Sykepleien

#Under omsorg

«Jeg var helt avhengig av sykepleierne.

De var mine nærmeste.»

Oddmund Vestenfor lå elleve måneder på respirator.

Brukermedvirkning
– kritiske perspektiver tar oss videre

I 1999 ble brukermedvirkningen lovfestet, og vi ønsker å stille spørsmål om begrepet har blitt så innarbeidet at det har mer preg av selvfølge enn utvikling. Kanskje er det på tide å se på dilemmaene og stille kritiske spørsmål til utfordringene? På hvilken måte kan brukeransettelser og medforskning legge til rette for en utvikling som er til beste for de individuelle brukerne? Hvordan kan kritikk av erfaringskompetansen praktiseres på best mulig måte? I denne boken ønsker vi å drøfte disse spørsmålene på en måte som åpner for en styrking av brukermedvirkningen.

Boken er en samling artikler hvor vi lar forskere og fagfolk drøfte ulike kritiske synspunkter. Vårt mål er å skape en konstruktiv debatt.

Kjøp boken på erfaringskompetanse.no

399,-

erfaringskompetanse.no

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

ANNONSE

Behandler **søvnproblemer**

Lunixen® 500 mg (valerianarot) er et reseptfritt legemiddel som forbedrer søvnkvaliteten og søvnlengden. Virkestoffet har klinisk dokumentert effekt på søvnproblemer, som urolig søvn eller for tidlige oppvåkninger[1]. Brukes daglig for optimal effekt. Det er ingen påvist avhengighet ved bruk.

- ✓ Bedrer søvnkvaliteten
- ✓ Motvirker avbrutt søvn
- ✓ Ingen avhengighet påvist
- Fås på alle apoteket

Dosering: For lindring av søvnforstyrrelser: 1 tablett ½–1 time før leggetid.
For lindring av mild uro: 1 tablett opptil 3 ganger daglig.
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.

Referanse 1: Lunixen preparatomtale https://www.legemiddelsok.no/_layouts/15/Preparatomtaler/Spc/18-12295.pdf

Lunixen® F. Reseptfritt. Plantebasert sedativum. Beroligende middel. ATC-nr.: NO5C M09
Tabletter, filmdrasjerte 500 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av valerianarot (Valeriana officinalis L.) 500 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: rødt jernoksid og sort jernoksid (E 172), indigokarmin (E132), titanoksid (E171). **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:** Tablettene skal svelges med vann. Daglig bruk over tid anbefales for at behandlingen skal kunne bidra til å endre søvnmønsteret og bedre søvnkvaliteten. 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: Kombinasjon med syntetiske sovemidler er ikke anbefalt. 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 (f.eks. kvalme, magekramper) kan oppstå etter inntak av valerianarot. Lege/apotek bør kontaktes ved andre bivirkninger. **Overdosering/forgiftning:** Symptomer: Valerianarot med en dose på omtrent 20 g (tilsvarer 7–10 tabletter) forårsaket lette symptomer som fatigue (tretthet), magekrampe, brysttetthet, ørhet, skjelvinger på hendende og pupilldilatasjon, som forsvant innen 24 timer. Behandling: Hvis symptomer oppstår bør behandlingen være støttende. **Egenskaper:** Valerianarot i anbefalt dose forbedrer søvnlengde og søvnkvalitet. Klassifisering: Veletablert plantebasert legemiddel. **Pakninger:** 28 stk. avlange tabletter (blister). Basert på

Sana Pharma Medical AS
Philip Pedersens vei 20, 1366 Lysaker | Tlf: 21 95 76 60 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no

SANAPHARMA MEDICAL

ANNONSE

Ozempic® (semaglutid) – ukentlig GLP-1-analog[1]

Tilgjengelig på blå resept til behandling av voksne med diabetes type 2 etter metformin[2]

- har vist bedre glykemisk kontroll og større vektreduksjon enn Januvia®, Bydureon®, Trulicity® og Lantus®[3*]
- har vist reduksjon i alvorlige kardiovaskulære hendelser[3**]

Større HbA_{1c}-reduksjon[3*†]

13-20 mmol/mol (1,2-1,8%)[‡]

Større vektreduksjon[3*†#]

3,5-6,5 kg[‡]

Reduksjon i alvorlige kardiovaskulære hendelser[3]**

26% RRR[##]

[#] **Ozempic® er ikke indisert for vekttap**
[##] Relativ risikoreduksjon
[*] Behandling med Ozempic® viste vedvarende, statistisk overlegen og klinisk relevant reduksjon i HbA_{1c} og kroppsvekt sammenlignet med placebo og behandling med Januvia®, Lantus®, Trulicity® (Gjelder Ozempic® 0,5 mg versus Trulicity® 0,75 mg, og Ozempic® 1 mg versus Trulicity® 1,5 mg) og Bydureon®.[3]
[**] **Kardiovaskulær sikkerhetsstudie:** 3297 pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko ble tilfeldig randomisert til Ozempic® eller placebo, begge i tillegg til standard-behandling for HbA_{1c} og kardiovaskulære risikofaktorer for å nå behandlingsmål.[4]
Primært endepunkt: Kardiovaskulær død, ikke-fatalt hjerteinfarkt, ikke-fatalt hjerneslag (HR 0,74 95% KI 0,58-0,95, p=0,001 for non-inferiority, p=0,02 for superiority, testing for over-legenhet var ikke forhåndsdefinert) 26% relativ og 2,3% absolutt risikoreduksjon.[4]
[†] Ozempic® vedlikeholdsdose 0,5 og 1 mg. Dosen kan økes til 1 mg én gang per uke for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere.[1]
[‡] Intervallene viser gjennomsnittsverdier fra ulike studier.[3]

Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo
www.novonordisk.no · Telefon: +47 22 18 50 51

Indikasjon[5]

Ozempic® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet:
– Som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner
– I tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes.
For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt, se SPC avsnitt 4.4, 4.5 og 5.1.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon[6]

Ozempic® skal ikke brukes hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller gravide. Ozempic® er ikke et erstatningspreparat for insulin.

Gastrointestinale bivirkninger: Hyppigst rapporterte bivirkninger er gastrointestinale, inkludert kvalme (svært vanlig ≥1/10), diaré (svært vanlig ≥1/10) og oppkast (vanlig ≥1/100 til <1/10). De fleste tilfellene var milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet.

Hypoglykemi: Kombinasjon med SU-preparater eller insulin kan øke risiko for hypoglykemi. Egenmåling av blodglukose er nødvendig for å justere dosen av sulfonylurea og insulin, spesielt når behandling med Ozempic® startes opp og insulin reduseres. En trinnvis tilnærming til dosereduksjon av insulin anbefales.

Diabetisk retinopati: Rask forbedring av glukosekontroll er blitt forbundet med midlertidig forverring av diabetisk retinopati. Økt risiko observert hos pasienter med eksisterende diabetisk retinopati som behandles med insulin og Ozempic®, og forsiktighet bør utvises.

Diabetisk ketoacidose: Diabetisk ketoacidose har blitt rapportert hos insulinavhengige pasienter etter rask seponering eller dosereduksjon av insulin når behandling med en GLP-1 reseptoragonist ble startet.

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	**Ikke nødvendig med dosejustering** Begrenset erfaring hos pasienter ≥75 år	**Barn/ungdom under 18 år**
Nyre-funksjon	**Lett, moderat eller alvorlig nedsatt** Begrenset erfaring med alvorlig nedsatt nyrefunksjon	**Terminal nyresykdom***
Hjerte-svikt	**NYHA klasse I-III**	**NYHA klasse IV**
Lever-funksjon	**Mild, moderat og alvorlig nedsatt** Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, forsiktighet bør utvises	

* eGFR (ml/min 1,73 m²) < 15

Dosering – én gang per uke[1]

Ozempic® skal administreres én gang per uke, subkutant i abdomen, i låret, eller i overarmen, når som helst på dagen til måltid eller utenom måltid[1]

Reseptgruppe, refusjonsvilkår og pris[2,7]

C Antidiabetikum, GLP1-reseptoragonist. ATC-nr.: A10B J06

Refusjonsberettiget bruk:
Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea og/eller basalinsulin hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr	ICD		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	232	E11	Diabetes mellitus type 2	232

Vilkår:

232	Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Pakninger og priser:
0,25 mg: 1,5 ml ferdigfylt penn kr 1158,30
0,5 mg: 1,5 ml ferdigfylt penn kr 1158,30
1 mg : 3 ml ferdigfylt penn kr 1158,30
(Pris per april 2021)

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller www.felleskatalogen.no

Referanser: 1. Ozempic® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 22.03.2021) **2.** https://www.felleskatalogen.no/t/medisin/blaarev-register/a10bj06-1 (22.04.2021) **3.** Ozempic® SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 22.03.2021) **4.** Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375:1834-1844 **5.** Ozempic® SPC avsnitt 4.1 (sist oppdatert 22.03.2021) **6.** Ozempic® SPC, avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8 (sist oppdatert 22.03.2021) **7.** https://www.felleskatalogen.no/medisin/ozempic-novo-nordisk-653285 (22.04.2021)

Ozempic® er et registrert varemerke tilhørerende Novo Nordisk A/S. NO21OZM00011 April 2021

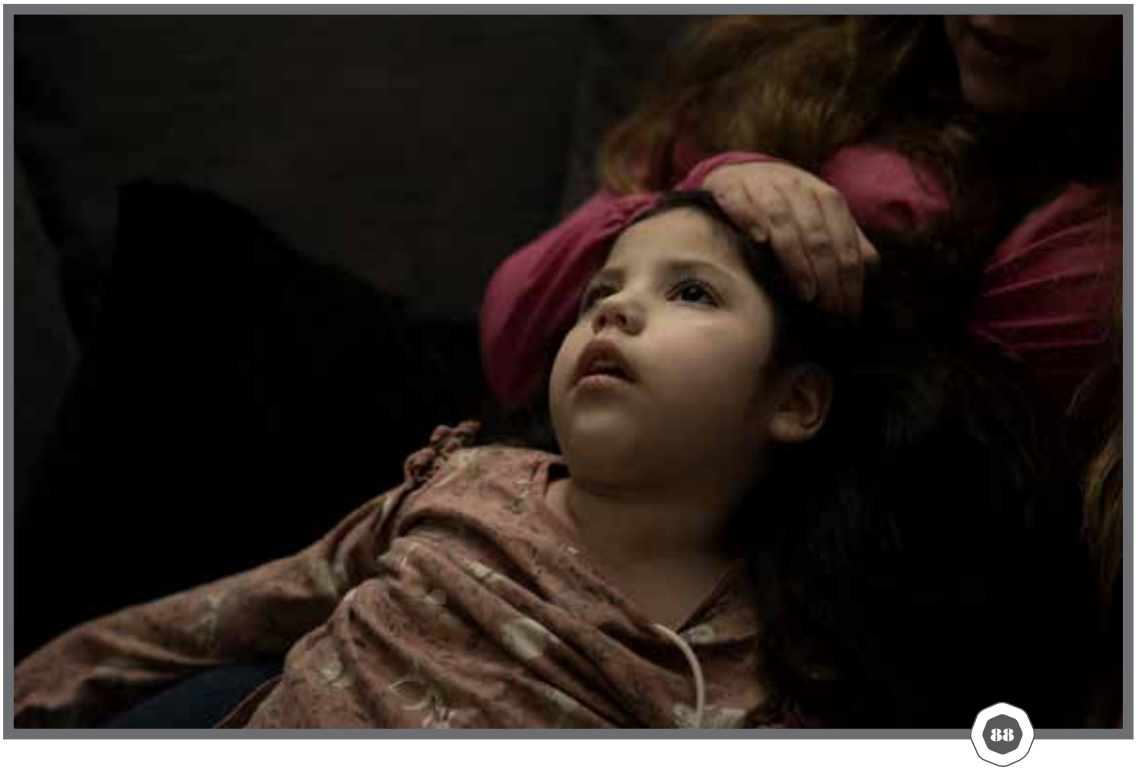
Du kan lese mer om Ozempic® på vår nettside:
www.ozempic.no

1 GANG PER UKE
OZEMPIC®
semaglutid injeksjon

#Under omsorg

05 | 2021

10 Leder, **Anne Hafstad**: Når du må overlate kontrollen til andre
14 **Arne Johan Vetlesen**: Autonomi og omsorg
20 – Intensiven var hjemmet mitt
34 **Marit Daaland Lesjø**: Stolen ved døra
38 Hvordan man tar det
42 Når hjelperen blir hjelpeløs
52 Omsorg i litteraturen
56 Et godt liv
64 **Ellen Arnstad**: Å måtte gi slipp som mamma
72 Stilte ut beboernes egne bilder
86 Omsorg i litteraturen
88 Sjanseløse uten hjelp
98 **Finn Nortvedt**: Når sykepleie redder liv

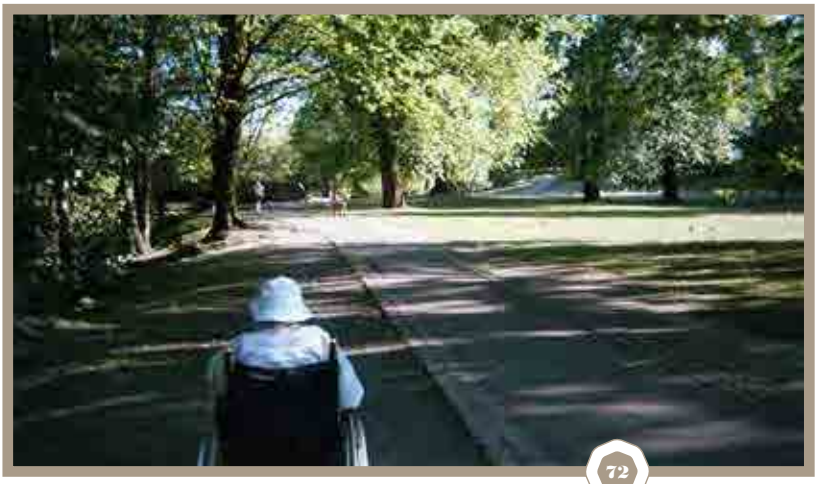


64

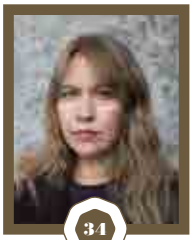
20

56

42


72

14


34

98

38

Sykepleien

Ansvarlig redaktør
Anne Hafstad
anne.hafstad@sykepleien.no
Tlf 91 79 39 73

Temaredaktør
Liv Bjørnhaug Johansen

Deskansvarlig
Ellen Morland

Design
Hilde Rebård Evensen

Forsidefoto
Reidun Vestenfor Jerpstad

Journalister
Ingvald Bergsagel,
Marit Fonn og Renate Karlsmoen

Fotograf
Siv Johanne Seglem

Redigering kronikker
Bjørnar Magnussen

Annonser
Ingunn Roald (stilling)
Tlf 91 60 38 12

Silje M. Torper (kunngjøring)
Tlf 22 04 31 67

Maud P. Kaino (produkt)
Tlf 97 74 21 20

Repro og trykk
Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato
10. desember 2021

Sykepleien
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo

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

Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT

Tresiba®

Langtidsvirkende insulinanalog

Indikasjon[5]

Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon[6]

Skal ikke brukes ved graviditet og amming

Hypoglykemi er en svært vanlig bivirkning (≥ 1/10) og kan forekomme dersom insulindosen er for høy i forhold til insulinbehovet.

Hyperglykemi Bruk av utilstrekkelige doser eller avbrytelse av behandlingen, særlig hos pasienter med behov for insulin, kan føre til hyperglykemi og diabetisk ketoacidose.

Lipodystrofi (inkludert lipohypertrofi, lipoatrofi) og kutan amyloidose kan forekomme på injeksjonsstedet og forsinke lokal insulinabsorpsjon. Kontinuerlig rotering av injeksjonssted innen et gitt injeksjonsområde kan bidra til å redusere eller forebygge disse bivirkningene.

Reaksjoner på injeksjonsstedet kan forekomme. Disse er vanligvis milde og forbigående, og forsvinner normalt ved fortsatt behandling.

Annen samtidig sykdom, især infeksjoner og febertilstander, øker vanligvis pasientens insulinbehov.

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	**Voksne, ungdom og barn fra 1 år** **Eldre (≥65 år):** Måling av glukose må intensiveres hos eldre, og insulindosen justeres individuelt	**Barn under 1 år** Ingen klinisk erfaring
Nyrefunksjon	**Kan brukes** Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt nyrefunksjon, og insulindosen justeres individuelt	
Leverfunksjon	**Kan brukes** Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt leverfunksjon, og insulindosen justeres individuelt	

Dosering[1]

Tresiba® administreres subkutant én gang daglig i låret, overarmen eller abdominalveggen når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis på samme tidspunkt hver dag.

