et sivil sykehus, fordi et militært sykehus gjerne er en del av et større militært engasjement. Flere av de vestlige militære utsendingene har vært av det som kalles EMT 3. De militære feltsykehusene har gjerne muligheten til å ha en høyere standard og flere kirurgiske spesialisttjenester, inklusive intensivbehandling. I tillegg har de mulighet til å overføre

pasienter til mer avanserte behandlinger og rehabilitering.

Norges Røde Kors har lang erfaring med rask utsendelse av feltsykehus. Personellet som normalt er i beredskap, arbeider intenst i fire til seks uker når de sendes ut med sykehuset. Deretter erstattes de av en ny gruppe delegater. RCEH, lett feltsykehus, er en del av Norges Røde Kors' bidrag til IFRCs nødhjelpsrespons, Emergency Response Unit (ERU) (7).

Den første tiden av en deployering (utstasjonering) i et nødhjelpsområde er alltid preget av mye kaos, det er ofte knapphet på transportkapasitet og logistikk. Alle store nødhjelpsorganisasjoner er da til stede eller på vei inn. Media pleier å rapportere om økende humanitært behov blant flyktningene, og alt skulle vært fremme på plass og satt opp, helst i går.

SYKEHUS I REGN OG SØLE

Den som vet hvorfor han lever, kan holde ut et nesten hvilket som helst hvordan (3).

RCEH-enheten fra Norge ble deployert i oktober 2017. Enheten besto i all hovedsak av helsepersonell og teknisk personell. Vel fremme i Bandraban-regionen i Bangladesh var den første utfordringen å finne en egnet tomt å sette opp et stort feltsykehus på. Med personaltelt og alle sykehusteltene, teknisk avdeling og lager krever oppsettet omtrent størrelsen av en fotballbane. Valget falt på en gummiplantasje. Avtale med forpakkeren av plantasjen gikk etter hvert i orden, og ved første øyekast var dette et velegnet sted. Etter kort tid satte et kraftig monsunregn en effektiv stopper for en rask oppføring av sykehuset.

FAKTA

Hva er EMT?

EMT er grupper av helsepersonell, leger, sykepleiere, paramedikere osv. som behandler pasienter som er berørt av en nødsituasjon eller katastrofe. De kommer fra regjeringer, veldedige organisasjoner, militære og internasjonale organisasjoner som den internasjonale røde kors- / røde halvmånebevegelsen. De jobber for å overholde klassifikasjon og minimumsstandarder fastsatt av WHO og dets partnere. De er selvforsynte for ikke å belaste det nasjonale systemet.

Kilde: WHO

FLERE TRENGTE HJELP

Som nevnt er det alltid svært store utfordringer med en utsending. I forhold til i et katastrofeområde etter jordskjelv, der hele infrastrukturen kan være borte, som for eksempel i Nepal i 2015, hadde Bangladesh på tross av monsunen infrastrukturen i behold.

Vanlig utsendingstid (tiden sykehuset er i drift) på et RCEH er fra tre til fem måneder. Arbeidsmengden på sykehusene blir ofte mindre etter andre eller tredje rotasjon. Slik var ikke tilfellet her i Bangladesh. I løpet av de første månedene kom

det fortsatt mange flyktninger, og behovet for hjelp avtok ikke, noe som skapte utfordringer med etterfylling av medikamenter og annet utstyr etter de første ukene.

Et annet viktig moment er at når det sendes ut en ERU-enhet fra Røde Kors, opererer den aldri i et vakuum. Det er alltid en Røde Kors-forening eller en Røde Halvmåne-forening der fra før. Slik også i Bangladesh, og samarbeidet med BDRCS har vært helt sentralt for feltsykehusets funksjon. Selv om rekrutteringen av lokalt helsepersonell var en stor utfordring i starten, bedret det seg etter en tid, og BDRCS skaffet oss sjåførere, tolker, portører, renholdspersonell og vakter.

BY UTEN NAVN

Flyktningekrisen i Bangladesh eskalerte utover høsten 2017, og det var ingen utsikt til at flyktningene kunne vende tilbake til Myanmar. Flyktningleirene har blitt en by uten navn på mer enn 700 000 innbyggere i grenseområdet til Myanmar.

I mars 2019 var det fortsatt over 140 forskjellige organisasjoner involvert, både fra forskjellige FN-organisasjoner som WFP (Verdens matvareprogram), UNOCHA (FNs Sentrale humanitære samordningsenhet), WHO og UNHCR, fra andre land (bilaterale avtaler) og ikke minst fra NGO-er.

Det var mange helseklinikker og feltklinikker til stede i distriktet, men feltsykehus fra Norge var i lang tid det eneste i området som hadde 24/7 kirurgisk/obstetrisk beredskap. Dette gjorde sykehuset svært verdsatt, og pasientantallet var høyt.

På poliklinikken (OPD) ble det på ett år behandlet 45 256 pasienter. Til forskjell fra naturkatastrofer som flom, jordskjelv eller sykloner virker flyktningenes situasjon her i Bangladesh mer fastlåst. Selv om det foreligger en avtale om retur av flyktningene, er det til nå svært få som har returnert til Myanmar. Situasjonen slik den var for mer enn ett år siden, er den samme fortsatt, i april 2019. Det er ikke trygt for flyktningene å returnere på grunn av forholdene i Myanmar (8).

FELLES FORSTÅELSE

Oh, East is East, and West is West, and never the twain shall meet (9).

Alle som er med på en slik utsending, vil alltid måtte arbeide med personell som man ikke har arbeidet med tidligere. Noen er uerfarne og i tillegg vant til andre standarder, protokoller og rutiner. Hvordan opprettholdes en felles god standard?

Grunnen forvandlet seg til et enormt område med dyp søle og vann, noe som gjorde arbeidsforholdene svært vanskelige. Å sette opp teltene og manuelt håndtere flere tonn med utstyr på ekstremt underlag ble svært krevende. Å følge den opprinnelige fremdriftsplanen ble umulig. Hele området ble grøftet for hånd, og det ble bestilt store mengder grus som i stor grad ble fordelt utover manuelt.

Det var problematisk å innta nok mat og drikke for personer fra RCEH-enheten i disse omgivelsene. Den høye luftfuktigheten i kombinasjon med sterk varme gjorde det hele enda mer utfordrende. Det regnet kraftig og kontinuerlig i lange perioder. Å tørke klær var helt umulig. Vi satte opp telt for å bo i dem, men det var lekkasje i dem, og all gjørmen gjorde situasjonen vanskelig generelt, og umulig for kles-tørk. Flere delegater ble syke.

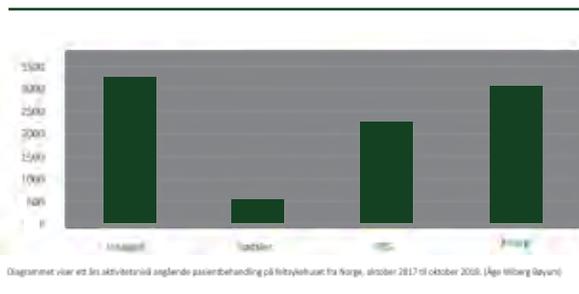
I samarbeid med BDRCS rekrutterte vi lokalt personale. På den medisinske siden gjaldt dette en kirurg, leger og sykepleiere. Det ble vanskelig å rekruttere godt kvalifisert personale. Det viste seg at legene var svært unge og ennå ikke ferdig uteksaminerte. De var blitt forespeilet å «hjelp oss» i et par uker, mens vi ønsket å ansette dem for en periode på fire måneder. Dette var de helt uforberedt på.

I Bangladesh, som er et svært klassesdelt samfunn, rekrutteres gjerne leger fra overklassen, slik som disse legestudentene. De var selvfølgelig ikke forberedt på å jobbe i en slik ekstremt krevende situasjon under forhold som de aldri hadde sett for seg.

Det ble inngått et kompromiss der legene gikk med på å være i en måned, og etter det skulle de erstattes av en helt ny gruppe like uerfarne legestudenter. For oss ble det problematisk å opprettholde kontinuitet og kvalitet, i og med at vi igjen måtte i gang med opplæring og tilvenning.

For sykepleierne var det også utfordringer. Det viste seg at de ikke var utdannet sykepleiere, men at de var medhjelpere på ulike helseklinikker/sykehus i landet. De kunne ikke engelsk, og kommunikasjonen var et problem i og med at vi ennå ikke hadde ansatt et tilstrekkelig antall tolker. Likevel gjorde alle sitt aller beste, og alle bidro på sitt vis.

Figur 1. Pasientdata ved feltsykehuset fra oktober 2017 til oktober 2018





SYKEHUSET TAR FORM: Lokal arbeidskraft ble innleid, og feltsykehuset sto endelig ferdig etter mange arbeidstimer. Foto: Anne Kristine Jensen

Spesielt under forhold som kan være svært krevende og uvant for de fleste. Hvilket faglig grunnlag arbeides det etter?

Selv om en nødvendigvis må basere seg på en høy grad av innovasjon og løsningsorientering, er det ikke bare opp til hvert enkelt helsepersonell sine standarder å finne ad-hoc-løsninger og improvisasjoner. Feltsykehuset sendes ut med en forhånds-lagret standardpakke med medikamenter og utstyr, beregnet på skadebehandling, fødsler og infeksjoner. I tillegg benyttes behandlingsprotokoller utgitt av ICRC (Den internasjonale Røde Kors-komiteen), WHO og andre institusjoner. Alltid mangler noe utstyr en gjerne skulle ha hatt, men dette blir et evig kompromiss i forhold til logistikk, behandlingsbehov og muligheter.

Det er skrevet noen fagartikler fra militære feltsykehus, men det er vanskeligere å finne artikler som spesifikt beskriver sykepleiestandarder og prosedyrer på humanitære feltsykehus i katastrofeområder. WHO i samarbeid med andre hjelpeorganisasjoner har imidlertid spesielt etter jordskjelvet i 2010 på Haiti gjort et stort arbeid med å utvikle standarder og prosedyrer til bruk i katastrofesammenheng.

Flere feltguider, prosedyrer, anbefalinger og protokoller har blitt utgitt for eksempel om kolera, injeksjonsbehandling av sår, ebola, begravelse av døde og rehabilitering i katastrofesammenheng. Imidlertid er det alltid kaotisk i en katastrofe under en utsending, og man må prioritere det basale. Derfor er det viktig at personalet er forberedt og kurset på forhånd og kjent med det utstyret og de prosedyrer som er tilgjengelig.

En flyktningkrise, flom, sykklon eller et jordskjelv setter ofte hjelpemannskapets innovasjon og fleksibilitet på prøve, og en kan ikke overføre de samme standarder og prinsipper på sykehus hjemme til en situasjon med ofte uoversiktlige og svært omfattende helse- og nødhjelpsbehov.

Likevel må ikke prioriteringene gå på tvers av

grunnleggende hygieniske, omsorgsmessige, etiske eller behandlingsmessige standarder. I denne sammenheng kan det være på sin plass å peke på at Florence Nightingale delvis utviklet den moderne sykepleien under primitive feltforhold i Krim-krigen (1853–56). Florence Nightingale fikk ned dødeligheten med om lag 40 prosent på feltsykehuset hun arbeidet på, ved å bedre generell hygiene, ernæring og generelt organi-

«Det viste seg at legene var svært unge og ennå ikke ferdig uteksaminerte.»

satoriske forhold, og i tillegg dokumenterte hun forbedringene statistisk (10).

WHO har også satt noen standarder i sine klassifikasjoner av EMT 1, 2 og 3. Det er for eksempel satt en standard på at det skal være en sykepleier per åtte pasienter ved en EMT 2.

Ut over dette er standarden mer fokusert på organisering og struktur og ikke så mye på spesifikke prosedyrer. Standardene er utarbeidet av internasjonale eksperter innen fagfeltet og med stadige revisjoner (5).

STANDARDISERTE PROSEDYRER

ICRC har gjort et stort og viktig arbeid for å standardisere prosedyrer i forhold til krigsskadede ved kurs, bøker og prosedyrer, blant annet en bok om sykehusdrift for krigsofre: *Hospitals for War-wounded* (11).

Her blir en god del sykepleieprosedyrer beskrevet, hovedsakelig med et klinisk instrumentelt fokus, for eksempel til pasienter med sårskader forårsaket av våpen (11). Noe av det som er beskrevet, kan også brukes i sammenheng med katastrofer.

Det er utgitt flere bøker og artikler med fokus på behandling.



ENKLE KÅR: Flyktningene gjør så godt de kan for å skape et nytt hjem. Det er mangel på rent vann i flyktningleiren. Foto: Anne Kristine Jensen

Eksempler på dette er bøkene *War surgery Volume 1* og *2*. De inneholder riktignok prosedyrer som gjelder for behandling av krigsskader, men flere prosedyrer kan overføres til sårskader generelt, for eksempel «secondary wound closure» av infiserte sår (12, 13). Noen sykepleieprosedyrer er inkorporert i bøkene. For eksempel er prosedyrer om postoperativ overvåkning beskrevet i både i *Nursing Guidelines* og i *War surgery* (13, 14). Det som gjør *Nursing Guidelines* spesielt anvendbar, er at retningslinjene også omhandler pediatri og fødselsomsorg (14).

IFRC er også i gang med å videreutvikle standarder for helsehjelp i katastrofesammenheng. ICRC har utgitt protokoller for sykepleie i *Nursing Guidelines* vol. 2, sist revidert i 2009 (14). Imidlertid er disse prosedyrene uten henvisninger og dokumentasjon (14).

Prosedyrer er ikke ment som en fasit, men mer rettet mot en erfaringsbasert faglig støtte til lokalt utarbeidede prosedyrer. ICRC har i tillegg undervisningssykepleiere med på mange av sine prosjekter. Lokalt eierskap er helt sentralt, da prosjektene som regel overlates til lokale myndigheter etter en tid (14). Noe av intensjonen med en nødhjelpsutsending er at en ikke skal etablere et høyere eller mer avansert behandlingsnivå enn det som befinner seg i landet fra før av (14).

Mange av ICRCs prosjekter går imidlertid over flere tiår, for eksempel i Afghanistan og Sør-Sudan. Der kan en planlegge mer for langvarig kompetanseutvikling, selv om flere av disse prosjektene har blitt lagt ned eller ødelagt som følge av krigshandlinger, for så å begynne på nytt et annet sted. Slik kan det nesten fremstå som et sisyfosarbeid, altså et endeløst og forgyves arbeid.

Ved feltsykehuset i Rubber Garden ble ICRCs *Nursing Guidelines* brukt, og det har også vært benyttet ved Røde Kors' feltsykehus tidligere i katastrofeområder. Disse prosedyrene ble også brukt og blir brukt av RCEH-feltsykehuset i Bangladesh.

Protokollene og standardene er strengt klinisk medisinske,

men kulturforståelse, omsorg, informasjon og kommunikasjon er helt sentralt og en viktig generell del av Røde Kors-bevegelsens ideologi.

Flere av behandlingsprotokollene er utviklet i samarbeid mellom organisasjonene (15). Bidragsyterne er internasjonalt anerkjente eksperter. Med behandlingsprotokollen følger også en opplæringsmodul der prosedyrene er rettet mot både syke-

«Føde- og barselhjelp var noe av det mest sentrale tilbudet ved feltsykehuset.»

pleiere og leger (15). I forhold til helsehjelp i katastrofeområder er slike opplæringsverk ikke uvanlige.

SAMARBEID MOT FELLES MÅL

Det foreligger et utstrakt samarbeid mellom organisasjonene i felt. Leger Uten Grenser (MSF) sine *Clinical Guidelines* blir brukt ved Røde Kors' feltsykehus, også i Bangladesh, slik som under andre oppdrag.

MSF og RCEH samarbeidet om overflytting av pasienter mellom våre klinikker. Spesielt der en på MSFs klinikker forventer kompliserte fødsler, ble pasientene overført til vårt feltsykehus på grunn av at vi hadde sectio-beredskap. Fra første januar 2019 har pasienter blitt henvist fra feltsykehuset til en av MSFs klinikker, spesielt når det gjelder syke barn, på grunn av at MSF har en barneavdeling.

På vårt RCEH i Bangladesh behandlet vi i starten av utsendingen for det meste pasienter med gamle sår, abscesser, voldsskader, hudinfeksjoner, dehydrering, underernæring eller diaré.

Etter hvert ble det færre personer med gamle skader, men fortsatt ble mange skadet, blant annet i trafikkulykker. Det var utbrudd av difteri og meslinger i flyktningleiren. Ellers forekom dehydrering, underernæring, sår og infeksjoner.



ENKLE FORHOLD: Boforholdene i leiren er krevende. Det ble bygget provisoriske veier over store områder for å utvide flyktningleiren slik at alle flyktningene som kom, fikk plass. Foto: Anne Kristine Jensen

Føde- og barselhjelp var noe av det mest sentrale tilbudet ved feltsykehuset. I den første tiden var dødfødsler vanlig, gjerne flere ganger i uken, men antallet dødfødsler gikk ned etter hvert som helsetilbudet til flyktningene ble bedre kjent blant flyktningene.

Nedenfor beskrives to eksempler på situasjoner som var helt vanlige ved feltsykehuset og viser kompleksiteten og utfordringene ved beslutningsprosessen.

For det første var det stadige dødfødsler ved sykehuset fordi mange fødende kom for seint til at vi kunne redde barnet, noe som utgjorde en stor utfordring for alle involverte.

Et annet eksempel på utfordringer var at etter en dødfødsel ville ikke mor eller familien vite av det døde fosteret. Et forslag om å brenne det døde fosteret i en forbrenningsovn (laget for destruksjon av sprøytespisser, nåler, kniver og biologisk avfall) ble forkastet; å brenne døde strider for øvrig mot muslimsk skikk. Løsningen ble at en imam som arbeidet i det psykososiale teamet (PSS), tok med seg fosteret og begravde det på gravplassen.

SENGER I HAGEN

Det var en stor kvinneavdeling, en stor barneavdeling og en noe mindre mannsavdeling i Rubber Garden. På grunn av varmen ble ofte sengene båret ut i hagen, der pasienten kunne ligge under skyggefulle gummitrær.

Et eksempel på et vanlig syn i leiren var at en ung mann lå ute i hagen med foten i strekk etter et lårbeinsbrudd som følge av en trafikkulykke. Strekkbehandling av brudd er noe en vanligvis kun utfører på barn i Norge.

Mange hjelpearbeidere har hørt historier der pasienter med ekstern fiksasjon ble skrevet ut, og det kirurgiske teamet reiste igjen, og ingen kunne hjelpe pasientene med å fjerne fiksasjonen.

Bruk av strekkbehandling på voksne pasienter, og ikke

ekstern fiksasjon, ble derfor gjort for å øke pasientsikkerheten. En må ofte ta helt andre hensyn i katastrofeområder enn under mer kontrollerte forhold.

HJELP AV PÅRØRENDE

WHOs fastsatte minimumsstandard for bemanningsnorm i EMT 2, med en sykepleierratio per pasient satt 1:8 (5), kan virke som en for lav bemanning. Imidlertid er det slik at i mange land der feltsykehusene har vært sendt ut, for eksempel etter jordskjelvet i Chautara i Nepal i 2015, er det helt vanlig at den pårørende tar seg av pasientens hygiene. Den pårørende sover også ofte under pasientens seng om natten.

At pårørende ligger under sengen til pasienten, kan høres underlig og svært fremmed ut, men i forbindelse med mange katastrofer har de pårørende mistet nesten alt de eier. De pårørende får dermed også hjelp ved at de ligger på isopormatten under teltbunnen som mange av sykehuseltene er utstyrt med. De pårørende får i tillegg mat.

Det er ikke uvanlig at pasientene er svært redde for sykehus og helsepersonell fordi de er i et totalt fremmed miljø. Når pårørende er til stede på sykehuset, sikrer det at det alltid er noen hos pasienten, og de pårørende kan også bli litt trygget i situasjonen.

For ytterligere å illustrere hvilke harde realiteter pasienter og pårørende er i, har hjelpepersonell flere ganger opplevd at ferdigbehandlede pasienter ikke vil forlate sykehuset, fordi de der har tak over hodet, en seng og de får mat tre ganger om dagen. Likevel må de skrives ut og dra, fordi nye pasienter venter.

SYKLONER OG MONSUN

Bangladesh blir omtrent årlig utsatt for kraftige sykkloner, og monsunesesongen starter i juni med svært store nedbørmengder. Det var gravd dype kanaler mellom

Forklaringer på forkortelser

BDRCS – Bangladesh Red Crescent Society (Bangladesh Røde Halvmåne)

EMT 2 – Emergency Medical Team WHO type 2 (grupper med helsepersonell som hjelper ved nødsituasjoner)

ERU – Emergency Response Unit (nødhjelpsenhet)

ICRC – The International Committee of Red Cross (Den internasjonale Røde Kors-komiteen)

IFRC – The International Federation of Red Cross and Red Crescent Society (Det internasio-

nal forbundet av Røde Kors- og Røde Halvmåne-foreninger)

MSF – Médecins Sans Frontières (Leger Uten Grenser)

NGO – Non-Governmental Organization (ikke-statlig organisasjon, er en samlebetegnelse på frivillige, ikke-statlige organisasjoner)

PSS – psykososialt team

RCEH – Red Cross Emergency Hospital (Røde Kors' feltsykehus)

UNHCR – United Nations High Commissioner

for Refugees (FNs høykommissær for flyktninger)

UNOCHA – The United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (FNs Sentrale humanitære samordningsenhet)

WFP – World Food Programme (Verdens matvareprogram)

WHO – World Health Organization (Verdens helseorganisasjon)

Kilder: <https://www.unhcr.org/> og <https://www.icrc.org/en>

teltene. Vi regnet med at trærne på bananplantasjen i Cox's Bazar ville gi i alle fall litt beskyttelse mot sykklonen, når og hvis den kom.

Flyktningene bor i et kupert landskap av leire og jord, og det er nesten ingen sikre boliger. De bor i skur av plast, bambus og presenning.

Mange organisasjoner, FN, hæren og myndighetene i Bangladesh forbereder seg på sykklonsesongen så godt som mulig, og det gjør flyktningene også. Det er beredskapsansvarlige og et eget varslingsystem i hver underleir. Det mulige skadeomfanget er enormt.

I 2018 kom det ingen sykklon til dette område. Uansett er beredskap og forberedelser viktig. Det er etablert et varslingsystem med fra 72 til 96 timers varsel der det er mulig å forutse hvor sykklonen treffer, og hvor kraftig sykklonen er. Et analogt system med varslingsflagg er etablert inne i den gigantiske flyktningleiren.

Monsunsesongen kommer i juni med massive nedbørmengder. Flyktningleirene som ligger i et kupert landskap, dekket av sand og leire, er svært utsatte for jordskred og flom. Det har blitt avholdt masseskadeøvelser og beredskapsøvelser for frivillige og flyktninger.

Det ble leid inn containere til sykehuset, slik at inventar og flere av teltene kunne få plass der i tilfelle et direkte treff av en sykklon. Utfordringen er at personalet som er ved sykehuset nå, ikke er vant til å sette opp telt eller innrede det, noe som er en stor utfordring. Fordelen er at folk i Bangladesh er vant til sykkloner, hæren har beredskapslager, og BDRCS er forberedt så langt det går. Men ingen myndighet eller organisasjon kan løse en slik mulig krise alene under monsunen eller hvis sykklonen kommer.

KUNNSKAPSOVERFØRING I PRAKSIS

Bær hver dag en kurv grus til en haug og du kan bygge et fjell (16).

Det internasjonale engasjementet ved feltsykehuset i Rubber Garden, der Norges Røde Kors hadde ansvaret for utsending og drift i samarbeid med IFRC og BDRCS, og der Finland Røde Kors tok over hovedansvaret fra mars 2018, tok slutt ved årsskifte 2018–2019.

Feltsykehuset i Rubber Garden drives fra 1. januar 2019 helt selvstendig av BDRCS. Fra å være usikre og uvante med

arbeidsforholdene er det lokale helsepersonellet blitt mer sikre og trygge i arbeidet, selv om de fleste av dem var relativt nyutdannede sykepleiere og leger da de begynte. Dette skyldes at personalet har vært stabile det siste halve året og arbeidet på samme sted og sammen med mer erfarent personell over tid. Det lokale helsepersonellet fornyet sine kontrakter i mars 2019. De har hatt mange utfordringer med nytt utstyr og fremmed arbeidsmiljø, men de har mestret uvante forhold og har tatt på seg et stort ansvar.

Ved feltsykehuset har det ikke lyktes å rekruttere spesialister som gynekologer og anestesileger ved utgangen av april 2019, men det arbeides med dette for øye. Bortsett fra det er

«Tallet på dødfødsler har også gått ned, og det er rimelig god kontroll på infeksjonssykdommer.»

det høy aktivitet på poliklinikken med i gjennomsnitt over 100 pasienter hver dag, og der det er 10–15 innleggende pasienter. Selv om det er færre akutte innleggelseser, er det fortsatt en del ulykker. Protokoller og prosedyrer for eksempel ved triagering er velkjent, og det foreligger et utstrakt samarbeid med de andre feltsykehusene i forhold til overføring av pasient til kirurgisk behandling. Tallet på dødfødsler har også gått ned, og det er rimelig god kontroll på infeksjonssykdommer.

BDRCS har planer om å drive feltsykehuset også etter 2019. Slik det ser ut nå, er det lite som tyder på at flyktningene vil returnere til Myanmar med det første. Dette kan på lang sikt også føre til at mange organisasjoner tekker seg ut eller skaleres ned sine programmer. Det ser en allerede tegn til.

Det var derfor en stor positiv nyhet da det ble klart at Qatar Røde Halvmåne går inn med betydelig finansiering av feltsykehuset, noe som også medfører at de fleste av teltene blir erstattet med prefabrikkerte hus.

Kompetanseoverføring mellom lokalt personell og internasjonale delegater er sentralt i feltsykehuset. Dette er en læringsprosess som går to veier. Lokalt helsepersonell lærer om arbeid under feltforhold, og BDRCS kommer til å fortsette arbeidet ved feltsykehuset, og har et langsiktig perspektiv på dette arbeidet.

Oppretting av psykososiale team (PSS) har vært gjort på bakgrunn av slik lærdom, sammen med støtte av empirisk

kunnskap, som har ført til at PSS nå er en integrert del ved mange deployeringer.

Vanskene med å rekruttere legespesialister kunne ikke løses med å fortsette med korte rotasjoner av internasjonalt personell. Som regel blir ikke feltsykehusene sendt hjem igjen, men overført til lokalt Røde Kors eller Halvmåne eller til myndighetene for å styrke beredskapen. Slik det for eksempel ble gjort med et stort kirurgisk feltsykehus etter tsunamien i 2005, som ble gitt til indonesiske helsemyndigheter og indonesisk Røde Kors, og gjenbrukt flere ganger. Her gjøres det annerledes: Sykehuset er overtatt av BDRCS, men det er fortsatt i drift, og det er planer om oppgradering. Flyktningene vil være her lenge, og BDRCS er seg sitt ansvar bevisst. ●

REFERANSER

1. The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Emergency plan of action operation update. Emergency appeal revision 5. IFRC; 01.05.2019. Revised Appeal n° MDRBD01B. Tilgjengelig fra: <https://www.ifrc.org/en/publications-and-reports/appeals/> (nedlastet 21.04.2019).
2. Elster K. Amnesty: Setter Rakhine i flammer for å drive ut Rohingyaene. Oslo: NRK Urix; 14.09.2017. Tilgjengelig fra: [https://www.nrk.no/urix/amnesty_setter_rakhine_i_flammer_for_a_drive_ut-rohingyaene-113688738](https://www.nrk.no/urix/amnesty_setter_rakhine_i_flammer_for_a_drive_ut_rohingyaene-113688738) (nedlastet 21.04.2019).
3. Siterte sitater. Friedrich Nietzsche [Internett]. Siterte sitater [siteret 28.05.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.ordtak.no/index.php?fn=Friedrich&en=Nietzsche&side=3>
4. Røde Kors. Nødhjelp og katastrofer [Internett]. Oslo: Røde Kors [siteret 21.04.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.rodekors.no/vart-arbeid/nodhjelp-og-katastrofer/>
5. Norton I, Von Schreeb J, Aitken P, Herard P, Lajolo C. Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. Geneva: WHO Press; 2013.
6. Norge styrker beredskapen. Tilgjengelig fra: <https://www.dsb.no/nyhetsarkiv/2018/norge-styrker-beredskapen/> (nedlastet 22.04.2019).

7. The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Emergency response units (ERUs) [Internett]. IFRC [siteret 21.04.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/responding/disaster-response-system/dr-tools-and-systems/eru/>
8. NTB. Våger ikke vende tilbake [Internett]. Oslo: NRK Urix; 22.01.2018 [siteret 22.04.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/urix/utsetter-hjemsendelsen-av-rohingya-flyktninger-113878702>
9. Kipling R. The Ballad of East and West [Internett]. Bartleby.com [siteret 28.05.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.bartleby.com/246/1129.html>
10. Cohen IB. Florence Nightingale. Scientific American. 1984 mars;250(3):128–37.
11. Harwey-Karlsson J, Jeffery S, Kerr A, Schmidt H. Hospitals for war-wounded. A practical guide for setting up and running a surgical hospital in an area of armed conflict. Genève: International Committee of the Red Cross; 1998.
12. Giannou C, Baldan M. War surgery. Working with limited resources in armed conflicts and other situations of violence. ICRC. Mai 2010;1.
13. Giannou C, Baldan M, Molde A. War surgery. Working with limited resources in armed conflicts and other situations of violence. ICRC. April 2013;2.
14. Helveg S. ICRC nursing guidelines. Genève: ICRC; 2019.
15. Reynolds T, Roddie N, Tenner A, Geduld H. Basic emergency care. Approach to the ill and injured. World Health Organization (WHO) and the International Committee of the Red Cross (ICRC); 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/emergencies/publications/Basic-Emergency-Care/en/>
16. Siterte sitater. Confucius [Internett]. Siterte sitater [siteret 28.05.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.ordtak.no/index.php?fn=enkonfucius&side=2>



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera. ww

ANNONSE



Pascoflair®
425 mg

Lindrer mild uro - letter innsovning

- Ingen påvist fysisk avhengighet
- Ingen residualeffekt (hangover) rapportert
- Godkjent for ungdom over 12 år

Pascoflair® kan dempe mild uro og lette innsovning. **Virkestoff:** Ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) - hele 425 mg per tablett. Virker i løpet av 30 minutter. Pakning på 30 tabletter. Pascoflair® kan kjøpes reseptfritt på apoteket. For mer informasjon se: www.pascoflair.no

Reseptfritt legemiddel

Dosering:
Søvnproblemer: 1–2 tab. en halvtime før leggetid
Stress og uro: 2–3 tab. jevnt fordelt utover dagen
Maksimum 3 tabletter pr. døgn.

vitusapotek+ APOTEK 1

Pascoflair 425 mg anbefales ikke til gravide og ammende, eller til barn under 12 år. Oppbevares utilgjengelig for barn. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. For ytterligere informasjon henvises det til apotek eller lege. Markedsføres av Norges NaturmedisinSentral as, Terminalen 9 - 3414 Lierstranda - Telefon: 32 24 05 50.

HOVEDBUDSKAP

Pasienter som ikke har gode språkkunnskaper i norsk, er mer utsatt for uønskede hendelser ved sykehusinnleggelse enn pasienter som snakker godt norsk. Språkproblemer kan for eksempel gjøre det vanskelig å innhente korrekt informasjon om pasienten og føre til feil bruk av medisiner. I den daglige kontakten mellom sykepleiere og pasient blir det brukt ulike teknikker for å bygge bro over språkbarrieren. Den sikreste måten å håndtere en språkbarriere på er å bruke en kvalifisert tolk. Likevel finnes det et stort underforbruk av tolketjeneste.

NØKKELORD:

- ▶ Flyktning ▶ Innvandrere ▶ Pasientrettighet
- ▶ Sikkerhet ▶ Spesialisthelsetjenesten

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.74962

Hvordan unngå at språkvansker fører til feilbehandling?

Dårlige norskkunnskaper kan føre til at innvandrere får feil behandling på sykehus. Sykepleiere kan forhindre feilbehandling, blant annet ved å bruke tolk.

Norge har blitt et flerkulturelt land, og de nyeste statistikkene viser at innvandrere utgjør cirka 14 prosent av hele befolkningen. Som innvandrere betegnes en person som er født utenlands av to utenlandske foreldre. Begrepet rommer alle grupper av innvandrere: arbeidsinnvandrere, flyktninger og asylsøkere (1). Mange av dem kan ikke snakke norsk eller snakker for dårlig til å kunne forstå norsk i medisinsk sammenheng.

Mangel på effektiv kommunikasjon skaper en rekke utfordringer for det norske helsevesenet og selvfølgelig også for sykepleiere som skal utøve faglig forsvarlig helsehjelp til denne pasientgruppen. Flere internasjonale studier viser at pasienter som opplever språkbarrierer, er mer utsatt for uønskede hendelser eller nesten-hendelser enn pasienter som er språkkyndige (2–5).

I denne artikkelen ønsker vi å besvare følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere ivareta pasientsikkerheten til innvandrere med språkbarrierer når de er innlagt på sykehus i Norge?»

Vi vil besvare problemstillingen ved å presentere de viktigste faremomentene under en sykehusinnleggelse, beskrive hvordan sykepleiere kan bygge bro over en

FORFATTERE


Kathy Sommerfeld
Sykepleier



Adriana Rosenberg
Førsteamanuensis, Avdeling for kvalitet og helse teknologi, Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

kommunikasjonsbarriere mellom seg og pasienten, samt peke på noen mulige grunner til underforbruk av profesjonell tolketjeneste med hovedvekt på overvurdering av pasientens språkferdigheter.

Artikkelen er en litteraturstudie og baserer seg på forskningsartikler som er fagfellevurderte. Vi har sett på problemstillingen både fra pasientenes og helsepersonellens perspektiv. Fors-

kningen vi har benyttet, har foregått på sykehus.

Mesteparten av artiklene benytter seg av en kvalitativ tilnærming, og de to andre kombinerer kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. Ved artikkelvalg brukte vi andre inklud-

«Pasienter med språkbarriere er mer utsatt for feilmedisinering.»

deringskriterier, som at artikler ikke skulle være eldre enn ti år, og resultatene måtte være fra land som kan sammenliknes med Norge. I tillegg brukte vi relevant litteratur i form av bøker og offentlige publikasjoner for å belyse problemstillingen.

TRUER SIKKERHETEN

Hvordan blir pasientsikkerheten truet?

Det kommer tydelig frem i studiene at pasienter som



FEILMEDISINERING: Pasienter som ikke forstår hva de blir fortalt av helsepersonell, kan ta medisiner på feil måte. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

behøver tolkehjelp under innleggelse, har større risiko for å bli rammet av en uønsket hendelse, som ikke skyldes prosedyrer eller teknologi, enn pasienter som er språkkyndige.

Den største kilden til feil under sykehusinnleggelse er avvik i medisinerer for alle pasienter, men også her viser forskning at pasienter med språkbarriere er mer utsatt for feilmedisinering (2).

Studier presenterer ulike situasjoner når pasientsikkerhet ved språkbarriere blir truet i særlig stor grad. Ved å sammenfatte data fra alle artiklene utarbeidet vi følgende liste over faremomenter under en sykehusinnleggelse:

- **Kontroll av pasientens personalia**

Pasientsikkerheten blir truet når sykepleiere ikke kontrollerer pasientens identitet og fødselsdato under daglige sykepleieoppgaver som medisintutlevering eller administrering av intravenøs behandling (3). Dersom pasienten ikke har navnebånd på seg og ikke snakker majoritetsspråket, blir det umulig å kontrollere personalia (4).

- **Medisinering**

Når det ikke er mulig å kommunisere med pasienten angående medisinadministrering, kan pasienten bli utsatt for uønskede hendelser (2, 4, 5). Det blir vanskelig å forklare pasienten hvordan og når legemidler skal administreres, uten å snakke felles språk. Feil medisinadministrering kan forårsake forverring av sykdommen (5). Hemmet kommunikasjon kan også føre til at det blir umulig å sjekke om pasienten har tatt medisiner på egen hånd eller ei, noe som kan resultere i at pasienten inntar dobbel dose (2).

- **Væskebalanse**

Et annet faremoment under sykehusinnleggelse er administrering av væske og måling av pasientens væskebalanse. Når balanse mellom væskeinntak og diurese ikke kan bli fulgt opp på en korrekt måte, minsker pasientsikkerheten. Manglende kommunikasjon med pasienter fører for eksempel til at pasienter lar være å bruke bekken/urinflaske og later vannet i toalettet. Enkelte klarer ikke å forstå helsepersonells anbefalinger angående væskeinntak. Dårlig oppfølging av væskebalanse kan føre til dehydrering, nyresvikt eller hjertesvikt (3).

- **Smertevurdering og smertelindring**

Når sykepleier og pasient ikke snakker felles språk, blir korrekt smertevurdering en utfordring, og smerter kan bli både over- og undervurdert. Situasjoner når pasienten lar være å gi uttrykk for smerter selv om han virker smertepåvirket, ble rapportert. Inadekvat smertevurdering kan resultere i unødvendig lidelse eller overforbruk av smertestillende medisiner (3).

- **Utskrivelse og oppfølging etter utskrivelse**

Oppfølging etter sykehusinnleggelse ble også identifisert som faremoment for pasienter som ikke behersker majoritetsspråket. Dårlig oppfølging etter utskrivelse kan føre til flere unødvendige reinnleggelser (3, 4).

Den vanligste måten å følge pasienten opp på etter at han/hun forlater sykehuset, er med telefonsamtale. Det ble imidlertid funnet i journalene at mange av samtalene med pasienter med et annet språk ikke var vellykket på grunn av eksisterende språkbarriere. Likevel ble samtalene registrert som gjennomført i dokumentasjonen (3).

- **Forklaring av risiko ved handling**

Misforståelser angående anbefalinger fra helsepersonell kan føre til uønskede hendelser eller nesten-hendelser. Pasienter som ikke forstår at de burde bli sengeliggende, og

«Å måtte ta denne kampen gang på gang oppleves ofte som meget frustrerende.»

ikke stå opp uten hjelp, går ut av sengen. Det kan føre til fall og skade (4).

Et annet faremoment er når pasienten skal vurdere risiko ved en gitt behandlingsmetode og bestemme over sin behandling uten å forstå hva behandlingen vil innebære. Suurmond gir i sin artikkel eksempler på enkelte pasienter som på grunn av språkbarrierer plutselig nektet biopsi, eller som ikke kunne forstå et ugunstig utfall av en prenatal Down-syndrom-test (2).

- **Prosedyrer før undersøkelser og pre-operativ pleie**

Pre-operativ pleie og prosedyrer før undersøkelser er også potensielle risikosituasjoner for pasienter med språkbarriere. Misforståelser i kommunikasjonen kan føre til at pasienter ikke får informasjon om at de skal bli operert, helt til operasjonsdagen kommer (5), eller at de ikke er i stand til å ta stilling til prosedyrer de skal gå igjennom (4). I tillegg er det vanlig at pasienter kommer uforberedt til undersøkelser eller behandling, for eksempel uten å ha fastet i en bestemt periode (2).

Ved at sykepleiere får økt kunnskap om faremomentene som kan redusere pasientsikkerheten, kan de utføre sykepleie til pasienter som ikke snakker godt norsk, på en mer faglig forsvarlig måte.

AKTIV BROBYGGING

I de tilfellene profesjonell tolk ikke blir brukt, må pasienter og helsepersonell ta i bruk andre teknikker for å oppnå en viss grad av felles forståelse. Disse teknikkene kaller vi brobygging.

Til tross for at sykepleierinformanter identifiserer kommunikasjon med pasienter som en av de viktigste komponentene i profesjonell omsorg (6), ser vi også at helsepersonell ikke føler seg ansvarlig for å bygge bro over kommunikasjonsvansker og overlater brobyggingen heller til pasient eller pårørende. Helsepersonell føler heller ikke alltid behov for å tilkalle profesjonell tolk (3).

Pasienter beskriver det å klare seg med utilstrekkelige språkkunnskaper som en kamp. Å måtte ta denne kampen gang på gang oppleves ofte som meget frustrerende (5).

Innvandrere som ikke snakker norsk, har rett til forsvarlig

helsehjelp, brukermedvirkning og informasjon på lik linje med resten av befolkningen. Rett til forsvarlig helsehjelp er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 til 3-5 og § 4-1 (7) og i helsepersonelloven § 10 (8) samt i likestillings- og diskrimineringsloven § 10 (9), der vi kan finne blant annet forbud mot diskriminering på grunn av etnisitet. Etnisitet forklares videre i loven som nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge og språk. I henhold til disse lovene har helsepersonell ansvar for å tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med språkbarriere.

RAPPORTER PROBLEMER

Hvis vi skal klare å bygge bro over språkbarrierer i helsevesenet, må vi først avdekke hvor vanlig det er at utenlandske pasienter har problemer med å forstå norsk, og rapportere dette (5).

En nederlandsk studie (3) påpeker at 30 prosent av språkbarrieretilfellene i nederlandske sykehus ikke blir dokumentert i pasientjournalen, noe som også kommer til syne i den offentlige publikasjonen «Tolking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd».

Tilstrekkelig avdekking og dokumentering forblir trolig utfordrende å få til av to viktige grunner: mangel på et bestemt, fast sted i journalsystemet der man skal dokumentere språkbarrierer (3) og at vurdering av språkferdigheter er en oppgave helsepersonell verken har kompetanse i eller verktøy til (10).

Forbedringer vil kreve trening i å vurdere språkferdigheter og bedre rutiner i dokumentering og tilrettelegging av systemene (4, 10).

PÅRØRENDE KAN FEILTOLKE

Familiemedlemmer blir i daglig praksis ofte brukt som tolker og kontaktpunkt mellom helsepersonellet og pasienten (2–4). Forskning viser at til tross for at helsepersonell hadde tilgang til profesjonell tolketjeneste, valgte de ofte å bruke pårørende i stedet (2).

Bruk av pårørende som tolk, i stedet for å benytte seg av profesjonell tolketjeneste, kan føre til feil tolkning av det som blir sagt, og i medisinsk sammenheng kan mistolkninger føre til alvorlige kliniske konsekvenser (2, 3).

Forskning viser at den vanligste måten å prøve å håndtere

ANNONSE

BARNE- OG FAMILIETJENESTEN I ARNA OG ÅSANE, BERGEN KOMMUNE SØKER AVDELINGSLEDERE

Etat for barn og familie har overordnet driftsansvar for barne- og familietjenesten som blant annet omfatter helsestasjons- og skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og Barne- og familiehjelpen.

Etaten har videre ansvar for barneverntjenesten, bosetting av enslige mindreårige flyktninger, Barnevernvakten, Utekontakten og SLT-arbeid. Avdelingsleder vil ha økonomi-, personal- og fagansvar for sin avdeling.

Vi ønsker avdelingsledere med helse- og sykepleierutdannelse med et stort og tydelig engasjement for ledelse, utviklingsarbeid, og motivasjon for ledelsesoppgaver og -ansvar. Barne- og familietjenesten er under modernisering og utvikling, du som avdelingsleder får muligheter til å være en pådriver i dette spennende arbeidet.

Les mer om stillingene på Sykepleienjobb.no og søk enkelt derfra. Vi ser frem til å høre fra deg!



Foto: Kathrine Linder
Bergen kommune

språkbarrierer på i helsevesenet i Nederland er å bruke pårørende som tolk. Bruk av pårørende forblir omfattende, selv om tolketjenesten i Nederland, i likhet med den norske, er gratis (2). Det blir ansett som lettere å bruke et familiemedlem til å kommunisere med pasienten enn en tolk.

Helsedirektoratet advarer mot å bruke pårørende i stedet for kvalifisert tolk ettersom bruk av pårørende som tolk kan føre til at viktig informasjon blir holdt tilbake og nødvendig helsehjelp ikke blir gitt (11). Det er vanskelig å vurdere hvor godt pasientens pårørende kan norsk. I tillegg, selv om pårørende kan norsk godt, garanterer det ikke for at innholdet i samtalen blir riktig tolket.

Pårørende har følelsesmessig tilknytning til pasienten, noe som gjør at de vanskelig kan utøve tolkens rolle, som er å oversette det som blir sagt nøyaktig og holde seg nøytral. Bruk av barn er strengt forbudt med mindre en krisesituasjon oppstår (12).

VIL IKKE VÆRE TIL BRY

Hvorfor velger pasienter å forsøke å klare seg på egen hånd?

Forskning viser at pasienter ofte må forsøke å komme seg gjennom sykehusinnleggelsen med sine utilstrekkelige språkkunnskaper dersom profesjonell tolk eller tospråklig helsepersonell ikke er tilgjengelig (2, 4, 5). Slike situasjoner skjer til tross for at helsepersonell er klar over at mangel på tolk kan ha negative konsekvenser for behandlingskvaliteten. Den vanligste kommunikasjonsmåten hos pasienter som ikke snakker majoritetsspråket, er kroppsspråk og bruk av gestikulasjon, for eksempel smile og nikke (12).

Grunnen til at pasienter velger å prøve å klare seg på sykehuset med sine utilstrekkelige språkkunnskaper er at pasienter ikke ønsker å være til bry for helsepersonell, særlig fordi de føler at deres språkbarriere allerede er et problem og en utfordring for helsepersonell (5).

Sykepleiere har ansvar for å bygge bro over pasientens kommunikasjonsvansker, og vårt ansvar er at pasienten ikke blir nødt til å måtte håndtere situasjonen med sine utilstrekkelige norskkunnskaper. Slike pasienter er i en sårbar situasjon, og det kan være at de ikke våger å be om språkassistanse. Pasientene er redde for å bli stigmatisert (5). Majoritetsspråk gir makt, og det å beherske språket er en kilde til selvtillit (12). Et voksent menneske som mister sin språklige kompetanse, kan oppleve skamfølelse, sorg eller stor frustrasjon (5, 12). Det er derfor viktig at sykepleier i møte med en ikke-norsktalende pasient tar i bruk verktøy for å akseptere (12) og anerkjenne pasientens språk, først og fremst ved å bruke kvalifisert språkassistanse.

TOLK GIR ØKT SIKKERHET

Bruk av kvalifisert tolk har vist seg å være den beste måten å sikre god kvalitet av tjenester og øke pasientsikkerheten på (2–5, 10). En studie foretatt i Danmark viser at 28,4 prosent av innvandrermenn og 41,7 prosent av

innvandrerkvinner med tre til sju års botid i Danmark mener at de behøver tolk for å kunne forstå en medisinsk konsultasjon. Behov for tolkeassistanse øker med høyere alder ved ankomst til landet, lavere utdanning og dårligere helsestatus (13).

Bruk av profesjonell tolk er nødvendig for å kunne tilby likeverdige helsetjenester til den delen av befolkningen som ikke snakker majoritetsspråket, og dermed øke pasientsikkerheten.

Likevel er underforbruk av tolketjeneste stadig til stede i sykehusetjenesten, til tross for at rett til tolketjeneste er lovfestet, og til tross for tilstrekkelig finansiering (7–10).

En tidligere studie ved Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) viser at 30 prosent av helsepersonell i norske sykehus formidler at det ofte oppstår situasjoner hvor tolk ikke blir brukt, til tross for at pasienten ikke snakker tilstrekkelig godt norsk (14). Underliggende grunn til underforbruk av tolketjeneste har vist seg å være et komplisert fenomen som ikke bare går på tidsmangel. Le og medarbeidere identifiserer fem hovedårsaker til underforbruk av tolketjeneste.

Fire årsaker beskriver manglende informasjon om tolkebehov eller rett til tolk, enten på pasientens side eller helsepersonellens side. Den femte årsaken, som vi velger å utdype mer, handler om at helsepersonell ikke er i stand til å vurdere pasientens språkferdigheter (10).

Sykepleierens mislykkede forsøk på å vurdere pasienters språkferdigheter fører til at pasienter som snakker «litt» norsk, ikke tilbys tolkehjelp selv om de hadde hatt behov for det. Manglende evne til å kunne vurdere pasienters språkkunnskaper fører til at det oppstår en gråson som rommer pasienter som klassifiseres som kyndige nok til å forstå norsk i medisinsk sammenheng, men som ikke egentlig forstår godt nok det som blir sagt. Pasienter kan mangle ord for å kunne beskrive sin sykdomshistorie og sine bekymringer, noe som kan føre til at beslutninger tatt i behandlingsprosessen blir mer usikre (15).

Sykepleiere har ingen kvalifikasjoner eller systematiske verktøy som kan hjelpe dem med å vurdere pasientens språkknivå. De er nødt til å stole på sine egne skjønsmessige vurderinger og kan derfor overvurdere pasienters språkdlyktighet. Det at pasienten kan snakke litt, og at han nikker og smiler, er ofte tatt som tegn på at han forstår det som blir sagt, noe som ikke behøver å stemme (10). Pasienten vil gjerne late som om han forstår mer enn han faktisk gjør, for ikke å være til bry og for ikke å utsette seg for stigmatisering, siden det å ikke kunne majoritetsspråket kjennes skamfullt (16).

Vi som helsepersonell må også være klar over at psykososiale forhold spiller en stor rolle når det gjelder evnen til å kommunisere. Redsel, sykdom og stress svekker språkkompetansen (12).

KONKLUSJON

Forskning og faglitteratur viser at språkbarrierer er en trussel mot pasientsikkerheten på sykehus.

Helsepersonell er i sin utøvelse av behandling og pleie pålagt å handle ut fra den aktuelle lovgivningen om faglig forsvarlighet, pasientens rett til likeverdige tjenester og rett til medvirkning og informasjon. Forskningen viser at pasientsikkerheten blir truet ved en rekke anledninger i daglig sykepleiepraksis, blant annet ved medisintil levering, oppfølging av væskebalanse og pre-operativ sykepleie. Å være spesielt oppmerksom under utførelse av disse oppgavene er det første steget mot bedret pasientsikkerhet.

Forskning viser også at omtrent 30 prosent av alle tilfeller av språkbarrierer ikke blir dokumentert i journal-systemet (3). Det virker dermed naturlig å si at forbedring av dokumenteringskulturen blir det neste steget for å øke pasientsikkerheten. Sykepleiere står pasienten nærmest, og vi har ansvar for å tilrettelegge for god kommunikasjon og for å bygge bro over språkbarrierer.

Pårørende blir ofte brukt som tolk, noe som er sterkt frarådet, og som bør unngås grunnet pårørendes emosjonelle involvering i pasientens situasjon. Profesjonell tolketjeneste har vist seg å være det mest effektive tiltaket for å forbedre pasientsikkerhet for pasienter som ikke behersker majoritetsspråket. Stort underforbruk av tolk kan imidlertid sees både i Norge og i andre land. ●

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring> (nedlastet 10.06.2018).
2. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne M, Stronks K, Essink-Bot M. Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *Am J Public Health*. 2010;100(5):113-7.
3. van Rosse F, de Bruijne M, Suurmond J, Essink-Bot M, Wagner C. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 2016;54:45-53.
4. Wasserman M, Renfrew M, Green A, Lopez L, Tan-McGrory A, Betancourt J, et al. Identifying and

- preventing medical errors in patients with limited English proficiency: key findings and tools for the field. *J Healthc Qual*. 2014 mai-juni;36(3):5-16.
5. Steinberg E, Valenzuela-Araujo D, Zickafoose J, Kieffer E, Decamp L. The «battle» of managing language barriers in health care. *Clin Pediatr*. 2016;55(14):1318-27.
 6. Parveen AA, Watson R. Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *J Clin Nurs*. 2018 mars;27(5-6):e152-60.
 7. Lov 2.juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 30.01.2019).
 8. Lov 2.juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 30.01.2019).
 9. Lov 16. juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51> (nedlastet 30.01.2019).
 10. Le C, Kale E, Jareg K, Kumar BN. Når pasienten snakker litt norsk: en dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2013;50(10):999-1005.
 11. Helsedirektoratet. God kommunikasjon via tolk. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjeneste. Oslo, 2011. IS-1924. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene> (nedlastet 11.06.2018).
 12. Magelssen R. Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene. 2. utg. 2. oppl. Oslo: Akribes; 2011.
 13. Harpelund L, Nielsen S, Krasnik A. Self-perceived need for interpreter among immigrants in Denmark. *Scand J Public Health*. 2012;40(5):457-65.
 14. Kale E, Ahlberg N, Duckert F. Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2010;47(9):818-23.
 15. Drewniak D, Kronen T, Wild V. Do attitudes and behaviour of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *International Journal Of Nursing Studies*. 2017;70(5):89-98.
 16. Falk G. Stigma. How we treat outsiders. New York: Prometheus Books; 2001.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.
Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmesolerende
- Les mer på wima.no

Wima® produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no

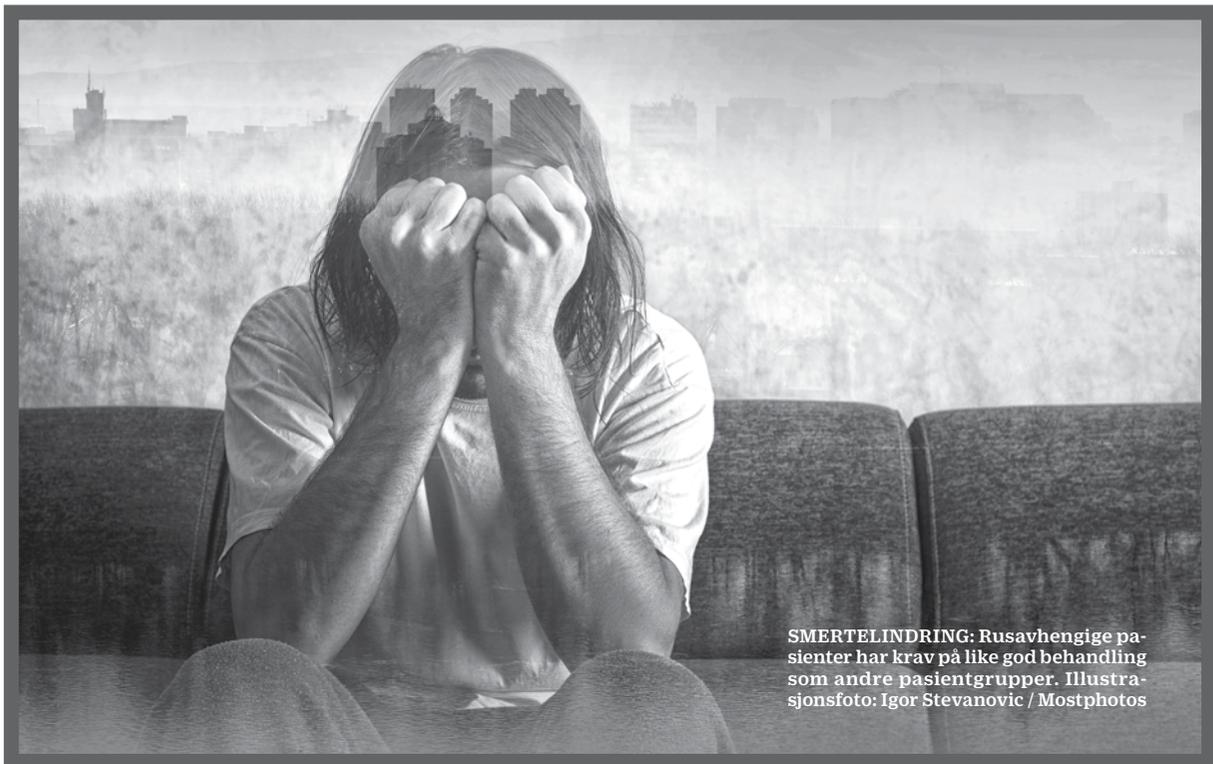


68.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien **Sykepleien**



SMERTELINDRING: Rusavhengige pasienter har krav på like god behandling som andre pasientgrupper. Illustrasjonsfoto: Igor Stevanovic / Mostphotos

FORFATTERE

Anne Berit Govertsen

Intensivsykepleier, Anestesi-, intensiv- og operasjonsavdelingen, Sørlandet sykehus

Cathrine Aanensen

Anestesisykepleier, Anestesi-, intensiv- og operasjonsavdelingen, Sørlandet sykehus

Ellen Benestad Moi

Universitetslektor, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

NØKKELOD

- Kvalitativ metode
- Kompetanse
- Rusavhengighet
- Samarbeid
- Spesialsykepleier

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.75746

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Internasjonal forskning viser at rusavhengige pasienter på sykehus ikke får den smertelindringen de har krav på. Det kan skyldes manglende kunnskap om medikamenter, bruk av smertekartleggingsverktøy, helsepersonells holdninger samt hvordan man skal tilnærme seg rusavhengige. Det foreligger ingen studier av hvorvidt norske smerteteam har betydning for smertelindring av rusavhengige.

Hensikt: Å synliggjøre spesialsykepleieres erfaringer fra smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Vi utførte individuelle intervjuer med seks spesialsykepleiere i smerteteam ved fire norske sykehus og benyttet kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Smerteteam har tid til direkte pasientkontakt. Der smerteteamet oppdager manglende kompetanse hos helsepersonell, bistår de med støtte og undervisning i hvordan man skal dosere og kombinere ulike medikamenter for å lindre smerte hos rusavhengige. Videre bistår smerteteam med kunnskap om rusanalyse og smertekartlegging, hvordan etablere tillit og trygghet samt kommunisere med rusavhengige. Samarbeid med helsepersonell både i og utenfor sykehus vektlegges.

Konklusjon: Smerteteamet kan prioritere tid til den rusavhengige og være en ressurs for pasienter, leger og sykepleiere. Resultatene tyder på at smerteteam er en nyttig investering for å møte rusavhengiges behov for optimal smertelindring. Pasientene får lindret sin smerte og følges opp med behandlingsplan både på sykehus og etter utskrivelse.

Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige

Helsepersonell kan lære av smerteteam når de har farmakologiske spørsmål og skal utarbeide handlingsplaner, og når de skal etablere åpne og tillitsfullerelasjoner til pasienten.

Rusavhengighet utgjør et stort globalt helseproblem. Rusmiddelrelaterte sykdommer og skader gir hyppige sykehusinnleggelser, og smerter er en av de vanligste årsakene til at rusavhengige oppsøker sykehus (1).

Rusavhengighet karakteriseres av flere atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener etter gjentatt stoffbruk. Stoffbruken prioriteres høyere enn aktiviteter og forpliktelser, noe som kan gi økt toleranse for og dermed nedsatt effekt av legemidler som brukes, samt fysisk abstinens tilstand (2).

Hindre for adekvat behandling

Helsepersonells manglende kunnskap om toleranseutvikling, hyperalgesi (forhøyet følsomhet for smerte), substitusjonsmedikamenter og abstinenser kan gi inadekvat behandling og smertelindring (1, 3–5). Risikoen blir at pasienter skriver seg ut på eget ansvar. Manglende kompetanse om opioidavhengighet som stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser, kan også komplisere adekvat smertelindring (6, 7).

Norske og internasjonale studier viser at tillitsforholdet mellom rusavhengige pasienter og helsepersonell er avgjørende for å danne ærlig og god dialog som vil sikre kvaliteten på videre smertelindring (1, 6–10). Flere studier viser at usikkerhet i tilnærmingen til rusavhengige pasienter bunner i manglende kompetanse,

manglende evne til å skape tillitsforhold, mistro til pasienten og holdninger som at rusavhengighet anses som selvforskyldt (6, 7, 10).

Smerteteam

Rusavhengige pasienter har krav på like god behandling som andre pasientgrupper (5). Internasjonale studier

«Rusavhengige blir krevende når det ikke foreligger behandlingsopplegg, og alt er tilfeldig.»

Informant

er viser at sykehus mangler organiserte smerteteam til tross for at det finnes kunnskap om at smerteteam er viktige, nyttige og effektive redskaper for at rusavhengige skal få nødvendig smertelindring (6, 8).

Vi finner ingen offisiell statistikk over antallet smerteteam i Norge, men flere sykehus har etablert smerteteam for smertetilstander som er vanskelig å behandle hos inneliggende pasienter (11). Ifølge et konferansebidrag har kun 6 av 21 sykehus i Helse Sør-Øst smerteteam (12).

Hensikt med studien

Det foreligger ingen publiserte studier om norske smerteteams erfaringer med rusavhengige pasienter. Kunnskap hos smerteteam er viktig å belyse. Erfaringene kan bidra til at helsepersonell

får mer kunnskap og kan møte denne pasientgruppen på en bedre måte. Hensikten med denne studien er å synliggjøre spesialsykepleieres erfaringer i smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.

METODE

Studien har et kvalitativt design med seks individuelle, semistrukturerte dybdeintervjuer (13).

Informanter

Vi kontaktet smerteklinikker ved fem sykehus i Sør-Norge per e-post. Fire sykehus hadde smerteteam og erfaring med smertelindring av rusavhengige pasienter. Smerteteamene besto av en eller flere spesialsykepleiere og en anestesilege, og de var knyttet til en smerteklinikk eller anestesivdeling. To smerteteam drev oppsøkende virksomhet, men alle behandlet pasienter etter henvisninger.

Vi fikk innpass til forskningsfelt ved å anvende sykehusenes prosedyrer. En kontaktperson på sykehuse- ne forespurte informanter om å delta. Inkluderte informanter måtte være spesialsykepleiere og ha minst to års erfaring fra smerteteam og behandling av rusavhengige pasienter. Etter at informantene hadde bekreftet at de ville delta, sendte vi informasjonsskriv via e-post til dem.

Intervjuer

Vi gjennomførte intervjuene i november og desember 2015, og de var- te i 45 til 60 minutter. Første- og

andreforfatteren var til stede under alle intervjuene og hadde hovedansvaret for tre intervjuer hver. Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål knyttet til positive og utfordrende erfaringer med smertelindring av rusavhengige. Etter lydopptak transkriberte vi intervjuene fortløpende.

Vi anvendte kvalitativ innholdsanalyse (14) og leste transkripsjonene flere ganger for å danne et felles helhetsbilde. Intervjuteksten ble inndelt i meningsenheter som ble kondensert, abstrahert og kodet. Første- og andreforfatteren dannet meningsenheter og koder for fire intervjuer sammen, og hver for seg for to intervjuer.

Alle forfatterne diskuterte og reflekterte over uklårheter som oppsto gjennom analyseprosessen, noe som ga en ny og dypere felles forståelse. Refleksjonene var avhengige av artikkelforfatternes forståelse, erfaringer med pasientgruppen fra akuttmottak og intensivavdeling samt ulik erfaring med analyse av forskningsresultater. Ved hjelp av kodene ble likheter og ulikheter i tekstinholdet identifisert og sortert i tre kategorier (tabell 1).

Ifølge Norsk senter for forskningsdata (NSD) er ikke undersøkelsen meldepliktig (prosjektnummer 44942). Undersøkelsen ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer (15). Transkripsjonene ble anonymisert, oppbevart innelåst under forskningsprosessen og destruert etter gjennomført innholdsanalyse. Informantene undertegnet samtykkeerklæring etter at de hadde fått muntlig og skriftlig informasjon om studien.

RESULTATER

Et strategisk utvalg med seks spesialsykepleiere fra smerteteam ved fire norske sykehus deltok i studien. To sykehus var representert med to informanter, og to sykehus hadde en informant hver. Fem informanter var anestesie- eller intensivsykepleiere, mens en hadde spesialkompetanse innen smertebehandling. Alle var kvinner over 30 år og hadde arbeidet i smerteteam i mer enn tre år.