Reseptgruppe, refusjonsvilkår og pris[3,7,8]

C Insulinanalog, langtidsvirkende. ATC-nr.: A10A E06

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av diabetes mellitus

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181
T90	Diabetes type 2	244
ICD		**Vilkår nr**
E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181
E11	Diabetes mellitus type 2	244

Vilkår:

180	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll
181	Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet
244	Refusjon ytes kun til pasienter som til tross for optimal behandling med to daglige doser middels langtidsvirkende NPH-insulin har vedvarende utfordringer med hypoglykemier

Pakninger og priser:

Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderampulle: 100 enheter/ml: 5 × 3 ml (Penfill sylinderamp.) kr 618,00.
Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 100 enheter/ml: 5 × 3 ml (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 750,70. **200 enheter/ml:** 3 × 3 ml (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 732,50. (Pris per mai 2021)

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller www.felleskatalogen.no

Referanser: 1. Tresiba® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 06.11.2020) **2.** Tresiba® SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 06.11.2020) **3.** https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae06-1 (lest 10.05.2021) **4.** Tresiba® SPC, avsnitt 4.4 (sist oppdatert 06.11.2020) **5.** Tresiba® SPC, avsnitt 4.1 (sist oppdatert 06.11.2020) **6.** Tresiba® SPC, avsnitt 4.2, 4.4. og 4.8 (sist oppdatert 06.11.2020) **7.** Tresiba® SPC, avsnitt 3 (sist oppdatert 06.11.2020) **8.** https://www.felleskatalogen.no/medisin/tresiba-novo-nordisk-589607 (lest 10.05.2021)

100 enheter/ml:
Kan gi opptil 80 enheter per injeksjon (1-80 enheter)

200 enheter/ml:
kan gi opptil 160 enheter per injeksjon (2-160 enheter)

Skann QR-koden for å komme direkte til instruksjonsfilmer

NO21TSM00006 04-mai-2021

Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo
www.novonordisk.no · Telefon: +47 22 18 50 51

TRESIBA®
insulin degludec

Tresiba®

Langtidsvirkende insulinanalog

Doseres 1 gang daglig[1]

Fleksibelt injeksjonstidspunkt[1,*,]**

Gir en flat og stabil glukosenedsettende effekt[2]

Tresiba® kan forskrives på blå resept ved diabetes type 1 og diabetes type 2[3#]
Behandling kan initieres av allmennpraktiserende lege.

* Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene.
** Det er ingen klinisk erfaring med fleksibilitet i doseringstidspunktet hos barn og ungdom.
\# Vilkår 244: Refusjon ytes kun til pasienter som til tross for optimal behandling med to daglige doser middels langtidsvirkende NPH-insulin har vedvarende utfordringer med hypoglykemier.

- **Hypoglykemi** er en svært vanlig bivirkning (≥ 1/10) og kan forekomme dersom insulindosen er for høy i forhold til insulinbehovet.[4]
- **Hyperglykemi** Bruk av utilstrekkelige doser eller avbrytelse av behandlingen, særlig hos pasienter med behov for insulin, kan føre til hyperglykemi og diabetisk ketoacidose.[4]

NO21TSM00006 04-mai-2021

Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo
www.novonordisk.no · Telefon: +47 22 18 50 51

TRESIBA® insulin degludec

FOTO: JARLE NYTTINGNES

Anne Hafstad
Ansvarlig redaktør, Sykepleien
E-post: anne.hafstad@sykepleien.no

Når du må overlate kontrollen til andre

Vi har alle et sterkt behov for å klare oss selv og bidra til fellesskapet. Derfor er det så vanskelig å gi slipp når sykdom rammer.

Da jeg var liten, var det to ord jeg brukte hyppig: «klare selv». En sta liten unge som tidlig hadde et sterkt behov for å mestre og ikke be om hjelp fra noen. Det er noe bra ved det, og jeg var – og er – ikke unik i så måte. Behovet for å klare oss selv og ikke være til bry for andre ligger dypt i oss alle.

Gjennom livet vil de fleste av oss bli utfordret på nettopp dette. Vi blir syke og trenger hjelp. Vi må slippe taket og la andre helt eller delvis ta over.

MANGE TRENGER HJELP

Tall fra og Norsk pasientregister viser at så langt i 2021 har det vært mer enn 253 000 døgnopphold i norske sykehus. Mer enn en millioner personer har vært innom sykehus. Gjennomsnittlig liggedøgn er rundt fire dager. For noen er oppholdet betydelig lengre.

Statistisk sentralbyrå viser at i 2020 fikk mer enn 166 000 personer helsetjenester i hjemmet fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rundt 77 000 fikk hjelp til daglige gjøremål hjemme. Nesten 40 000 personer bodde på sykehjem på permanent basis eller for en kortere periode. Mer enn 3500 personer hadde brukerstyrt personlig assistent, og rundt 10 000 mottok omsorgsstønad.

Dette viser at en betydelig andel av oss i løpet av et år ikke klarer oss helt selv. Mange må i varierende grad overlate til andre å bli ivaretatt, enten på sykehus, hjemme eller på sykehjem. For noen er behovet tidsbegrenset. Andre vil trenge hjelp resten av livet. Da er det betryggende å vite at vi har en helsetjeneste med høyt kvalifisert personell både i sykehusene og i Kommune-Norge.

PASIENTER OG PÅRØRENDE FORTELLER

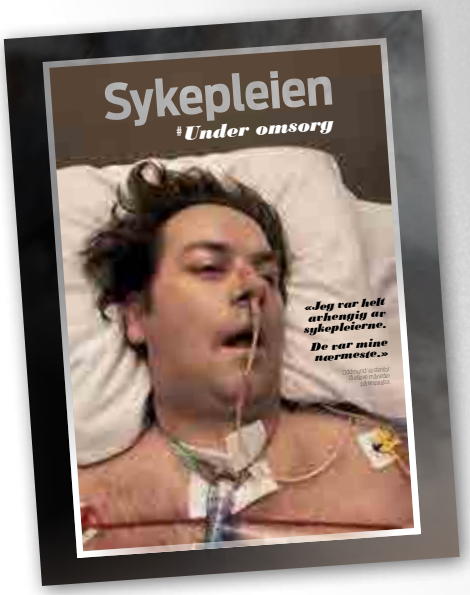
Denne utgaven av Sykepleien er viet til pasienter og pårørende. Vi har bedt pasienter fortelle hvordan de opplevde det da sykdom rammet og de ikke lenger kunne ta vare på seg selv.

Oddmund Vestenfor var helt lam, men ved bevissthet. I mange måneder var han helt prisgitt helsepersonellet som passet på ham.

Sissel Tytlandsvik er som sykepleier vant til å hjelpe andre. Hun måtte forsone seg med et nytt liv etter et slag som ga varig funksjonsnedsettelse og behov for bistand og omsorg fra andre.

Ellen Arnstad skriver sterkt og nært om hvor vondt – med også godt – det var å overlate omsorgen for sin alvorlig syke og multihandikappede sønn til profesjonelle.

I to fotoserier møter vi familien med to alvorlig syke barn og han som takler livet godt uten armer og bein, men som må ha praktisk hjelp til de fleste gjøremål.



Illustrasjon: Hilde Rebård Evensen / Mostphotos

Vi har også fått bruke tekster fra flere forfattere som skiver om egne opplevelser. Ulike fagfolk kommer med sine refleksjoner og råd.

De nære og personlige fortellingene og intervjuene gjør dypt inntrykk på meg. Hver historie er unik. Ingen pasienter eller pårørende er like. Hver og en må finne sin vei og sin mestringsstrategi. Men det er også mange fellestrekk.

VANSKELIG Å MOTTA UTEN Å GI

I vårt demokrati er en grunnleggende verdi at vi alle skal bidra til fellesskapet. Heldigvis er det også helt sentralt at vi har en sterk og god offentlig helsetjeneste.

Alle skal få likeverdig behandling, nødvendig pleie og omsorg og annen bistand når behovet melder seg. Samtidig er vår identitet nært knyttet til at vi bidrar til fellesskapet, i familien og i andre nære relasjoner.

Hvis vi kommer i en situasjon hvor vi mottar uten å kunne gi noe tilbake, oppstår det en asymmetri som de aller fleste opplever som ubehagelig og strevsom.

Dette kommer til uttrykk i nære relasjoner, men også i møte mellom den hjelpetrengende og hjelperen. Sykepleiere kan med sin profesjonalitet gjøre en stor forskjell for den enkelte pasient og de pårørende. Men ofte kan enkle virkemidler som et vennlig smil, et håndtrykk, et blikk som anerkjenner og signaliserer varme, empati, forståelse og respekt være det som skal til.

Aktiv dødshjelp er ikke lov i Norge. I Nederland er det tillatt, og det er forsket på årsakene til at mennesker ønsker hjelp til å avslutte livet. En av begrunnelsene er at de ikke vil være til bry for sine nærmeste når hjelpebehovet blir for stort.

Det er tankevekkende og viser til fulle hvor dypt vårt behov for å klare oss selv stikker.

MYE Å LÆRE AV PASIENTER OG PÅRØRENDE

Mange av oss er langt bedre til å gi enn å motta. Men noen ganger har vi ikke noe valg. I relasjonen og dialogen mellom pasienten og sykepleieren er det i utgangspunktet ikke likeverdighet. Det vet sykepleiere og annet helsepersonell.

Hvordan sykepleiere møter den enkelte pasient og pårørende er avgjørende for deres selvrespekt og mestring.

Det er mye lærdom i pasienter og pårørendes opplevelser. Det er mitt håp at når vi i Sykepleien vier dette nummeret til pasienter og pårørende, så bidrar det til ettertanke og refleksjon blant våre lesere.

God lesning og riktig god jul!

ANNONSE

Ikke i mål med HbA1c på Insulatard®?

Bytt til Xultophy®

Langtidsvirkende insulinanalog og GLP-1-analog i én penn til behandling av diabetes type 2

Reduserer HbA1c[1*]

Reduserer kroppsvekt[1**]

Reduserer risiko for hypoglykemi[1***]

Sammenlignet med Lantus® (insulin glargin 100 enheter/ml)[1]

Avslutt nåværende behandling med Insulatard®
start opp med **Xultophy® 16 dosetrinn[2]**

Maksimal daglig dose av Xultophy® er 50 dosetrinn[2]

***** -1,8% vs -1,1% reduksjon i HbA1c. Estimert forskjell: -0,59 (95% KI: -0,74; -0,45), p<0,0001. ****** -1,4 kg vs. 1,8 kg endring i kroppsvekt. Estimert differanse: -3,2 kg (95% KI: -3,77; -2,64), p<0,0001. ******* 57% lavere forekomst. 2,23 vs 5,05 per pasientår. Estimert ratio: 0,43 (95% KI: 0,30; 0,61), p<0,0001.

novo nordisk®

Indikasjon[3]

Xultophy® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt, se SPC pkt. 4.4, 4.5 og 5.1.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon[4]

- **Gastrointestinale bivirkninger**, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige (≥1/100 til <1/10 brukere). Forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel
- **Hypoglykemi** er en hyppig rapportert bivirkning (≥1/10 brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurdér dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk
- **Øyesykdom:** Intensivering av behandling med insulin, en komponent av Xultophy®, med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med en forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati.
- **Hud- og underhudssykdommer:** Pasienter må instrueres i å utføre kontinuerlig rotering av injeksjonssted for å redusere risikoen for å utvikle lipodystrofi og kutan amyloidose. Det har blitt rapportert hypoglykemi etter plutselig endring i injeksjonssted til et område uten reaksjoner. Overvåking av blodglukose anbefales etter endring av injeksjonssted fra et område med reaksjoner til et område uten reaksjoner, og dosejustering av antidiabetika kan vurderes.

	Xultophy® kan benyttes	Xultophy® anbefales ikke
Alder	**Voksne, inkludert eldre** Hos eldre (≥65 år): Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	**Barn/ungdom under 18 år**
Nyrefunksjon	**Lett, moderat eller alvorlig nedsatt.** Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	**Terminal nyresykdom** (eGFR < 15)
Hjertesvikt	**NYHA klasse I-III**	**NYHA klasse IV**
Leverfunksjon	**Mild og moderat nedsatt** Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt.	**Alvorlig nedsatt**

Skal ikke brukes hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose.

Dosering[2]

Xultophy® gis én gang daglig ved subkutan administrasjon.
Xultophy® skal doseres i overensstemmelse med pasientens individuelle behov. Dosejustering gjøres basert på fastende plasmaglukose.
Ved overgang fra behandling med basalinsulin eller GLP-1-analog er anbefalt startdose av Xultophy® 16 dosetrinn.
Maksimal daglig dose av Xultophy® er 50 dosetrinn.

1 DOSETRINN = **1 enhet insulin degludec + 0,036 mg liraglutid**

50 DOSETRINN = **50 enheter insulin degludec + 1,8 mg liraglutid**

Reseptgruppe, refusjonsvilkår og pris[5,6]

C Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog. ATC-nr.: A10A E56

Refusjonsberettiget bruk

Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr	ICD		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225	E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår:

225	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Pakninger og priser:

3 × 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1399,30 (pris per september 2021)

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller www.felleskatalogen.no

Referanser: **1.** Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 24.09.2020). **2.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 24.09.2020). **3.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (sist oppdatert 24.09.2020). **4.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, og 4.8 (sist oppdatert 24.09.2020). **5.** https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae56-1 (lest 21.09.2021). **6.** https://www.felleskatalogen.no/medisin/xultophy-novo-nordisk-631221 (lest 21.09.2021).

Skann QR-koden for å komme direkte til instruksjonsfilm på www.felleskatalogen.no

NO21XUM00020 september 2021

Novo Nordisk Norway AS · Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo
www.novonordisk.no · Telefon: +47 22 18 50 51

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

Arne Johan Vetlesen er professor i filosof ved Universitetet i Oslo, samfunnsdebattant og forfatter. Moralfilosofi og etikk er sentralt i hans virke. Hans siste utgivelse er Smerte i vår tid, Dinamo forlag 2020.

AV Arne Johan Vetlesen

Autonomi og omsorg

Å ikke kunne ta vare på seg selv, men å måtte ta imot omsorg fra andre utfordrer en av de sterkeste verdiene i samfunnet vårt.

ENKELTMENNESKETS RETT TIL SELVBESTEMMELSE – autonomi – står sterkt samfunnet i dag, kanskje sterkere enn noen annen verdi. Mens vi ved fødselen er prisgitt andres omsorg for at vi skal overleve fysisk og psykisk, er idealet i moderne vestlig kultur at vi gjennom ungdomstid og voksenliv blir stadig mer uavhengige og selvgående – at vi tar regien over våre egne liv, med alle dets veivalg og beslutninger. Friheten individet er gitt til å skape sitt eget liv, kommer imidlertid med visse krav og forventninger: Friheten må forvaltes på en ansvarsfull måte, og dessuten må individet utnytte sine talenter og muligheter og ikke ligge andre til byrde. Kort sagt: Med en sterk individuell frihet, gitt av storsamfunnet, følger en sterk individuell ansvarliggjøring.

Hva vil det si å bli syk og trengende i en tid der den enkeltes autonomi er en overordnet verdi?

Når jeg stiller spørsmålet slik, er det ikke bare med henblikk på hvordan personen som er blitt syk og trenger andres omsorg, håndterer denne situasjonen. Jeg sikter også til at ansvarliggjøringen arter seg som en forventning om å gjøre det som gjøres kan for å *unngå å bli syk*, og unngå å bli avhengig av andres hjelp.

Arter det å bli syk seg annerledes enn før? I så fall hvordan da?

Å BLI SYK slik jeg sikter til her, innebærer å falle ut av rollen som en som er yrkesaktiv, som tjener sine egne penger (og kanskje forsørger andre), og som dermed bidrar til samfunnet

Foto: UiO

med sin arbeidskraft og sine evner. Det er gjennom egeninnsats i denne forstand at voksne personer regnes som uavhengige og selvgående. Å kunne betrakte seg selv på denne måten er ikke bare noe deskriptivt: å konstatere et faktum. Det er også i høyeste grad noe normativt: Jeg *bør* kunne betrakte meg som uavhengig og selvgående, og jeg bør fremstå for andre slik at de betrakter meg likedan. Det er noe jeg streber etter, noe jeg forlanger av meg selv.

Hva om jeg da kommer i en situasjon der livet med ett, for kortere eller lengre tid, handler om det motsatte – om min avhengighet og mangel på selvtilstrekkelighet? Der det jeg trenger, er noe jeg ikke kan sørge for selv?

SYKDOM, DEN VÆRE SEG SOMATISK ELLER PSYKISK (eller en kombinasjon), er et eksempel på en slik situasjon – og dermed en situasjon som fremstår som en unntakstilstand, et brudd med normalen i samfunnet. Hvis jeg har internalisert (det vil si gjort til min forventning til meg selv) at jeg skal være uavhengig, hva skjer da med selvbildet mitt når jeg beviselig ikke kan være det? Kan jeg bevare et positivt selvbilde dersom jeg ikke kan yte og prestere, ikke kan bidra «produktivt» til et samfunn som har gitt meg så stor individuell frihet? Vil jeg gjøre krav på andres anerkjennelse av meg, av min egenverdi, når forutsetningen som anerkjennelsen normalt hviler på – min aktive innsats – faller bort? Og hvis svaret er nei, blir da det å være syk og således «uproduktiv» truende for selvbildet – blir det regelrett skamfullt?

JEG HAR ENNÅ FRISKT I MINNE mitt første foredrag for ansatte ved en akuttpsykiatrisk avdeling; det var i Haugesund for nærmere 30 år siden. En av legene sa: «Vi har lagt merke til at vi har begynt å få inn pasienter som sier ting som 'jeg skjønner at jeg har gått på en smell og må være ute av drift en stund, men dere må love å reparere meg slik at jeg er tilbake i jobben igjen om maks én måned'. Det er særlig menn, 40 pluss, som har et slikt perspektiv på at de er blitt psykisk syke. Hva forteller dette?»

Jeg husker ikke hva jeg svarte. Men jeg husker at det ble en lang samtale (som fortsatte helt til jeg satte meg inn i drosjen) om hvordan pasientens selvforståelse kan virke negativt inn på behandlingen, ja sågar være noe av det som legene og sykepleierne må jobbe mest med. Mange pasienter har et selvbilde der sykdom og hjelpeavhengighet betraktes som en fiende, som noe som må bekjempes om det ikke kan benektes eller skjules for en selv og for andre. Et slikt selvbilde har noe instrumentelt ved seg, og alt som hindrer mestring, blir tapsfaktorer. Behandlingen må dermed yte motstand mot en forståelse av sykdommen der det å være trengende fremstår som truende. Å tape selvrespekt og å føle skam ved å være syk er å bli sin egen fiende i en situasjon der det som trengs, er det motsatte – nemlig en evne til å akseptere at sykdom og verdighet er forenlig og ikke gjensidig utelukkende.

SELV OM EN SLIK EVNE TIL AKSEPT er vesentlig for utsiktene til bedring, så kommer evnen ikke av seg selv. Den må understøttes av samfunnet rundt, av forestillingene om hva som menes med verdighet og anerkjennelse, eller mer presist: Hva som kreves for å gjøre seg fortjent til dette. Det blir som et slag i luften å insistere på uforminsket verdighet ved sykdom dersom samfunnet fremstiller avhengighet og utilstrekkelighet som utelukkende negative fenomener, som noe den enkelte må gjøre alt i sin makt for å unngå.

«Relasjonen mellom giver og mottaker er således asymmetrisk. Dermed bryter den med det som er normalen, selve modellen, for relasjonene vi som voksne deltar i.» *Arne Johan Vetlesen*

Hva innebærer det å være trengende?

Det innebærer å ha behov for andres omsorg, for at andre gjør noe for deg som du ikke kan gjøre for dem. Relasjonen mellom giver og mottaker er således asymmetrisk. Dermed bryter den med det som er normalen, selve modellen, for relasjonene vi som voksne deltar i, tuftet

som de er på *give and take* – på forventningen om at den som gir i dag, vil motta en form for gjenytelse i morgen, slik at forholdet mellom partene i det lange løp jevner seg ut og har karakter av gjensidighet og likevekt. Når dette mangler, vil det oppfattes som ugunstig og som en trussel mot relasjonens fremtid. Slik er normen, og normalen, om ikke i enhver situasjon, så i det lange løp: både innenfor arbeidslivet (i utvekslingen mellom kolleger) og i privatlivet (i forholdet mellom ektefeller, kjærester og venner).

AT MENNESKER BLIR SYKE – og dermed, for kort eller lang tid, ute av stand til gjenytelse for den omsorgen de mottar og er avhengige av å motta – er et universelt fenomen, kjent fra alle samfunn og epoker. Men oppfattelsen av hva det å være syk og trengende innebærer har variert både historisk og innenfor vår egen kultur. Først i nyere tid har individets rett til autonomi, forstått som en frihet den enkelte må forvalte på optimalt vis, blitt en så overordnet verdi at kravene autonomien innebærer, får betydning for hva det er å bli syk og avhengig av andres omsorg.

Den profesjonelle omsorgsgiveren – et typisk eksempel er sykepleieren – er innforstått med asymmetrien jeg nevnte: Pasienten verken vil eller skal gjengjelde innsatsen pleieren gjør, og pasienten er en person ute av stand til selv å sørge for det

ANNONSE

som må gjøres for å sikre liv og helse. Sykepleierens oppdrag og mandat følger av dette og er slik sett måten asymmetrien arter seg på: Pleieren må gjøre det pasienten ikke kan gjøre for seg selv, men er avhengig av at blir gjort på en kyndig og pålitelig måte. Å gi uten å motta, uten å stille krav om å motta, er selve oppdraget og dermed ikke problematisk for pleieren.

MEN HVA MED PASIENTEN, som mottar uten å kunne, eller skulle, gi? Er det like lett å motta som det er å gi? Det vil si å være den svake og underlegne, passive snarere enn aktive, part i relasjonen?

Naturligvis kan man svare, slik mange – både pleiere og pasienter – kanskje vil gjøre, at dette er individuelt, at pasienter med samme sykdom reagerer ulikt på situasjonen de er i. Like fullt er jeg her ute etter betydningen av forestillingene i samtiden som hver og en av oss i stor grad har internalisert, og som preger hvordan vi håndterer det å komme i rollen som syke og trengende. Denne nye rollen kommer ofte brått og uforberedt på oss og eksponerer dermed sider ved oss som vi normalt – som friske og selvgående voksne – er i liten kontakt med.

SÅ LENGE VI ER FRISKE OG RASKE, har det jeg kaller livets ufravikelige grunnvilkår en taus tilstedeværelse i våre liv. Vilkår som avhengighet, dødelighet, sårbarhet, relasjonenes skjørhet og eksistensiell ensomhet aktualiseres først i det øyeblikk vi blir alvorlig syke, mister en av våre nærmeste, opplever samlivsbrudd eller står uten jobb og inntekt. Da vil det synliggjøres at det er en illusjon at vi er selvgående og selvtilstrekkelige. Det er en illusjon å tro at dette utgjør livets essens og er selve kilden til selvrespekt og anerkjennelse. Også som «vellykkede og produktive» bæres livene våre av andres omsorg; vi bare enser det ikke og verdsetter det ikke så lenge det ikke skjer noe med oss som stanser oppdriften og følelsen av at *tar du den, så tar du den*.

Jo mindre kontakt vi har hatt med grunnvilkårene, desto større er sjokket over deres betydning når de slår inn for fullt, ofte i form av en livskrise. Kulturen vi lever i, kan enten forberede oss godt på vilkårenes betydning eller fremstille dem som udelt negative, som trekk ved tilværelsen det gjelder å unngå og minimere. I vår tid er det mye snakk om *resiliens* – om å bygge motstandskraft og vise omstillingsevne, og om å gjøre det som er i ens makt for å få en «aktiv alderdom», slik at perioden som trengende utsettes lengst mulig: Jobb med å holde deg frisk og rask, så du ikke trenger å være andre til byrde!

DEN FORVENTEDE EGENINNSATSEN for å mestre eget liv i alle dets faser og prøvelser skjer samtidig med at omsorgsprofesjonene effektiviseres – det siste er at ansatte i hjemmesykepleien pålegges å føre regnskap med antall toalettbesøk i løpet av arbeidsdagen. Å se på klokken og å måtte bryte opp fra pasienten før hun har snakket ut, å slippe hånden når den trengs som mest, og å alltid føle seg på etterskudd, både tidsmessig og kvalitativt, tærer på alle som utøver omsorg profesjonelt. Mange av disse har valgt yrket ut fra ønsket om å gjøre noe for mennesker som er i nød, som engster seg og har det vondt – og som trenger å bli møtt og vist omsorg uten krav, uten skam, uten tap av verdighet. I siste instans er det å gi omsorg, så vel som det å motta den, under slike betingelser ensbetydende med å gå på akkord med menneskeverdet. Det er som å tre inn i en tilværelse preget av fremmedstyre – heteronomi – der en ny maktredefinerer relasjonen mellom giver og mottaker, pleier og pasient, med «effektiv tidsbruk» og «produktivitet» som overordnet målestokk.

Det som dermed trues, er opplevelsen av at en asymmetrisk relasjon kan være en god og fullverdig relasjon – samt erkjennelsen av at menneskelivet dypest sett handler om å trenge andre, særlig, men ikke bare, når krisen inntreffer og det røyner på.

«I siste instans er det å gi omsorg, så vel som det å motta den, under slike betingelser ensbetydende med å gå på akkord med menneskeverdet.» *Arne Johan Vetlesen*

Møt de nye investorene

Hvordan ser en investor ut?
Etter vi lanserte kampanjen #huninvesterer i 2019, skjedde det en drastisk endring i fondsmarkedet. For første gang i historien var det flere kvinner enn menn som begynte å investere. En investor ser derfor ikke lenger ut som en mann over 40 år med pen dress og dårlig tid. I dag ser en investor ut som bestemor. Eller en sykepleier. Eller konfirmanten Siri som nettopp har fått fond i gave. En investor ser ut som Fatima, Bjørg, Sarah, Jorunn og Anita. En investor ser ut som deg.

Bli med på å skape økonomisk likestillingshistorie du også.
Bli en investor. Det tar faktisk bare ett minutt.

Se filmen og kom igang!

DNB

- Intensiven var hjemmet mitt

Da Oddmund Vestenfor var helt lam, pratet han hele tiden med sykepleierne. Inni seg. For å bevare forstanden.

TEKST: Marit Fonn ◉ FOTO: Elias Dahlen og privat

PÅ RESPIRATOR: – Jeg var god på det mentale. Hjernen var jo den eneste muskelen som ble stimulert da jeg lå lam så lenge, sier Oddmund Vestenfor.

Oddmund Vestenfor merker det i sommerferien 2016. Han er på folkemusikkfestival i Valdres og sover i telt. Han kjenner en rar prikking i fingrene. Lurer på om han har ligget på hendene sine.

Han drar videre til en kompis på Sørlandet. Det er så tungt å bære bagasjen til og fra bilen. Han skal dusje, må kneppe opp buksen, men fingrene vil ikke. 4. august drar han til legevakten i Kristiansand. De finner ikke ut av det, og han kjører hjemover til Gol.

– Jeg klarte så vidt å gire. Jeg måtte kjøpe meg mat på Rjukan, men strevde med å trykke koden til bankkortet, forteller Vestenfor.

I flere telefonsamtaler rekonstruerer han sin unike historie for Sykepleien.

BLIR BEDRE – OG VERRE

Tilbake til sommeren 2016: Vestenfor kommer seg hjem. Det er helg, vakthavende lege er i Hemsedal. Han tar drosje dit.

– En ung lege der konfererte med Drammen sykehus. De mente det kunne være Guillain-Barré, sier han.

Da blir det ny drosjetur, nå til sykehuset. Vestenfor blir behandlet med immunglobulin på nevrologen. Lammelsen i armene blir borte etter en uke, og han får dra hjem.

Men så kjenner han lammelsen på nytt, nå også i føttene. Det har gått to dager, og han klarer så vidt å gå.

Det blir vendereis til nevrologen i Drammen.

– Så gikk det gradvis feil vei, forteller han.

– Jeg ble jamt dårligere. Først var det lammelser i hender og armer, så fullt trøkk i føttene. Jeg kjente det gikk oppover i hele kroppen.

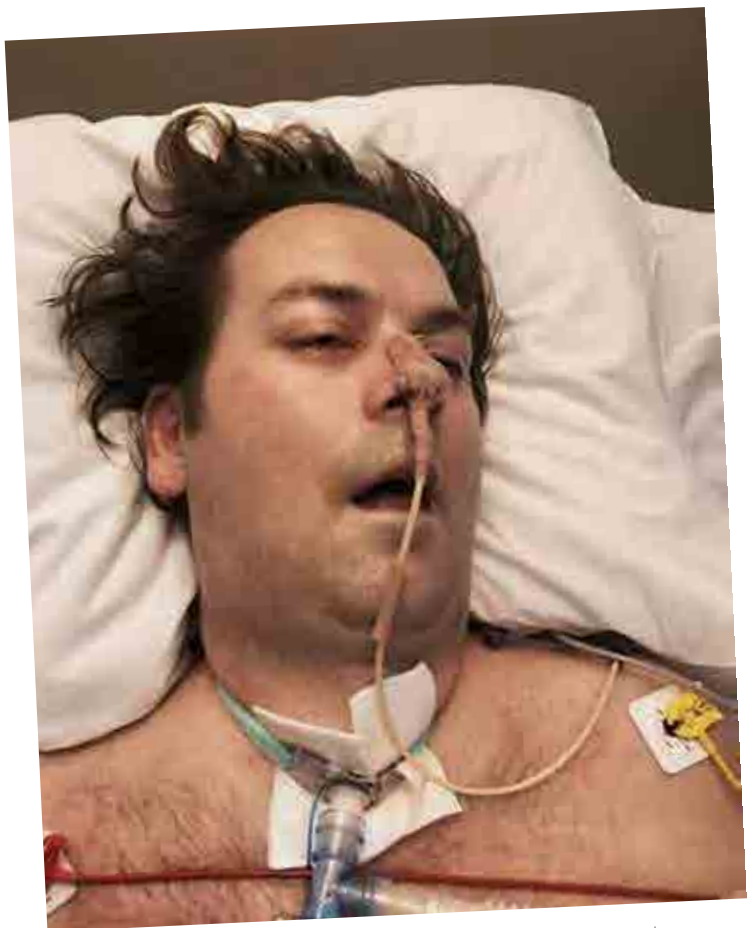
PUSTEMUSKULATUREN LAMMES

Det blir 29. august. Lammelsene som brer seg, kan ikke stoppes. Snart vil også pustemuskulaturen lammes.

Han må flyttes til intensiven. Legene der er godt forberedt, men det er hektisk, og han må vente på plass.

– På vei ned var jeg redd. Jeg gråt litt, jeg skjønte hvor alvorlig det var. «Du kommer jo tilbake», sa sykepleieren.

At det skal ta halvannet år før han kan komme hjem, er det ingen som ser for seg.



NOVEMBER 2016: Har klart å åpne øynene, men er fortsatt stiv i masken.
Foto: Reidun Vestenfor Jerpstad

Det går fort nå, han må intuberes.

To dager senere får han vann i lungesekken, og hjertet stopper. De får hjertet i gang igjen, lungene tappes for vann og han får noe tungt beroligende og søvndyssende.

Han våkner redd og alene uten å kunne røre seg dagen etter.

Det tar fortsatt noen uker før diagnosen Guillain-Barré syndrom fastslås.

Oddmund Vestenfor blir sjeldent hardt rammet.

EN GOD PRAT FØR INTUBERING

Mens han ennå kunne snakke, i mottaket på intensiven, hadde han fått seg en prat med en av de erfarne sykepleierne. Hun er halling, som han. Han har mye på hjertet før han intuberes.

Senere forteller hun at samtalen var til god hjelp for å forstå ham i tiden som skulle komme.

Lammelsene sprer seg.

– Det tok litt tid før sykdommen krabbet seg oppover halsen og ansiktet, forteller han.

Han skjønner at han vil bli blind – men hvor lenge? Det vanlige er at lammelsene trekker seg tilbake, vet han.

Etter et par uker får han innlagt trakeostomi, altså åpning inn til luftrøret. Det er godt for halsen å slippe tuben.

Mat og medisiner får han gjennom en nesesonde.

KAN IKKE SE

Ut i september blir også øyemusklene og pannen lammet.

Vestenfor kan ikke se, for øynene er lukket. Han kan ikke snakke, ikke bevege en muskel.

– Samtidig hadde jeg grufulle smerter. Jeg var lammet helt opp til hårfestet. Hørselen var i orden, for det er ikke muskler i øret. Men på et tidspunkt fikk jeg vann i mellomøret, så da hørte jeg dårligere og dårligere, sier han.

Det er på og av med lungebetennelser og urinveisbetennelser. Hallusinasjonene kommer og går.

«Men selv om du vil dø, kan du ikke få sagt det.»

Oddmund Vestenfor

– Jeg innbilte meg at sonden løsnet, og at personalet ikke så det. Jeg kunne jo ikke få sagt det til dem heller.

Men sonden *var* på plass.

HAR LYST TIL Å DØ

De første halvannen månedene er verst. I denne tiden har Vestenfor lyst til å dø.

– Men selv om du vil dø, kan du ikke få sagt det, sier han.

– Jeg hadde vanvittige smerter, særlig i hoftene.

Derfor vil han snus hvert tjuende minutt, men det kan han ikke fortelle dem.

Så det blir snuing hver fjerde time, som er standard.

– Samtidig trappet de ned på smertestillende. Det var et smertehelvete.

Etter hvert blir det litt bedre.

Dette skjedde med Oddmund Vestenfor:

JULI 2016: Kjenner prikking i hendene, de første symptomene.

29. AUGUST: Legges inn på intensivavdelingen på respirator på Drammen sykehus.

Etter hvert er han lammet fra topp til tå, men bevisst. Han kan ikke kommunisere.

OKTOBER: Får fastsatt diagnosen Guillain-Barré syndrom.

NOVEMBER: Åpner øynene.

JANUAR 2017: Kan først røre på nakken, senere på skulderen.

8. MARS: Flyttes til nevrologisk avdeling, men er fortsatt på respirator.

Kan nikke og bevege på hodet.

MAI: Begynner å spise.

29. MAI: Flyttes til rehabilitering på Høyenhall Helse og Rehabilitering. Lærer å puste.

Får elektrisk rullestol og mobiliseres mer.

OKTOBER: Til Sunnaas sykehus. Lærer å gå.

JANUAR 2018: Kommer hjem til Gol.

NOVEMBER 2021: Jobber 75 prosent som lektor på videregående.

FEBRUAR 2017: Trening i ståseng og annen mental og fysisk mobilisering har gjort at han har tålt forløpet såpass bra, tror Oddmund Vestenfor. Foto: Reidun Vestenfor Jerpstad

– Jeg vennet meg til det, og det hjalp da jeg fikk Fentanyl smerteplaster.