Tillit

Alle informantene erfarte at pasientene ble trygge da smerteteamet satte av

tid, tok smertene deres på alvor og møtte dem med respekt:

«Det å få pasienten trygg er alfa og omega.» (ID-A1)

Det var bred enighet om at gode møter var avhengig av ærlig og direkte kommunikasjon der smerteteamet brukte tid og torde å stille utfordrende og direkte spørsmål, selv om spørsmålene føltes ubehagelige. Informantene beskrev også at enkelte rusavhengige var velformuler-

«Det er ekstra krevende for helsepersonell å etablere et tillitsforhold til rusavhengige pasienter.»

te, av og til fortalte usannheter, var krevende og til dels manipulerende. Ofte kom pasientene fra miljøer hvor de ikke var vant til å stole på noen. En informant sa at hun ansvarliggjorde pasientene:

«Etablering av tillit går begge veier.» (ID-A2)

Informantene uttrykte at de hadde samme tilnærming til rusavhengige som til andre pasienter med smerteproblematikk, og at de ikke stigmatiserte, men var grensesettende. En informant påpekte hvor viktig det er å «nullstille seg» før møter med pasienten, og vise oppriktig interesse. Alle sa at erfaring ga trygghet, slik at de våget å stå i krevende situasjoner:

«Det er krevende og en balansegang å bygge allianse og stole på pasienten. Bli man for skeptisk, klarer man ikke å bygge allianser. Det er viktig at de føler de blir møtt på lik linje som andre pasienter.» (ID-A2)

Kompetanse

Alle følte seg privilegert som hadde tid til individuell smertebehandling og påpekte at smertekartlegging og rusanalyse måtte gjennomføres tidlig:

«Vi kan prioritere og kartlegge annerledes enn sykepleier på sengepost. Vi kan sette av tid, ta stolen inntil og lytte.» (ID-B1)

Alle informantene erfarte at

pasientenes tankekjør, søvnunderskudd, angst og depresjon skapte utfordringer i smertelindringen. Fullstendige fakta måtte frem for at smerteregimer skulle tilpasses og fungere for hver pasient:

«Vi er blitt mye bedre til å kommunisere: snakke om 'rus-sug', tankekjør og se pasientenes perspektiv. Det gjør at vi kommer i mål.» (ID-A2)

«Altså, jeg vil bare stresser dette: rusanalyse, smertekartlegging – se sammenheng og gi pasienten det han trenger. Ta han på alvor!» (ID-B2)

Det var enighet om at pasientmedvirkning innen bestemte rammer var avgjørende. Tett oppfølging gjennom hele pasientforløpet bidro til kontinuitet:

«Rusavhengige blir krevende når det ikke foreligger behandlingsopplegg, og alt er tilfeldig.» (ID-B2)

«Å være til stede, tett oppfølging og evaluere er viktig.» (ID-B1)

Informantene hadde utvidede fagkunnskaper om smertelindring, som de mente var et kriterium for å lykkes med smertelindring til rusavhengige:

«Jeg gir ikke nødvendigvis mer medisiner, men flytter litt på dosene. Da blir det kanskje lettere for pasienten.» (ID-D)

«Noen ganger trenger pasientene andre medisiner enn opioider. Vi må gi riktige medisiner for at pasientene skal ha det bra. Da trenger sykehuset den kompetansen smerteteamet har.» (ID-D)

Informantene erfarte at smertebehandlingen tidvis var dårlig og kunnskapen mangelfull hos enkelte sykepleiere og leger på sengeposter. De sa også at sykepleierne lærte mer når smerteteamet gjorde vurderinger sammen med dem:

«Det er trygt for sykepleierne [...] lettere å ta kunnskapen videre.» (ID-A1)

Alle smerteteam arrangerte fagdager. Ett smerteteam underviste nyanstatte sykepleiere om smertelindring til rusavhengige. Tre sykehus hadde sykepleiere med roller som smertekontakter på sengeposter. Smertekontaktene hadde ansvaret for å være et bindeledd mellom smerteteamet og sengeposten.

Samarbeid

Sykehusavdelinger sendte henvisninger til smerteteamet, mens enkelte smerteteam drev oppsøkende virksomhet

i tillegg. Hvis pasienten var under lege-
middelassistert rehabilitering (LAR),
oppsoekte smerteteamet pasienten pre-
og/eller postoperativt for å sjekke for-
ordninger i henhold til retningslinjene
for smertebehandling.

Informantene sa at de gjorde selv-
stendige tilsyn og oppfølging. Aneste-
silegen foretok medikamentelle ordi-
nasjoner, men behandlingsplaner ble
utarbeidet i fellesskap:

«Mye av oppfølgingen er det jeg som
gjør, og jeg gir anestesileger oppdatering
og tilbakemeldinger.» (ID-C)

Alle informantene sa at lokale ret-
ningslinjer for smertelindring til rusav-
hengige har vært tilgjengelige i flere år,
og at retningslinjene var viktige i samar-
beidet mellom smerteteamene og sen-
gepostene. Enkelte sa at rusavhengige
pasienter oftere skrev seg ut på eget an-
svar før retningslinjene ble tatt i bruk:

«Det viktigste jeg har gjort når det gjel-
der kvalitetssikring av smerteteam, er
nok å lage retningslinjer.» (ID-C)

Alle mente det var viktig å være til-
gjengelig og holde god kontakt med «li-
vet på gulvet». En informant sa at det var
oppmuntrende å se at sykepleierne på
sengeposten fikk «stjerner i øynene» når
de mestret å lindre smerten til de pasi-
entene de opplevde som utfordrende:

«Det er ingen sykepleier på sengepost
som våger å titrere [gradvis øke dosen
til ønsket effekt] opp mot 100 mg mor-
fin intravenøst dersom du aldri har gjort
det før.» (ID-A1)

Informantene opplevde at samarbei-
det med legene på sengeposten varierte.
De bisto turnus- og assistentlegene med
erfaringer og kunnskap, og alle opplev-
de det som positivt å være en støtte og
sparringpartner. Tre informanter følte
imidertid at deres kompetanse ikke
ble benyttet hvis legene på sengeposten

ønsket å utarbeide egne smerteregimer.
Da fikk ikke pasientene nødvendig smer-
telindring, og sykepleierne på sengepos-
ten ble frustrerte:

«Jeg tør si fra og stå for det. Så får le-
gene heller bli sinte på meg. Som syke-
pleier i smerteteam tåler jeg det.» (ID-D)

Alle kontaktet LAR-konsulentene ras-
kest mulig dersom pasienten var un-
der LAR-behandling. Samarbeid med
LAR var spesielt nyttig når smertetea-

.....

**«Da informantene
brakte sin spesial-
kompetanse om kombi-
nasjoner og doseringer
av medikamenter,
oppnådde pasientene
smertelindring.»**

met ikke fikk tilstrekkelig informasjon
fra pasienten:

«Jeg ble tilkalt til en pasient som sto
på kjempedose metadon, 240 mg! Da jeg
kontaktet LAR, ble de overrasket. Det
viste seg at pasienten var utskrevet fra
et sykehus med den store dosen, uten
nedtrappingsplan.» (ID-B1)

Alle påpekte hvor viktig det var med
et godt samarbeid mellom smertetea-
met, LAR og fastlegen om nedtrapping.
Alle hadde gode erfaringer med å lage
nedtrappingsplaner som behandlende
sykehusleger sendte fastleger.

DISKUSJON

Tillit

Alle informantene erfarte at de må eta-
blere tillitsforhold på det første møtet,
at det tar tid og er essensielt for adekvat
smertebehandling. Disse erfaringene
samsvarer med forskning som viser at
det skaper gode relasjoner å ta seg tid til

å lytte til pasientens følelser og skjebner
(16), og at helsepersonellet er avhengig
av tillit for å utøve sykepleie (17).

Informantene sa videre at rusavhen-
gige er vant til å bli møtt med mistil-
lit og ofte kom fra miljøer hvor de ikke
var vant til å stole på noen. Dette utsag-
net er i tråd med forskning som viser at
rusavhengige er redde for ikke å bli tatt
på alvor (1, 8). Skau (17) fastslår at tillit
lett kan rives ned av krenkelsler. Interna-
sjonale studier viser også at sykepleiere
kan stigmatisere og mistolke rusavhen-
giges atferd, og at negative holdninger til
opioidavhengige forekommer (8–10, 18).

Blant norsk helsepersonell er det ogs-
å en allmenn oppfatning at rusavhen-
gige pasienter er uærlige om sitt rusmis-
bruk, og om effekten av medikamenter
(7, 19). Det er ekstra krevende for helse-
personell å etablere et tillitsforhold til
rusavhengige pasienter siden mange
rusavhengige er skeptiske til helsevese-
net og helsepersonell.

Samtidig er det viktig å ansvarliggjøre
pasientene i behandlingsopplegget, da
tillit går begge veier, ifølge en informant.
Hvis helsepersonellet ikke oppnår tillit
hos pasientene, kan det medføre at de
ikke får adekvat smertelindring og vel-
ger å avslutte behandlingen og skrive
seg ut fra sykehuset på eget ansvar. Hel-
sepersonellens holdninger og moralske
varsomhet er viktig for god sykepleiut-
øvelse og vellykket smertebehandling
(9, 20, 21).

Ifølge Nielsen (16) kan en god holdning
minke pasientens frykt for og skepsis
til at behandlingen ikke skal nytte. Tid-
ligere forskning viser at gode holdninger
er et viktig redskap for helsepersonell
for å etablere tillit og minke pasientens
frykt om at behandling ikke skal nytte
(7, 9, 16). Denne forskningen samsvarer
med resultatene i vår studie og viser at
tillit er et suksesskriterium i smertebe-
handlingen til rusavhengige.

Kompetanse

Informantene hadde gode erfaringer
med å avsette tid til å gjennomføre ru-
sanalyse og smertekartlegging, lage in-
dividuelle behandlingsplaner, stille åp-
ne og direkte spørsmål, ansvarliggjøre
pasienter, gjøre avtaler og sette grenser.
Disse erfaringene samsvarer med en

Tabell 1. Presentasjon av kategorier og underkategorier

| Kategorier | Betydningen av tillit | Behov for økt kompetanse | Betydningen av samarbeid |
|------------------------------|---|--|--|
| Under- kategorier | <ul style="list-style-type: none"> • tid til å etablere tillit • viktigheten av å inn- gi tillit og trygghet • våge å stå i krevende situa- sjoner | <ul style="list-style-type: none"> • oppmerksomhet på rusana- lyse og smertekartlegging • viktigheten av kommunikasjon mellom sykepleier og pasient • fagkunnskap om smertelin- dring • undervisning satt i system | <ul style="list-style-type: none"> • tilrettelegging for pasienten gjennom hele pasientforløpet • samarbeid innad i smerteteamet • behov for retningslinjer for smertebehandling • samarbeid med avdelinger på sykehuset • samarbeid med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) |

dansk studie (16), som viser at smerteteamet motiverer pasienten og gjør behandlingen til et felles prosjekt.

Skau (17) og Eide og medarbeiderne (22) understreker også at verdier som barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter blir synlige gjennom aktiv lytting, samtale, rådgivning og gode intervjuferdigheter.

Samtidig viser forskning at sykepleiere på sengepost har ulik erfaring, kompetanse og tid til å ta seg av den rusavhengige pasienten (10). Det holder ikke bare med ferdigheter i kommunikasjonsteknikk og kjennskap til hva som skal kartlegges, man må også forstå pasientens unike psykososiale kontekst (10, 22).

Det kan synes som at kartlegging og videre behandlingsopplegg kan stå i fare for å mislykkes dersom helsepersonellens kommunikasjon ikke er oppriktig og sannferdig. Videre kan gjentatte møter mellom smerteteam og pasienter bidra til adekvat smertelindring hvis pasienten blir involvert og ansvarliggjort.

Tre informanter uttrykte frustrasjon når enkelte leger ikke benyttet smerteteamets kompetanse, noe som kunne lede til inadekvat smertelindring. Alle informantene beskrev at de hadde erfart inadekvat smertebehandling og mangelfull kunnskap hos enkelte sykepleiere og leger på sengepost. Flere studier bekrefter at smertelindring til tider ikke eksisterer, og det avdekkes lite kunnskap om kompleksitet og manglende ruskartlegging (7, 8, 18).

Studiens informanter anbefalte fagdager og smertekontakter som bidrag for å øke ansattes kompetanse. Sykepleiere og leger har imidlertid et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert, drive kunnskapsbasert praksis og samarbeide med annet kvalifisert personell om pasientens behov tilsier det (23).

Det må også være et lederansvar å legge til rette for å etablere rutiner og systemer for smertekartlegging, samarbeid med smerteteam der de finnes, kursing og tilstrekkelig personell med nødvendige kvalifikasjoner for å

drive adekvat smertelindring (23, 24).

Ifølge en informant kan rusavhengige lett utagere og skape uro på en sengepost når de ikke blir tatt på alvor eller ikke får nødvendig smertelindring. Rusavhengige erfarer ofte at effekten av forordnede medikamenter uteblir (1). Derfor gjennomførte informantene individuell smertebehandling, som ble kontinuert og evaluert gjennom hele pasientforløpet.

Da informantene brukte sin spesialkompetanse om kombinasjoner og doseringer av medikamenter, oppnådde

.....
●
.....

**«Smerteteam
ser ut til å være et
suksesskriterium for
kvalitet og bidrar til
gode behandlings-
forløp.»**

pasientene smertelindring. Erfaringene til studiens informanter synliggjør at kompetansen på sengeposter om medikamentkombinasjoner og doser er mangelfull, og at smerteteamets hjelp er nødvendig.

Ifølge Duelund og medarbeidere (6) ble sykepleiere bedre rustet til å behandle pasienter med kompleks smerteproblematikk etter fagdiskusjoner med smerteteam. Det kan synes som at smerteteamet kan bidra til adekvat smertelindring ved å medvirke til økt kompetanse hos helsepersonell på sengeposter, men er avhengig av en ledelse som tilrettelegger for at kompetansen i organisasjonen utnyttes.

Samarbeid

Smerteteamet var lett tilgjengelig for helsepersonellet på sengepostene. Smerteteamene er et lavterskeltilbud, og de er fleksible, proaktive og videreformidler ny kunnskap, noe som synes å ha betydning i og med at leger og sykepleiere brukte smerteteamet for å sikre smertebehandling gjennom pasientforløpet. Informantene påpekte at det er en forutsetning at ledelsen er positive til smerteteam for at de skal være en ressurs for sykehuset.

Dersom sykehus ikke har

smerteteam, kan man stille spørsmål ved hvorvidt de klarer å opprettholde krav om spesialkompetanse i en komplisert smertebehandling. Pasientens behov bør være førende for hvilke faggrupper som involveres (24). Utviklingen peker mot en praksis der pasienten inkluderes i tverrprofesjonelle samhandlingsforløp (8, 24). Retten til pasientmedvirkning er lovfestet og skal tas i betraktning (20).

Kontinuitet i behandlingsforløpet kan trues som følge av en stadig økende profesjonalisering og spesialisering (24) og kan både svekke kvaliteten på behandlingen og gi en mangelfull behandling. Smerteteam ser ut til å være et suksesskriterium for kvalitet og bidrar til gode behandlingsforløp ved å løse pasienten gjennom hjelpeapparatet, slik at spesialkompetansen kommer pasienten til gode (24).

Sykehusene i studien hadde retningslinjer for smertelindring til rusavhengige pasienter. Før retningslinjene ble implementert, hadde det hendt at rusavhengige skrev seg ut på eget ansvar, noe som ga utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet. Informantene oppga at retningslinjene hjalp sykepleierne og legene til større felles forståelse for prinsipper for smertebehandling, og hindret at behandlingen ble personavhengig.

Resultatene fra en australsk og en britisk studie (1, 4) viste at rusavhengige ble behandlet med større verdighet og respekt etter at sykehusene i studiene hadde implementert retningslinjer, og helsepersonellet opplevde mindre aggressive og manipulerende pasienter. Disse funnene er i tråd med vår studie og viser at retningslinjer for smertebehandling er et suksesskriterium for adekvat smertelindring til rusavhengige.

Alle hadde et godt samarbeid med LAR da de skulle hente inn informasjon om medisiner og avdekke et eventuelt sidemisbruk hos inneliggende pasienter. Når pasientene er innlagt på sykehus, er kontakten med LAR viktig for å opprettholde og kontinuere rett substitusjonsdose (3, 5).

Samhandlingsreformen tilsier at

kommune- og spesialisthelsetjenesten skal samhandle når pasienter flyttes mellom sykehus og kommuner (25). Dette understreker hvor viktig det er å samarbeide med fastlegen og LAR, som kan etterse at nedtrapping organiseres som et siste ledd i et helhetlig behandlingsforløp.

Metodiske overveielser

Intervjuerne har erfaring som sykepleiere i akuttmottak og kjenner rusavhengiges utfordringer med smertelindring på sykehus, men har ikke erfaring med smerteteam. For forståelsen gir god forutsetning for å forstå utfordringene sykepleierne i smerteteam møter, og for å stille oppklarende spørsmål under intervjuene. For forståelsen kan også medvirke til at momenter blir oversatt eller undervurdert.

Vi tilstrebet å redusere denne risikoen ved å klarlegge forståelsen gjennom hele forskningsprosessen, og ved å inkludere alle forfatterne i analyseprosessen (13, 14). Sisteforfatteren er spesialsykepleier med erfaring fra en intensivavdeling. Muligheten for at andre kan analysere og tolke annerledes, er likevel til stede.

Vi valgte informantene fordi de hadde lang arbeidserfaring fra smerteteam og dermed kunne synliggjøre og utdype spesialsykepleierens erfaringer med å lindre smerter hos rusavhengige pasienter. Alle ble informert om at vi ønsket å få frem både deres positive erfaringer og utfordringer. Likevel kom det frem mest positive beskrivelser, noe som tyder på at informantens erfaringer fra arbeidet i smerteteam var overveiende positivt.

På den annen side kunne intervjuerne ha stilt flere spørsmål om utfordringer. Det er en kjent tendens at informanter svarer positivt på spørsmål i forskningsintervjuer (13). Vi vet ikke om denne tendensen har påvirket funnene i vår studie, men det er uansett noe man bør være oppmerksom på. Vi opplevde at dynamikken mellom informantene og intervjuerne var god, og informantene delte villig sine erfaringer.

Det er en styrke at det ikke er publisert tilsvarende studier i Norge, og det er behov for kunnskap basert på erfaringer fra spesialsykepleiere i smerteteam.

KONKLUSJON

Erfaringene fra spesialsykepleiere i smerteteam viser at smertelindring til rusavhengige pasienter er avhengig av tillit, kompetanse og samarbeid for at pasienten skal løses trygt gjennom sykehusinnleggelsen. Tid til pasienten er en suksessfaktor og et privilegium spesialsykepleierne i smerteteamet har.

Helsepersonell på sengeposter har behov for økt kompetanse for å møte den rusavhengiges behov for smertelindring. Helsepersonell finner støtte i smerteteamet, både når de har farmakologiske spørsmål, og når de skal utarbeide individuelle behandlingsplaner, men også når det gjelder hvordan de kan etablere tillitsforhold og anvende åpen kommunikasjon med den rusavhengige pasienten.

Godt samarbeid mellom helsepersonell og smerteteam er nødvendig under sykehusinnleggelsen for å gi adekvat smertelindring og helhetlige pasientforløp. Smerteteamet har også en unik rolle ved å tilrettelegge oppfølgingsplaner etter utskrivelse.

Det kan være interessant å undersøke den rusavhengiges erfaringer med smerteteam i senere studier. I tillegg kan man undersøke om helsepersonell får mer kunnskap om smertelindring til rusavhengige ved å samarbeide med smerteteam. ●

REFERANSER

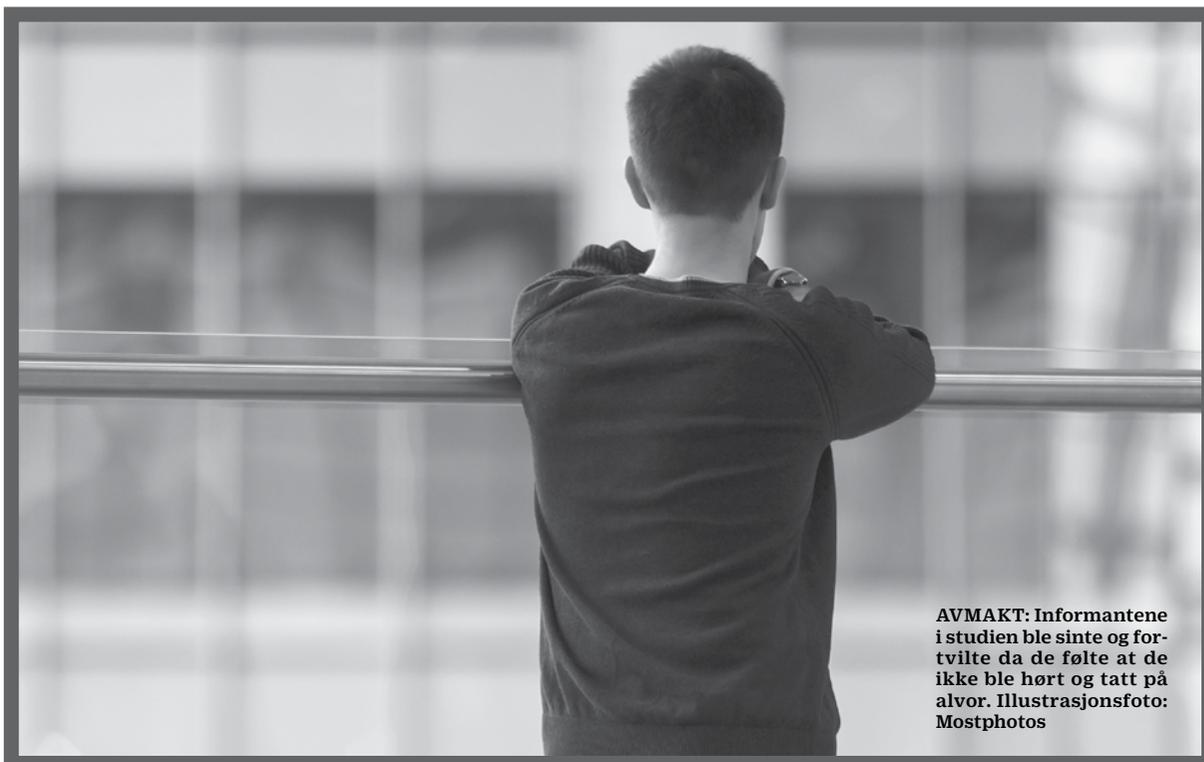
1. Blay N, Glover S, Bothe J, Lee S, Lamont F. Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2012;42(2):289–97.
2. Organization WH. ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 01/2018. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2018. Tilgjengelig fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/0/1> (nedlastet 19.04.2018).
3. Fredheim OMS, Nøst Dahl T, Nordstrand B, Høivik T, Rygnestad T, Borchgrevink PC. Behandling av akutte smerter under legemiddelasistert rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2010;130(7):738–40.
4. Wintle D. Pain management for the opioid-dependent patient. *Br J Nurs*. 2008;17(1):47–51.
5. Den norske legeförening. Retningslinjer for smertelindring. Oslo: Den norske legeförening; 2009. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebelhandling%20dnlf.pdf> (nedlastet 14.12.2017).

6. Duelund S, From M, Bastrup L. Smerteteam inddrager patienter med kroniske smerter i postoperativ smertebehandling. *Sygeplejersken*. 2014;114(14):76–80.
7. Li R, Andenæs R, Undall E, Næden D. Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*. 2012(3):252–60. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0131
8. McCreadie M, Lyons I, Watt D, Ewing E, Croft J, Smith M, et al. Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *J Clin Nurs*. 2010;19(19–20):2730–40.
9. Morgan BD. Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(1):165–75.
10. Morley G, Briggs E, Chumbley G. Nurses' experiences of patients with substance-use disorder in pain: a phenomenological study. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(5):701–11.
11. Helsedirektoratet. Veileder IS-2190. Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker. I: Helsedirektoratet, red. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/873/Veileder-Organisering-og-drift-av-tverrfaglige-smerteklinikker-IS-2190.pdf> (nedlastet 19.02.2019).
12. Ljoså TM, Undall E. Akutt smerteteam (AST) i HSØ. Sykehuset Telemark; 2018 [PP-presentasjon fra en konferanse]. Tilgjengelig fra: https://docs.wixstatic.com/ugd/lc047b_9e9ab7b9bb5f4d7e8bbfdd8323b572d.pdf (nedlastet 19.04.2018).
13. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
14. Lundman B, Graneheim UH. Kvalitativ innehållsanalyse. I: Granskår M, Höglund-Nielsen B, red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2. utg. Lund: Studentlitteratur; 2012.
15. World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet 14.12.2017).
16. Nielsen AS. Behandlingsarbeid i team: teambaseret behandling med behandlerrotation. København: Hans Reitzels Forlag; 2010.
17. Skau GM. Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
18. Liberto LA, Fornili KS. Managing pain in opioid-dependent patients in general hospital settings. *Med Surg Nurs*. 2013;22(1):33.
19. Krokmyrdal KA, Andenæs R. Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: a cross-sectional survey study. *Nurse Educ Today*. 2015;35(6):789–94.
20. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
21. Stubberud D-G, Eikeland A, Sjøbjerg IL. Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
22. Eide H, Eide T, Keeping D, Eide E. Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
23. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 15.02.2019).
24. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.
25. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd888ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (nedlastet 14.12.2017).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



AVMAKT: Informantene i studien ble sinte og forvilt da de følte at de ikke ble hørt og tatt på alvor. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

FORFATTERE

Anne Lene Årseth
Sykepleier og prosjektleder, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand

Erik Torjussen
Brukerrepresentant, A-larm

Berit Johannessen
Førstemanuensis, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

NØKKELORD

- ▶ Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- ▶ Overganger ▶ Pasienterfaringer
- ▶ Frafall fra behandling

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.76440

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Mellom 10 og 60 prosent av dem som starter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), dropper ut av behandlingen før den er fullført. Overganger fra et behandlingssted til et annet kan ofte være sårbare, og kliniske erfaringer viser at det er fare for frafall når pasienter henvises fra et behandlingssted til et annet. Et dropout-prosjekt ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus avdekket at 48 prosent av pasientene under 30 år droppet ut i overgangene fra et behandlingssted til et annet (3). Det høye frafallet førte til et behov for å innhente mer kunnskap fra pasientene om hvorfor de ikke møtte opp til behandling. Det er få studier som har undersøkt denne pasientgruppens opplevelser og erfaringer knyttet til frafall.

Hensikt: Hensikten med studien var å få innsikt i hva som hindrer unge voksne pasienter i å møte til rusbehandling i privat døgningstusjon innen TSB.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Vi foretok semistrukturerte livsverdensintervjuer av fem informanter som ikke møtte til rusbehandling i privat institusjon. Vi analyserte dataene ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Resultatene viser til opplevelser av manglende medvirkning, usikkerhet, uro og synkende motivasjon i ventetiden og en følelse av press på å søke og ta imot behandlingstilbudet.

Konklusjon: Funnene indikerer at det innen TSB er behov for å øke kunnskapen om brukermidvirkning og ha mer oppmerksomhet på individuell behandling, relasjoner og tett oppfølging i overgangene. Det er behov for videre forskning som belyser brukernes egne erfaringer og opplevelser av behandlingen de mottar innen TSB.

Hva hindrer unge voksne i å møte til rusbehandling?

Pasienter møter ikke opp til behandling i privat institusjon hvis de føler at de mangler medvirkning, har dalende motivasjon eller føler seg presset til å ta imot behandling.

Mellom 10 og 60 prosent av dem som starter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), dropper ut av behandlingen før den er fullført (1). De har større sannsynlighet for blant annet flere reinnleggelser, dårligere fysisk og psykisk helse og tilbakefall (2). For å øke andelen som fullfører, bevilget Helse- og omsorgsdepartementet i 2014 prosjektmidler til hvert av de regionale helseforetakene (RHF).

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF) fikk midler til et dropout-prosjekt hvor et av delprosjektene hadde undersøkt overgangene mellom ARA og private døgninstitusjoner. Her ble «dropout» definert som både det å avslutte behandlingen før den er fullført, si fra seg tilbudt plass og ikke møte opp til behandlingsstart.

ARA tilbyr flere ulike behandlinger, og private, ideelle døgninstitusjoner benyttes for de fleste av pasientene som skal videre på langtidsopphold. De private institusjonene har ulike metoder og behandlinger som varer mellom seks og tolv måneder. Ventetiden fra innvilget plass til behandlingen starter, var i gjennomsnitt 72 dager i 2013 (3).

Varierende pasientforløp

Pasientforløpet frem mot innleggelse i privat institusjon varierer. Pasienter kan henvises fra fastlegen, den kommunale rusoppfølgingen, Nav eller spesialisthelsetjenesten. Søknaden sendes til vurderingsteamet i ARA, som avgjør hvorvidt pasienten

har krav på behandling, og hvilket behandlingsnivå som er aktuelt. Deretter sendes søknaden til vurdering ved den aktuelle private institusjonen. Pasientene har fritt valg innenfor innvilget behandlingsnivå.

Overgangen fra et behandlingssted til et annet kan sette pasienten i en sårbar situasjon. Delprosjektet ved ARA

«Overgangen fra et behandlingssted til et annet kan sette pasienten i en sårbar situasjon.»

avdekket at 48 prosent av pasientene droppet ut i overgangene fra et behandlingssted til et annet (3). Det høye frafallet førte til et behov for å innhente mer kunnskap fra pasientene om hva som hindret dem i å møte opp.

Tidligere forskning på temaet

I politiske føringer understrekes betydningen av at brukernes egne erfaringer får større plass når gode og effektive tjenester skal utvikles (4). Brukermedvirkning og en god allianse mellom pasienten og behandleren anses som helt sentralt for å forhindre frafall (5). Det er likevel få studier som har undersøkt pasienters egne erfaringer og opplevelser knyttet til frafall.

En nylig oversiktsartikkel viste, med unntak av økt sårbarhet ved lav alder, at det ikke var noen forhold ved pasientene som entydig kunne forklare frafallet. Kun 6 av de 122 studiene

undersøkte forhold knyttet til terapeuten. Disse studiene viste at en god allianse mellom terapeuten og pasienten kan føre til lavere frafall.

I oversiktsartikkelen til Brorson og medarbeidere etterlyser de mer forskning på behandlingsprosesser, som for eksempel hvor tilfredse pasientene er med behandlingen (1).

Vi har ikke funnet noen studier som har undersøkt manglende oppmøte til behandling sett fra pasientenes perspektiv. Studier som har undersøkt pasientenes grunner til å avslutte behandlingen før den er fullført, viser blant annet til utilfredshet med behandlingsopplegget og mangel på fleksibilitet i planleggingen (6, 7).

Studier som har undersøkt pasienters oppfatninger av behandlingstilbud de har mottatt, viser til ulike behov og meninger, men medvirkning, terapeutisk allianse og det å bli tatt på alvor og respektert gikk igjen (8–10).

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å få innsikt i hva som hindrer unge voksne pasienter i å møte til rusbehandling i privat døgninstitusjon.

METODE

Studien har et kvalitativt design. Fordi vi ønsket en dypere innsikt i hver enkelt brukers historie, benyttet vi semistrukturerte livsverdensintervjuer, som verken er preget av helt åpne eller helt lukkede spørsmål (11). Vi utarbeidet en intervjuguide med temaer vi ønsket svar på: informantenes erfaringer i prosessen frem mot innleggelse, deres positive og negative

opplevelser og begrunnelser for ikke å møte opp.

Utvalg

Informantene som skulle inkluderes, måtte ha samtykkekompetanse, ikke være for ruset til å gjennomføre intervjuet og ikke være innlagt til behandling eller i fengsel.

For å finne frem til informantene søkte vi i sykehusets journaler. Av 20 personer var 6 aktuelle, og førsteforfatteren kontaktet dem på telefon. Vi oppnådde kontakt med fem informanter, som alle ønsket å stille til intervju. To av informantene møtte likevel ikke opp, og etter en ny gjennomgang av aktuelle informanter tok førsteforfatteren kontakt med to som var innlagt til døgnbehandling. Begge ønsket å delta i studien, og begge møtte opp til intervju.

Informantene var tre menn og to kvinner mellom 18 og 30 år som hadde hatt forskjellige behandlingsforløp frem til de ble søkt inn til en av fire ulike private institusjoner i 2013. Alle hadde lang erfaring med å motta hjelp for sitt rusproblem, og alle hadde tidligere erfaring med behandling på privat institusjon.

Da de ble henvist til privat institusjon i 2013, mottok alle en eller annen form for hjelp fra instanser som spesialisthelsetjenesten, Nav, kommunen, fastlegen og barnevernet, og det var en av disse instansene som hadde søkt dem inn. Tre av informantene var avhengige av rusmidler da de fikk henvisning, en hadde holdt seg rusfri i noen uker, mens en hadde vært rusfri i en lang periode.

På intervjutidspunktet var to av informantene i en behandling de ønsket, en var i stabil legemiddelasistert behandling, mens to hadde holdt seg nyktre over mange måneder.

Informantene uttrykte at det var viktig for dem å få formidlet sin historie, slik at de kunne være med og bidra til at andre fikk en bedre opplevelse av behandlingsprosessen enn det de selv hadde hatt.

Gjennomføring

Førsteforfatteren og andreforfatteren gjennomførte intervjuene. Intervjuene foregikk på ulike steder etter informantens ønsker og varte fra 50

til 80 minutter. Flere av informantene sa at det var positivt at en brukerrepresentant var med under intervjuene. Vi gjorde lydopptak, som vi senere transkriberte til 115 sider tekst. Teksten ble så gjennomlest og analysert av alle forfatterne.

Analyse

Førsteforfatteren gjennomførte analysen ved å bruke systematisk tekst-kondensering etter Malteruds (12) firetrinnsmodell. Først leste vi gjennom intervjuene i det Malterud (12) omtaler som et fugleperspektiv for å danne oss et inntrykk av aktuelle temaer. Så leste vi gjennom intervjuene på nytt, kodet og sorterte ved å sette sammen tekstbiter som passet under hvert tema. Vi la bort tekst som ikke passet inn.

Deretter skrev vi om tekstbitene

«De satt igjen med en følelse av at behandlingen de fikk, var lite individuelt tilrettelagt.»

til et mindre muntlig språk og skrev sammen de som hadde samme innhold. Vi beholdt sitater som kunne utfylle innholdet. Etter dette ble hvert tema igjen gjennomgått, og hver tekstbit satt sammen igjen under hvert tema. Til slutt gjennomgikk samtlige forfattere alle intervjuene på nytt for å se om beskrivelsen stemte med det informantene hadde sagt. Analysen munnnet ut i tre hovedtemaer.

Etiske aspekter

Vi la frem studien for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som konkluderte med at prosjektet ikke var søknadspliktig. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien. Konfidensialiteten ble ivaretatt ved at vi oppbevarte alle dataene på en minnepenn som var innelåst og passordbeskyttet. Kun forfatterne hadde

tilgang til minnepennen. Alle dataene ble anonymisert slik at ingen kunne gjenkjennes.

Informantene skrev under på en samtykkeerklæring og kunne trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi noen grunn, og uten at det fikk konsekvenser for behandlingen de eventuelt mottok. Ingen valgte å trekke seg. Alle hadde noen de kunne snakke med i etterkant av studien.

RESULTATER

Resultatene viser at informantene opplevde manglende medvirkning, usikkerhet, uro og synkende motivasjon i ventetiden og følte press til å ta imot behandlingstilbudet, noe som hindret dem i å møte opp til behandling.

Manglende medvirkning

Alle informantene hadde hatt tanker om hva de ønsket seg av hjelp for å bli rusfri. Fire hadde sagt fra om sine behov og ønsker før de ble søkt inn. Alle hadde likevel opplevd å bli søkt inn til en annen oppfølging eller institusjon enn den de ønsket seg:

«Jeg ville egentlig opp på en bestemt institusjon, det var vel det, men så søkte Nav meg inn på en annen. De mente det var der jeg burde dra, så, det endte for meg at jeg ikke [...] at jeg takket nei til den, da.»

Informantene hadde fått ulike begrunnelser for hvorfor de ikke fikk innvilget ønsket: Institusjonen hadde for lang ventetid, de var ikke klare for den typen behandling eller oppfølging, de oppfylte ikke kriteriene, eller hjelpen de ønsket seg, fantes ikke.

Ble ikke hørt eller sett

At de ikke fikk innvilget den hjelpen de ønsket, førte til at de ikke følte at behovene deres ble hørt eller trodd. De satt igjen med en følelse av at behandlingen de fikk, var lite individuelt tilrettelagt:

«Jeg føler at de gjorde det som står i boka deres som er riktig at de skal gjøre, på en måte, for altså. De gjorde sikkert det de mente var riktig ut fra hvordan de var vant til å gjøre ting, men jeg mener at det ikke nødvendigvis var

riktig, i hvert fall ikke i vårt tilfelle.»

Fire av informantene fortalte at det var en gjennomgående opplevelse gjennom hele behandlingsforløpet at de ikke ble hørt eller sett. En kom med følgende hjertesukk:

«Jeg har hørt flere [...] Det er rett og slett det at de ikke blir hørt når de sier noe, og faktisk de som er ærlige på hva de hører og sier, og selvfølgelig, det er noen som prøver seg, men de fleste som legger seg inn, de legger seg inn fordi de har lyst til å prøve, men når de ikke blir hørt, så er det ikke særlig lett.»

Manglende tiltro fra hjelpeapparatet

Flere av informantene hadde opplevd at hjelpeapparatet hadde liten tiltro til at de kunne klare å gjennomføre det de ønsket. En fortalte om hvordan hun opplevde den manglende tilliten:

«[...] og det er igjen det der at du må prøve å gi noen tillit og støtte dem på en måte, istedenfor å liksom 'men tenk om det og det skjer'. Altså, ja, man blir ganske stresset av sånt.»

En av informantene, som var gravid og i aktiv rus, ble møtt med for stor tiltro til at hun skulle klare å slutte å ruse seg på egen hånd. For henne hadde det vært viktig at behandlingsapparatet så at hun løy om at hun kunne klare seg selv.

Sinte og fortvilte

Fire av informantene beskrev hvor sinte og fortvilte de ble når de ikke ble hørt og tatt på alvor. En av informantene, som hadde vært tydelig på hva han trengte av hjelp, beskrev det slik:

«Det jeg husker, er følelsen det ble da jeg på en måte strekker ut og vil ha hjelp, og så får jeg ikke hjelp. Jeg husker jeg ble griseforbannet. Tenkte da er det ikke noen vits. Kan like godt holde på sånn jeg gjør. Jeg får ikke hjelp, selv om jeg ber om det.»

Det at han ikke ble hørt og tatt på alvor, førte til at han tenkte at det ikke var noen vits i å be om mer hjelp.

Usikkerhet, uro og synkende motivasjon

Informantene opplevde usikkerhet, uro og synkende motivasjon frem mot innleggelsen. For mange var vente-

tiden for lang, og de følte at de fikk lite oppfølging. En hadde holdt seg nykter i lang tid og var usikker på hvor lenge han kom til å klare å holde seg:

«Det var rett og slett [sånn] at motivasjonen gikk rett i dass, så hentet jeg alt opp igjen [...] var liksom så irritert over at jeg måtte vente så lenge, for jeg visste ikke hvor lenge jeg klarte å holde meg nykter til jeg skulle inn.»

I tillegg opplevde han å få lite oppfølging fra den institusjonen han skul-

«Jeg får ikke hjelp, selv om jeg ber om det.»

Informant

le til. Til sammen førte dette til at motivasjonen for behandling sviktet.

Mistet troen på seg selv

En annen informant ble urolig og mistet troen på at hun kunne klare behandlingen:

«Jeg fikk panikk, rett og slett. Jeg tror jeg i grunn ble redd for å gi opp rusen, for å møte på de følelsene jeg visste jeg måtte møte på [...], for jeg trodde rett og slett at jeg kanskje ikke kom til å klare det. Så jeg mistet troen.»

Informantene syntes også at de fikk for lite informasjon i ventetiden. En sa følgende:

«Egentlig så hadde det vært greit å vite litt om plassene man reiste til da, og hvilke opplegg og litt hvordan ting fungerer, for det har jeg aldri visst når jeg har reist en plass.»

En annen hadde fått noe informasjon, men følte seg ikke mottakelig for den. Manglende informasjon påvirket motivasjonen negativt.

Føle seg presset til å ta imot tilbud om plass

Fire av informantene hadde følt seg presset til å takke ja da de fikk innvilget plass på den institusjonen som hjelpeapparatet hadde foreslått, selv om det ikke var det de ønsket. Flere begrunnet det med at de ikke hadde følt seg klare for den typen behandling.

En av informantene fortalte hvordan

hun i 2013 og flere andre ganger hadde blitt presset til å ta imot behandling på institusjon. Hun hadde takket ja for ikke å miste omsorgen for barna sine:

«[...] kanskje jeg ikke var mottakelig de andre gangene jeg har vært til behandling, da har jeg gjort det bare fordi jeg har følt at jeg har måttet, for jeg hadde kniven på strupen med tanke på at jeg ble fratatt barna mine hvis jeg ikke gjorde det.»

Presset fra behandlingsapparatet førte til at hun gjorde et halvhjertet forsøk på å bli rusfri.

Følte press fra Nav

En annen fortalte om press knyttet til økonomi, og om hvordan han hadde opplevd at Nav hadde overtaket på ham:

«Nav, de hadde jo på en måte overtaket på meg, de kunne jo ta pengene hvis jeg ikke fulgte planen, og jeg var avhengig av de pengene, og jeg klarte ikke å holde på en jobb eller, for å få den inntekten. Så jeg måtte liksom gjøre det jeg måtte for å få pengene.»

Fire av informantene hadde takket nei etter at de fikk innvilget plass. De fortsatte å gå sin egen vei for å bli rusfri, selv om de opplevde at de fikk lite støtte fra hjelpeapparatet, og at det var en kamp å få gjennomslag for ønsket sitt.

DISKUSJON

Hensikten med studien var å få innsikt i hva som hindrer unge voksne pasienter i å møte til rusbehandling på privat døgningstitusjon. Resultatene viser at de opplevde manglende medvirkning, usikkerhet, uro og synkende motivasjon i ventetiden og følelsen av press til å ta imot behandlingstilbud.

Brukeren har rett til medvirkning

Funnene viser at informantene opplevde manglende medvirkning. Brukermedvirkning på individnivå vil si at pasienten medvirker gjennom å velge mellom forsvarlige og tilgjengelige behandlings- og undersøkelsesmetoder, og at deres meninger skal tillegges stor vekt. Denne medvirkningen er en lovfestet rettighet og inngår i kravet om forsvarlige tjenester (13).

Informantenes opplevelser ser ut til å stå i kontrast til kravet om brukermedvirkning, noe som gjenkjennes fra andre undersøkelser (8–10). Det er flere utfordringer før potensialet til brukermedvirkning er fullt utnyttet (14). Kravet om brukermedvirkning representerer en endring i tanken om at det er pasienten som skal tilpasse seg tjenestene, og ikke omvendt (15).

I tillegg må helsepersonellens rolle som ekspert endres. Helsepersonell har motforestillinger mot at pasienter innen rusbehandling skal medvirke i sin egen behandling, og argumenterer med at rusmisbrukerens «kaotiske» hverdagsliv og selve avhengigheten begrenser vedkommendes kapasitet til å medvirke (16).

Studier viser derimot at brukermedvirkning innen TSB har gitt positive resultater: Pasientene blir lenger i behandling, heroinbruken reduseres, kriminaliteten minskes, og pasientenes myndiggjøring øker (16–18).

Følte ikke at de ble tatt på alvor

Flere informanter fortalte om sinne og fortvilelse da de opplevde at deres ønsker ikke ble hørt, og at de ikke ble tatt på alvor. De få studiene som har undersøkt hva pasienter selv mener er avgjørende for et godt behandlingstilbud, viser at høy tilfredshet assosieres med at de ansatte tar pasientene på alvor (8–10).

Å bli tatt på alvor og respektert er ansett som spesielt viktig for personer med rusavhengighet fordi mange har opplevd å bli behandlet nedlatende og respektløst (8).

Informantene følte at de ble presset til å takke ja til en behandling de ikke ønsket. Pasienten gis makt for å hindre en følelse av avmakt og lite kontroll over eget liv i møte med hjelpeapparatet (15).

I en nylig utgitt bok forteller 14 personer sin historie om å komme seg ut av rusavhengighet. Historiene understøtter at det viktigste hjelpeapparatet kan gjøre for å hjelpe mennesker mot rusfrihet, er å ta utgangspunkt i den enkeltes preferanse, verdier og kontekst (19).

En god allianse kjennetegnes ved

at behandleren og pasienten samarbeider og er enige om mål og hvordan samarbeidet skal foregå. Flere studier viser at kvaliteten på relasjonen mellom behandleren og pasienten er en av de største indikatorene for utfallet av behandlingen (1, 20, 21).

Må motivere og hindre at de dropper ut

Informantene trakk frem lite oppfølging og synkende motivasjon i ventetiden. Motivasjon er sentralt i all endringsarbeid. Det er naturlig at motivasjonen svinger; ambivalens og endringsmotstand er en del av prosessen frem mot rusfrihet (22). Å bli

«Informantene følte at de ble presset til å takke ja til en behandling de ikke ønsket.»

rusfri er et endringsarbeid som foregår over flere år, og som stadig må vedlikeholdes (20).

Å droppe ut av behandling fordi man ikke er klar, gjenkjennes fra tidligere studier (23). Likevel trenger ikke det å droppe ut å være slutten på behandlingen (24). God behandling kan være å følge og støtte pasientene i deres prosesser, som er tilpasset deres tempo, behov og mål, og som er oppmerksom på deres ressurser og drømmer (19).

Metodiske betraktninger

Studien har få informanter, og alle ble rekruttert fordi de hadde mottatt behandling fra samme sykehus og ikke møtt opp til behandling i privat institusjon i 2013. Studien kan ikke generaliseres, men forstås som et bidrag til å få mer kunnskap om hva som hindrer unge pasienter i å møte til behandling.

Styrken ved studien er at vi brukte en lik intervjuguide til alle informantene. Guidens åpne spørsmål ga informantene mulighet til å fortelle fritt. Informantenes opplevelser og erfaringer varierte. Alle var engasjerte og

hadde mange tanker og meninger om temaet. Opplevelsene informantene omtaler, ligger likevel noe tilbake i tid, og det kan ha påvirket resultatene.

Det var også en styrke at en brukerrepresentant samarbeidet om utformingen og gjennomføringen av studien, slik at både «fagblikket» og «brukerblikket» ble representert gjennom hele prosessen. Forfatterens forforståelse preger intervjuene og analyseprosessen, og vi etterstrebet refleksivitet siden alle forfatterne jobber innen fagfeltet.

Informantene sa at det føltes trygt at brukerrepresentanten var med. Denne følelsen av trygghet kan ha gjort at informantene ga andre svar enn hvis førsteforfatteren hadde intervjuet dem alene.

KONKLUSJON

Det som hindret informantene i å møte opp til behandling i privat institusjon, var følelsen av manglende medvirkning, synkende motivasjon og press til å ta imot en behandling de ikke ønsket.

Studien viser at det er økt behov for å implementere brukermedvirkning og mer oppmerksomhet på individuell behandling. Den viser også at det er viktig med en god relasjon mellom hjelperen og brukeren samt tett oppfølging i overgangene. Det er behov for videre forskning som belyser brukernes egne erfaringer og opplevelser av behandlingen de mottar innen TSB. ●

REFERANSER

1. Brorson H, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(8):1010–24.
2. Stark MJ. Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. *Clinical Psychology Review.* 1992;12(1):93–116.
3. Gallefoss L, Årseth AL. Drop-out prosjektet. Delrapport 2. Pasientforløp og drop-out i overgang fra Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) Sørlandet Sykehus HF til videre behandling i private døgningstasjoner. Kristiansand: Sørlandet sykehus HF; Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling; 2016.
4. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2007-2008-/id483671/sec1> (nedlastet 08.01.2019).
5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet> (nedlastet 02.11.2015).
6. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors.* 2006;31:320–30.
7. Laudet AB, Stanick V, Sands B. What could the program have

- done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009;37:182–190.
8. Dahle KA, Iversen HH. Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling? Notat fra Kunnskapscenteret. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten; 2011.
 9. Nordfjærn T, Rundmo T, Hole R. Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;17(1):46–64.
 10. Hackman A, Brown C, Yang Y, Goldberg R, Kreyenbuhl J, Lucksted A, et al. Consumer satisfaction with inpatient psychiatric treatment among persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*. 2007;43:551–64.
 11. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
 12. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
 13. Helseidrettsdirektoratet. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helseidrettsdirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator> (nedlastet 08.01.2019).
 14. Torjussen E, Harwiss HL, Havenes IA. Brukermedvirkning i TSB – en myte? En nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelse (TSB). Oslo: Oslo universitetssykehus; 2014:1. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/SkriftserieNRETIINett.pdf> (nedlastet 25.03.2019).
 15. Dahl T. Brukeren som veileder. Ambulant brukerstyrt tilnærming. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011.
 16. Fischer J, Neale J. Involving drug users in treatment decisions: an exploration of potential problems. *Drugs Educ Prev Policy*. 2008;15(2):161–75.
 17. Nabitz U, van der Brink W, Walburg J. A quality framework for addiction treatment programs. *Addict Behav*. 2005;30:1254–60.
 18. Ning AM. Games of truth: rethinking conformity and resistance in narratives and heroin recovery. *Med Anthropol*. 2005;24(4):349–82.
 19. Landheim A, Wiig FL, Brendbekken M, Brodahl M, Biong S. Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske problemer. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
 20. Meier PS, Donmall MC, McElduff P, Barrowclough C, Heller RF. The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006;83(1):57–64.
 21. Miller MR, Moyers TB. The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*. 2014;110:401–13.
 22. Biong S, Ytrehus S. Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Akribe; 2012.
 23. Palmer RS, Murphy MK, Piselli A, Bali SA. Substance abuse treatment drop-out from client and clinical perspectives. *Substance Use Misuse*. 2013;44(7):1021–38.
 24. Nordheim K, Walderhaug E, Alstadius S, Kern-Godal A, Arnevik E, Duckert F. Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qual Soc Work*. 2018;17(1):24–40. DOI: 10.1177/1473325016654559



”Takk, bare bra...” (Tbb) er et kurs i forebygging og mestring av depresjon, spesifikt rettet mot personer over 60 år. Kurset bygger på kognitive metoder, og er basert på kunnskap og erfaringer fra KiD (Kurs i depresjonsmestring).

Bli Tbb-kursleder!

Kurslederopplæringen vil gi deg kompetanse og sertifisering til selv å holde Tbb-kurs, enten det er i egen kommune, virksomhet eller foretak. Opplæringen foregår over fire dager, basert på forelesninger, gruppeøvelser og trening som kursleder. Dersom du har godkjenning som KiD-instruktør kan du delta med reduserte antall kursdager. For å bli kursleder må du være helsepersonell med minimum treårig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning.

Opplæringen holdes av Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune. Opplæringen skjer hver vår og høst. Kontakt oss, eller besøk vår hjemmeside for mer informasjon om kurslederopplæringen, datoer, pris og påmelding!

Kurset går over 4 dager, 14- 17 oktober.

 www.oslo.kommune.no/sff

 sff@syke.oslo.kommune.no

 @SFFOslo



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Mener rusavhengige bør få delta mer i egen behandling

Mange unge møter ikke opp som avtalt til rusbehandling. Anne Lene Årseth har spurt dem selv om hvorfor de dropper ut.

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Adam Read**

Stoler, senger og rom reservert rusmiddelavhengige risikerer ofte å bli stående tomme. Svært mange, opp mot 90 prosent ifølge enkelte studier, dropper ut underveis i behandlingsløpet. Men hvorfor?

Sykepleier og prosjektleder ved avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet sykehus, Anne Lene Årseth, ønsket å finne svar.

UNGE AVHOPPERS

I et prosjekt ved Årseths egen avdeling ble det avdekket at rundt halvparten av pasientene under 30 år droppet ut i forbindelse med overgang fra sykehus til langtidsopphold på døgninstitusjon.

Flere studier har gransket problemet med frafall i rusbehandling, men ifølge Årseth har man da helst lett etter årsaker hos pasientene selv.

– Variabler som pasientenes alder og type avhengighet har blitt vurdert, uten at det er funnet noen entydige tendenser, forteller hun.

TAP AV KONTROLL

Blant kriteriene for diagnosen rusmiddelavhengighet inkluderes tap av kontroll over substansinntak og mislykkede forsøk på å slutte. Det kan derfor være fristende å tenke seg at mangelfull selvkontroll er en vesentlig årsak til frafall fra rusbehandling.

Selv valgte derimot Årseth og hennes kolleger å vri oppmerksomheten fra bruker til tilbud. Kunne

Anne Lene Årseth

Sykepleier og prosjektleder ved avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet sykehus.

Står bak artikkelen «Hva hindrer unge voksne i å møte til rusbehandling?» sammen med brukerrepresentant Erik Torjussen og Berit Johannessen ved Universitetet i Agder.

det være egenskaper ved hva som ble tilbudt av behandling og hvordan brukerne opplevde tilbudet, som påvirket oppmøtefrekvensen?

– Vi vet jo at kunnskap om brukernes erfaringer er veldig viktig for å gi riktig og nyttig behandling, sier Årseth.

– Samtidig manglet vi forskning som tok for seg brukernes opplevelser på dette feltet.

LITEN MEDVIRKING

Sammen med brukermedvirker Erik Torjussen og førsteamanuensis Berit Johannessen ved Universitetet i Agder gjennomførte Årseth en studie for å prøve å

finne noen svar.

Fem personer mellom 18 og 30 år som ikke hadde møtt opp til planlagt rusbehandling på døgninstitusjon, ble dybdeintervjuet, og tendensen i svarene de-

«De kjente en motvilje mot å starte på en behandling de verken ønsket eller hadde vært med på å velge selv.»

Anne Lene Årseth

res var tydelig: De følte at de ikke ble hørt og sett.

– Informantene fortalte om opplevelsen av å ikke få medvirke i beslutninger, forteller Årseth.

Det var historier om usikkerhet og synkende motivasjon etter hvert som ventetiden frem mot behandlingsstart sneget seg frem.

– De beskrev hvordan de kjente en motvilje mot å



starte på en behandling de verken ønsket eller hadde vært med på å velge selv, sier Årseth.

TRENGER Å DELTA

En informant formulerte seg slik: «De gjorde sikkert det de mente var riktig ut fra hvordan de er vant til å gjøre ting.»

Årseth mener funnene fra studien understreker viktigheten av brukermedvirkning.

«De har jo de samme egenskapene som alle andre, men det kan helsepersonell ha en tendens til å glemme.»

Anne Lene Årseth

– Disse menneskene trenger å delta i egen behandling, sier hun.

– De trenger å oppleve at noen tror på dem og har tillit til dem. Det handler om å bli behandlet som et vanlig menneske.

LANG VENTETID

For de fleste pasienter som skal fra Sørlandet sykehus og videre til langtidsopphold med rusbehandling, benyttes private, ideelle døgninstitusjoner.

Gjennomsnittlig ventetid fra en slik plass innvilges til behandlingen starter, var i 2013 på 72 dager.

– Er ikke dette veldig lenge å gå og vente for mennesker som sliter med sitt forhold til rusmidler?

– Det er vanskelig å vurdere hvor mye ventetiden påvirker frafallet. Informantene sier riktignok at lang ventetid var noe som hindret dem i å møte opp, men det er også individuelle forskjeller her, forklarer Årseth.

– Noen ønsker seg rett inn i behandling, mens andre kunne tenke seg lengre tid for å forberede seg og ordne med praktiske ting.

SOM ALLE ANDRE

På Sykepleiens spørsmål om pasientgruppen har spesielle egenskaper det ikke blir tatt nok hensyn til av helsepersonell, velger Årseth å snu det hele litt på hodet:

– De har jo de samme egenskapene som alle andre, men det kan helsepersonell ha en tendens til å glemme, sier hun.

– Det er for eksempel fort gjort å tenke at mennesker med rusmiddelavhengighet ikke vet hva som er best for dem selv, og dermed ikke inkludere dem i beslutningsprosessen.

Samtidig innrømmer Årseth at det ikke alltid er så lett.

– En bruker kan komme med forslag og ønsker for behandling du som fagperson tenker at ikke vil fungere. I stedet for å avvise kan du da heller snakke om det og diskutere hvordan dere sammen kan bli enige om noe som virker, oppfordrer hun.

– Disse pasientene trenger støtte, heiarop og

vennlige dytt for å holde stødig kurs og komme frem til målet. Medvirkning, tillit og motivasjon er nøkkelord.

VIKTIG MED LIKEMENN

Mye kan være gjort med bedre samarbeid, tror Årseth, både mellom helsepersonell og pasienter og institusjoner imellom. At pasienten har én koordinator å forholde seg til, en som har oversikt, kan ha mye å si.

Årseth mener også at likemenn, altså mennesker med liknende erfaringer som pasientene, er svært viktige.

– Likemenn må brukes. De har erfaring, og de skaper tillit, men det varierer veldig hvor mye de brukes, sier hun.

FORDOMMER OG STIGMATISERING

Flere av informantene i studien skal ha trukket frem den ene personen i behandlingsapparatet som utgjorde en forskjell for dem. Den som tok kontakt. Den som ikke dømte, som viste seg som et menneske, fulgte dem i tykt og tynt og som er en stor medvirkende grunn til at de står her den dag i dag.

– Mange i helsevesenet gjør en heidundrende god jobb, men rusmiddelavhengige møter også mange fordommer, påpeker Årseth.

Hun forteller om en informant som ville inn på LAR (legemiddelassistert rehabilitering), men som ble avvist. Hjelpeapparatet mente at han ikke kom til å klare det. Han skal ha søkt og fått avslag flere ganger. Først da han klagde til Fylkesmannen, fikk han gjennomslag.

– Dersom du i tillegg til rusmiddelavhengigheten må slåss med og overbevise hele behandlingsapparatet rundt deg, da blir det tungt.

RÅD TIL SYKEPLEIERE

For sykepleiere som jobber med rusproblematikk, har Årseth følgende råd:

- Gi pasienten en reell mulighet til å være i sentrum og til å lede sin egen tilfriskningsprosess.
- Vær nysgjerrig og ikke døm dem for det de har gjort.
- Anerkjenn at du og pasienten kan forskjellige ting.
- Bli enige om mål.
- Vær oppmerksom på sårbare overganger og gi tilstrekkelig informasjon underveis.

– Det aller viktigste er imidlertid hvilke holdninger vi selv har, understreker Årseth.

– Kanskje har du tanker om at en pasient har et for rotete liv, er for ruset og ikke er i stand til å medvirke. Det er fortsatt mye stigmatisering og skam knyttet til rus. Derfor er det ekstra viktig å møte disse menneskene med tillit og åpenhet. ●

FINN LEDIGE STILLINGER PÅ SYKEPLEIEN.NO



ADMINISTRERENDE DIREKTØR

SØKNADSRIST: 20.09.2019
STED: OSLO



ADMINISTRERENDE DIREKTØR

SØKNADSRIST: 30.09.2019
STED: MØRE OG
ROMSDAL



BEHANDLINGSHJEMS- KONSULENT

100 %

SØKNADSRIST: 10.09.19
STED: AKERSHUS



ASSISTANT PROFESSOR(S)

The Department
of Public Health

SØKNADSRIST: 15.09.19
STED: FØRDE



SYKEPLEIER

1 x 100 % fast
1 x 100 % vikariat

SØKNADSRIST: 16.09.19
STED: STRYN



STOMISYKEPLEIER

100 % (fordelt 50 %
på stomipoliklinikk og 50 %
på sengepost)

SØKNADSRIST: 15.09.19
STED: TØNSBERG



FORSKNINGSSYKE- PLEIER/BIOINGENIØR

Engasjement 100 %

SØKNADSRIST: 16.09.19
STED: OSLO



INTENSIVSYKEPLEIER

Ekstravakt ved PO/
intensiv i Akuttklinikken

SØKNADSRIST: 30.12.19
STED: OSLO



SEKSJONSKONSULENT - ARA KONNERUD

Klinikk for psykisk helse
og rus i Vestre Viken HF

SØKNADSRIST: 01.10.19
STED: DRAMMEN



AUTORISERT SYKEPLEIER

Fast 65,73% stilling på natt
med hver 3.helg

SØKNADSRIST: 08.09.19
STED: TRONDHEIM



AVDELINGSLEDER 2 X 100 %

Barne- og familietjenesten

SØKNADSRIST: 12.09.19
STED: BERGEN



Skann qr-kode for flere
ledige stillinger på nett



HOVEDBUDSKAP

Formålet med denne artikkelen er å belyse sykepleierens mentaliseringskompetanse i møte med mennesker som viser rusavhengighet.

Når sykepleier mentaliserer, og mentaliserer sammen med bruker, kan det trygge bruker og dempe vonde følelser og ubehag. God mentaliserende holdning fra sykepleier kan styrke mentalisering hos bruker, og det kan fremme recovery gjennom mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M).

NØKKELOORD:

► Mentaliseringsbasert miljøterapi ► Recovery
► Livskvalitet ► Rusavhengighet

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.77320

Slik kan sykepleiere motivere rusmisbrukere til et bedre liv

Rusmidler gir økt risiko for ustabilitet i følelsesregisteret til brukeren. Sykepleiere kan hjelpe brukeren til å få det bedre med seg selv, ved å bruke mentaliseringsbasert miljøterapi.

Rusavhengige har ofte redusert livskvalitet, hvilket kan innebære få eller ingen venner og ubalanse i kosthold og sosiale interaksjoner (1). Rusmidler gir økt risiko for ustabilitet i følelsesregisteret, slik at tristhet, angst, uro, sinne og aggresjon i større grad oppstår (2).

Jeg jobber med rusavhengige og blir ofte møtt med svært ulik grad av mentalisering hos bruker. Nederlagsfølelser kan føre til stadige tilbakefall hvor bruker velger å ruse seg vekk fra det vonde. Toleranse og forståelse for bruker er derfor viktig. Ettersom rusavhengige strever med impuls kontroll og affektregulering, kan de lett miste besinnelsen og bli agiterte og truede. Dette kan lede til motoverføringer til personalet og være recovery-hemmende for bruker (2).

Artikkelen er basert på en fordypningsoppgave i rus og rusavhengighet. Egne erfaringer trekkes inn for å belyse forskjellige problemstillinger hos rusavhengige knyttet til mentaliseringssvikt. Litteratur er hentet fra blant andre Rydén og Wallroth om mentaliseringsbasert miljøterapi (3), Lossius' teorier om rusbehandling (2) og Skårderud og Sommerfeldts miljøterapi bok (4).

Å SKAPE TRYGGHET

Profesjonell opptreden og kompetanse gir trygghet til bruker. Det kan redusere usikkerhet, misforståelser og negativ affekt

FORFATTER



May Britt Stendal, Spesialsykepleier i psykisk helsearbeid, Boliger psykisk helse og rus Bærum kommune, Regional sikkerhetsavdeling, Dikemark sykehus

(5). Et eksempel fra praksis er hvor bruker tolker kravet om å avbestille legetimen selv som en avvisning, og håndterer de vonde følelsene ved å kjeftte høylytt. Når personalet har en avslappende kroppsholdning, bruker tid til å lytte og snakker med rolig stemme, gjør det at bruker

føler seg trygg og ivaretatt. Sammen med personalet gjenskapes mentalisering. Årsaker til misforståelser, negativ atferd og rusinntak dempes, og recovery kan fremmes. Ved å mentalisere på denne måten kan brukers evne til å se egen, men også andres atferd øke, som følge av en indre motivasjon (6).

Erfaringer viser at mentaliseringsevnen hos bruker fremmes fordi forståelsen for andre aspekter er motiva-

«Forskere trekker frem motivasjon som et viktig element.»

sjon nok i seg selv, som gjør at bruker tar andre valg. Dette gir recovery, ettersom mentalisering sammen med rusavhengige styrker mentaliseringsevnen hos bruker i form av bedre affektregulering, ruskontroll og sosial funksjon (7).

Sosiale interaksjoner med mennesker utenfor rusmiljøet er elementære faktorer knyttet til recovery hos rusavhengige (1).



HJELP: Samtale med en sykepleier kan bidra til å dempe vonde følelser hos et menneske som er avhengig av rusmidler.
Illustrasjonsfoto: Mostphotos

FAKTA

Mentalisering

Mentalisering beskrives som evnen til å se seg selv utenfra, og se andre innenfra. Hvilket omhandler å forstå ulike forhold mellom individer. For å forstå hvorfor en selv og andre tenker og handler som en gjør, er mentalisering en helt avgjørende sosialkompetanse (4). Manglende mentalisering kan ofte føre til svart-hvitt-tenkning, misforståelser og feiltolkning. Ubehaget av fenomenene dempes av ulike rusmidler (2). Miljøterapi derimot er en felles betegnelse på all samhandling som utføres av personalet sammen med bruker, i et trygt miljø med mulighet for endring (4).

Recovery

Recovery omhandler hva som fremmer fysisk og psykisk helse hos bruker, samt brukers evne til å tilegne seg ny kunnskap for å håndtere nye livshendelser. Brukermedvirkning utøves for at individet skal mestre egne premisser og ressurser innenfor egne ønsker og behov (8). Recovery presenterer utvikling som endringer gjennom holdninger, følelser, mål, verdier, roller og ferdigheter, som en personlig prosess (9).

Forskere trekker frem motivasjon som et viktig element, som gir stegvis bedring, følelse av mestring, selvbestemmelse og relasjonsbygging. Både indre og ytre ressurser påvirker motivasjonen. Begreperne i denne sammenheng kan blant annet handle om bemanning, budsjett, struktur og blanding av pasienter med ulike diagnoser på samme bolig (ytre ressurser). På den annen side kan det dreie seg om pasientens tilstand, personalets ulike syn på oppfølgingen, betydning av miljøet ved boligen og diskrepans mellom intensjon og handling hos personalet (indre ressurser). I tillegg handler det om brukerens erfaring med og innflytelse på helsehjelp (1).