– FIKK ALTFOR LITE SMERTESTILLENDE

Hallusinasjonene øker på i takt med inntaket av narkotikaen, som han kaller det.

– Fentanyl-plasteret og Oxytocin hjalp meg veldig. Jeg brukte det lenge. Det holdt smertene noenlunde i sjakk, men jeg fikk altfor lite smertestillende den første tida.

Han fryser og svetter og fryser igjen. September er varm, med sterk sol, og det er heten han er mest bevisst.

Mens han ligger der ubevegelig er han på farten rundt i Drammen, nesten uten klær, i all slags vær, også i snø og kulde. Sykepleieren han kjenner, hun fra Hallingdal, er med på fantasireisen, og når de nesten er hjemme, tar hun frem varme klær fra sekken og pakker godt omkring ham.

Siden de hadde fått den praten før han fikk tuben i halsen, føler han seg trygg når hun er nær.

REGISTRERER IMPULSERI HJERNEN

Lammelsene er på sitt maksimale rundt 20. oktober i 2016. Nå er han helt lam.

Personalet vet ikke hvor bevisst han er eller at han kan høre alt. Men de følger med på blodtrykket hans, som varierer veldig.

Når de legger telefonen inn til øret hans, så han kan høre stemmer fra familien, ser de at blodtrykket stiger.

Personalet tolker seg imellom og prater noen ganger til pasienten om dette. Det synes han er bra.

Nå tar de elektroencefalografi (EEG) for å utrede bevissthetstilstanden.

EEG registrerer elektriske impulser som oppstår hovedsakelig i de ytre delene av hjernen.

Under registreringen prøver han å presse frem en tåre, som et signal på at han er våken. Det er en kraftanstrengelse siden øynene ikke lar seg åpne.

«Han gråter», sier en. «Nei», mener en annen.

– JEG MÅ JO SLÅSS FOR LIVET

– Når de tolker signalene etterpå, ser de at jeg er fullt våken, forteller han.

– Jeg hadde vært helt overlatt til meg selv. Jeg hadde jo hørt om dem som er operert og kjenner alt, men som ikke kan si fra.

«Hvorfor skulle dette råke meg?» lurer han. Men etter hvert tenker han at han må jo slåss for livet.

«Det er vel rollen min på jorda, når de setter så voldsomt inn med ressurser», kommer han frem til.

– Når de hadde holdt på så lenge, kunne jeg ikke gi opp nå. «Nå må du stå på», sa de nærmeste pleierne mine. De var gode til å motivere når alt så svart ut, og de andre hadde mistet troen på bedring, sier han.

KLARER Å ÅPNE ØYNENE

Når det viser seg at han er bevisst, er det noe som forandrer seg. Han opplever at han blir mer interessant, og enda mer når de også får øyekontakt med pasienten.

Oddmund Vestenfor får beskjed om å prøve å åpne øynene. Han jobber hardt. Det tar ham tre uker.

– Og når jeg først greide å åpne dem, fikk jeg dem ikke igjen.

Øynene må dryppes, og han får plaster over dem. Men han vil bare ha plaster over ett øye om gangen, for han vil se også om natten, nå når han endelig har fått åpnet dem.

Først ser han skeivt. Fjeset til den ved sengen er helt vridd. Han undrer seg: «Er hun pen? Eller ikke?»

BEVEGER HAN PÅ HAKEN, BETYR DET JA

Så kan han også røre lite grann på haken.

De lager et system for å kommunisere: Beveger han på haken, betyr det ja. Blunker han med øynene, betyr det nei.

Etter hvert bruker han alfabetet for å uttrykke seg. De

Guillain-Barré syndrom:

- Guillain-Barré er et syndrom med akutt innsettende svakhet og smerter i armer og bein.
- Lammelser brer seg oppover. I cirka 25 prosent av tilfellene svekkes også pustemusklene.
- Syndromet er en autoimmun sykdom. Det vil si at kroppens immunsystem feilaktig angriper og ødelegger friske celler og vev.
- I alvorlige tilfeller kan puste- og svelgemuskulaturen og ansiktsmuskulaturen lammes.
- I Norge rammes 50–100 mennesker hvert år.

Kilde: Norsk Helseinformatikk

han samtaler med, peker på bokstaver og han blunker «ja» på rett bokstav.

– Jeg hadde skjelvinger, og bevegelsene var ukontrollerte. Det kunne skape litt problemer. Vi hadde avtalt hva signalene mine betydde, trodde jeg, men så hadde en sykepleier tolket det motsatt. Oi, tenkte jeg, da må *jeg* gjøre det motsatt, så det blir rett, sier han.

Han blander sammen virkelighet og hallusinasjoner.

– Da følelsen så smått kom tilbake i ryggen, trodde jeg at jeg lå på et forferdelig underlag, en hard plate. «Ta bort plata», prøvde jeg å si med bokstavkodesystemet. Jeg tolket inntrykkene på min måte.

– DET ER EN LITEN BJØRN OPPI LUFTELUKA

Nå er legene mer inne hos ham, det skjer noe, og det syns han er artig.

– Jeg hadde savnet dem. Nevrologen kom ofte og så til meg, jeg kalte ham etter hvert livlegen. Han var opptatt av hvordan det gikk med meg. Da måtte sykepleierne tolke for ham, for det var ikke lett å skjønne de små tegnene mine for ja og nei.

Han fantaserer fortsatt. «Drømmer du mye», spør nærmeste sykepleier.

– Men nei, jeg sov jo knapt. «Drømme» var feil ord, jeg var jo sikker på at det var en liten bjørn oppi lufteluka. Jeg drømte ikke, sier han.

LANGSOMT KVELT MED VÅT SAND

Han har troll i dynen. Det ligger folk nede i sengen og klyper ham i beina. Arbeidskameratene plager ham også, de fester ved sengen hans. Det er en del av «programmet», det. Intensiven mener dette skal hjelpe ham til å bli fortere frisk.

Torturert blir han også. Han ligger på en sandbanke ved vannet og pleieren kveler ham langsomt med våt sand.

I desember rykker det inn en gjeng med fjøsnisser. De holder det gående og tar seg til rette i flere uker før de endelig blir kastet ut. Da renner det ut med nisser fra sykehuset, og de blir hentet med busser for å bli destruert.

SIKKER PÅ AT DET HADDE SKJEDD

Han tror han endelig er kvitt plagene. Men han får aldri fred. For da kommer barndomskameraten og presser godteri ned i halsen på ham.

Gradvis forstår Oddmund Vestenfor at dette er hallusinasjoner. Men gutten som dør på grusomt vis oppe i åsen, glemmer han aldri. Han hører fortsatt morens klagesang når hun finner ham sterkt lemlestet.

– Jeg var helt sikker på at alt dette hadde skjedd. Det var virkelig, like mye som Gud var virkelig, helt til lammelsene trakk seg tilbake fra hodet i begynnelsen av mars. Jeg jobbet med å

» **FEBRUAR 2017:** Ute i sol på balkongen, for første gang på et halvt år. Foto: Privat

« **OKTOBER 2017:** Nettopp kommet til Sunnaas. Foto: Reidun Vestenfor Jerpstad

«« **JULI 2017:** Mat er ganske godt nå. På rehabilitering. Foto: Reidun Vestenfor Jerpstad

holde de vonde hallusinasjonene vekke, forteller han.

Torturen han snakker om, skjer antakelig når de renser munnen på ham.

Vestenfor forteller like levende om det han har hallusinert som når han forteller om fakta. Han husker datoer, han husker stemmene til dem som var rundt ham. Alt de snakket om rundt ham og i gangen har han fått med seg.

PRATER FOR Å BEVARE FORSTANDEN

Vestenfor prater hele tiden med personalet. Inni seg.

– Jeg ble mer aktiv med dette da jeg var blind og helt alene. Det var viktig for å kunne bevare forstanden.

Radioen blir en viktig del av livet. Han liker sport, politikk og nyheter. Etter hvert får de pårørende formidlet at NRK P2 er favoritten.

– Alt i alt var radioen nyttig, selv om lyden iblant var smertefull, som når de glemte at ørene dagen før var drenert for vann, og hørselen var tilbake som normalt.

Når han hører på nyhetene at Donald Trump vinner valget (8. november 2016), skyter blodtrykket i været.

– Dette hadde pleierne og jeg moro av. Jeg hadde jo fulgt med og var redd dette skulle skje ...

– FYSIOTERAPEUTEN KJENTE TONUS

Sykepleierne er godt i gang med å mobilisere ham, de begynte tidlig med det. Først opp i ståseng, men i korte økter på grunn av det lunefulle blodtrykket. Så lenger og lenger. Kroppen må holdes i gang. De får ham oppreist i spesialstol.

Fysioterapeuten tar ham i hånden og beveger leddene. Vestenfor har hele tiden vært motivert for å trene.

«En gang i januar føk det opp i over 300 og så ned til 40.»

Oddmund Vestenfor

– Fysioterapeuten hadde tro på at det skulle snu, for det var rester av muskelkraft da hun bøyde på armene mine. Hun kjente det var tonus i muskulaturen.

Vestenfor var enig og sa: «Ja, ja, ja!» Inni seg ...

FÅR HULL I MAGEN

– Å trene i ståseng er hardt for skrotten. Vi måtte være veldig forsiktig, for blodtrykket spratt opp, og så ned, på en blunk. Det kunne også skje etter små endringer i sinnsstemning. En gang i januar føk det opp i over 300 og så ned til 40. Sykepleieren hadde aldri opplevd før at dette ikke førte til varig skade, forteller han.

Hull i magen, PEG (Perkutan Endoskopisk Gastrostomi), får han i desember.

Da går mat og medisiner den veien, og det er godt å bli kvitt sonden.

Hva er en hallusinasjon?

- En sanseopplevelse uten at det foreligger en ytre påvirkning av sanseorganet. Du kan høre og se ting som ikke eksisterer eller er virkelige.
- Den skilles fra vrangforestillinger, som er fastlåste og urimelige oppfatninger uten samtidige sanseinntrykk.
- Alt som kan påvirke hjernefunksjonen alvorlig, vil kunne gi hallusinasjoner.

Kilde: Norsk Helseinformatikk

Nå er også hørselen på plass, han har fått lagt inn dren i ørene. Først nå får han tilpasset briller, etter beste evne, han kan jo ikke bruke kontaktlinser.

«VIL DU LEVE?»

«Vil du fortsatt leve?» spør legen rundt juletider. «For det er ikke sikkert vi kan hjelpe deg noe mer.»

Oddmund Vestenfor er godt forberedt på denne samtalen, men må svare med usikre signal med haken eller øynene.

Også familien er i ferd med å miste håpet.

– Selv hadde jeg fått trua. Jeg hadde jo strevd i mange måneder, og hadde god kontakt med pleierne. Jeg hadde nådd langt, livet var slik sett vendt tilbake, sier han.

Noe skjer i kroppen. Han setter rekord i ståsengen: Tretti minutter, fem og førti, en time ... Han kjemper og vil leve, og pleierne får det med seg.

– Nærmeste sykepleier hadde tidligere om høsten fortalt at jeg er såpass ung og sterk, og at jeg skulle få leve. De skjønte hvor motiverende det var, og det gjorde at jeg holdt ut den mørkeste tida.

INGEN GOD BURSDAG

15. desember fyller han 50 år. Det blir en vond dag, og han får noe beroligende. Julaften er forferdelig. Nyttårsaften blir bedre.

På nyåret klarer han først å røre på nakken. Etter noen uker kan han også bevege på den ene skulderen.

– Da skjønte sykepleierne rundt meg at nå går det rette veien.

– *Hva følte du da?*

– Jeg fantaserte litt fortsatt, men hadde jo tenkt i desember at i januar, da skal det snu. Og det gjorde det, så smått.

Før jul hadde han fått medisinen rituximab, som er et kraftig immundempende middel. Var det denne som hjalp?

– I ettertid tror vi at det var den som fikk fart på tilhelingen, sier Vestenfor.

SOM EN BABY

Alt må læres på nytt.

– Da jeg var relativt trygg på dem som stelte meg, så jeg meg selv som en baby på åtte-ni måneder, helt avhengig av de foresatte. Den skjønner mye, men kan ennå ikke uttrykke det.

For å få kroppen i gang, må hjernen først aktiveres:

– Skulle jeg bøye en arm, måtte jeg først tenke instrumentelt: «Bøy armen!» Så gjøre selve bevegelsen. Det var mental trening.

12. januar får han enerom. Han tror det er en leilighet.

JUNI 2017: Respirator bare om natten. På Høyenhall. Foto: Reidun Vestenfor Jerpstad

MAI 2018: Første lange gåtur, med søstrene Reidun og Solveig. Foto: Privat

– Jeg hadde blanda følelser om det. Jeg forsto det var riktig, men var redd for å bli mer alene. Jeg var jo sysselsatt når det var folk rundt meg, og når pleierne stelte andre pasienter, fulgte jeg med, sier han.

Da setter de én fast pleier på ham, og snart er de to faste.

«KAN DET VÆRE INNBILNING?»

I februar kan han bevege hodet, og kan derfor følge med på apparatene rundt ham. Han har kontroll på både oksygenopptak og puls.

Hallusinasjonene ebber etter hvert ut. Han ser at kompisen sitter i trappen midt i rommet. Ingen andre ser at han sitter der.

– De sa det kanskje var innbilning, men nei. Jeg var uenig. Det er som å være dement, du tror ikke på det andre sier. Men etter hvert kom tanken: «Er det innbilning lell, dette her ...?»

I februar slutter synshallusinasjonene, men smakshallusinasjonene varte til ut i mars.

– Lenge var jeg rar og stiv i fjeset. Alt skulle jo på plass. Jeg trente på å smile. Det var ikke lett. Mobilisering, det ordet er veldig viktig.

TILBAKE TIL NEVROLOGEN

Etter et halvt år på intensiven, flytter han tilbake til nevrologen 8. mars. Der har han alle maskinene rundt seg på eget rom og får nye pleiere.

Etter hvert prøver de ut reiserespirator, som henger bak på en rullestol.

Det er tungt å bli heist opp av sengen, over i sele og ned i stol. Det går framover, men han er utrygg når han skal mobiliseres på grunn av feil med respiratorene. Og det gjør vondt når bein og armer for raskt bøyes på plass i stolen.

Han begynner å spise så smått. Og han kan snakke litt.

Han får store smerter i magen. Det er størknet avføring fra tykktarmen som må presses ut.

UTSKREVET ETTER NI MÅNEDER

29. mai 2017 forlater han sykehuset i Drammen i rullestol, fortsatt på respirator. Turen går til rehabilitering på Ringerike. Timen i en taxi blir lang og tøff, for han holder fortsatt for det meste sengen.

«Det er som å være dement, du tror ikke på det andre sier.»

Oddmund Vestenfor

På rehabiliteringssenteret lærer han å puste av lungesykepleieren, som er med fra Drammen. Hun er en god støtte den første uken utenfor sykehuset.

I oktober, etter langvarig trening med rullestol og bruk av armene, greier han å gå litt.

– Det var følelsesmessig sterkt. Både for meg og for de rundt meg.

10. oktober flytter han til Sunnaas sykehus. Han trapper gradvis ned på medisinene. Han har fortsatt store smerter og plages med at nervene begynner å vokse til igjen.

»

Råd til sykepleiere fra Oddmund Vestenfor:

Snakk med pasienten. Husk at hørselen ikke er avhengig av muskelkraft, og kan henge lenge ved.

Vær ærlig hvis pasienten tåler det.

Ikke vær redd for å snakke om pasienten, men tenk at pasienten hører det.

Behandle den som ligger der som et individ.

Motiver! Men den som motiverer og mobiliserer, må være ærlig og ta det på alvor.

– Jeg hadde trodd det ville ta veldig lang tid å lære å gå, men i desember kom det seg.

– JEG BLE GRADVIS MER LIKEVERDIG

På Sunnaas maler han og lager ting i leire for å få fingre og hender i gang.

– Jeg var mer med i samfunnet nå, møtte folk som nettopp hadde skadet seg, ting ble mer normalt.

Treningen er tøff, men snart går han gjennom de lange gangene der han før hadde rullet i full fart med stol.

– Jeg kom som pasient og ble gradvis mer et likeverdig medmenneske.

HJEMME – ETTER ET OG ET HALVT ÅR

Så er det hjem igjen til Gol i januar 2018, for botrening og opptrening med lokal fysioterapeut. Han får trygghetsalarm, for sikkerhets skyld. Men det går bra, og i februar er han uten hjelp og tilsyn.

– Det var lenge uklart om jeg kunne bo i leiligheten min. Vi visste ikke hvor bra jeg kunne bli. At det skulle bli såpass, er nok en gledelig overraskelse for mange.

Rullestolene han hadde med, ble stående ubrukt. Og snart kunne de leveres inn.

Hva med trappen opp i andre etasje? Og hva med bilkjøringen?

Han måtte bli helt kvitt de sterkeste smertestillende medisinene. I januar ble det bare Paracet, og da hadde han lov til å kjøre bil igjen

– Men jeg måtte kjøre opp på nytt og ble testet kognitivt på Sunnaas.

Dette var i februar, og siden har han kjørt bil.

GOD PÅ DET MENTALE

Nå er det gått snart fire år siden han kom hjem. Oddmund Vestenfor har gjort seg mange refleksjoner etter det.

– Jeg var god på det mentale. Hjernen var jo den ene muskelen som ble stimulert da jeg lå lam så lenge, aleine og inne i meg sjøl, sier han.

– *Hvor lenge følte du at sykdommen varte?*

– Det prikker i huet nå, og jeg kjenner det i føttene. Jeg har rester etter sykdommen. Det har vært både kraftige og små tilbakefall.

Nå går han til og fra arbeid, og går lange turer i bratt terreng. Han trener styrke og intervall, og løper litt.

– Jeg prøver å trene jamt.

– DET KAN SKJE TABBER

Både på nevrologen og på rehabiliteringssenteret var det mye som føltes utrygt.

– Det kan skje tabber. Enten fordi sykdommen har kommet langt, eller rene sykehustabber.

– Man tenker jo at det er livsfarlig når det er helg, iblant på ettermiddagen og natta og. Man kan kvie seg. Til ferieavviklingen også. Vikarene kan ikke det de skal. Det er på limiten hele tiden.

Han legger til:

– Alt i alt er jeg veldig fornøyd med systemet, som trør til når det er virkelig alvorlige tilfeller.

TESTER UT MEDISIN

Flertallet som får Guillain-Bairré, blir friske etterpå.

– Vi tror nå at sykdommen min er kronisk, men moderne medisin holder sykdommen i sjakk. Vi tester den ut, og ser at medisinen kan hjelpe mange flere enn meg.

Snart fyller han 55 år.

– Jeg har lyst til å arbeide fremover, vi vet jo at det er viktig å holde seg i gang.

Vestenfor er lektor på videregående skole og underviser i norsk, samfunnskunnskap og historie.

KUNNE VÆRE REDD FOR IKKE Å FÅ PUSTE

– Det er et konstant stress å være kopla på respirator, spesielt når du ikke kan gjøre rede for deg. Men jeg ble trygg på at maskina gjorde jobben med å puste for meg.

Men når det skulle skiftes slange, eller ved flytting mellom rom og til og fra undersøkelse, fikk han manuell pustehjelp med bag fra pleierne.

– Da kunne jeg være redd for ikke å få puste.

En gang ble det traumatisk. Det skjedde da de justerte ned oksygenet for at han skulle trene på å puste mer selv.

– Det skjedde en fredag, men de glemte å øke igjen, så jeg hadde for lite oksygen hele helgen. Da var hallusinasjonene verre enn ellers.

LÅ LIKSOM PÅ OPPBEVARING

– *Gjorde de nok for å prøve å forstå deg?*

– De var vel ikke klar over at jeg var våken. I starten trodde de kanskje jeg var bevisstløs – at jeg «sov», sier han.

– Det er lett å bli glemt, de har det jo travelt. Jeg lå liksom på oppbevaring mellom alle andre. Da diagnostiserte jeg medpasientene, jeg måtte jo finne på noe.

– *Hvordan var det å dele rom så lenge?*

« **TRIVELIG:** Vestenfor har besøkt intensiven i ettertid. – Det var så trivelig. Jeg er veldig takknemlig for å ha blitt så godt tatt vare på. Foto: Elias Dahlen

– Både og. Det var jo trygt å være med de andre, men jeg fikk aldri ro til å sove. Jeg følte jeg ikke sov i hele tatt, jeg hadde jo intense smerter.

VAR REDD FOR Å BLI TORTURERT

– Noen av hallusinasjoner var forferdelige, og jeg var redd for å bli torturert. Så jeg spilte på lag med pleierne, eller vokterne, og samarbeidet etter beste evne.

Han ble fortalt på forhånd at han ville få en reaksjon av de sterke medisinene og av livet i respirator.

– Så jeg var forberedt, men jeg greide ikke skjelne mellom det virkelige og hallusinasjonene.

Da han igjen kunne uttrykke seg, var det flere som ble overrasket over at han husket dem.

– Jeg kjente dem igjen på stemmen. Kanskje hadde de hjulpet til med å flytte på meg om natta.

– FØRST ER DET NEDVERDIGENDE

Det var sykepleiere som best klarte å tolke ham.

– Jeg måtte overgi meg til helsepersonalet. Man må stole helt på det de gjør, jeg var totalt avhengig. For å få næring, bli stelt. Først er det nedverdigende på en måte, at alt stell må gjøres av andre. Men du må jo bare godta det.

– *Var det fint å ha de samme pleierne rundt deg?*

– De skulle jo trygge meg, men det kunne og bli kjedelig og lite utviklende. Med nye folk var det mer spennende, det skjedde mer, men jeg var helt

«Det er lett å bli glemt, de har det jo travelt. Jeg lå liksom på oppbevaring mellom alle andre.»

Oddmund Vestenfor

avhengig av de sykepleierne. De var mine nærmeste, sammen med familien min. Intensiven var hjemmet mitt.

Kom det noen andre sykepleiere eller leger og slo av en prat, så betydde det mye:

– Vi kan kalle det mental mobilisering. Det hendte de fant på noe morsomt, og aktiverte meg med i det sosiale. Det var bra.

– *Er du en sosial type?*

– Underveis tenkte jeg at det var godt dette »

skjedde meg, ikke så mange andre ville greid det. Jeg har klart det, fordi jeg er vant til å være alene, og jeg er en tenksom type som kan finne mening og interesse i det meste.

BLE DEPRIMERT ETTER INTENSIVEN

– Følte du deg deprimert?

– Det var så mye dramatisk som skjedde, og jeg greide å snu de tunge stundene til det bedre. Ikke minst på grunn av de nærmeste sykepleierne, som støtta meg da de visste at jeg var våken, sier han.

– Det hjalp å prate med Gud, det var en kontinuerlig forhandling og bønn. Velsignelsen, som jeg ikke lenger husker ordrett, var til trøst. Så fikk det gå som det måtte gå. Det gode fikk overtaket, alle ville meg vel, og det helvetet som var her, var til å holde ut.

Men han var deprimert da han kom ut av intensiven og over på nevrologen, og enda mer på rehabiliteringen.

– Jeg hadde kommet så langt, men hadde tung opptrening foran meg.

FIKK BLI PÅ GRUNN AV BLODTRYKKET

– Det er imponerende at du klarte å beholde vettet?

– Ja, jeg kan takke Gud. Om det fins en gud, det vet jeg ikke helt, jeg hallusinerte jo så veldig. Jeg hadde et rikt indre liv. Men var samtidig til stede i det daglige, visste når på døgnet det var, og kjente dem som var rundt meg.

Han tenkte hvor dyrt det var for samfunnet at han lå der.

– På Sunnaas så jeg hardt trafikkskadede bli mye fortere frisk enn meg, og jeg har jo følt at jeg var en belastning, og at de ville ha meg ut før. Men jeg var jo ikke klar for det.

– Det flyktige blodtrykket, som føk i været og datt i kjelleren, var vel den viktigste grunnen til at jeg ble værende på intensiven så lenge. De ble jo glad i meg, og jeg i dem. Vi skulle jo klare dette sammen.

DRAMATISK OG LANGTEKKELIG

– Det ble nok dramatikk på sykehuset?

– Ja, men det var langtekkelig og. Hjernen finner på utflukter. Tidlig om morgenen, jeg hadde ikke fått på klær, føk jo jeg rundt i Drammen, var inn til Oslo, i en tv-serie fra åttitallet. Kulisser transformerte seg til sykehus i Oslo, eller var det Drammen?

Slik reiste han dag ut og dag inn.

– Jeg kunne plutselig våkne på Hadeland. Da hadde jeg nok i virkeligheten blitt flyttet til et annet rom.

Han prøver å finne forklaringer på hallusinasjonene:

– For de var like virkelige som det hverdagslige stellet og rutinene.

«DU HAR EN FORFERDELIG SYKDOM»

En sykepleier skrev i dagboken hans: «Du sover godt, jeg vil ikke forstyrre deg.»

– Men jeg hadde det grusomt da, husker jeg. Jeg ville «prate» eller få trøst. Jeg fikk jo aldri sove – men jeg må jo ha sovet noe likevel.

En annen sa: «Det er en forferdelig sykdom du har.»

– På en måte var det fælt å høre, men jeg opplevde det som empatisk. Hun forsto, og jeg forsto nok mer, og kunne ta innover meg sykdommen sett utenfra, sier han.

SNAKKET LITT OM KUNSTIG KOMA

Hans viktigste budskap er: Man må alltid regne med at pasientene hører.

– Også de som ligger for døden. Hvor lenge har man tanker før man slokner? Hvem er bevisst, og hvor lenge? Det vet man jo ikke.

Han ble ikke lagt i kunstig koma:

– Det var litt snakk om det. Men vi trodde det kunne bli en måned på respirator, og det måtte jeg tåle. At det skulle bli elleve måneder, ante vi ikke.

– Burde du vært i koma, da du hadde det som verst med smerter?

– Det har jeg ikke tenkt på. Men jeg ville jo dø, fordi det var så vondt. Hadde de forstått hvor vondt det var, så hadde jeg vel blitt hjulpet med de morfinpreparatene jeg omsider fikk etter to måneder.

Han spør seg: Hvordan ville det vært å vekke en hardt rammet pasient etter noen måneder?

– Jeg er redd de hadde sett det som best å trekke ut kontakten til pustemaskina. Så langvarige tilfeller med denne sykdommen kjente de ikke til.

EN VIKTIG HISTORIE Å FORTELLE

I ettertid har han besøkt intensiven flere ganger.

– Det var så trivelig å hilse på dem. Jeg følte meg hjemme. Jeg er veldig takknemlig for å ha blitt så godt tatt vare på.

– Hvordan er det å snakke om det du har vært gjennom?

– Det er en del av bearbeidelsen, sier han.

– Det har vært veldig viktig for meg, som ikke kunne gi uttrykk for noen ting over så lang tid, å fortelle.

Cochrane rapport:

Voltarol Gel har laveste NNT av alle topikale NSAID*[1,2]

En analyse av 61 studier med over 8000 pasienter viser at:

- ✓ 8 av 10 opplever smertelindring med Voltarol Gel
- ✓ Topikal NSAID kan gi tilsvarende smertelindring som oral NSAID ved akutte problemer som forstuing, forstrekning og sportsskader[1]

*Ved akutte muskel- og leddsmerter. Kilder: 1. Derry S, et al. Cochrane Database Syst Rev 2015: CD007402. 2. Derry S, et al. Cochrane Database Syst Rev 2017: CD008609.

Voltarol Forte gel (diklofenakdietylamin 23,2 mg/g). Indikasjoner: Milde til moderate smerter i forbindelse med forstuing eller forstrekning (≥14 år) og milde til moderate smerter i fingerledd eller knær i forbindelse med artrose (>18 år). **Dosering:** Voksne (inkl. eldre) og barn >14 år: 2-4 g gel 2 ganger daglig (tilsvarende størrelsen på et kirsebær til en valnøtt) er tilstrekkelig til å behandle et område på 400-800 cm2. Lege bør kontaktes dersom symptomene forverres eller ikke bedres innen 7 dager. Bør ikke brukes >14 dager ved forstuing eller forstrekning, og ikke> 21 dager ved artrosesmerter i fingre eller knær, med mindre det er anbefalt av lege. **Vanlige bivirkninger:** Dermatit (inkludert kontaktdermatit), utslett, erytem, eksem, pruritus. **Alvorlige bivirkninger:** pustuløst utslett, angiødem, hypersensitivitet (inkludert urticaria). **Kontraindikasjoner og forsiktighetsregler:** overfølsomhet overfor innholdsstoffene, astmaanfall, angioødem, urtikaria eller akutt rhinitt ved bruk av acetylsalisylsyre eller andre NSAIDs. Ved bruk på store hudområder i lengre perioder kan det ikke utelukkes at systemiske bivirkninger kan opptre. Legemidlet bør derfor brukes med forsiktighet hos pasienter med nedsatt nyre-, hjerte- eller leverfunksjon, så vel som ved aktivt ulcus pepticum (se preparatomtale for formuleringer av diklofenak til systemisk bruk). Pga. økt risiko for systemiske bivirkninger skal forsiktighet utvises ved samtidig bruk av perorale NSAIDs. Graviditetens tredje trimester. Barn <14 år. Appliseres på uskadet hud uten sykdomstegn. Inneholder propylenglykol og benzylbenzoat som kan gi mild lokal hudirritasjon hos enkelte. Pga. risiko for fotosensitivitetsreaksjoner bør direkte sollys, også solarium, unngås på det behandlede området under behandlingstiden og i 2 uker deretter. **Reseptgruppe:** C. **Pris:** 150g: 180.50 NOK. **Konsulter FK tekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon.** Distribueres av GlaxoSmithKline Consumer Healthcare ApS, 2610 Rødovre, Danmark. Varemerker eies av eller er lisensiert til GSK konsernet. ©2021 GSK eller deres lisensgiver. www.voltarol.no. 01/2021. PM-NO-VOLT-21-00002

Marit Daaland Lesjø er forfatter og debuterte med romanen EPIKRISE på Aschehoug forlag i 2020. Hun har en master i helse-, organisasjons- og kommunikasjonspsykologi, har selv bipolar lidelse og holder foredrag om erfaringskompetanse i psykisk helsevern.

AV Marit Daaland Lesjø

Stolen ved døra

De låste meg inne og holdt meg fast med blikket. De gjorde jobben sin, og de mente det godt.

«Pasienten kan ikke komme på noe som har gledet henne gjennom helgen, med unntak av at stolen hvor personalet observerer henne fra, er flyttet litt vekk fra døren».

Denne setningen fant jeg i journalen min. Den er fra da jeg var tvangsinnlagt med en alvorlig depressiv episode for seks år siden. Jeg synes den er fascinerende meningsmettet. Det å være under kontinuerlige overvåkning (K.O. som det heter i journalnotatene) er en bisarr opplevelse. Noen hadde ansvaret for å fotfølge meg døgnet rundt mot min vilje. Jeg lå stort sett bare i sengen, så de sto neppe i fare for å bli andpustne. Men jeg ser for meg at det kan være utmattende på andre måter, for den emosjonelle kondisjonen, å sitte der i time etter time og se på en person som har gått i oppløsning.

For det er sånn depresjon er. Kropp og sjel mister kontakten med hverandre. Det som er deg, rives i biter, og du blir sittende alene i tomrommet mellom de ulike delene. En uendelig eksistensiell ensomhet. Følelsene dine, det som skal være kompasset i livet, er sporløst forsvunnet. Du tror du har mistet evnen til å få kontakt med andre mennesker, til å bli glad i noen, og dermed kan ingen være glad i deg heller. Kroppen er bare et skall som burde få slippe å eksistere i denne uutholdelige limbotilværelsen. La meg få slippe, sa jeg. Nei, sa de. Og så låste de meg inne og holdt meg fast med blikket. De gjorde jobben sin, og de mente det godt.

Stolen er flyttet litt vekk fra døren. En liten, hensynsfull bevegelse. En grunnleggende konflikt i relasjoner mellom mennesker er balansegangen mellom nærhet og avstand. Vi trenger å knytte oss til hverandre, samtidig som at vi også må beskytte våre egne grenser. En trygg relasjon er i balanse, og hvis den bikker for mye den ene eller den andre veien, blir vi gjerne utrygge. Personalet i stolen passet på meg, men balansen i relasjonen var rimelig skakk. Jeg var hjelpeløs, og det føltes både trygt og truende på samme tid. De tok over ansvaret for livet mitt i en periode, og jeg slapp å bestemme selv om jeg skulle leve eller dø. På en måte var det en lettelse, på en annen var det uhyggelig klaustrofobisk. Det er vanskelig å få tillit til noen som tar fra deg makten med tvang.

Alle har sin egen intimsfære som ingen andre har adgang til uten å være spesielt invitert. Jeg »

Foto: Kristin Slotterøy/Aschehoug

hadde absolutt ikke invitert noen. Når man er på sitt jævligste og mest sårbare, er det mer naturlig å ville gå i skjul og gjemme seg, iallfall for meg. Som en dødssyk katt som legger seg under vedskjulet for å få dø i fred. Det var ydmykende å bli sett på konstant, å ikke få dusje alene, å være tvunget til å vise all min kroppslige og sjelelige nakenhet i det avslørende og grelle institusjonslyset. De som observerte meg, var ikke engang folk jeg kjente personlig. Jeg skammet meg over alt de kunne se, men også over at dette ikke var et ansvar de hadde bedt om. Omsorgen jeg fikk, var en del av en arbeidsinstruks, og det føltes kjølig, klinisk og formelt.

Tvangsomsorg bryter med de uskrevne reglene for nærhet og avstand som vi vanligvis forholder oss til. Dette krever mye av den som har makten. Det at stolen ble flyttet, var et lite tegn på respekt for min autonomi, noe jeg satte pris på. Men jeg husker skikkelsen i stolen som ansiktsløs og autoritær, skummel, selv om jeg i ettertid skjønner at det var en person med sitt eget puslespill av holdninger, motiver, personlighetstrekk og erfaringer. Den gangen føltes det som om de visste alt om meg og jeg ingenting om dem.