Mine erfaringer ved å stille ulike spørsmål er at bruker gradvis reduserer sin mistenksomhet mot personalet, og gir personalet tillatelse til å utforske mer sammen med ham eller henne. Personalet kan dermed fremme recovery hos rusavhengige i lys av MBT-M, ettersom det gir trygge rammer, gode samtaler og relasjonsbygging. Og ikke minst blir bruker møtt på en vennlig og respektfull måte (5).

ØKT MOTIVASJON

Rusavhengige kan ha redusert livskvalitet som følge av dårlige levevilkår, redusert fysisk og psykisk helse og negativ effekt på nettverk. Å øke eller opprettholde motivasjon hos bruker, samt at personalet er tålmodige, empatiske og samarbeider om ulike intervensjoner, er derfor viktig (1).

Stendal påpeker bevisstheten rundt motoverføringer, at gode intensjoner kan skape irritasjon og frustrasjon hos bruker, som igjen kan smitte tilbake på personalet. Situasjonen kan dermed utvikle seg i negativ retning, fordi mentaliseringen svekkes hos både bruker og personalet (5).

Dette gjenspeiler egne erfaringer hvor bruker blir nektet sin metadon fordi han er synlig beruset. Bruker roper høylytt og er truende mot personalet. Personalet føler seg utrygg og kjefter tilbake. En klassisk mentaliseringssvikt, som hemmer recovery. Denne atferden er brukers måte å uttrykke seg på når det kommer til følelser. Det er her MBT-M kommer inn, som gjør at personalet kan forvalte denne informasjonen på en riktig måte i møte med bruker. Fokus vil da handle om riktig helsehjelp for å fremme recovery (1).

BØR DET VÆRE NULLTOLERANSE?

Sidemisbruk anbefales ikke ved legemiddelassistert rehabilitering (LAR), men kan null sidemisbruk forventes?

Recke påpeker faglige overveielser hva gjelder forutsetninger for forståelse og formidling av LAR og

recovery, og legger til at forventningene bør endres til noe som er mer overkommelig for den rusavhengige (9). Forskere støtter riktignok dette og fremhever den gode relasjonen og samhandlingen mellom personalet og bruker som en viktig del av motivasjonen for recovery (1). Relasjonelle faktorer er viktig for bruker for å kunne identifisere affekter, stabilisere emosjoner og utveksle tanker og følelser (5). Og ikke minst styrke mentaliseringen, slik at fokus faller tilbake på recovery. Fokus på rusbruken har vist seg å være negativt for recovery (1, 9).

RUSAVHENGIGE HAR RETTIGHETER

Arbeidet kvalitetssikres gjennom forskrifter, lovverk og andre retningslinjer, og omhandler blant annet normer, verdier og holdninger (10, 11). Rusavhengige har rettigheter på lik linje med andre, blant annet til å motta informasjon knyttet til behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (12). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester viser

til forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til bruker (13). Personalet og bruker må derfor samhandle, lære å kjenne og forstå hverandre.

Ut fra samme forståelse kan misforståelser forebygges og recovery fremmes, og det er her MBT-M kommer inn. Personalet skal med andre ord møte bruker ut fra hvor

«Rusavhengige kan være fra velfungerende til de aller dårligst fungerende brukerne.»

individet befinner seg her og nå, vise respekt og trekke inn autonomi (selvbestemmelse). Dette gir grunnlag for relasjonsbygging, god mentalisering og recovery (2, 3).

AVHENGIGHET ER KOMPLEKST

Rusavhengige kan være fra velfungerende til de aller dårligst fungerende brukerne. Personalet bør derfor tilby et mangfold av metoder og faglighet, nettopp fordi hvert enkelt individ skal behandles ut fra sin egen lidelse, problemer og behov (2).

I den forbindelse kom rusreformen i 2004, som skulle etablere en tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige. Reformen skulle gi et henblikk på blant annet rusbehandling i et recoveryperspektiv (14). Recovery i rusreformen omhandler å redusere eller slutte med rusmidler, men det praktiske rundt ideologien samsvarer ikke med virkeligheten, ettersom rusavhengige har

FAKTA

utfordringer med abstinenser, skadereduksjon og LAR (9).

Min erfaring er at rusavhengighet er sammensatt og kompleks, slik at hva som er god og riktig behandling, kan være veldig forskjellig. Lovverket er bare normer og verdier som kan fungere som retningslinjer, og at problem-løsningene vil komme i etterkant (15).

Et dilemma fra praksis er at rusbehandling tar lang tid, og det er vanskelig å få brukeren til å stå i situasjoner og gjennomføre endringer. Endringene kan omhandle redusering av rusinntak til å bli rusfri. Fokus på andre områder enn rusen, som kan skape motivasjon, vil da være viktig, noe også forskere peker på (7).

NOEN ER MER UTSATT

Ingen er vaksinert mot å utvikle rusavhengighet. Hvem som helst kan bli rammet. Kompleksitet hva gjelder miljømessige, genetiske, fysiske og nevrologiske forhold, gjør at noen mennesker er mer sårbare. Eksempler på risikofaktorer som kan gjøre mennesker rusavhengige, er alvorlig angst hos barn, traumer, tilknytningsvansker, depresjoner, ubehandlet ADHD, mobbing, spiseforstyrrelser og relasjonsskader (2, 15, 16).

Et eksempel fra praksis er hvor bruker har lite tilgang på aktivitet, nettverk og trygghet etter omsorgssvikt fra tidlig barneår. Individet ruser seg for å unngå negativ affekt. Rusen fungerer dermed som en flukt fra hverdagen, for å kontrollere eller redusere smerter eller tomrom. Intervensjonen her kan være å tilføre bruker noe annet enn rusen, men som kan gi samme kontroll eller glede.

FORHOLDET TIL BRUKEREN

Personalet kan også ha problemer med å forholde seg til den rusavhengige, hvilket kan omhandle fordommer, at de ikke helt vet hvordan de skal forholde seg til situasjonen, eller når bruker får et tilbakefall (2). Har vi større toleranse og mer forståelse for andre sykdommer og lidelser enn rusavhengige?

Min erfaring er personalets frykt for misforståelser, sinne og aggresjon i møte med den rusavhengige. Andre føler maktesløshet over hvor lett tilgang det er på rus og usikkerhet knyttet til overdose, mens noen føler likegyldighet.

Likegyldighet og avvisning fra personalet kan bidra til blant annet økt overdose hos bruker. Likegyldighet omhandler at personalet er opptatt av at den rusavhengige skal forandre seg og slutte med rus, i motsetning til å få mulighet til å gjøre noe som er viktig for seg selv som kan skape nysgjerrighet, motivasjon og håp om et meningsfylt liv (17). Ifølge Stendal kan MBT-M bidra til at

Miljøterapi

Mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M) handler om å prøve å forstå hvordan bruker tenker og føler samtidig som personalet ikke skal tenke for bruker (2). Arbeidsformen omhandler holdninger og forståelser overfor bruker. Personalet har en vennlig tilnærming som er nysgjerrig og inviterer bruker til dialog, fremfor en «bedrevitende» holdning (4).

Jeg ser at MBT-M handler om forskjellige tenkemåter, og at fokus ligger på det fellesmenneskelige, her og nå, og interessen for hva som foregår i tankene hos bruker.

Når personalet er nysgjerrig og viser interesse for brukers tanker, følelser og ideer, kan det skape motivasjon som fremmer recovery. Å erkjenne brukers oppfatning av ulike situasjoner, men også brukers livshistorier, er viktig (4). Når jeg viser forståelse av ulik opplevelse, hva som er årsaken til brukers tale og atferd, opplever jeg at det fremmer recovery hos bruker.

personalet står i situasjoner som kan være vanskelig og utfordrende, i tillegg til at bruker føler seg trygg og ivaretatt (5).

AFFEKT OG SELVREGULERING

Rusavhengige strever med impuls-kontroll og affektregulering, og kan lett miste besinnelsen, bli agiterte og truende. Mentaliseringen svekkes som følge av den høye temperaturen, også ovenfor personalets intensjon og handling (2). Hos noen mennesker er den bakenforliggende årsaken at de har vokst opp uten trygge og gode omsorgspersoner. Tilknytningsvansker kan resultere i hemmet mentaliseringsevne, ettersom individet ikke har fått tilstrekkelig opplæring i å regulere egne følelser (5). Økt mentaliseringsevne kan styrke affekt og selvreguleringen (2).

Rusutløste psykoselidelser og tilstander kan være forbundet med redusert

kapasitet i affektregulering. Psykosen gjenkjennes ved at man opplever virkeligheten annerledes enn andre. Sansningen endres slik at man kan høre stemmer eller lyder og ser ting andre ikke opplever. Vrangforestillinger er et annet aspekt, hvilket innebærer at ytre stimuli feiltolkes ut fra indre overbevisning (8).

Et eksempel fra praksis er hvor bruker er overbevist om at personalet snakker nedlatende om ham, og tolker blick og snakk mellom personalet som en bekreftelse på sin fortolking. Mentaliseringsevnen reduseres og bruker får en sosial tilbaketrekning fordi verden oppleves kaotisk og uforutsig-

«Gjennom ord og handlinger kan personalet gi en forståelse av å oppleve brukers smerte og fortvilelse.»

bar. Samtidig er bruker urolig, støyende og utagerende når personalet henvender seg til ham, og angrep blir det beste forsvar som følge av sterk angst. Å skjermes bruker fra omgivelser er derfor viktig (2).

Min erfaring fra å skjermes bruker fra inntrykk fra omgivelser er at det kan dempe og trygge samt beskytte bruker og personalet fra å bli skadet ved et kommende utbrudd. Når personalet involverer seg emosjonelt og utforsker relasjonen og kommunikasjonen, kan det fremme recovery (5).

KAN MISTE KONTROLLEN

Følelser som usikkerhet, redsel, glede, sorg og savn er noe alle mennesker opplever. Hemmet mentaliseringsevne kan gi utfordringer ved at man tolker verden på måter som undergraver god affektregulering (18). Mine erfaringer er at bruker da kan miste kontrollen over følelsene sine, blir sint og ruse seg. Det i seg selv er et tegn

på svekket mentalisering og påfølgende likegyldighet overfor destruktive konsekvenser. Rusmidler kan også bli brukt for å unngå mentalisering av andre for å avlede smertefulle følelser og tilstander ved å forhindre å ta inn over seg virkeligheten (2).

For å bekrefte brukers emosjoner og utvikle større toleranse for sinne og aggresjon må personalet benytte sine empatiske evner for å kommunisere med individets emosjoner (4, 5). Gjennom ord og handlinger kan personalet gi en forståelse av å oppleve brukers smerte og fortvilelse. Å bli kjent med sine følelser og reaksjonsmønstre ved håndtering av vanskelige situasjoner vil gi brukeren mestringsfølelse og gjøre ham eller henne mer rustet til å håndtere liknende situasjoner. Entusiasme hos personalet kan også forstyrre mentalisering hos bruker fordi vedkommende føler seg usikker og utrygg (2).

TIDLIGERE ERFARINGER

Mange rusavhengige har vokst opp i utrygge miljøer. Noen har opplevd mistillit fra nære relasjoner som gjør det vanskelig å stole på andre (2). For at bruker skal åpne seg overfor meg, med sine følelser og tanker, er det essensielt at individet opplever trygghet og tillit. Det motsatte viser seg ved at bruker lukker seg og holder fast ved negative erfaringer som maler verden utrygg. Brukers forsvarsmekanismer kan gjøre det utfordrende å mentalisere (4).

Språkbruk og atferd hos bruker må ikke tas personlig i slike situasjoner. Bruker kan da agere ut ifra symptomer som en måte å forsvare seg på. For å skape trygghet og dempe frykt hos individet er det viktig at personalet opptrer profesjonelt og innehar faglig kompetanse (5).

Dette sammenfaller med egen erfaring, hvor bruker har høyt angstnivå og utviser verbal aggresjon i en rusutløst psykose. Gjennom MBT-M møter jeg bruker med en vennlig tilnærming som gir bruker mulighet til trygghet og en god opplevelse av samhandling. Jeg ser at dette kan fremme recovery.

LEGG VEKT PÅ RESSURSER

Rusavhengige ruser seg ofte bort fra vonde følelser. Skam og nederlagsfølelse over stadige tilbakefall kan føre til risiko for overdose. MBT-M har som mål å engasjere bruker til å skape endring på områder etter ønsker fra individet.

For å fremme recovery er det essensielt å øke mentaliseringsevnen hos bruker, hvilket innebærer å legge vekt på brukers ressurser, ønsker og behov ut fra de mentaliseringsvansker og andre utfordringer vedkommende står i. Gjennom en mentaliseringsbasert miljøterapeutisk holdning stimulerer personalet til å utforske og utdype tanker og følelser som kan lede til motivasjon, håp og mestringsfølelse. Recoveryprosessen vil dermed gradvis fremmes ved at personalet er støttende, empatisk og interessert i å opprettholde relasjonen og forebygge uhensiktsmessig atferd.

Erfaringsmessig har jeg opplevd MBT-M som stimulerende. På en måte er det hverdagslig og selvfølgelig, samtidig som det kan være vanskelig når russug, ambivalens, sinne og aggresjon er daglige utfordringer. Utfordringen ligger i å opprettholde mentaliseringen når motoverføring oppstår, altså når personalet responderer følelsesmessig på bruker. Likevel ser jeg hvordan MBT-M gjør at personalet kvalitetssikrer, systematisk samarbeider og veileder bruker med små steg som fremmer recovery.

Det ville vært spennende å se hvordan effekten arter seg i et større prosjekt, om MBT-M viser seg å være like fruktbar.

REFERANSER

1. Brunelle N, Bertrand K, Landry M, Flores-Aranda J, Petenaude C, Brochu S. Recovery from substance use: Drug-dependent people's experiences with sources that motivate them to change. *Drugs-education, prevention and policy*. DOI: 10.3109/09687637.2015.1021665
2. Lossius K. Håndbok i rusbehandling. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
3. Rydén G, Wallroth P. Mentalisering. Oslo: Pax forlag; 2014.
4. Skårderud F, Sommerfeldt B. Miljøterapi. Mentalisering som holdning og handling (MBT-M). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
5. Stendal MB. Mentaliseringsbasert miljøterapi kan forebygge aggresjon og vold. *Sykepleien*. 2018;106(72152)(e-72152). Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72152> (nedlastet 04.06.2019).
6. Karterud S. Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2013;50(8):759–64.
7. Arefjord N, Karterud S, Lossius K. Mentalisering i rusklinikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2014;51(6):461–4.
8. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012.
9. Recke L. Recoverybegrepet mellom mental sundhed og rus. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2015;2:162–9.
10. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 04.06.2019).
11. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 04.06.2019).
12. Helsedirektoratet. Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet> (nedlastet 04.06.2019).
13. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 04.06.2019).
14. Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Oslo: Helsedepartementet; 2004. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i82004/id445634/> (nedlastet 04.06.2019).
15. Fekjær HO. RUS. Bruk. Motiver. Skader. Behandling. Forebygging. Historikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016.
16. Hauge R. Rus og rusmidler gjennom tidene. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
17. Berg E. Likegyldighetens tvetydighet: overdosedødsfall etter rusmiddelbehandling. *Nordic studies on Alcohol and Drugs*. 2016;33(2):189–220.
18. Madsen B. Mentalisering gir bedre samhandling. *Sykepleien*. 2014. DOI: 10.4220/sykepleiens.2014.0146 Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/mentalisering-gir-bedre-samhandling> (nedlastet 04.06.2019).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



Vil du bli psykotraume terapeut?

Helhetlig, tverrfaglig psykotraume videreutdanning i Oslo, Tromsø og Bodø

Målet med videreutdannelsen er å gi en grundig innsikt i moderne psykotraumeteori og -behandling for voksne ungdom, barn og familier.

I løpet av utdanningsforløpet lærer du blant annet:

- Hvordan psykotraume påvirker enheten kropp/psyke
- Hvordan komme ut av traumatiserende belastninger
- Å arbeide med med loPT - intensjonsmetoden

Undervisningen er lagt opp som helgesamlinger, kan kombineres med full jobb og er åpen for alle med helse-, pedagog- eller sosialfaglig bakgrunn.

* Gir rett til tittelen registrert loPT Traumeterapeut ved fullfør utdanning.
* 12 moduler a 4 dager innenfor 2 år

Påmelding og informasjon : iopt.no/videreutdanning

☎ +47 91 66 72 11 ✉ marta@iopt.no

Velkommen!



+VAKTROMMET®

Gode tilbud til bedrifter som trenger mye utstyr.

- Migenic - hygienisk navnskilt og utstyrsholder i ett →
- 100% silikon
- Kan dekontamineres

Vaktrommet AS
www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497



HOVEDBUDSKAP

Denne artikkelen viser hvordan deltakermedvirkning blant helsepersonell kan bidra til at opplæringen oppleves som relevant og meningsfull.

Deltakerne har medvirket i et aksjonsforskningsprosjekt for å videreutvikle undervisning og samhandlingstrening i voldsrisikohåndtering ved Regional sikkerhetsseksjon (RSA).

NØKKEORD:

► Psykisk helse ► Samhandling ► Brukermedvirkning ► Aksjonsforskning ► Helsepersonell

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.74682

Involvering øker motivasjonen til å delta i undervisningen

For å videreutvikle undervisning og samhandlingstrening i voldsrisikohåndtering har man fått deltakerne til å medvirke. Dette har vist seg å øke motivasjonen til helsepersonell.

V RSA er en høyspesialisert seksjon med regional funksjon for Helse Sør-Øst. Ved Dikemark har RSA tre kliniske enheter som mottar pasienter med alvorlige sinnslidelser og alvorlig voldsatferd til utredning og behandling.

For å møte pasientene med felles holdninger med hensyn til behandling og omsorg, og samtidig ivareta sikkerheten både for pasienter og personalet, er undervisning i voldsrisikohåndtering en avgjørende faktor.

Miljøpersonalet på RSA har ukentlig undervisning og samhandlingstrening. Her trener de på autentiske utageringssituasjoner for å øke sikkerheten og tryggheten i situasjoner med utagerende pasienter. Undervisningen består først og fremst av samhandlingstrening, hvor det legges stor vekt på kommunikasjon med pasienter, å oppdage forvarslar på voldsrisikoatferd, tidlig intervensjon for å unngå utagering, deeskalering ved aggressivitet, etikk og holdninger, ransaking og tvangsmiddelbruk som fysisk holding og beltelegging.

Psykiatriske sykepleiere har en sentral rolle i utvikling og gjennomføring av den simuleringsbaserte undervisningen og treningen (1).

OMFANGET AV VOLD OG UTAGERING

I Norge er ansatte i helse- og sosialsektoren særlig utsatt

FORFATTER


Toril Garborg
Miljøterapeut, Regional sikkerhetsseksjon,
Dikemark sykehus og Oslo universitets-
sykehus Ullevål

for vold, noe som innebærer store utfordringer for arbeidsmiljøet. I 2005 kom voldsbegrepet inn i arbeidsmiljøloven for første gang, og vi fikk en presisering om at arbeidstaker – så langt det er mulig – skal beskyttes mot vold og trusler (2). Noen arbeidsplasser har stort omfang av vold og

utagering, og det er viktig at de ansatte får relevant opplæring og praktiske øvelser slik at de kan håndtere dette.

Opplæringen bør inneholde forståelse av vold og aggresjon som fenomen og praktiske øvelser i aggresjonsdempende kommunikasjon og fysisk håndtering. Flere offentlige virksomheter har egne opplæringsprogrammer for ansatte, og

» **«Mange kviet seg for rollespill, og det var behov for å videreutvikle undervisningsmetodene.»**

det finnes ulike tilbydere av kurs i håndtering av utfordrende atferd (3).

Miljøpersonalet ved RSA har hatt ukentlig undervisning i voldsrisikohåndtering i mange år. Tidligere foregikk undervisningen i avdelingens gymsal og hadde hovedvekt på rollespill, hvor deltakerne ble tildelt ulike roller og trente på kommunikasjon, samhandling og mekanisk bruk av tvangsmidler. Erfaringsmessig var personalet lite motivert for



AUTENTISKE SITUASJONER: For å øke sikkerheten og tryggheten i situasjoner med utagerende pasienter over helsepersonell ved å bruke rollespill. Foto: Toril Garborg

DELTAKERMEDVIRKNING: I undervisningen trener deltakerne på hvordan de skal håndtere utagerende pasienter. Her ved Regional sikkerhetsseksjon (RSA). Foto: Toril Garborg

undervisningen. Mange kviet seg for rollespill, og det var behov for å videreutvikle undervisningsmetodene.

VIDEREUTVIKLE UNDERVISNINGEN

I 2013 startet undervisningsgruppen ved RSA et aksjonsforskningsprosjekt med den hensikten å videreutvikle undervisningsmetodene i undervisningen og treningen. Instruktørene i undervisningsgruppen ved avdelingen består blant annet av godt erfarne psykiatriske sykepleiere.

Problemstillingen i prosjektet var: På hvilken måte kan undervisning og samhandlingstrening ved RSA videreutvikles slik at rollespill blir ufarliggjort og deltakerne opplever en relevant og meningsfylt opplæring i sitt kliniske arbeid med pasienter?

Min rolle som yrkespedagog var å lede aksjonsforskningsprosjektet. Jeg skulle legge til rette for videreutvikling av undervisningen gjennom systematisk utprøving av ulike tiltak (aksjoner), refleksjon over gjennomføringen og planlegging av nye tiltak. Det var fokus på deltakermedvirkning under hele prosjektet. Deltakerne førte logg etter undervisning, slik at deltakernes tanker, følelser og opplevelser ble synliggjort. Loggene ble brukt som data i prosjektet, og undervisningen ble justert gjennom tiltak (aksjoner) etter deltakernes ønsker og behov.

Oslo universitetssykehus (OUS) har en simulerings- og treningsavdeling (SIM-Oslo), som fungerer som en opplæringsenhet. Her kan man trene på simulering av både medisinske og psykiatriske scenarier, og det blir lagt

FAKTA

vekt på pedagogiske metoder (1).

Instruktørene i undervisningsgruppa ved RSA deltok på kurs ved SIM-Oslo for å bli fasilitatorer, og modellen ble tilpasset vårt bruk. Underveis i prosjektet fikk undervisningen navnet SIMBA.

LÆRING GJENNOM OPDPAGELSER

John Dewey er kjent for begrepet Learning by Doing. Hans opprinnelige formulering skal ha vært: Learn to Do by Knowing and to Know by Doing (4). Det kan tolkes som at aktivitet alene ikke er tilstrekkelig i en læringsprosess, men at vi lærer ved å oppdage sammenhengen mellom det vi gjør, og de konsekvensene det får.

Etienne Wenger beskriver hvordan læring er et spørsmål om engasjement, som er avhengig av en mulighet til aktiv deltakelse i et praksisfellesskap (5). Og Patricia Brenner hevder at kyndige sykepleiere fortrinnsvis bør undervises induktivt ved å begynne med en klinisk situasjon for deretter å supplere med sin oppfattelse av situasjonen (6).

Scenariotrening er en form for induktiv opplæring, hvor deltakerne i scenariot først gjennomfører praktisk samhandling i en case for deretter å dele sine opplevelser. Læring skjer ved at deltakerne opplever at det de gjorde i scenariot, får konsekvenser som de får mulighet til å reflektere over i en debriefing etterpå.

Scenariotrening starter med at fasilitator for timen informerer deltakerne om læringsmål, hendelsesforløp og pasientbeskrivelse. Alle deltakere skal være seg selv på jobb som sykepleiere eller annet helsepersonell, i motsetning til tidligere da de fikk tildelt roller. Ansvarsvakt i scenariot er alltid en sykepleier som også har ansvaret i avdelingen, og som fordeler oppgaver som ved en rapport. Den eneste som spiller en rolle, er markøren. Markøren spilles av en av instruktørene i undervisningsgruppa.

TAR DEL I EGEN LÆRING

Etter scenariot leder fasilitator en strukturert debriefing med faktafase, analysefase og anvendelsesfase. I faktafasen blir deltakerne enige om hva som faktisk skjedde. I analysefasen reflekterer deltakerne over hva den enkelte gjorde som var bra, hvilke vurderinger som ble gjort underveis, og hva som kunne vært gjort annerledes.

Det er fokus på mestring, og deltakerne får muligheten til å gi tilbakemelding anonymt i logg etter undervisningen. Det er avgjørende at deltakerne er aktive i egen læreprosess. De lærer best når de selv oppdager og blir utfordret. På denne måten blir de motivert til selv å finne løsninger. «Det er bare jeg som kan oppdage noe for meg», hevder Nils Magnar Grendstad (7).

Spetalen viser til Vygotskys «utviklingszone», der utvikling skjer gjennom læring. Her får den mindre erfarne hjelp til å løse problemer av den mer erfarne (8). Deltakerne

Fenomenologi

Fenomenologi er læren om hvordan fenomener oppleves: at mine opplevelser er noe jeg vet best om selv, og jeg kan ikke være sikker på at andre oppfatter virkeligheten på samme måte som meg (13).

Hermeneutikk

Hermeneutikk dreier seg om hva det vil si å forstå, og ifølge Hans-Georg Gadamer begynner all forståelse med undring (12). Vi undrer oss over det vi står overfor, og vi undrer oss over om vi kan ha misforstått. Et fravær av en slik undring vil være til hinder for forståelse (13).

i prosjektet var en blanding av erfarne og uerfarne sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte, der de erfarne veiledet de uerfarne underveis. Ved å bli sett og tatt på alvor vil de fleste oppleve at motivasjonen øker.

Det er dessuten viktig at opplæringen føles virkelighetsnær for deltakerne (8). Scenarioene ble derfor utarbeidet etter deltakernes ønsker om å trene på ulike kliniske utfordringer de hadde i avdelingen. Det er nødvendig å føle et behov for det som skal læres, og at man opplever å være medansvarlig for læringen (5).

I starten opplevde deltakerne det som utrygt å ha scenariotrening på

tvers av enhetene ved avdelingen, og undervisningen ble derfor gjennomført i små grupper enhetsvis. På grunn av gjensidig beredskap på tvers av enhetene har avdelingen behov for at enhetene kan trene sammen. Så etter hvert som deltakerne ble tryggere på scenariotrening, ble enhetene blandet. Første forutsetning for at mennesker kan delta, er at en ikke er utrygg, passivisert eller undertrykt (9).

UTVIKLE NY KUNNSKAP

Forskning og utviklingsarbeid er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å få mer kunnskap, herunder kunnskap om mennesker, kultur og samfunn (10).

Aksjonsforskning er en form for forskning som utføres ved at den som forsker, er tett på virksomheten, eller området det forskes på. Aksjonsforskning er en metode som kan brukes til å utvikle ny kunnskap og en mulighet til å opp-

«Deltakerne gjennomfører en praktisk samhandling for deretter å dele sine opplevelser.»

nå en kollektiv endring. Det å forske i egen praksis vil kunne tilføre egen arbeidsplass nytenkning gjennom å prøve ut ulike aksjoner (11).

Hans-Georg Gadamer tanken om forståelse er vesentlig i et aksjonsforskningsarbeid. Han mener at åpenhet er en forutsetning for å kunne hevde at man driver med forståelse (12). Fokuset i prosjektet var nettopp å være åpen for alle deltakernes opplevelser i undervisningen de deltok på. Fenomenologiske og hermeneutiske utfordringer ble tatt på alvor ved å ta den enkelte deltakers tanker, følelser og opplevelser på alvor.

Fenomenologi er teorien om at mine opplevelser er noe jeg vet best om selv (13). Gjennom å ta den enkelte på alvor bidro vi til den enkeltes opplevelse av å bety noe. For å kunne gjennomføre prosjektet var alle deltakernes perspektiver viktige.

Undervisningen ble videreutviklet gjennom tiltak og handlinger (aksjoner). Hensikten var å forske sammen med alle

deltakerne i prosjektet. Alle som deltok, ble utfordret til å komme til orde, og praksis ble produsert av deltakerne gjennom enighet om hva som var meningsfylt (5). Grunnstrukturen i aksjonsforskningsprosjektet så slik ut: avklaring av situasjonen nå – avklaring av ønsket situasjon – utvikling av tiltak for å oppnå ønskesituasjonen – gjennomføring av tiltak – refleksjon over gjennomføring – justering av fremtidige strategier som følge av det vi har lært (13).

STRUKTURERT LOGG

Data ble samlet inn på en måte som i størst mulig grad ivaretok den enkelte deltakers forståelse av virkeligheten de befant seg i. Som et pedagogisk redskap var strukturert logg tenkt som et refleksjons- og læringsverktøy etter all undervisning.

Det er avgjørende for læring at deltakerne aktivt deltar og blir engasjert i meningsfylt praksis som involverer aktivitet, diskusjon og refleksjon (5). Ved å skrive logg fikk deltakerne satt ord på egne reaksjoner og opplevelser relatert til undervisningen. Refleksjon er å ta ansvar for de fremtidige konsekvensene av nåtidens handlinger, og interesse utgjør den motiverende kraften i enhver erfaring som har et

formål (14). Ved å bevisstgjøre deltakerne på egne ønsker og behov kunne undervisningen justeres i henhold til det deltakerne hadde behov for.

ANALYSE AV LOGGENE

Den kvalitative tilnærmingen har som mål å avdekke meninger og forståelse i spesifikke sammenhenger. Av den grunn kan det være lite fruktbart å bruke kvantitative vurderingskriterier på kvalitativ forskning (5). En grunntanke i aksjonsforskning er at man forsker sammen med og ikke på deltakere (13).

Det ble systematisk jobbet med deltakermedvirkning ved at data fra deltakernes logger jevnlig ble analysert. Videre ble undervisningen justert og videreutviklet gjennom nye tiltak i forbindelse med deltakernes tilbakemeldinger om ønsker og behov for undervisning. For å analysere data ble en variant av grounded theory benyttet.

Loggene ble sammenfattet og kopiert opp til alle i undervisningsgruppa, og alle merket seg det som kom til syne under gjennomlesing av loggene. Arbeidet ble validert ved at det samme kom til syne for flere. Metoden er inspirert av

ANNONSE



NY UTGAVE KOMMER I OKTOBER 2019

Forskningens ABC

Det du som student trenger for å finne, forstå og bruke forskning

Bruce McKenzie (15) og hans tro på «emergence», tilsynekomst. Analysemetoden tar hensyn til enkeltindividene i fellesskapet og viser hvordan en demokratisk analyseprosess kan konstrueres og som har til hensikt å bidra til at en form for gyldig fellesforståelse kan komme til syne (16).

Kathy Charmaz har jobbet med å videreutvikle grounded theory. Hun oppfordrer til å samle mye data som ser det samme fenomenet fra ulike perspektiver. Det er nettopp det med at noe kommer til syne, som er av betydning for Charmaz. Det skal utfordre oss til justeringer og nye veier (17).

INNFLYTTELSE PÅ EGEN OPPLÆRING

I lys av det læringsteoretiske perspektivet kom det tydelig frem at deltakermedvirkning ga deltakerne innflytelse på egen opplæring. På denne måten opplevde de undervisningen som mer meningsfylt og relevant i sitt kliniske arbeid. Ved å bruke læringsmål og tid på refleksjon etter scenariotreeningen, fikk deltakerne mulighet til å analysere og diskutere hva de gjorde bra, hvilke vurderinger de gjorde underveis, og hva de kunne gjort annerledes.

Analyse av logger viste at deltakerne opplevde undervisningen som mer lærerik og virkelighetsnær. Etter hvert som deltakerne ble tryggere på scenariotreeningen, skrev blant annet deltakerne i loggene at undervisningen var «lærerik og virkelighetsnær», «mer realistisk enn før» og «lærte at jeg faktisk kan noe». Tilbakemeldingene viste at deltakerne opplevde undervisningen og samhandlingstreningen som nyttig. De opplevde å bli hørt. Og de fikk påvirke sin egen opplæring, noe som igjen ga motivasjon for deltakelse.

Å ta del i meningsfylte aktiviteter gir engasjement som bidrar til å danne praksisfellesskap, noe som igjen skaper engasjement og tilhørighet (5). Benner hevder at kyndige sykepleiere lærer best ved bruk av caser, og at sykepleiere på et kompetent nivå lærer mye ved å øve på planlegging og koordinering i rollespill (6).

DISKUSJON

Alle instruktørene deltok i analysearbeidet gjennom hele prosjektet, og arbeidet ble validert ved at flere så det samme komme til syne til tross for at vi hadde forskjellig bakgrunn og forforståelse.

I startfasen av prosjektet var det søkelys på hvordan hel-sepersonell kunne motiveres til å delta på undervisningen. Dewey hevder at man i pedagogisk utvikling må ta hensyn til individets spesifikke ønsker og behov (14). For å oppleve at det vi gjør er meningsfylt, må vi aktivt delta for å finne mening, påvirke og bli påvirket og involvere deltakerne i handlinger, diskusjoner og refleksjoner som utgjør en forskjell (5).