I starten av oppholdet brydde jeg meg ikke; jeg tror knapt jeg la merke til dem. Det at jeg begynte å kjenne på ubehaget i å bli observert hele tiden, var sånn sett et godt tegn. Fra å være et tomt skall som, ifølge journalen, «viser svært dårlig emosjonell kontakt og ofte stirrer rett ut i luften», begynte jeg å observere verden rundt meg igjen. Sengen med en sørgelig flat pute, små hull i strien på veggen, hvor noen kanskje hadde pirket og gravd med frustrerte og skamfulle fingre. Det halvmørke rommet, hvor den eneste kilden til lys var det som slapp inn gjennom døråpningen. Og der: en ukjent person. Jeg var redd og trist, men det å se meg rundt og bli mistenksom overfor andres hensikter, viste i det minste en antydning til liv og egen vilje. Paradokset er at når man er frisk nok til å få tilbake retten til å trekke seg mer unna fysisk, øker behovet for emosjonell kontakt, og man er ekstremt var for avvisning.

Jeg gråter aldri når jeg er på mitt verste, men når jeg begynner å våkne, kommer tårene. Etter å ha mistet seg selv på den måten sitter man igjen med en enorm sorg og skam. Jeg lå i sengen og gråt, mens personen i stolen fortsatte å observere

> **«De passet på at kroppen var trygg frem til resten av meg kom tilbake.»**
>
> Marit Daaland Lesjø

på avstand, men sa ingenting og kom ikke bort til meg. Jeg synes fremdeles det er snodig. Kanskje var det for å vise respekt for grensene mine, som det med å flytte stolen, men det føltes ikke som omsorg. Jeg ble ikke møtt, men følte meg stirret på.

Å bli sett på uten å bli snakket til, i time etter time, kan føles som å være med i et surrealistisk teaterstykke. Uvirkelig og kunstig. Det føltes ubehagelig nært samtidig som avstanden mellom oss ble tydeligere. Vi var ikke likemenn. Jeg var syk, hun var frisk. Det var som om tårene mine ikke var en rimelig reaksjon på omstendighetene, men bare et symptom på depresjonen. En feil.

Hvis mangelen på følelser i den dype depresjonen tolkes som avkopling fra verden, kan synlige uttrykk for sorg og frykt bunne i et ønske om å kople seg på igjen, men man er fremdeles usikker på om man er verdig til å bli medlem i det menneskelige fellesskapet. Terskelen for å kjenne på sviende avvisning er lav når man er så hudløs.

Jeg har et tosifret antall innleggelser bak meg, noen på akutten og noen på DPS døgn. Mitt inntrykk er at akuttpsykiatrien preges av tanken om at man ikke skal «belønne» sterke følelsesutbrudd med oppmerksomhet, for da blir det bare verre. Jeg husker få tilfeller hvor personalet uoppfordret oppsøkte meg bare for å ta en prat. Kanskje handler dette om ressurser, men jeg tror også holdninger spiller en rolle. En frykt for å slukes av det skadeskutte beistet. Til dels kan jeg forstå det. Kaster man seg inn i en annens følelseskarusell, er det lett å bli fartsblind, og da kan man ikke hjelpe. Jobben er å stå støtt når pasienten ikke kan, men det bør også være rom for bevegelse. Selv om relasjonen er kortvarig, kan det være et enormt viktig møte for en pasient som er helt på bunnen. Ja, man risikerer at det kan bli slitsomt og ubehagelig – men det

er vanskelig å rense sår og plastre sammen hvis man ikke tåler å se blod.

Nær, men ikke for nær er et krevende dilemma for helsepersonell, kanskje spesielt i psykiatrien. Empati, som folk i helsevesenet ofte har en del av, er en styrke når man skal jobbe med mennesker, men også en svakhet. Å være medfølende samtidig som man har et klart skille mellom seg selv og pasienten, tærer sikkert på kreftene – men jeg tror det er essensielt for å gi god hjelp. Jeg sier ikke at det er lett, men kanskje det blir enklere å være modig i vanskelige møter hvis man husker at det viktigste for pasienten er å bli tålt. Å vise at man tåler dem på sitt verste, er noe av det mest omsorgsfulle man kan gjøre. Det kan formidle håp om at det finnes en fremtid der ute i verden, i stedet for avvisning forkledd som hensynsfullhet.

Stolen ble flyttet litt vekk fra døren, og en dag var den tom. Til syvende og sist var de standhaftige blikkene som fulgte meg gjennom disse ukene, en bekreftelse på at jeg var verdt å redde. De passet på at kroppen var trygg frem til resten av meg kom tilbake. Denne tomme stolen i døråpningen betydde at jeg var klar for å få tilbake friheten og ansvaret. Jeg pustet ut og strittet imot. Jeg er takknemlig for at de orket å se på meg. Uten dem kunne jeg selv ha blitt den tomme stolen rundt middagsbordet.

ANNONSE

Hvordan man tar det

Alle kan bli syke, men det er ikke like enkelt for alle å ta imot hjelp. Hvem håndterer pasientrollen best og dårligst?

TEKST: Ingvald Bergsagel

Psykolog Lene Berggraf møter både mennesker som sliter med å akseptere sin helsemessige situasjon og sine behov, og de som takler pasientrollen godt.

– Noen kan oppleve det som veldig befriende å innta en pasientrolle, sier hun.

– Det kan kjennes godt å gi fra seg ansvaret, akseptere egne begrensninger og erkjenne at nå er det noen andre enn meg selv som må bidra. For andre kan det oppleves som et nederlag.

Hun tror type lidelse kan ha mye å si for hvordan folk takler det.

– Psykiske lidelser kan ofte være uavklarte og oppleves som skambelagte for noen. De kan tenke at dette burde jeg håndtert på en annen måte, og de kan ha urealistiske forventninger til seg selv. Tilstander som helt åpenbart er uforskyldte og avklarte, kan være lettere å si høyt.

Berggraf har jobbet mye med temaet medfølelse og selvmedfølelse, blant annet gjennom samtaleterapi.

SKYLD OG SKAM

Ifølge psykologen kan skyld og skam bidra til at folk ikke får hjelpen de trenger.

– Dersom du får skyldfølelse av å be om hjelp, så ber du gjerne ikke om hjelp. Da får du heller ikke hjelp, noe som fort kan forverre helsetilstanden din. Og er du kommet «inn i systemet», kan fortsatt skam gjøre at du ikke åpner deg tilstrekkelig opp og dermed ikke får nok hjelp.

Berggraf har inntrykk av at mange, kanskje særlig unge, i dag stiller urealistisk høye krav til seg selv, både på jobb og privat.

– De ønsker å gjøre alle de riktige tingene. På sitt beste kan dette lede til at de skjønner når det er riktig å søke hjelp, men høy grad av ansvarsfølelse kan også gjøre at mange strekker strikken for langt. Enkelte kan føle at de må prestere også som pasient.

DE SOM TAKLER DET DÅRLIG

Vidt forskjellig personlighetstyper kan ifølge Berggraf ha ekstra utfordringer med å innta pasientrollen.

– På den ene siden har du de som alltid selv har tatt seg av andre. De kan være nærmest selvutslettende og føle at de ikke fortjener hjelp siden andre sikkert har det verre.

Lene Berggraf

- Psykolog, kursholder og formidler.
- Forsvarte i 2013 sin doktorgradsavhandling om hvordan økt medfølelse for seg og andre kan bidra til bedre relasjoner for personer med personlighetsforstyrrelser.
- Tilbyr blant annet samtaleterapi med særlig oppmerksomhet mot medfølelse og selvmedfølelse.

FLOTT MED KORT: Enkelte pasienter kan synes det er vanskelig å ta i mot hjelp uten å få gitt noe tilbake, men psykolog Lene Berggraf vet råd: Et ektefølt, håndskrevet takkekort er noe av det beste hun kan få fra pasienter. Kortene blir med videre og tas frem i tunge stunder. Foto: Privat

«Tilstander som helt åpenbart er uforskyldte og avklarte, kan være lettere å si høyt»

Lene Berggraf, psykolog

En ganske annerledes pasienttype Berggraf trekker frem, er kontrollfriken.

– Enkelte mennesker synes det er veldig vanskelig gi fra seg styringen. De skal klare alt selv og ser på det som et nederlag å måtte be om hjelp.

En tredje type, er den utrygge.

– Mange kan være skeptiske til helsevesenet og autoriteter. For eksempel kan de lure på hvem som får tilgang til sensitiv informasjon de gir fra seg, eller være usikre på behandlingsmetoder og medisiner.

DE SOM TAKLER DET BRA

Tillit er ifølge Berggraf et sentralt stikkord for å «lykkes» som pasient.

– Jeg tror de med høy grad av tillit til både andre mennesker, systemet og seg selv håndterer pasientrollen best, sier hun.

– Dette er folk som har lett for å akseptere at slik er det nå. De har selvomsorgen på plass, erkjenner egne behov, søker hjelp og tar imot med ro og liten grad av angst og usikkerhet. Trygghet legger grunnlaget for fleksibilitet, som kan være nyttig når du er pasient.

Å GI NOE TILBAKE

Etter å ha mottatt viktig og god helsehjelp, kan mange føle behov for å takke litt ekstra, men det er strenge regler for hva helsepersonell kan ta imot.

Her er paragraf 9 i helsepersonelloven tydelig og streng:

«Helsepersonell må verken på egne eller andres vegne motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke helsepersonells tjenstlige handlinger på en utilbørlig måte.

Helsepersonell må heller ikke motta fra pasient eller bruker gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som har mer enn en ubetydelig verdi.»

Berggraf har et helt konkret råd:

– Skriv et kort, sier hun.

– Om du som pasient har behov for å vise ekstra takknemlighet, så er et ekteført, håndskrevet fysisk takkekort noe av det beste jeg kan tenke meg.

Takknemlige ord, smil og kroppsspråk er også viktig, men et kort blir ifølge Berggraf tatt vare på og tatt frem når det trengs på tunge dager.

– Jeg har selv fått noen slike kort opp gjennom, og de blir med meg videre. For meg betyr de mye mer enn enhver blomsterkvast eller sjokolade.

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 varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima® produkter

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

79 000

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

Sykepleien

ANNONSE

Vil du gjøre en forskjell?
Bli med på det norske **folkehelseeventyret!**

Feelgood er et helnorsk og unikt folkehelsekonsept innen trening og velvære. Tilrettelagt for de som trenger det mest og drevet av mennesker som er genuint opptatt av andre menneskers ve og vel.

Våre medlemmer er i snitt 66 år, og svært mange har frem til nå vært ukomfortable med fysisk aktivitet. Hos Feelgood så opplever de imidlertid hvor stor livskvalitet det gir å være i bevegelse på egne premisser og ringvirkningene er enorme!

Våre over **60** sentre har hjulpet tusenvis av mennesker til et bedre liv siden oppstarten i 2016. Vi kan trygt si at Feelgood har knekt koden på hvordan man aktiviserer folk flest.

Feelgood er skapt med hjertet for å hjelpe andre og gir et folkehelsetilbud som er trygt, enkelt og inkluderende.

feelgood – Når målet er **å ha det bra!**

Flere av våre Feelgood-sentre drives i dag av helsearbeidere, og personer som har bakgrunn fra sykepleierfaget.

Dere har de samme verdiene som oss, så vi vil gjerne ha flere! Derfor har vi laget en egen introvideo som viser hvordan konseptet fungerer og hvilke muligheter som finnes for at du kan drive ditt eget Feelgoodsenter.

Scan QR koden for å se videoen, eller gå inn på:

www.folkehelse.info

Når hjelperen blir hjelpeløs

Da Sissel Tytlandsvik (69) ble alvorlig syk, oppdaget hun at det kunne være vanskeligere å motta omsorg enn å gi. Det siste den tidligere sykepleieren vil, er å være noen til bry.

TEKST & FOTO: Ingvald Bergsagel

Sommeren 2019 hadde Sissel Tytlandsvik en stund gått og kjent på at formen ikke var slik den pleide å være. En ettermiddag i juli ble det brått mye verre.

Hun satt på verandaen og leste. I fanget lå den selvbiografiske boken til Anne Bitsch, *Går du nå, er du ikke lenger min datter*.

Som bokmerke brukte Sissel en papirlapp. På den noterte hun seg, slik hun hadde for vane, formuleringer som gjorde ekstra inntrykk.

«Du dør litt for hver dag du er taus og ikke får trøst», skrev hun blant annet.

Sissel tenkte hun skulle bli ferdig med boka denne dagen, men det gikk bare ikke. Ordene stokket seg. Det var bråstopp. Lesehesten Sissel kunne plutselig ikke lese.

Hun la boka fra seg, tok en dusj og gikk til sengs.

Midt på natten våknet hun og skjønte at noe var virkelig galt. Hun forsøkte å ringe etter hjelp.

– Jeg husker at jeg plukket opp telefonen, men jeg klarte ikke å bruke den.

Etter det er minnet hennes fullstendig slettet. Ektemannen Roar husker derimot at hun ba ham ringe 113.

Ambulansen kom raskt. De fikk ikke kontakt med henne, men på et tidspunkt klarte hun likevel å reise seg og forsere trapper både inne og ute, før hun la seg på båren selv.

Dette husker hun ingenting av.

– Det må ha vært staheten i meg som våknet litt.

FRA HJELPER TIL HJELPELØS

Denne lyse julinatten i 2019 så det mørkt ut.

– Det var nesten ikke liv i meg. Roar fikk høre at det neppe var mer å gjøre.

Men det var mer å gjøre.

Etter en samtale med eksperter på Rikshospitalet øynet de lokale legene håp. En ambulanse kjørte Sissel til Oslo for fulle sirener.

– Der fikk jeg boret hull i hodet og lå med dren i elleve dager, forteller hun.

– Jeg var virkelig dårlig. Klarte ikke å spise eller noen ting.

HELE SISSEL. Som pasient har Sissel Tytlandsvik (69) ofte ønsket at flere skulle se og behandle henne som et helt menneske. Et slikt perpektiv ble vektlagt da hun selv utdannet seg til sykepleier for mange år siden.

«Jeg husker at jeg plukket opp telefonen, men jeg klarte ikke å bruke den.»

Sissel Tytlandsvik

Sissel, som hadde viet så mye av sitt liv til å hjelpe andre, opplevde nå å være fullstendig hjelpeløs.

KREVER RASK INNLEGGELSE

Årlig rammes rundt 12 000 mennesker av hjerneslag i Norge. De aller fleste tilfellene skyldes blodpropp, mens 10–15 prosent forårsakes av hjerneblødning der en blodåre sprekker – ofte på grunn av høyt blodtrykk – og lekker ut i hjernevev eller på hjernens overflate.

Vanlige symptomer er nummenhet på en side av kroppen, talevansker, svimmelhet og etter hvert hodepine og tap av bevissthet.

Det skjer ofte uten forvarsel, og tilstanden kan fort forverres. Det er derfor viktig å komme seg til sykehus så raskt som mulig.

Ifølge Helsebiblioteket.no har hjerneslag en dødelighet på rundt 15 prosent. De som overlever, har cirka 50/50-sjanse for å bli hjelpetrengende, mens resten klarer seg selv. Yngre mennesker, menn og personer uten andre helseplager har best prognoser.

På grunn av hjerteflimmer gikk Sissel i 2019 på blodfortynnende medisiner for å hindre blodpropp. Hun mener hun var satt på for stor dose i forhold til egen vekt og er overbevist om at dette forårsaket hjerneblødningen.

KNUSELIGE MINNER

To år senere, en solrik sensommerdag i 2021, besøker Sykepleien Sissel hjemme i rekkehuset utenfor Drammen.

Utsikten over Drammensfjorden er bred og beroligende. Inne har et langt liv fylt rommene med håndfaste minner. Innrammede fotografier, porselensfigurer, keramikk og glass preger de fleste overflater.

– Jeg har knust litt etter at jeg ble syk, innrømmer Sissel.

– Jeg må nok kvitte meg med mye.

Veien hjem etter hjerneblødningen har hatt mange omveier, og den glade hjelperen og omsorgspersonen hun var før, vil hun neppe bli igjen. I alle fall ikke på samme måte.

– Det har vært en lang prosess for å erkjenne at jeg aldri blir den samme igjen.

SOM EN SOMMERFUGL

Stueveggene domineres av oljemaleriene til Arne Sørlie.

Sissel anslår at hun har anskaffet godt og vel tretti av kunstnerens bilder etter at hun oppdaget ham for rundt tjue år siden.

– Det er noe med symbolikken som treffer meg så sterkt. Han har åpnet mange rom i meg.

Hun leder oppmerksomheten mot et spesielt maleri, splittet horisontalt av et tjukt, sort felt. Nederst en barnevogn. Øverst en diffus skikkelse som ser mot en frodig eng med mennesker. Et kraftig lys trenger gjennom det mørke feltet. I venstre bildekant flakser en sommerfugl.

– Dette malte han spesielt til meg etter en tegning jeg hadde laget.

I oppveksten var Sissel den blide, glade og hjelpsomme. Samtidig kunne hun føle at hun sto litt på utsiden av seg selv. Det fantes liksom en annen del av henne som hun ikke ville slippe ut i verden.

– På et vis har jeg følt meg som en larve i samfunnet. Lenge opplevde jeg at jeg var som en uforløst puppe, men jeg lengter etter å kunne å se meg selv som en sommerfugl.

Fascinasjonen for de flygende vesenene manifesterer seg også andre steder i stua enn i Sørlies kunst. Fargerike vinger av ulikt materiale folder seg ut i vinduskarmer, på bord og kommoder. Selv bærer Sissel denne dagen både en hårspenne og en brosje med sommerfuglmotiv.

– Etter hvert har sommerfugler blitt et veldig sterkt symbol for meg.

TOK TIDLIG ANSVAR

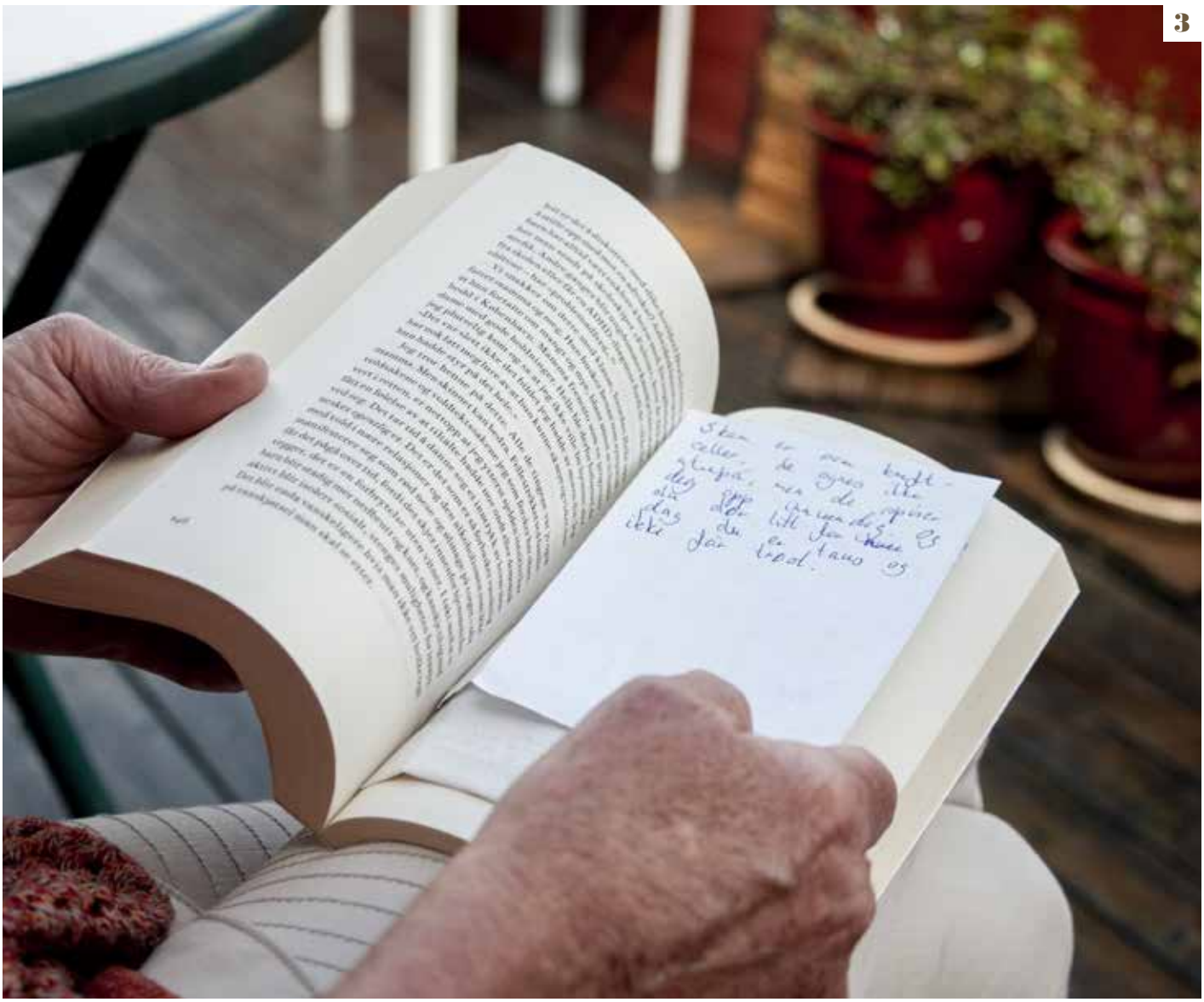
Vi setter oss ut i sola. Kaffe og småkaker kommer på bordet. Veien mellom kjøkkenet og terrassen er atskillig lengre når den forseres med rullator.

Sissel forteller at hun vokste opp i 50-tallets

1

2

1. SÅRBAR PYNT. Etter hjerneblødningen hender det at pynteting går i gulvet når Sissel Tytlandsvik manøvrer seg gjennom rommene. Hun er innstilt på å måtte kvitte seg med en del. **2. SOM EN SOMMERFUGL.** Arne Sørlies symbolladede bilder betyr mye. **3. LESESTOPP.** Her, midt mellom side 246 og 247 i Anne Bitschs bok, stanset det opp. Plutselig klarte ikke Sissel Tytlandsvik å lese mer.



3

GUDS ORD. Religion har alltid vært en naturlig og viktig del av Sissel Tytlandsviks liv.

Stavanger som eldst i en søskenflokk på fem – fire jenter og en gutt.

Faren jobbet lange dager på gummivarefabrikken til Viking. Moren var først hjemmeværende, men tok seg etter hvert arbeid som vaskehjelp.

Eldstejenta Sissel fikk og tok tidlig ansvar og passet på de mindre barna mens hun selv fremdeles var et barn. Det falt henne naturlig. Sågar kunne det ofte kjennes godt å glemme seg selv gjennom å være der for de andre.

– Det var liten tid til jevnaldrende og lek, minnes hun.

Hun husker farmors katt Sakarias, den røde hannkatten som fant seg i det meste.

Når vesle Sissel selv trengte litt trøst og omsorg, gikk hun og hentet Sakarias, stappet ham i dokkevogna og trillet rundt. Kanskje pusen også fikk på seg noen dokkeklær. Sakarias krevde ingenting av Sissel. Han lyttet tålmodig. Når han gikk lei, hoppet han bare ut av vogna og stakk sin vei. Det var en fin ordning, synes Sissel.

Sakarias er et av de gode barndomsminnene.

– Jeg har egentlig aldri vært barn, men så ikke noe galt i det. Når andre hadde det bra, hadde jeg det bra selv.

NATURLIG Å BLI SYKEPLEIER

Yrkesvalget kom som en naturlig forlengelse av hjelperrollen hun hadde funnet glede og søkt tilflukt i som barn. Hun utelukker ikke at en religiøs oppvekst og sterk personlig tro også kan ha hatt betydning.

Hun tok sykepleierutdanning på Diakonissehjemmet i Bergen og begynte å jobbe på hjerteavdelingen ved sykehuset i Stavanger. Der merket hun raskt hvordan idealer og helsevesenets realiteter ikke alltid stemte overens.

– På Diakonissehjemmet var alle veldig opptatt av at vi skulle ta vare på hele mennesket, minnes hun.

Den slags var det ikke alltid tid til eller rom for på sykehuset. Én pasient husker hun spesielt godt – en mann med mye angst.

– Jeg spurte om han ville snakke med presten, og da skal jeg si han kvapp til! «Skal jeg dø nå?»

For Sissel var det helt naturlig at man snakket med en prest om vanskelige ting. For pasienten var slike samtaler utelukkende forbundet med døden.

– Der på avdelingen dreide alt seg om hjertet. Da jeg senere ble syk selv, fikk jeg erfare slike holdninger fra den andre siden, og er det noe jeg har savnet som pasient, så er det å bli sett som et helt menneske.

GLEDEN VED BARN

Så lenge hun kan huske, har Sissel vært glad i barn, så da hun fikk høre at det skulle startes opp en ny sykehusavdeling for prematurfødte i Stavanger, søkte hun seg raskt dit.

– Åh, det var virkelig drømmen. En fantastisk givende jobb. Jeg jobbet nærmest døgnet rundt. Klarte ikke å si nei til vakter og oppgaver.

Hun elsket jobben, men i lengden kunne det ikke gå. En gang på begynnelsen av 1980-tallet gikk Sissel på en smell og gikk inn i en stor depresjon.

Det ble tydelig at hun måtte ta vare på seg selv om hun skulle kunne være der for andre.

Hun flyttet til Drammen der hun fikk seg jobb på sykehjem, men merket at helsen ikke tålte turnusarbeid like godt som før.

Hun måtte lære seg å leve mer regelmessig. Blant annet derfor, men også fordi hun ville jobbe med barn, videreutdannet hun seg til helsesøster.

– Som skolehelsesøster hadde jeg åpen dør, og

KRONGLETE. Mye blir mer kronglete når balansen svikter.

innimellom kom det et barn inn uten å si så mye, erindrer hun.

– Jeg kunne ofte ane at det lå noe mer bak. At han eller hun hadde noe vanskelig på hjertet. Jeg har mange gode opplevelser av å være tålmodig i slike situasjoner. Til slutt stiger gjerne det som ligger på bunnen, opp til overflaten.

Helsesøsterjobben viste seg å leve opp til Sissels forventninger og vel så det.

Men det skulle ikke vare.

EN KNALLTØFF PERIODE

For drøyt tjue år siden fikk jobbkarrieren til Sissel en temmelig brutal slutt.

– Antakelig har jeg hatt epilepsi lenge, men det ble ikke diagnostisert. Mor så symptomene da jeg var barn, men fikk beskjed av legen om ikke å bry seg om det.

I voksen alder ble anfallene sterkere. De kom gjerne om natten. Hun kunne våkne på gulvet uten å skjønne hvordan hun hadde havnet der.

Diagnosen fikk hun først da hun var i slutten av trettiårene og innlagt på sykehus for noe annet.

Hun forsøkte i mange år med ulike medisiner, men til slutt fant legene ut at det var nødvendig å operere. Dette innledet en knalltøff periode.

– Etter operasjonen overtok andre deler av hjernen for visse handlinger. Jeg måtte lære veldig mye på nytt.

Sissel prøvde å gå tilbake til helsesøsterjobben, men det var ikke lett.

I én til én-situasjoner fungerte hun fint, men med grupper gikk bare ikke. Alle kravene om rapportering og dokumentering ble også uoverkommelige. Ofte ble hun sittende langt utover kveldene med papirarbeid. Det slet ytterligere på helsa. En stund forsøkte hun å jobbe i barnebolig, men det gikk ikke i lengden.

Sissel forteller at det var leger ved Spesialsykehuset for epilepsi som til slutt ba henne velge mellom jobben eller livet.

– Å bli uføretrygdet var bittert. En kjempesorg.

ALLE BARNA

På stueveggene hjemme hos Sissel og Roar henger det – i tillegg til alle maleriene til Arne Sørlie – mange bilder av barn.

Dette til tross for at paret ikke har noen egne.

– Det er stort sett barna og barnebarna til mine søsken, forklarer Sissel.

Hele livet har hun tatt seg av andres barn: Først som storesøster, etter hvert som sykepleier på avdelingen for premoturfødte og enda senere som helsesøster.

Etter at hun ble arbeidsufør, ble frivillig arbeid med barn – blant annet for den lokale menigheten og på sommerleiren til Frambu – noe som fylte hverdagen med mening.

– Jeg elsker barn! Og ungdom.

Men også denne gleden skulle havne utenfor Sissels rekkevidde.

OMSORG I ØRSKA

Etter den dramatiske julinatten i 2019 våkner Sissel etter hvert opp på Rikshospitalet.

I halvørska, i en seng på nevrokirurgisk avdeling, får hun kjenne på en uvant følelse, nemlig gleden ved å motta hjelp.

– Tidligere har jeg nok strittet imot at andre skal vise meg omsorg. Nå var det annerledes. Det kan selvsagt ha hatt noe med min tilstand å gjøre. At jeg innså at jeg trengte hjelp og dermed var ekstra mottakelig.

Hun husker særlig to sykepleiere, begge menn, som helt utrolige. En av dem var ekstra påpasselig med at hun tok til seg næring.

– Jeg har ikke kunnet glemme den omsorgen og varmen jeg kjente fra dem. De satt hos meg og forsøkte å snakke med meg, og det de sa, var ikke bare ord.

Sissel kjenner at hun fortsatt blir rørt når hun tenker på de to. Hvor nære de var henne som mennesker.

– Mye helsepersonell viser tydelig utad hvor travle de er, men ikke disse. De var ikke opptatt av klokka, men av meg.

EN SOMMERFUGL MED ØDELAGT VINGE

Et bilde lagret på Sissels mobiltelefon viser en neslesommerfugl i vinduskarmen i tiende etasje på Drammen sykehus.

Bildet er datert 22. august 2019 klokken 17.58, og er altså tatt noen få uker etter hjerneblødningen.

Selv kraftig redusert fra sykesenga kunne Sissel se at den ene bakvingen til sommerfuglen var ødelagt. Den var skadet. Som henne.

Så åpnet noen vinduet, og neslesommerfuglen fløy ut.

Dagen etter var den tilbake.

– Det ble veldig sterkt for meg! Jeg var fryktelig dårlig da. Å se den sommerfuglen gjorde noe med meg. Den var skadet, men fløy likevel.

HJELPEMIDLER MED BEGRENSNINGER

Selv om hun overlevde, kom seg på beina og hjem igjen, fikk hjerneblødningen store konsekvenser for hennes liv og hverdag.

Hun har store balanseutfordringer. Beina er sterke og kondisen utmerket, men hun må bruke rullator til det meste og har flere stykker til ulikt bruk. Også en med piggdekk for vinterføre.

Dusjen har fått hendige håndtak, og kommunen har hjulpet med andre tilpasninger i hjemmet.

Minst like ille som balansen, er konsekvensene hjerneblødningen har fått for synet til Sissel. Hun forteller at dette ikke ble tatt tak i før broren hennes, som selv er blind, ringte synskontakten i Drammen kommune.

Sissel har ikke lenger sidesyn, og direkte sollys begrenser henne enda mer. Hun har også blanke flekker rundt om i synsfeltet. Hjernen fyller ut tomrommene, slik at det hun retter blikket mot, oppleves som en helhet. Dette gjør derimot at mennesker kan poppe brått inn og ut av synsfeltet når hun beveger seg folksomme steder.

– Da skvetter jeg.

Etter hjerneblødningen synes Sissel det har blitt mye vanskeligere å lære seg nye ting. Samtidig trenger hun nå faktisk å lære seg mye nytt. Nylig fikk hun for eksempel opplæring i bruk av smarttelefonens muligheter for personer i hennes situasjon, men lite festet seg.

Hun blir fort sliten i hodet og kjenner seg konstant svimmel. Skadene i hjernen beskriver hun som store og som det verste for henne i dag.

GLAD FOR Å HA LÆRT UTENAT

Fremdeles ligger papirlappen der hun var kommet i boka til Anne Bitsch – mellom side 246 og 247.

– Jeg skal nok fullføre den, men innser at det i så fall må bli som lydbok.

Leseevnen forsvant som nevnt brått den dagen for drøyt to år siden. Hun har fått hjelpemidler for dette også, men de har sine begrensninger.

En maskin kan oversette trykket tekst til tale, men datastemmen er slitsom å høre på i lengden, og tolkningen er unøyaktig. Blant annet skiller maskinen dårlig mellom tallet 0 og bokstaven O. Ofte må Roar trå til og hjelpe.

Smarttelefonen kan lese opp tekstmeldinger, men

«Å se den sommerfuglen gjorde noe med meg. Den var skadet, men fløy likevel.» *Sissel Tytlandsvik*

VINGESKUTT. Fra sykehussenga så Sissel Tytlandsvik hvordan en neslesommerfugl med kvestet bakvinge fløy som bare det. Foto: Privat

det knoter seg til om hun forsøker å svare på dem.

Hun hører en del lydbøker, men langt fra alt hun er interessert i, er lest inn. Spesielt fagbøker og religiøse tekster er sjelden tilgjengelige i dette formatet.

– Jeg er så glad jeg kommer fra en generasjon som lærte ting utenat, sier hun.

Å kunne tekster til kjære salmer og sanger har vært til trøst og glede. «Å for djup i Jesu kjærleik» er en favoritt. Det er også den gamle slageren «Gresshoppen og valmuen».

Hun siterer: «Ja, hvorfor være stor når man er lykkelig som liten? De fleste gikk det ille, som større være ville.»

– Jeg liker tekster med mening og har alltid vært en lesehest. Men det ble det altså brått slutt med.

VIL IKKE VÆRE TIL BRY

Følelsen av å være mer til bry enn til nytte i samfunnet plager henne.

I det meste av sitt liv har Sissel vært den som er der for andre – storesøsteren, sykepleieren, helsesøsteren, den frivillige.

De siste årene har hun derimot opplevd Helse-Norge og hjelpeapparat fra den motsatte siden, som pasient og mottaker.

Det har til tider vært tungt. Ikke minst har det vært tøft å oppleve ressursmangelen i helsevesenet som pasient. Om og om igjen har hun fått høre at ansatte ikke har tid. Og hun vet jo så altfor godt hvordan det kan være. Som sykepleier har hun selv stått i det.

– De ansatte har ofte vært så stresset rundt meg. Jeg gjorde alt jeg kunne for ikke å be om hjelp, forteller hun.

– Jeg tenkte hele tiden at andre trengte det mer enn meg.

HUNDREVIS Å FORHOLDE SEG TIL

Som pasient har Sissel også reagert på den kontinuerlige strømmen av mennesker hun har måttet forholde seg til.

Etter hjerneblødningen har hun blant annet vært på Drammen sykehus, Rikshospitalet, Ullevål sykehus, Vikersund bad, Hurdal syn- og mestringssenter og på Godthaap Helse og Rehabilitering.

Stadig nye steder, nye avdelinger, nye ansatte.