Kredibilitet ble ivarettatt ved at det var deltakernes opplevelser som bidro til data (18). Validering fungerte som en kvalitetskontroll gjennom hele forskningsprosessen (19) ved at undervisningsgruppa jevnlig analyserte data og var opptatt av å avdekke mangfoldigheten i det som kom frem.

Et aksjonsforskningsprosjekt starter alltid med et behov

om å endre noe til det bedre (11), og ved å involvere deltakerne kan man komme langt i en utviklingsprosess. Om prosjektet har gyldighet, handler om avdekkede fenomen som kan overføres til en annen kontekst (18). Vi mener at deltakermedvirkning kan benyttes i sammenhenger der det er et ønske om å forbedre noe. Når deltakerne blir hørt og tatt på alvor, vil motivasjonen kunne øke, enten de er hel-sepersonell eller brukere av helsetjenester. SØT-modellen (13) og logg vil kunne være gode verktøy.

KONKLUSJON

Deltakermedvirkning har økt motivasjonen til å delta på undervisning og samhandlingstrening ved RSA. Ved at deltakernes ønsker og behov hele tiden er i fokus, blir handlingsmuligheter og videreutvikling kontinuerlig vektlagt, og prosjektet har derfor ingen tydelig slutt. Det vil alltid være mulig å forbedre praksis, og undervisningsgruppa fortsetter å justere undervisningen etter deltakernes ønsker og behov. ●

REFERANSER

1. Oslo universitetssykehus. Medisinsk simulering, Psykisk Helse og Avhengighet. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.simoslo.no/pha> (nedlastet 24.05.2018).
2. Lov 17. juni 2005 om krav til det psykososiale arbeidsmiljøet (arbeidsmiljøloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_5#4-3 (nedlastet 24.05.2018).
3. Lillevik OG, Øien L. Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2014.
4. Vaage S. Perspektivtaking, rekonstruksjon av erfaring og kreative læringsprosesser. I: Dysthe O, red. Dialog, samspel og læring. Oslo: Abstract forlag; 2001. s.130.
5. Wenger E. Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
6. Benner P. Fra novice til ekspert. Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis. København: Munksgaard; 2004.
7. Grendstad NM. Å lære er å oppdage. 7. utg. Oslo: Didakta Norsk Forlag; 1986. s. 17–25.
8. Spetalen H. Voksenpedagogikk og opplæring i arbeidslivet. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus, Småskrift; 1/2007.
9. Freire P. De undertryktes pedagogikk. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1999.
10. NIFU, Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning [internet]. Oslo: NIFU; 2015 [siteret 03.01.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.nifu.no/fou-statistiske/fou-statistikk/om-fou/definisjoner-og-klasifiseringer/>
11. Whitehead J, McNiff J. Action research living theory. London: SAGE Publications; 2006.
12. Gadamer HG. Truth and method. 4. utg. London: Continuum; 2004.
13. Hartviksen M, Kversøy KS. Samarbeid og konflikt: to sider av samme sak. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
14. Dewey J. Democracy and education. Middelsex: The Echo Library; 2007.
15. McKenzie B. Systemic leadership [internet]. Australia: Center for Systemic Leadership [siteret 02.01.2019]. Tilgjengelig fra: http://centerforsystemicleadership.com/?page_id=9
16. Kversøy K. Metodeeksperimenter med radikal medvirkning i utdanning og forskning. (Doktoravhandling.) Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2015.
17. Charmaz K. Constructing grounded theory, a practical guide through qualitative analysis. London: SAGE Publication; 2012.
18. Sannerud AR. Interaktiv forskning. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus, Småskrift; 1/2003.
19. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2001.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

sykepleien.no/forskning

Send inn din forskningsartikkel!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



Les mer i
forfatter-
veiledningen





HOLDNINGER MÅ ENDRES: Personer som har fedme, blir stigmatisert av omgivelsene. Skammen kan få konsekvenser for livsutfoldelsen. Illustrasjonsfoto: Mikhail Kokhanchikov / Mostphotos

FORFATTER

Venke Ueland
Førsteamanuensis,
Avdeling for omsorg og etikk,
Det helsevitenskapelige
fakultet, Universitetet
i Stavanger

NØKKELOD

- ▶ Fedme ▶ Stigmatisering
- ▶ Stigma ▶ Skam

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.77012

SAMMENDRAG

Bakgrunn: De som lider av fedme, kan føle seg stigmatisert og skambelagt av samfunnet, noe som kan medføre at de ikke får levd livet sitt fullt ut.

Hensikt: Vi trenger dypere forståelse av hvordan stigmatisering og skam erfares av personer som har fedme, hvordan stigma og skam skapes og opprettholdes, og hva skammen gjør med den som opplever den. Helsevesenet trenger innsikt i hvordan stigmatisering blir til skam, og hvilke konsekvenser skammen har for det enkelte mennesket.

Metode: Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming og et utforskende design. Vi gjennomførte kvalitative dybdeintervjuer med 18 personer som lever med fedme. Intervjuene er bearbeidet med Kvaales fenomenologisk-hermeneutiske analysemetode.

Resultat: De som lever med fedme, opplever stigma både fra samfunnet generelt og fra omgivelsene spesielt. Internalisert stigma skaper skam som kan prege den grunnleggende måten personen ser og oppfatter seg selv på. Skammen kan få konsekvenser for livsutfoldelsen.

Konklusjon: Å overkomme skam som følge av selvstigma kan skje ved å oppøve en motstand mot å bli definert av skammen. Skammens grep løser man ikke alene. Derfor blir det viktig at helsepersonell har innsikt i hvordan stigma og skam påvirker personen for å kunne møte vedkommende med holdninger som reduserer skammen. Det kreves i tillegg samfunnsmessige og helsepolitiske tiltak som reduserer stigmatisering.

Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme

Helsepersonell bør møte personer med fedme åpent og fordomsfritt.
Da kan de hjelpe dem med å bygge opp
en motstand mot skammen.

Studien beskriver hvordan de som lever med fedme, opplever stigmatisering og skam.

Voksne med en kroppsmasseindeks (KMI) på mer enn 25 er overvektige og har fedme når KMI-en er over 30 (1). I 2016 hadde 13 prosent av verdens voksne befolkning fedme. Ifølge den norske folkehelse rapporten fra 2017 har cirka 1 av 4 middelaldrende menn og 1 av 5 kvinner fedme (2).

Malterud og Ulriksen definerer stigma som et intersubjektivt fenomen som konstrueres via interaksjon med omgivelsene (3). Vektstigma defineres som sosial avvisning og devaluering som fremtrer når man ikke innretter seg etter rådende sosiale normer for kroppsvekt og -figur (4). De vektbaserte stigmaene kan føre til sosial devaluering og diskriminering og fremtrer i de fleste av livets relasjoner (5).

Ifølge Luoma er skam den emosjonelle kjernen i erfaringen av stigma (6). Skam er en selvrelatert og selvevaluerende emosjon som har forbindelse til en form for selvbevissthet der man ikke lenger eier sin egen kropp (7). Selvstigmatisering betyr at den sosialt devaluerte statusen som man har som overvektig, blir internalisert (8).

Verdens helseorganisasjon hevder at fedme er en av de mest presserende helsemessige utfordringene i dag (1). Over hele verden er det en kulturell forståelse av fedme som det å feile moralsk, som fører til forringet helse og livskvalitet. Brewis og medarbeidere hevder at måten skambelegging og diskriminering relateres til

fedme på, etter hvert vil undergrave folkehelsearbeidet (9).

Tidligere forskning

Normen i vestlige samfunn er å være slank, og den som lider av fedme, blir stadig konfrontert med dette idealet (10–13). Samfunnets retorikk i beskrivelsen av fedme er i seg selv stigmatiserende med utsagn som «fedmeepidemi», «kampen mot overvekten» og

«Prøv å kjøpe
sportsklær når du
veier 137 kilo.»
Informant

«krigen mot fedmeepidemien» (14, 15). Den som lever med fedme, blir et medisinsk, finansielt og sosialt problem i et samfunnsperspektiv (14, 15).

På et individnivå fremstilles de som lider av fedme, gjerne som mindre fysisk attraktive, udisiplinerte og grådige individer som burde skamme seg, og den overvektige kroppen blir ofte sett på som lat og karaktersvak (3, 15). En tilleggsbyrde legges på den enkelte når fedme fremstilles med et moralsk imperativ som peker mot at fedme kan forebygges og behandles (15).

Personer med fedme erfarer at samfunnets kroppsnormer også gjenspeiles i blikket fra de profesjonelle hjelperne. Slik forsterkes stigmatiseringen og skammen (16). De kjenner seg ekskludert som unormale og unngår kontakt med helsevesenet (12, 14, 17).

Det er ikke mulig å unndra seg det kulturelle budskapet. Dermed kan

erfaringen med å leve med overvekt overskygge hele livet og bli «the very scene of life» (3). Den som ikke har den ideelle kroppen, kan oppfatte stigmatisering som en beskjed om at vedkommende ikke passer helt inn i verden, som kan gi en følelse av ikke å være et fullverdig menneske (16, 18).

Vektbasert stigmatisering og skam er underrapportert som helseutfordring, hevder Kahan og Puhl (5). Vektstigma er i stor grad fraværende både på det individuelle behandlingsnivået og i nasjonale diskurser, så vel som i helsefremmende tiltak og politiske satsingsområder (19). Det første steget for å legge til rette for helsefremmende tiltak til denne sårbare gruppen er å få mer kunnskap om hvordan vektstigma erfares, og hvilke helsemessige konsekvenser det får (19).

Hensikten med studien

Studien utforsker hvordan stigmatisering og skam oppleves for den som lever med fedme. Kunnskap kan bidra til å forbedre helsevesenets tilnærming til dem som lider av fedme, og øke samfunnets forståelse. Studiens hensikt er å få en dypere forståelse for hvordan den som lever med fedme, erfarer stigmatisering og skam.

METODE

Studien er basert på et fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk perspektiv og har et eksplorerende design. Det ble benyttet kvalitative forskningsintervjuer, som bidrar til å gi innsikt i enkeltmenneskets livsverden (20). Prosjektets hermeneutiske aspekt har en fortolkende karakter (21).

Gadamer hevder at fortolkning av

mening er menneskets måte å være i verden på, og studien utforsker det dypere meningsinnholdet. Ny forståelse kan oppstå når man åpner seg for det ukjente og setter sin egen forforståelse på spill (22). Forfatteren er sykepleier med interesse for helsefremmende prosesser, noe som preger forforståelsen.

Deltakere og datainnsamling

Studien er basert på kvalitative dybdeintervjuer med 18 personer med fedme. Deltakerne representerer et bekvemmelighetsutvalg og ble rekruttert i startfasen av et treukers livsstilsendringkurs ved en norsk rehabiliteringsinstitusjon. Kurslederen ved klinikken ga skriftlig informasjon om forskningsprosjektet til alle deltakerne. De som ønsket å delta i studien, 18 av 30 inviterte, ga tilbakemelding til de ansatte ved klinikken, som videreformidlet deres telefonnummer til forfatteren.

Deltakerne ble kontaktet, og tidspunkt og møtested for intervju ble avtalt. Femten kvinner og tre menn deltok i prosjektet. Informasjonsskrivet inneholdt informert samtykke og presisering om anonymitet. Inklusjonskriteriene var KMI over 30, alder 18–75 år og interesse for å uttrykke seg muntlig. Forskningsprosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-nummer 2015/1720).

Forfatteren gjennomførte intervjuene, som varte fra 30 til 90 minutter. Intervjuene hadde en åpen tilnærming: «Fortell om hvordan det er for deg å leve med fedme. Hvordan ser du på deg selv?»

I informasjonsskrivet ble det tydeliggjort at tematikken kropp og overvekt kan berøre noe sårbart og derfor er utfordrende å samtale om. På denne måten hadde de som sa ja, blitt forberedt på at intervjuet ville berøre følsomme områder og følelser i eget liv.

Analyse

De transkriberte intervjuene ble analysert ved å benytte Kvale og Brinkmanns kvalitative analysemetode med tre fortolkningsnivåer (20). Hvert enkelt intervju ble gjennomgått i sin helhet for å få en overordnet forståelse av hva det

handlet om. Det første analysesteget og fortolkningsnivået er å se etter den enkeltes selvforståelse. Meningsbærende enheter i datamaterialet hentes ut og organiseres under foreløpige overskrifter som er tett på sitatene.

Det andre analysesteget og fortolkningsnivået er å gi en rimelig, allmenn fortolkning av det som er blitt uttalt. Ut fra en forsiktig abstraksjon reformuleres deltakernes selvforståelse, og det dannes nye temaer som presenteres i funnene. Temaene fremkommer i en hermeneutisk prosess som fremstår som

«Det å føle seg mindre attraktiv skaper en selvopplyllende profeti og fører til at de trekker seg tilbake.»

holdbar når deler og helhet faller på plass (22).

Funnene belyser hvordan stigmatisering fra både kulturen, samfunnet og de nære omgivelsene oppleves, og hvordan stigmatiseringen integreres i dem selv og føles som skam. I det tredje nivået av fortolkning leder det empiriske materialet til relevant teori, som kan utdype og utvide forståelsen av materialet. Teoretisk forståelse og videreforskning av dataene utdypes i diskusjonen.

RESULTATER

Analysen av det transkriberte materialet viser at intervjupersonenes uttalelser beskriver tre perspektiver på hvordan stigmatisering og skam skapes og opprettholdes:

- presset fra samfunnet
 - krenkelser fra omgivelsene
 - devaluering av seg selv
- Stigmatisering og skam kommer direkte til uttrykk i materialet og fortolkes også frem av beskrivelsene.

Presset fra samfunnet

Kroppsfokus slik det oppleves i samfunnet, legger et press på dem som lever med fedme og påfører dem en byrde av skam. Den som lever med fedme,

er spesielt utsatt og sårbar for et massivt trykk, da størrelsen på kroppen alltid er synlig. Budskapet fra samfunnet kan ikke stenges ute og fratar dem friheten til å være seg selv og ha egne tanker om seg selv:

«Hva er det som gir den bebreidelsen jeg har adoptert? Det har mye med samfunnet å gjøre. Det er et fokus på trening og slanking som er helt vanvittig. Det er en følelse av at samfunnet i dag har en veldig smal tankegang.»

Dette presset fra kulturen uttrykkes på mange måter: «Er jeg mislykket og mindre begavet som ikke er klok nok til å skjønne at jeg burde ta av?»

Helsevesenet kommuniserer noe av det samme i sin tilnærming til personer med fedme: «For meg gir det bare enda mer skyldfølelse når jeg får høre at jeg ikke skal spise det og det. Å gå i gang med undervisning om hva overvekt er, er fordemende. Vi tykke vet så godt hva som er feil. Vi sitter jo der og har for mange kilo. Jeg tror at både helsevesenet og folk flest mener at dette er selvforskyldt.»

I det offentlige rom oppfatter de som har fedme, signaler om at det ikke er plass for dem. Personer med fedme føler seg ikke velkomne: «Prøv å kjøpe sportsklær når du veier 137 kilo. Når du kommer inn på treningssenteret, står det maks kroppsvekt på apparatene!»

De har en redsel for å bli overflødige: «Jeg er redd for å bli presset ut av arbeidslivet, ikke bli regnet med, ikke få kurs, ikke få ansvar. Jeg vil vise at jeg teller med. Dette tenker jeg mye på.»

Krenkelser fra omgivelsene

De fleste av intervjupersonene føler seg kontinuerlig overvåket fra omgivelsene. Andre mennesker kommer tett på den som lever med fedme, gjennom blikk og stemme – verbalt og nonverbalt. Disse erfaringene preger den som er rammet av fedme, og bidrar til sammen de må håndtere i hverdagslivet:

«Hvis jeg går på kafé, så følger de med på hver eneste bit du tar når du spiser. Det er litt tilbake til at 'tykke er dumme fordi det å ta det kakestykket er jo dumt'. Hvis jeg hadde vært dem, så hadde jeg jo tenkt: 'A herre gud, hun er jo så tykk! Hvorfor tar hun det stykket,

kan hun ikke la det være da? Du kjenner igjen blikkene. De klarer ikke å skjule ovenfra-og-ned-holdningen.»

Selv om inntrykkene fra omverdenen kan være sterke, reiser det seg en motstand mot å la seg definere. Det å bli konfrontert med fedme fordrer et gjensvar for å dempe sårbarheten. Å ta det inn over seg ved å latterliggjøre seg selv forsterker sårbarheten: «Jeg har alltid tøysset det vekk, men jeg kjenner meg falsk og rar etterpå. Så nå har jeg begynt å si ifra at jeg ikke setter pris på det, og da blir det veldig stille, pinlig og dumt.»

En annen sier følgende: «Jeg går og spøker om meg selv, spøker om det for dem, men er trist inni meg.»

Personene opplever at de må stå til rette for kroppen og kiloene: «Så bra at du har tatt av. Nå må du ikke legge på deg igjen.»

De synes det er belastende når andre gir skryt hvis de har gått ned i vekt. Det er som om de sier: «Nå er du på vei til å bli et verdifullt menneske.»

Andre blir daglig minnet på vekten sin: «Ja, nå var det mange kilo siden sist, ja du har det godt, så tjukk du har blitt.»

Devaluering av seg selv

Den som lever med fedme, formes også av sin egen selvforståelse. Det skaper en forakt til seg selv og kroppen sin:

«Å tenke på hva de tenker, gjør meg bare deprimert. Jeg ser jo på meg selv som fryktelig tykk og klumpete, en som har feilet, som en svakhet ved meg selv. Men jeg har jo hatt en jobb, og jeg har ikke mislykkes i det hele tatt. Min første evaluering av enhver person er: 'Er du tykk, eller er du tynn? Trener du?' Derfor tror jeg at andre øg har det fokuset. Det går ut over selvfølelsen min.»

Deltakerne uttrykker på ulike måter at de er en byrde for seg selv og andre: «Jeg tenkte når jeg gikk med venner: 'Jeg må jo ødelegge deres sjanse til å få seg en mann når de går med meg, jeg som er sann'.»

Kroppen og utseendet vurderes fortløpende. Det å føle seg mindre attraktiv skaper en selvoppfyllende profeti og fører til at de trekker seg tilbake: «Når jeg er tjukk, så føler jeg meg mindre attraktiv. Jeg oppfører meg sikkert ikke som om jeg er attraktiv heller. Jeg har

jo isolert meg veldig! Jeg har ikke klart å opprettholde det sosiale livet mitt. Alt avhenger av vekten. Hvis jeg blir invitert i klubb, og jeg føler at jeg har feil vekt, så går jeg ikke.»

Deres eget fundament gir grobunn for skam: «Jeg føler en slags håpløshet. Skam og håpløshet henger sammen her og er en stor del av min personlighet. Hvordan skal jeg klare å forandre på det, da? Jeg kunne gi opp. Hvorfor skal jeg bale med dette? Kan jeg ikke heller leve godt, da, resten av livet, jeg er jo så stygg, og nå skal jeg snart forlate verden.»

«Informantene i studien beskriver sårbar skam, men det er også spor av stolthet knyttet til indre kvaliteter.»

Skammen forsterkes ved å skjule hva de spiser: «Jeg tenker at nå spiser jeg bare én skive, men planlegger å spise når de andre har lagt seg. Det er forbundet med skammen, det er ille. Når jeg trøstespiser, får jeg veldig selvforakt.»

Skammen og stoltheten kjemper om plassen: «En drøm er å føle at du er helt normal utseendemessig, en som føyer seg inn i rekken, at ikke noen reagerer, at ikke noen tenker: 'Å gud, se på den magen eller de lårene eller den rumpen eller de armene, se hvordan hun spiser, uffa meg.' Jeg har lyst til å være helt vanlig. Ja, tynnere og flottere! Sånn at jeg kunne reise meg litt og på en måte være litt stolt av mitt ytre også. Jeg er ikke så verst stolt av mitt indre.»

DISKUSJON

Studiens hensikt var å utforske hvilke sammenhenger det er mellom stigmatisering og skam, og hvilke konsekvenser det får for personer som lever med fedme. På bakgrunn av funnene vil jeg diskutere muligheter for å forebygge og håndtere stigma og skam på individnivå og samfunnsnivå.

Et sentralt trekk ved funnene er at den devaluerende stemmen fra samfunnet og omgivelsene er dominerende og

kan føre til internalisert stigma. Internaliseringen uttrykkes av deltakerne i måten de omtaler seg selv på: Overvektige er dumme, mindre begavet, mislykket, noen som har feilet. Fedme er avvik fra den normative kroppen, og mennesker som erfarer selvstigma, ser seg selv med en devaluert sosial identitet (6, 15).

Videre viser studien at de helsemessige konsekvensene av vektstigma og skam er en helseutfordring som beskrives av intervjupersonene med ord som håpløshet, tristhet, oppgitthet, ikke å bli regnet med, være en belastning for omgivelsene og leve et skjult og isolert liv. Studier bekrefter at konsekvensene av selvstigma er en følelse av verdiløshet og isolasjon, med tap av livsutfoldelse (3, 6, 23).

I et kroppsfenomenologisk perspektiv (24) er personen med fedme et utslørt objekt for den andre (7). Den pre-refleksive kroppsligheten som en form for uskyld og umiddelbar væren i verden kan gå tapt, og personen mister sin spontanitet. Prerefleksiv kroppslighet vil si det forholdet vi har til kroppen, som vi vanligvis ikke tenker over, men som det er mulig å ha et bevisst forhold til. Skammen fører til at man mister muligheten til å orientere seg mot fremtiden (7, 23).

Må forholde seg til kulturen

Mennesker som har fedme, kan ikke rømme fra den kulturelle konteksten, men må finne en måte å mestre kulturens påvirkning på (3). Deres streben med å komme videre slik at livet kan leves, uttrykkes i funnene som en streben med selvforståelsen: «Jeg vil telle med, jeg har begynt å si fra, jeg har lyst til å være helt vanlig og være stolt av mitt ytre.» Men de uttrykker også en resignerende holdning: «Hvordan skal jeg klare å forandre på dette?»

Det er en lengsel etter å være kroppslig normal, samtidig som de uttrykker en håpløshet og makteløshet. Welz hevder at man ikke løser skammens grep alene, men i dialog med andre (25). Fuchs sier at det er avgjørende å holde opp et metaperspektiv: «Taking a metaperspective on situations that cause shame and guilt helps to cope with the self-devaluation [...]. The capability of adopting

a metaperspective depends on an open interpersonal space which allows for freedom of self-distance.» (7, s. 234, 240)

Informantene i studien beskriver sårbar skam, men det er også spor av stolthet knyttet til indre kvaliteter. Det er avgjørende å løfte frem disse elementene av stolthet som byggesteiner til å komme inn i et friere rom med seg selv, sin kropp og sitt liv. Lippitt viser, med utgangspunkt i den danske filosofen Kierkegaards tekst om kjærligheten, hvordan sunn selvkjærlighet har en kime av stolthet (26).

Skammen paralyserer og kan hindre oss i å ta tak i livet, mens selvkjærlighet kan bidra til en frigjøring fra skammen. Slik kan man bli i stand til å åpne seg for fremtidens muligheter (26).

Omfattende vektdiskriminering

Vektdiskriminering er en global helseutfordring og finnes ved ansettelser og i utdanningsinstitusjoner, massemedier og helsevesenet. Samfunnsmessige tiltak er nødvendige for å møte denne utbredte helsetrusselen (9). Det kreves en bredere innsats i samfunnet mot vekstigma enn det vi har sett hittil, ifølge Puhl og Suh (19).

Malterud og Ulriksen hevder at kvalitativ omsorg for dem med fedme innbefatter at helsepolitikken og det medisinske fagfeltet anerkjenner kulturens fordommer mot kroppsvekt, slik at de utsatte kan mobilisere egne helseressurser (3). Fremtidige fedmeforebyggende intervensjons- og behandlingsmetoder må i større grad myndiggjøre personer med fedme i stedet for å forsterke stigma, skam eller skyld (19).

Implikasjoner for praksis

Helsepersonell har gode muligheter til å bidra til helsebringende endringsprosesser, både på individnivå og samfunnsnivå (4). De helsemessige utfordringene knyttet til stigma og skam og konsekvensene av disse utfordringene kan ikke løses uten å arbeide forebyggende i et samfunnsperspektiv.

Medvedyuk hevder at fokuseringen fra helseforskning og helsevesenet gjør personer med fedme til ofre. Derfor er det vesentlig at helsepersonell selv legger til side disse kulturelle og negative normene og åpent og fordomsfritt møter den

som lider (27). Når samfunnets og behandlingstilbudenes oppmerksomhet endres fra vektreduksjon til i større grad å adressere hva det gjør med personen å leve med fedme, kan det bidra til å redusere stigmatiseringen (5).

Begrensninger ved studien

Studiens funn gir forståelse for noen sammenhenger og konsekvenser av stigma og skam, men kan ikke uten videre generaliseres. Erfaringen med sårbarhet relatert til stigmatisering og skam er individuell. Skammen ligger skjult i stigmaet og er både eksplisitt og tolket frem i intervjuene (6). Studiens validitet styrkes ved at intervjupersonenes beskrivelser er rikt presentert (20). Videre valideres funnene ved at tidligere forskning understreker sammenhenger og konsekvenser.

KONKLUSJON

Internalisert stigmatisering kan utkrystallisere seg i skamprosesser, noe som begrenser livskvaliteten. Muligheten til å kunne overkomme skam som følge av selvstigma ligger i å oppøve en motstand mot skammen, noe som bare kan fremmes i relasjon til andre.

Vi som helsepersonell spiller en viktig rolle med å støtte dem som lider av fedme, slik at de ser på seg selv som fullverdige mennesker. Videre har vi et ansvar for å fremheve dette aspektet i det offentlige rom og dermed bidra til at også samfunnet som helhet kan akseptere dem som lider av fedme.

REFERANSER

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). Obesity and overweight [Internett]. WHO; 16.02.2018 [siteret 09.01.2019]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme i Noreg [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017 [opdatert 04.10.2017; siteret 09.01.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/>
3. Malterud K, Ulriksen K. «Norwegians fear fatness more than anything else» – a qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Educ Couns*. 2010;81(1):47–52. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.022
4. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Medicine*. 2018;16(1):123. DOI: 10.1186/s12916-018-1116-5
5. Kahan S, Puhl R. The damaging effects of weight bias internalization. *Obesity*. 2017;25(2):280–1. DOI: 10.1002/oby.21772
6. Luoma JB, Platt MG. Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*. 2015 april;2:97–101. DOI: 10.1016/j.copsyc.2014.12.016
7. Fuchs T. The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *Journal of Phenomenological Psychology*. 2002;33(2):223–43. DOI: 10.1163/1569162020622903
8. Pila E, Sabiston CM, Brunet J, Castonguay AL, O'Loughlin J. Do body-

related shame and guilt mediate the association between weight status and self-esteem? *J Health Psychol*. 2015;20(5):659–69. DOI: 10.1177/1359105315573449

9. Brewis A, SturtzSreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Global Health*. 2018;14(1):20. DOI: 10.1186/s12992-018-0337-x
10. Moola FJ, Norman ME. On judgement day: Anorexic and obese women's phenomenological experience of the body, food and eating. *Feminism & Psychology*. 2017;27(3):259–79. DOI: 10.1177/0959353516672249
11. Lewis S, Thomas S, Blood R, Castle D, Hyde J, Komesaroff P. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Soc Sci Med*. 2011;73(9):1349–56. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.08.021
12. Owen-Smith A, Donovan J, Coast J. «Vicious Circles»: The development of Qualitative Health Research. 2014;24(9):1212–20. DOI: 10.1177/1049732314544908
13. Grønning I, Scambler G, Tjora A. From fatness to badness: the modern morality of obesity. *Health*. 2013;17(3):266–83. DOI: 10.1177/1363459312447254
14. Brown-Bowers A, Ward A. Treating the binge or the (fat) body? Representations of fatness in a gold standard psychological treatment manual for binge eating disorder. *Health*. 2017;21(1):21–37. DOI: 10.1177/1363459316674788
15. Throsby K. «How could you let yourself get like that?» Stories of the origins of obesity in accounts of weight loss surgery. *Soc Sci Med*. 2007;65(8):1561–71. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.06.005
16. Christiansen WS, Karlsten TI, Larsen IB. Materielle og profesjonelle stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2016;13(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.7557/14.4195>
17. Barber SW. Being large: an interpretive phenomenological enquiry into the lived world of problematic weight. (Doktoravhandling.) Middlesex: New School of Psychotherapy and Counselling; 2016.
18. Merrill E, Grassley J. Women's stories of their experiences as overweight patients. *J Adv Nurs*. 2008;64(2):139–46. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x
19. Puhl R, Suh Y. Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. *Current Obesity Report*. 2015;4(2):182–90. DOI: 10.1007/s13679-015-0153-z
20. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
21. Thagaard T. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
22. Gadamer HG. *Sannhet og metode*. 2. utg. Århus: Academia; 2007.
23. Shaughnessy MJ. Integrative literature review on shame. *Nursing Science Quarterly*. 2018;31(1):86–94. DOI: 10.1177/089431841774120
24. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception*. London: Routledge; 2002.
25. Welz C. Shame and the hiding self. *Passions in context: International Journal for the History and Theory of Emotions*. 2011 august;(2).
26. Lippitt J. True self-love and true self-sacrifice. *International Journal for Philosophy of Religion*. 2009;66(3):125–38. DOI: 10.1007/s11153-009-9201-5
27. Medvedyuk S, Ali A, Raphael D. Ideology, obesity and the social determinants of health: a critical analysis of the obesity and health relationship. *Critical Public Health*. 2018;28(5): 573–85. DOI: 10.1080/09581596.2017.1356910

Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

VERDENSDAGEN FOR SELVMORDSFOREBYGGING

10. SEPTEMBER 2019, KL. 08.30–16.00
SIGRID UNDSETS HUS, UIA

PROGRAM

- 08.30 Registrering og kaffe
- 09.00 Velkommen v/ prosjektleder, Torstein Garcia de Presno og rektor på UiA, Sunniva Whittaker
- Åpning ved Stortingsrepresentant Kari Henriksen, Sekretær i Helse – og Omsorgskomiteen.
- Presentasjon av Musikk og kunst-prosjekt på ABUP
- 09.35 «Hvorfor er det så vanskelig for voksne å spørre?»
Ane Ugland Albæk, Universitetslektor, Universitetet i Agder, PhD-kandidat, Universitetet i Bergen
- 10.30 «Barn som har opplevd vold i nære relasjoner - hva trenger de fra skolen?»
Sabreen Selvik, Førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold
- 11.15 Lunsj
- 12.00 «Hva ønsker barn av rusmisbrukere seg av voksne?»
Marius Sjømæling, Generalsekretær i Barn av rusmisbrukere – BAR.
- 13.00 «Å snakke med barn og ungdom etter selvmordet»
Magne Raundalen, Barnepsykolog og bestefar
- 15.00 «Når barn sier at de har selvmordstanker, hva gjør vi?»
Mogens Albæk, Psykologspesialist Statens Barnehus, Dr. Philos
- 15.45 Musikk fra Musikk og kunst-prosjekt på ABUP
- 16.00 Slutt



UTDANNING I
BEHANDLING AV
KOMPLISERT SORG
(CGT)

JOBBER DU MED SORGPROBLEMATIKK OG HAR HELSE- ELLER SOSIALFAGLIG UTDANNING?

- Bli CGT-terapeut!

Søknadsfrist 15. november 2019

Les mer på www.uio.no/cgt



Stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no finner du kun stillinger som er relevante for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobil eller brett som hjemme foran PC-en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV slik at det er enkelt å søke på jobb.

Din neste jobb finner du på sykepleienjobb.no

Sykepleien jobb.no


FORFATTER

Elisabeth Sveen Kjølrsrud
 Leder av Rådet for
 sykepleieetikk

Tvang i psykiatrien: Blir vi mer voktere enn pleiere?

En psykiatrisk sykepleier er bekymret for ivaretagelsen av pasientene på avdelingen der han jobber. Ufaglært personale arbeider i avdeling, og det har ført til en rekke uønskede episoder. Rådet for sykepleieetikk har sett på saken.

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.75814

Rådet for sykepleieetikk får fra tid til annen henvendelser som handler om tvang i psykisk helsevern. I noen situasjoner oppstår det utfordringer og dilemmaer fordi personalet har ulik tilnærming. Rådet opplever at det i noen tilfeller går et skille mellom faglærte og ikke-faglærte.

UNØDVENDIG TVANG?