Om og om igjen har hun måttet forklare leger og sykepleiere om tilstand, sykdomshistorie og medisiner.

– Det har vært hundrevis av helsepersonell å forholde seg til. Jeg skulle ønske langtidspasienter som meg i større grad kunne få noen faste. At visse ansatte følger deg i systemet, men i stedet er det jeg som flyttes rundt mellom avdelinger og institusjoner.

Som eksempel til etterfølgelse i så måte, trekker hun frem kommunens team for hjemmerehabilitering.

Da hun omsider kom hjem etter hjerneblødningen, fikk hun fem dager i uka hjelp til et treningsopplegg av et lag bestående blant annet av sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og helsefagarbeider.

– En fast gjeng som kjente meg godt. Det har vært helt fantastisk!

VIL AT HELSEPERSONELL SKAL SPØRRE MER

– På en avdeling er jeg kun hjerte. Et annet sted kun hjerne. Et sted kropp, et annet sted psyke.

Det har likevel vært hederlige unntak og ansatte som har brent seg inn i minnet på positivt vis. Sykepleierne på nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet er nevnt. En sykepleier på hjerteavdelingen var også god å snakke med.

Enda en hun opplevde så hele henne, var en lege på Vikersund bad, dit hun ble sendt for rehabilitering.

– Hun reddet rett og slett livet mitt og skjønte hvor syk jeg var, sier Sissel.

I denne perioden hadde Sissel mye feber. Legen på Vikersund bad tok henne av febernedsettende medisiner og så heller etter årsakene bak.

– Slik avdekket hun at jeg hadde sepsis som følge av en bakteriell infeksjon i hjerteklaffene.

Resultatet ble flere operasjoner, to nye hjerteklaffer og pacemaker.

En kjepphest for Sissel har blitt at helsepersonell må våge å spørre mer.

– Kanskje mange er redde for å avsløre sine faglige begrensninger? Jeg vet ikke.

Skråsikre folk har hun uansett lite til overs for.

– Da jeg ble operert for epilepsi, kom barna på skolen der jeg jobbet med spørsmål leger og sykepleiere burde ha stilt. Helsepersonell oppførte seg stort sett som om de kunne alt om epilepsi.

ELLEVE MIL MED RULLATOR

29. juli 2021 sto hun foran den mektige fasaden til Nidarosdomen i Trondheim. Hun var sliten og stolt. Så ble porten åpnet, og hun gikk inn.

Bak seg hadde hun da en elleve mil lang fottur med rullator langs pilegrimsleden fra Stiklestad.

– Ingen hadde trodd jeg ville klare det, men jeg er jo sta som et esel.

Vandringen var i regi av foreningen Kristent Arbeid Blant Blinde og Svaksynte (KABB).

– Det har vært utrolig vanskelig for meg å erkjenne at jeg er avhengig av hjelp, men uten hjelp kunne jeg ikke blitt med på turen.

Som nevnt er det ikke noe galt med kondisen, bare med balansen og synet. Rullatoren fikk henne frem de fleste steder. I mer ulendt terreng holdt to hjelpere henne under hver sin arm.

– Men dette føltes annerledes enn det meste av hjelpen jeg har fått i helsevesenet. Under vandringen følte jeg meg som del av et fellesskap. Jeg kjente aldri på at jeg var til bry. Det var utrolig sterkt.

Sissel opplevde pilegrimsvandringen som en kontrast til hvordan hun de siste årene stadig har blitt vurdert for hjelp av det offentlige. Trenger du virkelig det og det? Kan behovet dokumenteres?

– Hva er vitsen med å vekke sånne som meg til live om man stadig skal måtte føle seg som en byrde? sukker hun.

– Forstå meg rett: Jeg er evig takknemlig for hjelpeapparatet, men jeg liker ikke å være til bry.

Å GI NOE TILBAKE

I rekkehuset med utsikt over Drammensfjorden finner Sissel frem noen plastbokser fra en hylle høyt oppe. Hun vil vise frem noe.

Boksene viser seg å være stappet til randen av hjemmestrikkede pulsvarmere med innstrikkede perler i ulike mønstre og farger. Det er mye hjerter. Svekket syn kompliserer produksjonen, men umulig er det ikke.

Mer enn én gang har hun kjent på behovet for å gi noe tilbake til alle hjelpere hun har møtt, men det er strenge regler for slikt i norsk helsevesen.

Helsepersonellovens paragraf 9 fastslår at ansatte ikke har lov til å «motta fra pasient eller bruker gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som har mer enn en ubetydelig verdi».

Pulsvarmerne til Sissel kan muligens vurderes å falle innenfor lovens definisjon av «ubetydelig verdi». Hvor stor verdi det faktisk har for Sissel å kunne gi dem bort, er derimot ikke lett å måle.

EXERGEN
CORPORATION

MÅL TEMPERATUREN EFFEKTIVT OG NØYAKTIG MED *TAT-5000S* I 3 ENKLE TRINN

Trinn 1

Trykk og hold inne knappen

Trinn 2

Beveg termometeret forsiktig over pasientens panne

NO EAR - NO FEAR!

Trinn 3

Slipp knappen og les temperaturen

FORDELENE MED TAT-5000S

- Nøyaktig måling på bare 2-3 sekunder
- Sykepleier har mer tid til pasienten
- Ekstremt behagelig for pasienten og sykepleieren
- Veldig robust og er bruddsikker
- Høy produktivitet
- Livstidsgaranti

Konklusjon: Et verktøy der sykepleier og pasient tjener mye

VIL DU VITE MER?

Kontakt vår forhandler:
Pure Medical AS
Tel: 72591500
pure@online.no

ACCURACY MATTERS

Utdrag fra romanen *Heim* av **Johan B. Mjønes**, Aschehoug, 2018

I romanen *Heim* følger vi Jørgen, en sengeliggende, språkløs og urolig sykehjemspasient helt på slutten av livet. Boken er skildret fra hans perspektiv, bare brutt av korte journalnotater fra pleierne. Forfatter Johan B. Mjønes har selv jobbet fire år som pleiemedarbeider på et sykehjem.

– Hei, sier han og ser på meg. Det ser ut som om han er trist. Jeg får vondt av ham der han står over meg og strever og er trist, men jeg vet ikke hva det er jeg kan gjøre, hvordan jeg kan hjelpe ham. – Microlaxen har ikke hatt noen effekt. Han er rett på meg, snakker høyt og tydelig.

– Det var ikke kommet noe avføring i bekkenet som du dytta vekk, så da må jeg plukke deg. Det er så lenge siden du har hatt avføring, så jeg er helt nødt til å plukke deg, sier han og det virker ikke som om han er trist lenger, det er noe annet i blikket hans nå. Jeg ser opp på ham, forstår ikke hva det er han sier, forstår ikke hva han mener, prøver å forstå hva det er i blikket hans. Og så forsøker jeg å sette det han sier i en sammenheng.

– Hva mener du? spør jeg etter å ha sett på ham ei stund, men i stedet for å svare, tar han tak i stikklakenet og løfter meg rundt. Han er så rask, så sterk, og løfter meg rundt med sånn kraft at jeg på nytt blir redd for å bli kasta ut av senga. Så kommer smerten. Skuldra og arma presses på nytt opp i kragebeinet og inn i ribbeina. Igjen får jeg pusteproblemer. Jeg prøver å si noe, prøver å rope, men greier ikke få ut en lyd, greier bare så vidt å slippe pusten. Må puste. Må trekke pusten.

Jeg blir liggende på sida mens han romsterer med noe bak meg. Jeg hører at han tapper vann i vaskefatet, hører lyden av gummihansker som smeller mot hud, for smertene skjerper sansene, jeg hører alt nå og trekker et overflatisk innpust. Slipper ut.

– Prøv å slappe av, sier han og legger den ene hånda forsiktig på hofta mi. Jeg prøver å trekke pusten selv om skuldra verker og det kjennes som om ribbeina skal knekke, prøver å puste ut, greier det så vidt, og så kjenner jeg at han løfter på rumpeballen min med hånda som ligger på hofta før han stikker noe opp i endetarmen min. Jeg greier ikke holde igjen et utbrudd, men han stanser ikke, bare fortsetter.

Slutter helt å puste. Alt knyter seg i meg, for han stikker noe opp i endetarmen min, opp i rumpa. Lenger opp dytter han fingeren, ja, det må være fingeren han har stukket opp i endetarmen min, for jeg kjenner at han beveger den. Og det kjennes ut som om jeg skal til å revne.

– Stans, sier jeg så høyt jeg klarer, men har ikke noe pust, så jeg klarer ikke å rope. Han stanser ikke. Og jeg forstår ikke hva det er han gjør? Forstår ikke hvorfor. Sakte trekker han fingeren ut. Smerten slipper samtidig som det kommer en lyd. Så kjenner jeg ei lukt fylle rommet. Kvalm og syk. Er det meg? Er det jeg som lukter sånn? Nei. Det kan ikke være meg. Men hva er det som lukter? Igjen stikker han fingeren opp i meg, og jeg skriker ut. – Stans!

Det revner. Jeg revner. Endetarmen og ryggen og alt revner. Jeg er sikker på det. Smerten er en brann, sviende og intens og fingrene hans presser på meg fra innsida, presser så jeg kommer til å revne. Huden er bare råttent papir, og snart river han meg i stykker, sprenger meg opp fra innsida. Jeg forsøker å rope, men han hører ikke, fortsetter bare. Et øyeblikk slipper smerten og lukta fyller rommet. Så må jeg skrike på nytt.

Skriket forandrer ingenting og smerten brenner gjennom kroppen. Igjen ber jeg ham om å stanse. Trygler, roper at han skal stanse. Han stanser ikke. Fortsetter bare, selv om jeg roper at han skal stanse, fortsetter han bare, fortsetter og fortsetter med fingeren opp i rumpa så jeg revner fra innsida, og smerten gjør at det hvitner, lysende prikker danser foran øynene mine og jeg får ikke puste, alt glir bort fra meg, og så er det som om noe løsner. Noe slipper taket, smerten slipper, men jeg får det ikke helt med meg, smerten og lukta og alt flyter og pusten, jeg kan trekke pusten. Jeg blir lagt over på rygg igjen, opp på noe hardt og kaldt igjen, og noe har løsna, jeg kjenner det. Tilbake på rygg, ja, oppå det harde og kalde, men det gjør meg ingenting nå, alt er en lettelse, alt er en forbedring. – Takk, sier jeg og lukker øynene av utmattelse. – Takk.

«Sakte trekker han fingeren ut. Smerten slipper samtidig som det kommer en lyd. Så kjenner jeg ei lukt fylle rommet. Kvalm og syk. Er det meg?» *Fra romanen Heim*

Utdrag fra romanen ***Les pakningsvedlegget nøye***
av **Karen Havelin**, Cappelen Damm, 2019

Som hovedpersonen i boka, har forfatter Karen Havelin erfaring med kronisk sykdom fra barndommen av. Hovedpersonen Laura har under hele oppveksten vært plaget av kraftige allergier og vært inn og ut av sykehus. Som ung kvinne får hun også endometriose og må gjennom flere operasjoner og krevende behandlinger. Hun lever med konstante smerter. Når vi møter henne i boka, er hun voksen, bosatt i New York med en liten datter, derfra følger vi henne bakover i tid.

En eller annen gang i løpet av det siste året har jeg begynt å innse at det ikke hjelper å være stille og høflig. Dette er et massivt paradigmeskifte, som om hele verden har vippet 30 grader og alle bare fortsatte som om ingenting hadde skjedd. Det hjelper ikke å late som om jeg ikke er sint når jeg er sint, til tross for det foreldrene mine har programmert inn i meg: at jeg må være en perfekt, tiltalende pasient, fordi ingen bryr seg og ingen orker å bli forstyrret. Leger og sykepleiere kan ikke slutte å behandle meg selv om jeg er uhøflig mot dem. Kanskje jeg til og med ville fått bedre behandling og mer oppmerksomhet hvis jeg hadde oppført meg mer krevende. Jeg har behersket meg i så mange år at jeg står i fare for å bli et av de fryktinngytende menneskene som kan gi tydelig beskjed om mørket, raseriet og desperasjonen sin på alle mulige måter, bare ikke rett ut, med ord. Selv om jeg biter tennene sammen, kan alle som har øyne, åpenbart se at jeg er rasende. Jeg er så sint at jeg står i brann og regner ild over byen. Jeg slenger broer mot skyskrapere og strekker hals for å brøle så alle vinduene i byen smadres og regner ned i en livsfarlig skur av glass.

Utdrag fra romanen ***Dykkerdrakt og sommerfugl***
av **Jean-Dominique Bauby**. Oversatt av Tom Lotherington, Gyldendal Norsk forlag, 1997

1995 kollapset sjefredaktør i franske Elle, Jean-Dominique Bauby. Tyve dager senere våknet han. Han hadde hatt et massivt hjerneslag, var språkløs, lammet og kunne bare bevege venstre øyelokk. Ved hjelp av en logoped lærte han seg å kommunisere ved å blunke når hun leste opp bokstaver. Slik har han skrevet denne boka om livet som totalt pleietrengende. Bauby døde av komplikasjoner to år senere.

Den ene dagen kan jeg synes det er nokså artig, i en alder av førtifire år, å bli vasket, snudd på magen, tørket og skiftet på som et spedbarn. I ren barndomsregresjon føler jeg til og med en slags grumsete fryd ved det. Dagen etter står alt dette for meg som toppen av patetisk, og en tåre renner ned i barberskummet som hjelpepleieren smører over kinnene mine. Og det ukentlige badet gjør meg både lykkelig og dypt fortvilet. Etter det herlige øyeblikket da jeg synker ned i badekaret, kommer straks nostalgien etter de grundige seansene i badet som hørte til de store gleder i mitt tidligere liv. Jeg pleide å utstyre meg med en kopp te eller whisky, en god bok eller en bunke aviser og lå lenge i bløt mens jeg manøvrerte kranene med tærne. Det er ikke mange stunder jeg føler det så tungt som når jeg tenker på denne nytelsen.

Et godt liv

Sebastian Tjørstad (37) har ikke armer og ben. Likevel er han standupkomiker, skuespiller, danser og foredragsholder. Og alenefar til Adam.

– Jeg gir f i hva jeg KAN gjøre, jeg bare gjør det, sier han.

TEKST & FOTO: Siv Johanne Seglem

– Selvsagt blir mange overrasket over meg. Det er ikke hver dag folk møter noen som mangler både armer og ben. Det er naturlig at folk får sine antakelser, det ligger til den menneskelige natur. Man må sette sine egne forventninger. At forventninger er satt lave kan jo både være bra og dårlig.

Man vil imponere, men vil også at folk skal sette like krav til meg som til andre.

Jeg har alltid likt oppmerksomhet.

Mamma har alltid sagt til meg: «Takk gud for at det var du som fikk dette. For du er jo så glad i oppmerksomhet.»

Og det er jo helt sant, egentlig.

Da jeg ble tenåring, sa hun:

«Liker du fremdeles oppmerksomheten?»

Mitt standardsvar på det er:

«Hvis alle ser på meg, så betyr det at også de pene jentene ser på meg»

Det vanskeligste har ikke vært mangel på armer og ben.

Å mangle armer og ben, det har gitt meg nøkkelen til å gjøre mange ting.

Jeg har hatt mest nytte av det. Men selvfølgelig gir det også begrensninger.

Men jeg flytter grensene hele tiden.

– Da jeg var liten, visste jeg ikke om noe annet, men det var noen utfordringer: Jeg måtte ha hjelp til alt. Toalettbesøk, for eksempel. Jeg måtte bli båret over alt.

Men jeg hadde heldigvis foreldre som mente at det skulle stilles samme krav til meg som til de andre. Det er jeg veldig glad for. På grunn av det har jeg blitt flink til å løse problemer.

For Sebastian betyr brukerstyrt personlig assistent (BPA) muligheten til å fylle rollen som alenepappa for sønnen, Adam (5), annenhver uke.

– Min store drøm i livet var å bli pappa. Det var det jeg ville.

Det å få barn tvang meg til å være skjerpet og strukturert.

Sebastian har fire assistenter som jobber hos ham fast, og to–tre vikarer. Han har valgt å bare ansette venner som BPA.

– Det å ha nære relasjoner til BPA har vært veldig viktig, både for meg og Adam. Han har et nært forhold til dem og kaller dem onkler og tanter.

– Da jeg og Adams mor gikk fra hverandre, var det fint at relasjonene til BPA-ene hjemme hos meg var stabile. At det var de samme mennesker, mennesker han kjente godt.

»

– Assistentene hjelper til med det jeg ikke får til selv.

De står for det meste av stellet på badet. Men det er viktig for meg å være med. Da Adam skulle ha bleieskift som liten, likte han at jeg var med og satt ved siden av. Samtidig må jeg gi dem litt avstand også. Det er viktig at Adam og assistenten har sin egen connection. For sønnen min er dette normalen. Det å være omgitt av så mange assistenter gjør ham veldig sosial.

Men det er mye vi gjør selv også:

Vi har lært oss å handle selv. Hente og levere i barnehage. Legge. Jeg drar på foreldremøter. Tar ham med på Halloween, kino, etc.

– Når jeg handler, må Adam ta ut lommeboken og betale. Det klarer han.

Vi handler der folk kjenner oss. Jeg har lært at jeg må ha venner rundt meg som assistenter. Jeg har tilpasset verden på min måte.