I en henvendelse til Rådet for sykepleieetikk tar en psykiatrisk sykepleier opp et dilemma om tvangsbruk. Han arbeider på en psykiatrisk akuttavdeling. Sykepleieren er bekymret for ivaretagelsen av pasientene på avdelingen og beskriver at ufaglærte i høy grad blir benyttet i avdeling og på skjermet avsnitt. Dette har ført til en rekke uønskede episoder med blant annet krenkelse av integritet, fratagelse av pasientens autonomi og unødig fremprovosering av kontrolltap. Sykepleieren forteller at han har varslet både den ufaglærte og ledelsen, uten at saken er blitt tatt tak i. Sykepleieren er engstelig for at personalet beveger seg mer i retning av voktere, snarere enn pleiere. Han har støtte av sykepleiegruppen.

I våre svarbrev understreker vi i denne typen saker at vi alltid forholder oss til det innskriveren forteller oss, og gir svar ut fra det. Rådet har mulighet til å innhente svar fra alle berørte parter i saken. I mange tilfeller vet vi imidlertid at saker kan «eskalere» ved en slik metode, og vi kan risikere at mange utelater å kontakte oss.

IKKE SVAR MED TO STREKER UNDER

Der er mange perspektiver og etiske retninger vi kan velge å besvare brev på, så vi må begrense oss av den grunn at innsendende sjelden ønsker brev tilbake fra rådet med mange tettskrevne sider; ofte ønskes det et klart svar. Rådet har sjelden et svar med to streker under, men vi oppfordrer alltid til refleksjon på arbeidsplassen for å finne gode løsninger sammen.

Når rådet svarer på henvendelser, bruker vi ofte en refleksjonsmodell. Et sentralt spørsmål vi alltid stiller oss, er hvilke verdier som er under press. Vi viser til vår yrkesetiske kodeks (www.nsf.yrkesetikk.no) og peker på sentral lovtekst.

HOLDNINGER ER VIKTIG

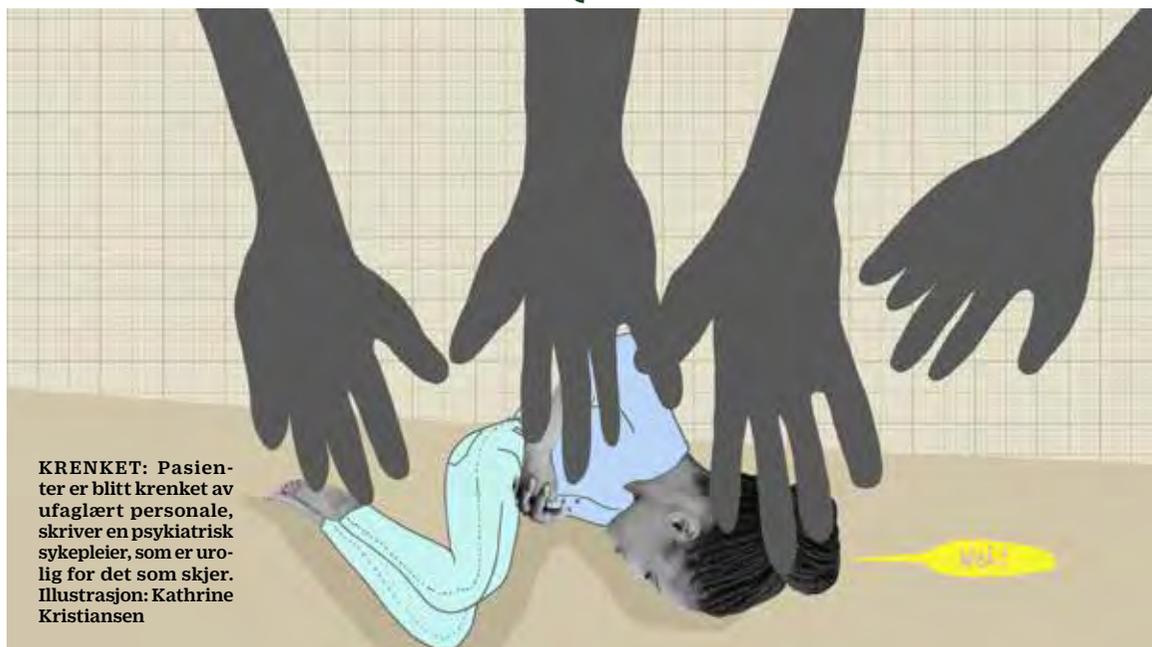
Å bruke tvang mot psykiatriske pasienter fører i mange tilfeller til store etiske utfordringer og dilemmaer. At personalet har et bevisst forhold til dette, er viktig, slik at bruken av tvang skjer på en mest mulig human måte. Personalets holdninger er viktige for etisk akseptabel tvangsbruk.

«Å bruke tvang mot psykiatriske pasienter fører i mange tilfeller til store etiske utfordringer og dilemmaer.»

Sykepleieren som har sendt rådet denne saken, beskriver en opplevelse av at personalgruppen beveger seg mer i retning av «vokterrollen», og rådet kan forstå bekymringen vedrørende fare for svekkelse av en nødvendig positiv holdning til pasientene.

Av sentrale elementer fra våre yrkesetiske retningslinjer (YER) (1) i denne saken, vil vi først og fremst trekke frem kapittel 2, «Sykepleieren og pasienten»: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» Punkt 2.7: «Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang.»

I punkt 4 står det følgende: «Sykepleieren viser respekt for kollegers og andres arbeid, og er til støtte i vanskelige situasjoner. Dette er ikke til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske og kollegiale normer.»



KRENKET: Pasienter er blitt krenket av ufaglært personale, skriver en psykiatrisk sykepleier, som er urolig for det som skjer. Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

I punkt 5.5 står dette: «Sykepleieren har rett til å forvente respekt og støtte fra kolleger og arbeidsgiver når hun/han melder fra om kritikkverdige forhold.»

Kapitel 1, punkt 1.6 i YER omhandler etisk refleksjon: «Sykepleieren anvender de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid, og bidrar aktivt til etisk refleksjon i hverdagen.»

BRUDD PÅ MENNESKERETTIGHETER

Helsepersonelloven (2) peker på en plikt til å melde fra om forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet. I forarbeidene til helsepersonelloven er det forutsatt at «forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet» skal tolkes strengt. Situasjonen må være av en slik art at det er sannsynlig eller åpenbart at pasientens helsetilstand kan forverres, at pasienten påføres alvorlig skade. Vi som helsepersonell har dermed meldeplikt også om en kollega ikke utfører arbeidet på en forsvarlig måte.

Kapitel 3 § 26 i psykisk helsevernloven (3) beskriver at bruken av tvangsmidler skal gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Kortvarig fastholding regnes som tvangsmiddel (§ 25), og restriksjoner og tvang skal ikke være mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensynene som ligger til grunn for tiltaket (§ 15).

Rådet for sykepleieetikk vil også understreke at det å bli utsatt for tvang berører menneskeverdet og menneskets rett til frihet som omfattes av menneskerettighetsloven (4). Kapitel 3 i loven omhandler retten til blant annet å ikke bli utsatt for inhuman behandling. Norsk psykiatri har fått anmerkninger fra Den europeiske torturkomitéen (CPT), som har påpekt grovt brudd på menneskerettigheter innen norsk psykiatri. Vi mener konsekvensen av anmerkningen er at det påhviler et økt ansvar for helsepersonell innen norsk psykiatri å være ekstra

aktpågivende med ivaretagelse av mennesker underlagt psykisk helsevern.

Avslutningsvis og som en konklusjon vil rådet berømme innsenderen av saken for årvåkenhet til det beste for pasientene. Rådet mener sykepleieren opptrer reflektert og benytter YER-retningslinjene aktivt, tar opp situasjoner som kan være klanderverdige, og det han mener er etisk uforsvarlig. Sykepleieren tar også saken opp med den det gjelder og følger linjen.

Vi tenker videre at slik innsenderen beskriver pasientsituasjonen og miljøet rundt, er det grunn til å spørre om det i større grad kan reflekteres mer rundt etiske dilemmaer i avdelingen?

Spørsmål til leseren: Hvilke etiske refleksjoner praktiseres på din avdeling rundt tvang og tvangsproblematikk? ●

REFERANSER

1. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 04.03.2019).
2. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 04.03.2019).
3. Forskrift 1. september 2017. Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernloven) Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-01-1258> (nedlastet 04.03.2019).
4. Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30> (nedlastet 04.02.2019).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

HOVEDBUDSKAP

Hvorfor velger noen pasienter å forlate legevakten selv om de har vært så bekymret for sin tilstand at de oppsøkte hjelp om natten? Hvilke pasienter er dette? Og kan sykepleierne gjøre noe for å redusere antallet som går før konsultasjon?

De fleste pasientene som går før konsultasjon om natten, er triagert (hastegradsvurdert) til lav hastegrad, og mange av dem kom på grunn av psykisk lidelse. Pasientene på venterommet er jevnt over meget tålmodige. De fleste etterlyser bedre informasjon, og sykepleiere bør tilstrebe å informere hver time.

NØKKELOORD:

- ▶ Legevakt ▶ Dokumentasjon
- ▶ Observasjon

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75597

Hvorfor går pasienter fra legevakten før de får hjelp?

Noen pasienter forlater legevakten før de har fått snakket med en lege. Hvorfor går de – og hva skal til for at de blir værende?

Pasienttilstrømmingen til allmennlegevakten ved Legevakten i Oslo har økt betraktelig det siste tiåret (1). Økt pasienttilstrømming gjelder også om natten. Da er det færre leger og sykepleiere på vakt, og ventetiden kan bli lang. Antallet konsultasjoner har imidlertid ikke økt i takt med tilstrømmingen, noe som delvis kan skyldes at kontaktårsakene har gått fra enklere symptomer til mer kompliserte psykiatriske og sosiale problemer. Det har også vært en forskyvning i når pasientene kommer på legevakten, fra dag til kveld og natt. I 2012 gikk 8,4 prosent av de innskrevne pasientene fra legevakten før konsultasjon med lege. Antallet pasienter som ikke ventet på at de fikk en konsultasjon, økte med 11 prosent fra 2008 til 2012 (1).

MØTE MED LEGEVAKTEN

Når pasientene ankommer legevakten i Oslo, blir de møtt av en sykepleier eller en helsesekretær som grovsorterer pasienter til skadelegevakten eller allmennlegevakten. Etter grovsorteringen registreres pasientene. Sykepleier eller helsesekretær tar imot personalia og andre viktige opplysninger og vurderer om pasienten bør prioriteres til triage. Pasienten får et informasjonskort som forklarer hva som kommer til å skje, og hvordan legevakten organiserer arbeidet sitt, samt litt om hvordan ventetiden kan variere (figur 1).

FORFATTER


Monica Skogly
Sykepleier, Allmennlegevakten,
Legevakten i Oslo

Siden 2011 har allmennlegevakten brukt Manchester Triage System som beslutningsstøtteverktøy for sykepleierne i mottaket for å identifisere pasienter som kan ha alvorlig sykdom og trenger hjelp raskt (2, 3).

Systemet består av 51 flytskjemaer, der pasienten blir vurdert etter

hovedproblemet de kommer med, og enkle kliniske undersøkelser. Hastegrad vurderes etter fastsatte kriterier i flytskjemaet. Med rød hastegrad skal pasienten direkte inn til lege, med oransje skal de vurderes innen ti minutter, med gul

«Til tider er det vanskelig å holde oversikten.»

innen en time, med grønn innen to timer og med blå blir de anbefalt å kontakte fastlege eller annen helsehjelp.

Pasienter som får lav hastegrad, blir ofte informert om at ventetiden kan bli lang. De får råd for sin tilstand og blir anbefalt å oppsøke lege dagen etter. Hvis pasienten likevel vil vente, blir pasienten skrevet inn. Etter triage blir pasienten vist til venterommet. Her finnes det skjermer der det vises informasjon om legevakten, om ventetid og om fasilitetene på stedet.

Ifølge Manchester Triage Group bør venterommet «betraktes som et klinisk område» (3). Triagesykepleieren må i



KØ PÅ VENTEROMMET: Pasientene vil ha informasjon om hvor lenge de må vente før de får hjelp. Illustrasjon: Mostphotos

tillegg til triageringen ha kontroll over venterommet, der stadig observasjon og revurdering er viktig for å fange opp pasienter som får sin tilstand endret (3). Triagesykepleier har ikke mulighet til å følge opp pasienter på venterommet på legevakten i Oslo fordi det er kø inn til triagesykepleier store deler av døgnet. Det å holde oversikt over venterommet må derfor overlates til sykepleiere inne på avdelingen. Til tider er det vanskelig å holde oversikten på grunn av alle de andre oppgavene sykepleierne på avdelingen må utføre.

HVORFOR GÅR PASIENTENE?

En studie fra et australsk akuttmottak fant at å gå før konsultasjon hang sammen med ventetid (4). Pasienter triagert til en lav hastegrad hadde større sannsynlighet for å gå, og jo lavere hastegrad, jo høyere sannsynlighet var det for at pasienten forlot akuttmottaket.

At pasienten ikke venter på konsultasjonen, skjer muligens fordi en del pasienter med lav hastegrad etter triageringen føler seg beroliget over at problemet deres ikke haster så mye og derfor går. Studien viste at det var flere som gikk for konsultasjon om natten og når mottaket var overfylt (4).

Lav hastegrad, nattskift og overfylt mottak hang sammen med å gå før konsultasjon beskrevet i en studie fra et pakistansk akuttmottak. De fleste pasientene som gikk uten å få snakke med lege, hadde kommet på grunn av feber, uspesifikke plager og magesmerter (5).

Clarey og Cooke fant i en oversiktsartikkel også en

sammenheng mellom å gå før konsultasjon hos lege og lav hastegrad (6). De fant videre at det er lite data som tyder på at alvorlig syke pasienter går før konsultasjon, eller at pasientene som går før konsultasjon, skulle stå i fare for å få sin helse tilstand betydelig forverret før de får helsehjelp. De fleste pasientene som går, tar senere kontakt med sin egen lege eller andre helseinstitusjoner for å få hjelp. De fant også at pasienter som tidligere har gått før konsultasjon, gjerne gjør det igjen, og at atferden kan utgjøre et mønster i hvordan de søker helsehjelp (6).

I en spørreundersøkelse blant pasienter som gikk før konsultasjon ved et australsk akuttmottak, hadde de fleste fått

«De fleste pasientene går fordi de mener at ventetiden blir for lang.»

lav hastegrad og hadde ankommet utenom kontortid (7). Så mange som 80 prosent av pasientene som gikk, var triagert med lav hastegrad, mens 14 prosent hadde middels. De fleste som gikk før konsultasjonen, kom for psykiske problemer, muskulære plager, sårskader eller mageplager (7).

De fleste pasientene går fordi de mener at ventetiden blir for lang (4, 6, 8). Mohsin og medarbeidere fant at 27 prosent av pasientene mente de burde bli tilsett av lege innen ett minutt, og 18 prosent mente de burde bli tilsett innen 30 minutter (4). Johnson og medarbeidere fant i en spørreundersøkelse at 78 prosent av pasientene

som hadde gått før konsultasjon, gikk på grunn av lang ventetid (8).

Videre svarte 12 prosent at problemet de kom til mot-taket for, hadde bedret seg (8). I en annen spørreundersøkelse gikk 12 prosent av pasientene fordi de ble bedre, mens en tredjedel vurderte i etterkant at problemet de kom med, ikke egentlig passet i et akuttmottak (7). Halvparten av pasientene hevdet at ingen hadde fortalt dem om ventetid og hvorfor det ble forsinkelser (7).

I brukerundersøkelser ved norske legevakter oppgir 66 prosent av pasientene at de ikke fikk tilfredsstillende informasjon om hvor lenge de måtte regne med å vente, og over 50 prosent opplevde at ventetiden var uakseptabel (9).

FORMÅLET MED STUDIEN

I min studie ville jeg se på hva som kjenne-tegner pasientene som går før konsultasjon ved legevakten, og hva sykepleierne kan gjøre på venterommet for å redusere antallet pasienter som går før konsultasjon (10). Jeg så særlig på pasienter med gul hastegrad om natten. Jeg så etter om de hadde snakket med sykepleier før de gikk, og om sykepleier og pasient hadde kommet frem til en felles forståelse av at problemet pasienten kom for, kunne vente til dagen etter. Jeg tilbrakte også fire netter på venterommet for å få en opplevelse av hva pasientene erfarer der.

MATERIALE OG METODE

I allmennlegevaktens elektroniske pasientjournal fant jeg at i hele 2013 var det 6017 pasienter som gikk før konsultasjon. Av de 472 som gikk før konsultasjon i oktober 2013, hadde én rød hastegrad, 13 oransje, 213 gul og 245 grønn/blå. Av de 213 pasientene med gul hastegrad var 80 skrevet inn mellom kl. 22.00 og 08.00.

For hver av disse 80 pasientene registrerte jeg alder og kjønn samt kontaktårsak ut fra hvilket flytskjema som var brukt i triageringen. I journalen så jeg etter om det var dokumentert om pasienten hadde snakket med sykepleier, eller om pasienten forlot legevakten uten kontakt med personalet. Jeg så også etter om det var gjort forundersøkelser utover det som inngår ved triagering.

Jeg tilbrakte fire netter på venterommet for å observere hva som skjer der, og hva slags informasjon de ventende får fra sykepleierne. Jeg observerte ikke hva slags informasjon pasientene fikk ute hos triagesykepleieren eller inne på avdelingen hvis de snakket med sykepleier der eller ble tatt inn til forundersøkelser.

RESULTAT

Av de 80 pasientene innskrevet om natten og triagert med gul hastegrad som gikk før konsultasjon, var 52 (65 prosent) kvinner og 28 (35 prosent) menn. Aldersspennet var fra tre uker til 77 år, og gjennomsnittsalderen var 32 år. De fleste pasientene var i aldersgruppen 20–40 år. Psykisk lidelse og magesmerter var de hyppigste henvendelsesårsakene blant pasientene som gikk før konsultasjon (tabell 1).

Av de 80 pasientene som gikk før konsultasjon om natten, var det dokumentert samtale med helsepersonell og/eller gjort

forundersøkelser utover triageringen hos 49 (61 prosent). To pasienter (3 prosent) gikk hjem etter råd fra sykepleier, mens hos 29 pasienter (36 prosent) var det ikke dokumentert kontakt med helsepersonell etter triageringen før de forlot legevakten. Psykisk lidelse og magesmerter var de hyppigste kontaktårsakene blant de 29 personene som det ikke var dokumentert kontakt med (tabell 1). Fem av personene kom tilbake neste dag.

Antallet pasienter med gul hastegrad som gikk før konsultasjon, varierte fra null til ti per natt. Flest pasienter gikk for konsultasjon tidlig i uken, spesielt natt til tirsdager (figur 2).

OBSERVASJON PÅ VENTEROMMET

Jeg satt på venterommet fire hverdagsnetter. Nettene var svært forskjellige, men jevnt over var pasientene meget

Figur 1. Informasjonskort

Side 1

KORT FORKLART
Her finner du en beskrivelse av forløpet i besøket ditt på Legevakten. Kortet skal du ta med deg og vil hjelpe deg til å ha oversikt over hva som skal skje med deg som pasient og ventetiden din.

1. Mottak og registrering

Navn og klokkeslett registreres

2. Vurdering hos sykepleier

3. Din prioriterting etter vurdering hos sykepleier

RØD ORANSJE GUL GRØNN BLÅ

Din prioriterting: Snu kortet for å lese mer

4. Vente i angitt venterom

5. Eventuelle forberedelser til legekonsultasjonen, for eksempel EKG, blodprøve eller urinprøve

6. Konsultasjon hos lege

7. Vis dette kortet ved betaling i kassen

Sum å betale.....

LEGEVAKTEN Side 2

KORT FORKLART
Legevakten tilbyr hjelp til deg som opplever nylig oppstått sykdom, skade eller krise. Vi må prioritere de mest akutte tilfellene først. Alle skal få best mulig profesjonell hjelp, men ventetiden din vil variere ut fra hvilken prioriterting du får, og vil si noe om hvor raskt du trenger legeundersøkelse og behandling. Her ser du hva prioritertene betyr:

RØD: Livstruende
Denne prioritertingen gjelder deg som trenger legehjelp umiddelbart.
 Ingen ventetid

ORANSJE: Haster veldig
Denne prioritertingen gjelder deg som kan være alvorlig syk, men utenfor livsfare.
 Målet er at du tilses av helsehjelp og lege raskt.

GUL: Haster, men ikke livstruende
Denne prioritertingen gjelder deg som er akutt syk, men som ikke nødvendigvis er alvorlig.
 Målet er at du tilses av helsepersonell så snart de er ledige. Før legetilsyn kan du eventuelt bli tatt inn for å få utført prøver og undersøkelser.

GRØNN: Vanlig prioriterting
Denne prioritertingen gjelder deg som er syk, men som ikke trenger hjelp umiddelbart.
 Du tilses av helsepersonell så snart vi har kapasitet.

BLÅ: Haster ikke
Kan få råd fra sykepleier og reise hjem.

VENTETID
Det er viktig å si fra til helsepersonell hvis din tilstand forverres i ventetiden.

tålmodige. Informasjonskortet (figur 1) ble nøye gransket av pasientene mens de ventet. Stemningen på venterommet var rolig så lenge det ble tatt inn pasienter jevnlig.

Det var ikke mulig å følge med på hva som skjedde inne i avdelingen. Den ene natten hadde en pasient rasert et pasientrom og blitt fulgt ut av vaktene, men opptrinnet var verken synlig eller hørbart på venterommet. Det var heller ikke mulig å oppfatte hvor mange ambulanser eller politipatroljer som kom inn. Forholdene på stedet gjør at pasientene ikke vet hvor mange pasienter som er inne i avdelingen til enhver tid.

Kun en til to ganger i løpet av de fire nettene var sykepleierne ute på venterommet og informerte pasientene i ple-num. Hvor mange ganger de snakket med hver enkelt pasient, oppfattet jeg ikke. Da en av sykepleierne spurte om det

var noen som hadde spørsmål, henvendte flere pasienter seg til henne. Etterpå var det rolig stemning på venterommet.

Det ble mer uro og mange spørsmål hvis det var gråtende barn på venterommet. Høylytte og pratsomme pårørende gjorde også at andre pasienter ble mer urolige og var inne på avdelingen og spurte mer. Mange pasienter og pårørende diskuterte tidligere erfaringer fra legevakten.

HVA KAN GJØRES?

Det er urovekkende at hos en tredjedel av pasientene som forlot legevakten, var det ikke dokumentert om de hadde snakket med noen etter triage.

Noen av pasientene har kanskje snakket med helsepersonell, men det er ikke dokumentert. Selv om andre studier har vist at en del pasienter går fordi de har blitt bedre (7, 8), er det tvilsomt om alle de 29 personene i min studie ble bedre.

Sykepleierne bør etterstrebe å få snakket med alle pasientene før de eventuelt går. I min studie gikk kun to pasienter hjem etter rådføring med sykepleier – det er overraskende få. Det kan være at det er flere med grønn hastegrad som går hjem med råd fra sykepleier, og at de med gul hastegrad har et såpass uavklart symptombilde at det er vanskelig for sykepleierne å sende dem hjem.

Å få ned ventetiden er en viktig faktor for å unngå at pasienter går før konsultasjon (4).

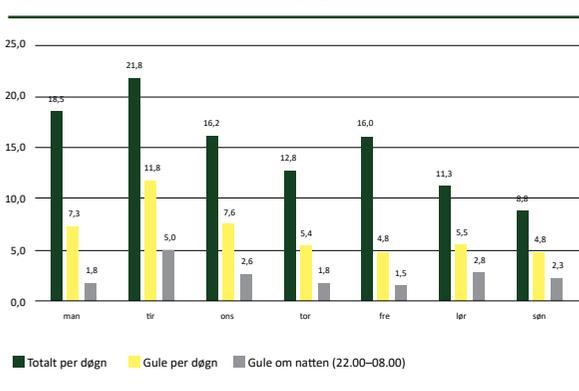
Pasientenes ønske om konsultasjon rett etter ankomst er imidlertid vanskelig å innfri. Det ville krevd langt flere leger og sykepleiere enn det er realistisk å ha. Selv om Legevakten i Oslo har økt både antallet leger og sykepleiere i klinisk arbeid, også på nattetid, har antallet pasienter som går før konsultasjon, fortsatt å øke (1).

«Fast track»-avdelinger (avdelinger med hurtigforløp) kan avlaste mottak ved å hjelpe pasienter som kommer gående på egen hånd, og dermed redusere køer og ventetid (6, 11, 12). Samtidig får da ofte pasienter med bagatellmessige plager komme fortere inn til konsultasjon enn pasienter med høyere hastegrad og mer komplekse problemstillinger. Det at pasienter som kan oppfattes som mindre syke, kommer foran i køen, kan oppleves som urettferdig. Samtidig ser det ut til at «fast track»-avdelinger gjør at ventetiden blir kortere for flertallet av pasientene, og ikke bare de som behandles på «fast track» (11, 12).

Diagnostiske undersøkelser og behandling igangsatt av triagesykepleier, eventuelt bruk av lege i triage, kan forebygge at pasienter går før konsultasjon (6). Pasientene i Johnson og medarbeideres spørreundersøkelse fra USA ønsket seg mer informasjon samt laboratorietester, røntgen og smertestillende i ventetiden og oppga at slike tiltak kanskje ville medført at de hadde ventet lenger (8).

Legevakten i Oslo har gjeninnført at sykepleierne kan gi enkel lindrende behandling (som paracetamol og ibuprofen mot smerte og cetirizin mot kløe) i mottak og på venterommet. En del pasienter blir bedre og går da ofte hjem etter å ha rådført seg med sykepleier. I det siste året har sykepleierne i større grad gjort forundersøkelser i ventetiden, som å observere vitalparametre som ikke har blitt målt i triage, samt urinprøver

Figur 2. Gått før konsultasjon per ukedag (gjennomsnitt antall pasienter)



Tabell 1. Henvendelsårsak

| Flytskjema | Gikk før konsultasjon n | Gikk uten kontakt med helsepersonell etter triageringen n |
|---------------------------------------|-------------------------|---|
| Psykisk lidelse | 14 | 8 |
| Magesmerter hos voksne | 11 | 6 |
| Illebefinnende (voksen) | 8 | 4 |
| Kortpustethet hos voksne | 7 | 1 |
| Øyeproblemer | 5 | 2 |
| Hodepine | 4 | 1 |
| Ryggsmerter | 4 | |
| Sår hals | 4 | 2 |
| Tilsynelatende beruset | 4 | |
| Brystmerter | 3 | |
| Hjertebank | 3 | 1 |
| Øreproblemer | 3 | 1 |
| Bekymrede foreldre/omsorgspersoner | 2 | |
| Graviditet | 2 | 1 |
| Allergi | 1 | |
| Ansiktsproblemer unntatt neseblødning | 1 | 1 |
| Dårlig voksen | 1 | 1 |
| Kramper | 1 | |
| Overdose og forgiftning | 1 | |
| Utslett | 1 | |
| Totalt | 80 | 29 |

FAKTA

Hva er «fast track»?

«Fast track» kan defineres som den raskeste ruten til et mål. Det finnes standardiserte pasientforløp for pasienter med visse forhåndsdefinerte problemstillinger, ofte uavhengig av triageringsgrad, slik at oppholdstiden i akuttmottaket skal være så kort som mulig. Et slikt standardisert, raskt pasientforløp betegnes ofte som «fast track».

Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening

og blodprøver bestemt ut fra hastegrad og kontaktårsak.

Det viktigste pasientene etterlyser, er informasjon (4, 7, 8). Pasientene vil gjerne ha informasjon om ventetid, hvor de er i køen, og om hva som skjer. Forholdene pasientene etterspør, er erfaringsmessig meget vanskelig å forutse og dermed vanskelig å gi informasjon om.

At pasientene på venterommet ikke kan se hvor mange andre pasienter som kommer inn med ambulanse og politi, gjør at de i perioder opplever at ingenting skjer. Informasjon bør prioriteres, som mange av de andre oppgavene sykepleierne skal utføre. Vanskeligheter med å kunne gi nok informasjon er ofte et spørsmål om prioritering av knappe ressurser. Informasjonskortet som blir utdelt i mottaket, og informasjonen på skjermene på venterommet er til nytte, men erfaringsmessig ikke nok. Sykepleierne kunne med fordel vært oftere på venterommet og informert om at det har kommet flere pasienter inn på avdelingen. Sykepleierne vet hva som skjer der inne på avdelingen, men det gjør ikke pasientene.

Lee og medarbeidere fant at pasientene begynte å bli urolige etter at det hadde gått cirka en time (8). På denne bakgrunn burde sykepleierne, generelt sett, informere pasienter på venterommet hver time, samt prøve å informere hver pasient om hvor de befinner seg i køen. En res-

«Sykepleierne bør etterstrebe å få snakket med alle pasientene før de eventuelt går.»

surs- og bemanningssituasjon som tillot at en sykepleier kunne konsentrert seg bare om venterommet, ville vært til stor hjelp.

Barn som gråter, skaper uro på venterommet. Sykepleierne kan redusere uroen ved å plassere barnet et annet sted og eventuelt gi smertestillende. Det kan være hensiktsmessig å prioritere barn til konsultasjon, selv om de har lav hastegrad.

I tråd med mine funn fant Lee og medarbeidere i sin studie fra Melbourne, Australia, at den største gruppen av pasientene som gikk før konsultasjon, hadde psykiske plager (7). I Melbourne ble pasientene med psykiske plager hjulpet bedre ved at akuttmottaket inngikk et samarbeid med den lokale psykiatriske avdelingen. Den psykiatriske avdelingen fikk daglig en liste over pasientene som hadde gått før konsultasjon, og tok kontakt per telefon med pasienter som var kjent for personalet på avdelingen (7). Man kunne tenke seg et liknende samarbeid mellom Legevaktene i Oslo og byens distriktpsykiatriske sentre.

Den største svakheten ved min studie er at funnene kun er basert på observasjoner i én måned. Det kan være

forskjell på månedene gjennom året på grunn av sesongvariasjoner, høytider og spesielle arrangementer, og det er mulig resultatet hadde vært annerledes om jeg hadde registrert data for et helt år. Videre så jeg kun grundig på pasienter med gul hastegrad om natten, noe som begrenser sammenliknbarheten med andre studier.

KONKLUSJON

De fleste pasientene som går før konsultasjon, er yngre pasienter som har fått lav hastegrad. Jevnt over er pasi-

entene på venterommet meget tålmodige. Bedre informasjon og lindrende tiltak letter ventetiden, og sykepleierne bør prøve å informere helst hver time. Informasjon til distriktpsykiatriske sentre om pasienter med psykisk lidelse som har gått før konsultasjon, kunne ført til bedre ivaretagelse av denne pasientgruppen.

Artikkelen er basert på min fordypningsoppgave for videreutdanning innen legevaktsykepleie ved Haraldsplass diakonale høgskole (10). Takk til Elisabeth Holm Hansen, som veiledet oppgaven, og til Odd Martin Vallersnes, som bidro i omarbeidingen fra oppgave til artikkel. ●

REFERANSER

1. Ørstavik J. Klarer vi å tilpasse oss? Endringer i allmennlegevaktens oppgaver og ressurser 2008–2012. (Masteroppgave.) Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, avdeling for helseledelse og helseøkonomi; 2013.
2. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency triage. 2. utg. Oxford UK: Blackwell Publishing; 2006.
3. Manchester Triage Group. Akuttmedisinsk triage. Manual. Oslo: Unipub; 2011.
4. Mohsin M, Forero R, Ieraci S, Bauman AE, Young L, Santiano N. A population follow-up study of patients who left an emergency department without being seen by a medical officer. Emerg Med J. 2007 mars;24(3):175–9.
5. Fayyaz J, Khurshed M, Mir MU, Mehmood A. Missing the boat: odds for the patients who leave ED without being seen. BMC Emerg Med. 2013 januar;13:1.
6. Clarey AJ, Cooke MW. Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis. Emerg Med J. 2012 august;29(8):617–21.
7. Lee G, Endacott R, Flett K, Bushnell R. Characteristics of patients who did not wait for treatment in the emergency department: a follow up survey. Accid Emerg Nurs. 2006 januar;14(1):56–62.
8. Johnson M, Myers S, Wineholt J, Pollack M, Kusmiesz AL. Patients who leave the emergency department without being seen. J Emerg Nurs. 2009 april;35(2):105–8.
9. Danielsen K, Holmboe O. Brukerfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vakttårn-legevaktene. Institusjonsvise resultater. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten; 2012. PasOpp rapport nr. 2–2012.
10. Skogly M. Venterommet – et observasjonssted? (Fordypningsoppgave i legevaktsykepleie.) Bergen: Haraldsplass diakonale høgskole; 2014.
11. Darrab AA, Fan J, Fernandes CM, Zimmerman R, Smith R, Worster A, et al. How does fast track affect quality of care in the emergency department? Eur J Emerg Med. 2006 februar;13(1):32–5.
12. Devkaran S, Parsons H, Van Dyke M, Drennan J, Rajah J. The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: a Middle Eastern emergency department perspective. BMC Emerg Med. 2009 juni;9:11.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

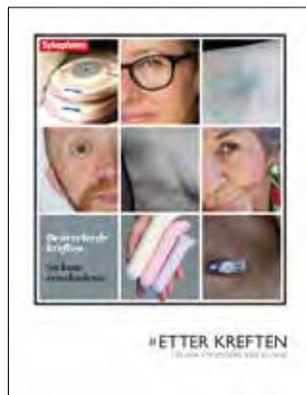
Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

#sykepleien

Sykepleien gir ut bokasiner, spesialutgaver om ett tema.

De kan bestilles her: <https://sykepleien.no/bokasin>

Til nå har disse kommet ut:



Pris medlemmer kr
129 + porto,
pris ikke-medlemmer
kr 149 + porto

Sykepleien

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Monica Skogly

Sykepleier, Allmennlegevakten,
Legevakten i Oslo

Jeg skrev fagartikkelen i forbindelse med at jeg tok videreutdanning i legevaktsykepleie i Bergen. Jeg har jobbet nattevakt i mange år og har sett at antallet mennesker som kommer om natten, er økende på Oslo kommunale legevakt (OKL).

Hvorfor velger noen å komme da? Mange av problemstillingene kunne godt ventet til dagtid, når større deler av hjelpeapparatet er åpent. Hvorfor velger noen å gå fra OKL? Har de blitt bedre? Er ventetiden for lang?

Som sykepleier på legevakt er det utrolig viktig å ha et godt klinisk blikk. På legevakten kommer alle pasientene usortert inn. Noen ganger er det kun forkjølelse, luft i magen og øyekatarr. Så

kan det plutselig snu, og vi får inn rusutløste psykoser, fødsler og hjerteinfarkt.

Man må tåle store pasientmengder, uforutsigbarhet og være løsningsorientert. Men dette gjør at det er en veldig spennende og morsom arbeidsplass.

«På legevakten kommer alle pasientene usortert inn.»

Pluss at på Oslo kommunale legevakt har jeg verdens beste og morsomste kolleger.

For tiden arbeider jeg fortsatt nattevakter som teamleder. Det som opptar meg for tiden, er hvordan man skal klare å beholde flest mulig sykepleiere over lengre tid og da spesielt på natt. ●

NY UTGAVE KOMMER I OKTOBER 2019

Forskningens ABC

Det du som student trenger for
å finne, forstå og bruke forskning



HOVEDBUDSKAP

I seksualitetsundervisning uttrykker unge kvinner bekymring knyttet til deres eget kjønnsorgan. Bekymringen er relatert til hvordan vulva ser ut, lukter og smaker. I tillegg er de unge kvinnene usikre på kjønnsår og onani. Media, porno og ulike kulturer kan bidra til negative oppfatninger om kjønnsorganet. Forskning viser at kunnskap om kjønnsorganet kan bidra til god seksuell helse. I denne artikkelen diskuterer jeg hvordan seksualitetsundervisning kan forebygge at unge kvinner danner negative oppfatninger om eget underliv.

NØKKELOORD:

- ▶ Seksualitet ▶ Kvinne
- ▶ Ungdom ▶ Sykepleie

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75464

Kunnskap om vulva kan bidra til god seksuell helse

Mange unge kvinner tror at underlivet deres ikke ser bra ut, blant annet fordi de er påvirket av media og porno. God seksualitetsundervisning kan gi bedre selvbylde.

Unge kvinner lurer ofte på om deres kjønnslepper er for store, eller om deres underliv lukter vondt. Flere synes det er ekkelt å onanere eller å se seg selv i speilet for å bli kjent med seg selv. I denne fagartikkelen, som er skrevet etter inspirasjon fra en hjemmeeksamen i den tverrfaglige videreutdanningen i seksuell helse og seksualitetsundervisning ved Oslomet, drøfter jeg hvordan seksualitetsundervisning kan bidra til å forebygge at unge kvinner danner seg negative oppfatninger av eget underliv.

Jeg jobber som psykiatrisk sykepleier og prosjektleder i Stiftelsen Sex og Samfunn i Oslo. Fagartikkelen tar utgangspunkt i møter med unge kvinner i seksualitetsundervisningen for niendeklasseelever og i Stiftelsen Sex og Samfunn i Oslo. Jeg møter daglig unge kvinner som mangler god kunnskap om eget underliv.

I et sosialt og digitalisert samfunn har unge mennesker tilgjengelig informasjon om kropp og seksualitet på nettet, for eksempel i sosiale medier. Ulempen med informasjon på internett er at informasjonen om seksuell helse ofte er overfladisk, og ikke fakta- og forskningsbasert. Det kan være vanskelig for unge mennesker å skille mellom god og lite god informasjon om seksualitet (12, s. 24). Økt informasjon om seksuell helse etablerer gode seksualvaner og reduserer uønsket seksualatferd (12, s.28). Fordi jenters

FORFATTER


Tale Wetteland Stoa
 Psykiatrisk sykepleier, Stiftelsen
 Sex og samfunn

kjønnsorganer er mer skjult enn gutters, trenger jenter ofte hjelp fra tidlig alder til å lære om vulva: klitoris, kjønnslepper og skjede (13, s. 26).

HVA ER EN NORMAL VULVA?

Mange unge kvinner lurer på om kjønnsorganet ser normalt ut. Flere unge kvinner har kun fått erfaringer om utseendet fra media og porno. Kvinnene i studien til Mullinax er opptatt av underlivets normalitet (8, s. 430). Det er interessant å vite hva kvinner definerer som «normalt». I seksualitetsundervisningen informerer vi om at vi er like forskjellige nedentil som i ansiktet. Dette er noe som bekreftes i Vildalen og Langfeldt (13, s. 48). For å utvikle gode tiltak er det viktig å vite hva slags kunnskap om seksualitet ungdom disponerer (5, s. 26).

Vulvas utseende er en av årsakene til at kvinner ikke er fornøyd med underlivet. Hos Mullinax mener flere av kvinnene at vulva har for mørk farge, er asymmetrisk eller at de indre kjønnsleppene er for lange (8, s. 427). Følgelig kan kvinners misnøye med kjønnets utseende ha dype implikasjoner for deres seksuelle opplevelse, uavhengig av hva de føler om utseendet sitt generelt.

Selv om vulva varierer i fasjon, størrelse og farge, viser blant annet pornografi et urealistisk og snevert bilde av hvordan det kvinnelige underlivet ser ut. Dette kan bidra til at kvinner får et negativt forhold til eget underliv.



Misnøye med underlivets utseende er en bekymring, spesielt hos unge kvinner, da de kan være ekstra utsatte for å danne negative oppfatninger om eget underliv (10, s. 400).

Som regel velger kvinner å få utført kosmetisk intimkirurgi kun for å endre utseendet på underlivet, og ikke av medisinske årsaker. Kosmetisk intimkirurgi utføres i økende grad, til tross for at man mangler vitenskapelige studier og profesjonelle helsearbeidere som anerkjenner operasjonene.

Denne utviklingen i samfunnet medfører at et unatur-

«Vulvas utseende er en av årsakene til at kvinner ikke er fornøyd med underlivet.»

lig underliv er idealet, og truer dermed en positiv oppfatning av et naturlig underliv (10, s. 396).

Samlet sett har både kvinner og menn positive holdninger til kvinners kjønnsorganer, men kvinner nevner noen flere aspekter de ikke liker. En forklaring på dette er at kvinner er selvkritiske og internaliserer negative tilbakemeldinger om eget underliv (8, s. 431).

Kvinner er opptatt av hva menn synes om deres underliv. Det kan skyldes en objektivisering av kvinner som gjør at de ser på seg selv gjennom andre (8, s. 421). Det kan se ut som at kvinner og deres seksuelle partnere tolker, på bakgrunn av kultur og samfunn, hva som skal være et naturlig utseende for kvinners kjønnsorganer.

VIL SE BEDRE UT: En del unge kvinner skammer seg så mye over utseendet på sin vulva at de vurderer kosmetisk operasjon for å føle seg bedre. Illustrasjon: Mostphotos / Monica Hilsen

Helsepersonell bør erkjenne menneskers preferanser, men også delta i diskusjonen om normative syn på kvinners kjønnsorganer. For å forebygge at kvinner blir misfornøyd med eget underliv kan bilder som avdekker mangfoldet av kvinners kjønnsorgan, ha en positiv effekt. Videre er det viktig å øke kvinners bevissthet i forhold til helse- og tvilsomme fordeler ved intimkirurgi (10, s. 402).

Kvinner og menn har ulike preferanser når det gjelder det kvinnelige kjønnsorganet (8, s. 432). Dataene fra Mullinax og medarbeidernes forskning bekrefter videre at kvinner og menn foretrekker mangfold og variasjon. Seksualitetsundervisningen i skolen er et sted der man kan få relevant kunnskap, i motsetning til hvordan media og porno fremstiller underlivet og sex. Undervisningen bør fremme mangfold og bruke tid på kroppsaksept (8, s. 432).

Internasjonalt, så vel som i Norge (1, 3), finnes det bøker og prosjekter som fokuserer på positive aspekter ved det kvinnelige kjønnsorganet (10, s. 433). Bøker og prosjekter kan føre til utvikling av et godt seksualliv og gi fremtidige fordeler når det kommer til seksuell sikkerhet (8, s. 394).

Lærere og helsepersonell blir oppfordret til å øke kunnskapen om det kvinnelige underlivet (10, s. 431).

Jeg applauderer aktører som setter kvinnelig seksualitet på agendaen. Boken *Gleden med skjeden* har gitt kunnskap dedikert til alle kvinner (1). Skeiv verden og Sex og samfunn lanserte fotoprojektet «Viva la vulva», der kvinner kunne ta bilder av sin egen vulva i en selfiebod (fotoboks) som ble til en samling av anonyme bilder. Bildene bidrar til å vise et mangfold av underliv (3).

UNDERLIVETS LUKT OG SMAK

Vi får mange spørsmål om hvordan underlivet skal lukte, når vi har seksualitetsundervisning.

Studien til Mullinax bekrefter at lukt og smak er en av de vanligste årsakene til misnøye med eget underliv (8, s. 426). Misnøye med lukt og smak av kjønnsorganer kan medføre at kvinner ikke har et tilfredsstillende seksualliv (10, s. 401).

I den vestlige delen av verden er idealet av det kvinnelige kjønnsorganet luktfritt, hårfritt og uten utflod. Dette idealet medfører at unge kvinner benytter blant annet hygieniske produkter for at kjønnsorganet skal bli akseptert innen de sosiokulturelle normene. Et essensielt poeng er at kvinner i en canadisk studie faktisk fikk helseutfordringer i form av mer lukt og soppinfeksjoner ved å benytte seg av hygieniske produkter (2, s. 516). Dette viser at det er viktig å informere om helseutfordringene kvinner kan få ved å benytte seg av slike produkter.

Eksempelvis vil det å skylle opp i skjeden fjerne det ønskede bakteriemiljøet i skjeden (9). Flere av kvinnene i studien følte seg ikke rene dersom de hadde utflod. Selv om noen former for utflod kan være relatert til en infeksjon, er utflod til stede hos kvinner med god helse (2, s. 517).

Kvinnene uttrykker usikkerhet angående egen kroppslukt, og de er selv meget bevisste på hvordan de selv lukter når de er sammen med en partner (8, s. 426)

Misnøye med smak og lukt av egen kropp kan komme

fra medienes fremstilling om hvordan et kvinnelig underliv skal lukte (8, s. 432).

Noen menn trodde, viser Mullinax og medarbeidernes undersøkelse, at lukt var relatert til kvinners manglende hygiene. Kultur og media promoterer luktfrihet ved at det produseres produkter som deodorantspray og feminine våtservietter for å korrigere den naturlige lukten. Det er jo faktisk slik at kvinnens vagina er selvrensende, og hygieniske produkter fremmer ikke kvinners biologiske hygieneprosesser (2, s. 516)

KJØNNSHÅR OG UTFLOD

For mye hår var det kvinnene i Mullinax' studie likte minst ved eget underliv (8, s. 431). Ironisk nok gir kvinnene uttrykk for å slite med inngrodde hår og utslett i etterkant av å fjerne kjønns håret. Det at kvinnene fortsetter å fjerne håret, kan skyldes generelle holdninger til kjønns hår og et press om å fjerne kjønns hår (8, s. 432).

Kvinnene i studien sier at underlivet er «for hårete», og en av kvinnene sier dette: «Jeg skammer meg over underlivet hvis jeg ikke har vokset eller barbert det.» (8, s. 425)

«Kvinner er opptatt av hva menn synes om deres underliv.»

De fleste av kvinnene i studien fjerner håret, mens noen beskriver at de er veldig glade i kjønns håret sitt (8, s. 429).

Mullinax hevder at kvinner kan respondere på kulturbestemte idealer for fjerning av kjønns hår, eller på hvordan deres partnere forventer at de skal trimme kjønns håret (8, s. 422). Videre er kjønns hår et problem for kvinnene, fordi det blir assosiert med ikke å være renslig. Kjønns hår blir også sett på som en barriere fordi den reduserer hud-til-hud-kontakt.

I Crann og medarbeidernes studie finner de at menn liker bedre at vulva er hårløs (2, s. 517). Alle kvinnene i den canadiske studien til Crann hadde på et eller annet tidspunkt fjernet kjønns håret. Mange kvinner sier at det er forventet fra partnere at de skal fjerne håret. Forventninger fra partnere bidrar til å normalisere fjerning av kjønns hår.

Funn fra Cranns studie viser at kritikk fra partneren av kjønnsorganet kan medføre nedsatt seksuell tilfredshet. Tanken på at andre ikke skal like lukten, hadde negative følger for kvinnene i studien. Andre kvinner uttrykker at de fjerner håret grunnet kulturelle normer. En kvinne fra studien forteller at hun tenker sex- og pornoindustrien dominerer hvordan kvinner tar vare på sitt underliv, fremfor et helseperspektiv. Kvinnene beskriver likevel at det var deres valg å fjerne kjønns håret (2, s. 522). Årsaker til at kvinner velger å fjerne håret, kan variere fra at det er deres eget ønske, at det er partnerens ønske, eller at det er kulturelle betingelser (2, s. 524).

Å BLI KJENT MED SEG SELV

For å unngå at unge kvinner danner seg negative oppfatninger av eget underliv, kan det å bli kjent med seg selv

gjennom onani være viktig. Mens gutter bruker ord som runke og dra'n, finnes det få ord som beskriver jenters onani. Onani er positivt for den seksuelle helsen og en fin måte å bli kjent med kroppen og dens erogene soner på (13, s. 45). Onani vil si å stimulere egne kjønnsorganer for å oppnå nytelse eller orgasme. Slik som kvinners seksualitet, har onani blitt undertrykt og vært tabubelagt i flere hundre år (13, s. 44).

Det å ikke oppnå en orgasme hos kvinner har ikke alltid vært sett på som problematisk, spesielt siden det ikke er nødvendig for reproduksjon. Det har også vært upassende for kvinner å oppnå en orgasme (13, s.38).

Rundt 55 prosent av kvinnene i studien til Giles og McCabe rapporterte problemer relatert til seksuell lyst og opphisselse, og rundt 50 prosent rapporterte problemer relatert til orgasme. En tredjedel av kvinnene problematiserte også lubrikasjon (fuktigheten som utskilles i skjeden under seksuell opphisselse) og smerte ved seksuell aktivitet (4, s. 2770).

Jeg møter flere unge jenter som ikke innrømmer at de onanerer. Vildalen og Langfeldt skriver i sin bok om at unge jenter forteller at onani er noe de ikke snakker om (13, s. 44). De stiller også spørsmålet om kanskje menn har mer trening i å onanere fordi ereksjonen er synlig (13, s. 42).

Træen, Kvalem og Lewin ser i sin studie at onani er økende blant både jenter og gutter (11, s. 678). Den seksuelle atferden til gutter og jenter har de siste 20 årene blitt likere. Likevel ser man at jenter ofte begynner å onanere først etter sitt første samleie, mens gutter onanerer uavhengig av om de har debutert seksuelt (11, s. 675). Forskerne hevder at kvinner som ikke er fornøyde med egen kropp, debuterer senere med onani, og onanerer sjeldnere (11, s. 678). Å kjenne på lyst til å ta på egen kropp er vanskelig dersom man skammer seg over kroppen (11, s. 681).

Nesten alle studier peker på at kvinner oppnår orgasme under onani med fokus på stimulering av klitoris (6, s. 332). Det var ikke før sent på 90-tallet at man så på hjerneaktivitet og skannet underlivet for å observere seksuell stimulering hos kvinner (7, s. 1559). Man observerte de dynamiske forandringene i vulva, vagina og klitoris. MR (magnetresonanstomografi) av underlivet har spilt en stor rolle for å forstå kvinnelig seksualitet og opphisselse (7, s. 1569).

I seksualitetsundervisning i 9. klasse kan unge diskutere informasjonen de får gjennom pornografi og sosiale medier. Dette er en unik mulighet for å kunne skille mellom fantasi og virkelighet innen seksualitet (12, s. 24) En viktig side ved undervisningen er å vise gode kilder til kunnskap som gjør at ungdom lærer å bruke mediene på en ansvarlig måte (12, s. 57, s. 62).

Til tross for at mange unge kvinner er misfornøyde med eget underliv, svarer flere av kvinnene i Mullinax' undersøkelse at de liker klitoris, kjønnsleppene og generelt hele underlivet.

Av 198 menn nevner de fleste lukt, smak, våthet og form for å beskrive det de liker ved kvinners underliv. Noen kvinner er ambivalente til eget underliv ved at de verken liker eller ikke liker underlivet sitt (8, s. 428) Våthet er det tredje mest likte aspektet for menn, og femte for kvinnen. Kvinnene og mennene nevner at de liker å ta på kvinnens kjønnsorgan og hvordan det føles. Mange liker at det er mykt og vått (8, s.430).

For at unge kvinner skal utvikle et godt forhold til sin seksualitet, er det viktig at de har kunnskap om seksualitetens betydning for et godt liv (12, s.18). Det er et stort behov for mer forskning på kvinners seksualitet (13, s.31).

Selv om forskning viser at kvinners oppfatninger av eget underliv spiller en stor rolle i hvordan deres seksualitetsundervisningen og andre gode kilder til kunnskap, håper jeg at unge kvinner kan føle på mindre skam og usikkerhet knyttet til eget underliv. ●

REFERANSER

1. Brockmann H, Dahl ES. Gleden med skjeden. Oslo: Aschehoug; 2017.
2. Crann SE, Jenkins A, Money DM, O'Doherty K. Women's genital body work: Health, hygiene and beauty practices in the production of idealized female genitalia. *Feminism & Psychology* 2017;27(4):510–29. DOI: 10.1177/0959353517711964
3. Engesbak R. Viva la vulva. *Blikk*.13.04.18. Tilgjengelig fra: <https://blikk.no/viva-la-vulva/> (nedlastet 26.05.2018).
4. Giles, KR, McCabe MP. Conceptualizing women's sexual function: linear vs. circular models of sexual response. *J Sex Med.* 2009;6(10):2761–71. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01425.x
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (nedlastet 28.03.2019).
6. Laan E, Rellini AH. Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. *Sexual and Relationship Therapy.* 2011;26(4). DOI: 10.1080/14681994.2011.649691
7. Maravilla KR, Yang, CC. Magnetic resonance imaging and the female sexual response: Overview of techniques, results, and future directions. *The Journal of Sexual Medicine.* 2008;5(7). DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00839.x
8. Mullinax M, Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Reece M. In their own words: a qualitative content analysis of women's and men's preferences for women's genitals. *Sex Educ.* 2015;35(4):421–36. DOI: 10.1080/14681811.2015.1031884
9. Sex og samfunn. Underliv kvinner [internett]. Oslo: Sex og samfunn [sitert: 26.05.2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.sexogsamfunn.no/kropp/underliv-kvinner/>
10. Schick VR, Calabrese SK, Rima BN, Zucker AN. Genital appearance dissatisfaction: implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. *Psychology of Women Quarterly.* 2010;34(3):394–404. Tilgjengelig fra: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.14716402.2010.01584.x?journalCodepwqa> doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01584.x (nedlastet 28.03.2019).
11. Træen B, Kvalem IL, Lewin, B. Masturbasjon, selvbylde og følelser for sex i et longitudinelt utvalg norske ungdommer. *Tidsskrift for norsk psykologforening.* 2008;45(6). Tilgjengelig fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=45382&a=3 (nedlastet 28.03.2019).
12. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: United Nations Educational and UNESCO; 2018. Tilgjengelig fra: <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf> (nedlastet 28.03.2019).
13. Vildalen S, Langfeldt T. Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner: med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Tale Wetteland Stoa

Psykiatrisk sykepleier,
Stiftelsen Sex og samfunn

Jeg har skrevet fagartikkelen etter inspirasjon fra en hjemmeeksamen i den tverrfaglige videreutdanningen i seksuell helse og seksualitetsundervisning ved Oslo-met. Jeg jobber som psykiatrisk sykepleier og prosjektleder i Stiftelsen Sex og samfunn i Oslo. Jeg brenner for ungdoms generelle helse, deriblant deres seksuelle helse.

Jeg ønsker å bidra slik at alle kjønn får god kunnskap om kropp og seksualitet. Jeg mener videre at god seksualitetsundervisning kan bidra til å forebygge at blant annet unge kvinner danner seg negative oppfatninger av eget underliv.

Sykepleiere som skal jobbe med ungdom og seksualitet, bør brenne for at ungdom får god kunnskap om kropp og seksualitet. Det er essensielt

å være åpen, lyttende og tilgjengelig, samtidig som man gir god informasjon som reduserer skam.

Sykepleiere og annet helsepersonell bør ha god kunnskap om seksua-

«God seksualitetsundervisning kan bidra til å forebygge at unge kvinner danner seg negative oppfatninger av eget underliv.»

litet. Ved å videreformidle kunnskap kan unge mennesker lære å skille mellom god og lite god informasjon om seksualitet.

Akkurat nå er jeg opptatt av at helsetilbudet og seksualitetsundervisningen, uavhengig av kjønn og bosted, skal være likeverdig og helhetlig. Jeg ønsker også at seksualitetsundervisningen starter tidligere enn den gjør i dag. ●

Forfatterveiledning for fagartikler

Hvis du ønsker å sende inn en fagartikkel til Sykepleien, kan du lese her for å få hjelp til å komme i gang.

Har du skrevet en presentasjon av et fagutviklings- eller forskningsarbeid, eller en beskrivelse av pasientsituasjoner, arbeidsmiljø, ledelse eller kvalitetsarbeid relatert til helse- og omsorgssektoren?

Har du skrevet en oppgave i master- eller videreutdanning?

Da ønsker vi en fagartikkel fra deg!

ARTIKKELENS INNHOLD OG LENGDE

En artikkel bør ikke være lengre enn maksimalt 15 000 tegn (med mellomrom).

Avgjør først hva du vil fortelle. Lag gjerne arbeidstittel og ingress før du starter å skrive. Avgjør hva som er viktig å få med, ellers kan artikkelen gjerne bli for lang. Artikkelen bør som regel ha ett tema, men det er ingen regel uten unntak, da flere problemstillinger kan høre sammen.

Budskapet eller nye funn skal presenteres med én gang. Deretter bør det være en kort presentasjon av hensikten med eller bakgrunnen for undersøkelsen eller prosjektet, og eventuelt en kort metodebeskrivelse.

Artikkelens hovedinnhold skal være resultater og erfaringer, og konklusjonen skal vise konsekvensene funnene har, eller bør ha, for praksis eller forskning.

SKRIV ENKELT, PERSONLIG OG KONKRET

Artikkelen må ikke ha vært trykket eller publisert andre steder.

Les hele forfatterveiledningen før du sender inn et manuskript.

SPRÅKFØRING

Sykepleien tilstreber at språket i artiklene er lettfattelig og tydelig. Nedenfor finner du noen tips til godt språk:

Aktiv setningsoppbygging

Skriv aktiv fremfor passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)

Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøkte ...?)

«Dette» og «disse»

Prøv også å unngå for mange «dette» og «disse», som gjør teksten uklar. Forklar heller hva du mener.

Faguttrykk og forkortelser

Forklar faguttrykk, enten i parentes eller i teksten. Skriv hele ordet første gang i teksten hvis du videre ønsker å benytte en forkortelse.

REFERANSER

I en fagartikkel kreves det at man belegger fakta, henvisninger og påstander med kilder. Det er derfor svært viktig å ha nøyaktige referanser. Referanselisten bør inneholde maksimalt 25 referanser.

Referansene skal settes opp etter Vancouver-stilen. Vancouver-stil i løpende tekst:

- referansen angis med et tall i parentes bak referansen
- hvis du refererer til et verk mer enn én gang,

skal du bruke samme nummer som første gang referansen ble brukt

- hvis du henviser til flere kilder i den samme setningen, oppgi disse slik: (2–4), dvs. 2, 3 og 4, og (2–4, 8) dvs. 2, 3, 4 og 8
- referanse må angis også når forfatterens navn står i setningen

Eksempler på korrekt føring av referanselisten:

Artikkel:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2008 mai; 45(5):668–81.

Bok:

2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.

Kapittel i bok:

3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød*. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.

Rapport:

4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tværfaglig spesialisert rusbehandling*. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef Rapport A28053.

Rapporter og tilsvarende på nett:

5. Helsedirektoratet. *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

Lover og forskrifter:

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

NOU-er:

7. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

Stortingsmeldinger:

8. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

Doktoravhandlinger og tilsvarende:

9. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan*. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

FIGURER OG TABELLER

For mange tall i teksten er lite leservennlig. Tabeller, diagrammer eller figurer kan lette fremstillingen.

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer eller tabeller (fortrinnsvis tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

BILDER

Hvis du har gode breddebilder som kan passe som hovedbilde til artikkelen, må du gjerne legge dem ved. Også andre bilder som illustrerer artikkelen, kan vedlegges.

Bilder må sendes i egne bildefiler. Hvis det er gjenkjennbare mennesker på bildet, må vi vite navn på den eller dem som er med på bildet, og de må ha gitt sin godkjenning til at bildet skal kunne publiseres i *Sykepleien*. Annen informasjon om bildet skrives under bildet, sammen med fotografens navn. Vi må også ha fotografens tillatelse til å bruke bildet.

INTERESSEKONFLIKT

Når du sender inn manuskriptet, ber vi deg oppgi eventuelle interessekonflikter.

Eksempler på interessekonflikter:

1. Hvis du i løpet av de siste fem årene har mottatt økonomisk støtte (honorar, reisetilskudd, bevilgninger, forskningsmidler eller liknende) fra en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
2. Hvis du i løpet av de siste fem årene har vært ansatt i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
3. Hvis du har aksjer eller andre økonomiske interesser i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
4. Hvis du har en binding, et livssyn, utfører oppgaver eller innehar et verv som kan påvirke din habilitet.
5. Hvis du har tilknytning som nevnt i forvaltningsloven § 6 første ledd til personer/aktører som omfattes av punkt 1–3 ovenfor.

VURDERING AV MANUSKRIFTET

I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet enten aksepteres, sendes tilbake til forfatteren for revidering eller refuseres. Redaksjonen tilstreber rask tilbakemelding til forfatteren hvis artikkelmanuskripter som sendes til oss, blir akseptert for publisering.

Hvis manuskriptet aksepteres, sendes teksten videre for teknisk og språklig bearbeiding og følges opp av redaksjonen. Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid. Forfatteren vil få det språkvaskede manuskriptet tilbake for gjennomlesing.

Er du med i en faggruppe i Norsk Sykepleierforbund?

Redaksjonen i Sykepleien ønsker å samarbeide med faggruppene om utgivelse av fagartikler. Vi kan være med og veilede på din fagartikkel.

I tillegg til at fagartikkelen publiseres på sykepleien.no, kan faggruppene publisere artikkelen i sine nyhetsbrev, på hjemmesider eller i fagblad.

Ta kontakt med redaktøren for ditt fagtidsskrift og/eller fagredaktør i Sykepleien Torhild Apall Dybvik torhild.apall@sykepleien.no eller Eli Smedstad eli.smedstad@sykepleien.no hvis du har spørsmål om fagartikler.

Vi forbeholder oss retten til å endre tittel, mellomtitler og ingress.

Sykepleien publiserer alle fagartiklene på nettsiden sykepleien.no og på Sykepleiens Facebook-side. Artikler kan også trykkes i Sykepleiens temautgaver.

INNSENDING AV MANUSKRIFTET

Artikkelen sendes inn via vårt nettbaserte manuskriphåndteringssystem, ScholarOne, via følgende nettadresse: <https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev, portrettbilder og eventuelle andre dokumenter.

Følg instruksene øverst på hvert skjermbilde. Du kan også få hjelp via våre instruksjonsvideoer: Videoene ser du på nettsiden. Bruk QR-koden sist i forfatterveiledningen.

Hvis du får problemer under innsendingen, kan du ringe 22 04 33 49.

Etter innsendelsen får du automatisk bekreftelse på at vi har mottatt manuskriptet. Etter at fagartikkelen er publisert, mottar du et honorar. ●

Lykke til med skrivingen!

Oppdatert 08/2019



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Forfatterveiledning for forskningsartikler

Hvis du ønsker å sende inn en forskningsartikkel til Sykepleien Forskning, får du viktig informasjon her.

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Sykepleien Forskning publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. Sykepleien Forskning inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, må følge det som står i denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

DOBBELT- ELLER SEKUNDÆRPUBLIKASJON

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert

i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjon eller arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettverson, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

LENGDE PÅ MANUSKRIFTET

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer.

FORMAT OG OPPSETT

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Høyremargen skal ikke være rett.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

MANUSKRIFTETS INNHOLD

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (*main document*) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatterne navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

2. Sammendrag (abstract)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

TEKST

Overskriftene (mellomtittlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal forklares første gang de forekommer i teksten.

Du finner gode tips til skriving i det hvite feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside (fanen Forskning på sykepleien.no), kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

OPPBYGGING AV SELVE ARTIKKELEN

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken og **bakgrunn** for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

Metodedel. Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrix i metodedelen.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i

relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metode-diskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

FIGURER OG TABELLER

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referan-sene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

REFERANSER

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettside og nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai; 45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.

5. HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

8. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

FORSLAG TIL HABILE FAGFELLER

Artikkelforfatter(ne) må foreslå minst to habile fagfeller. Fagfeller kan ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan skape tvil om habiliteten.

FØLGEBREV TIL REDAKTØR (COVER LETTER)

I følgebrevet må forfatterne oppgi

- hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer
- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse

INNSENDING AV MANUSKRIFT

Artikkelen og alle medfølgende dokumenter lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskript-håndteringssystem ScholarOne, via følgende nettside: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

VRDINGSPROSESSEN

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren og en medredaktør en

vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter(ne) for revidering eller oversendes til fagfeller (*referees/reviewers*) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelle-vurdering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg på manuskripthåndteringssystemet ScholarOne kan du følge med på hvor manuskriptet ditt er i vurderingsprosessen.

INNSENDING AV REVIDERT MANUSKRIFT

Etter fagfelle-vurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i ScholarOne. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

GODKJENNING AV MANUSKRIFT

Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding (inkluderer også titelen) og følges opp av manusredaktøren.

Forfatter(ne) mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning.

Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

OVERSETTING TIL ENGELSK

Alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning blir oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesing før publisering.

KRAV TIL MEDFORFATTERSKAP

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komitéenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen.

Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt

Vancouver-reglene med utdypninger finnes på følgende nettsider: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Bruke+referansestilen+Vancouver> og <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvar for og opphavsrett til innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning er i kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

INTERESSEKONFLIKTER

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter». ●

Oppdatert 08/2019



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



Ny avtale – bedre betingelser til deg

Dedicare har fått ny avtale med alle sykehusene i Norge. Vi har flere ledige oppdrag enn noen gang fra Hammerfest i Nord till Oslo i Sør.

Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske, og som er spesialisert på bemanning til sykehus og kommuner over hele Norge.

Vi dekker din reise og bolig. Om du er nyutdannet eller har lang erfaring så har vi jobb til deg. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE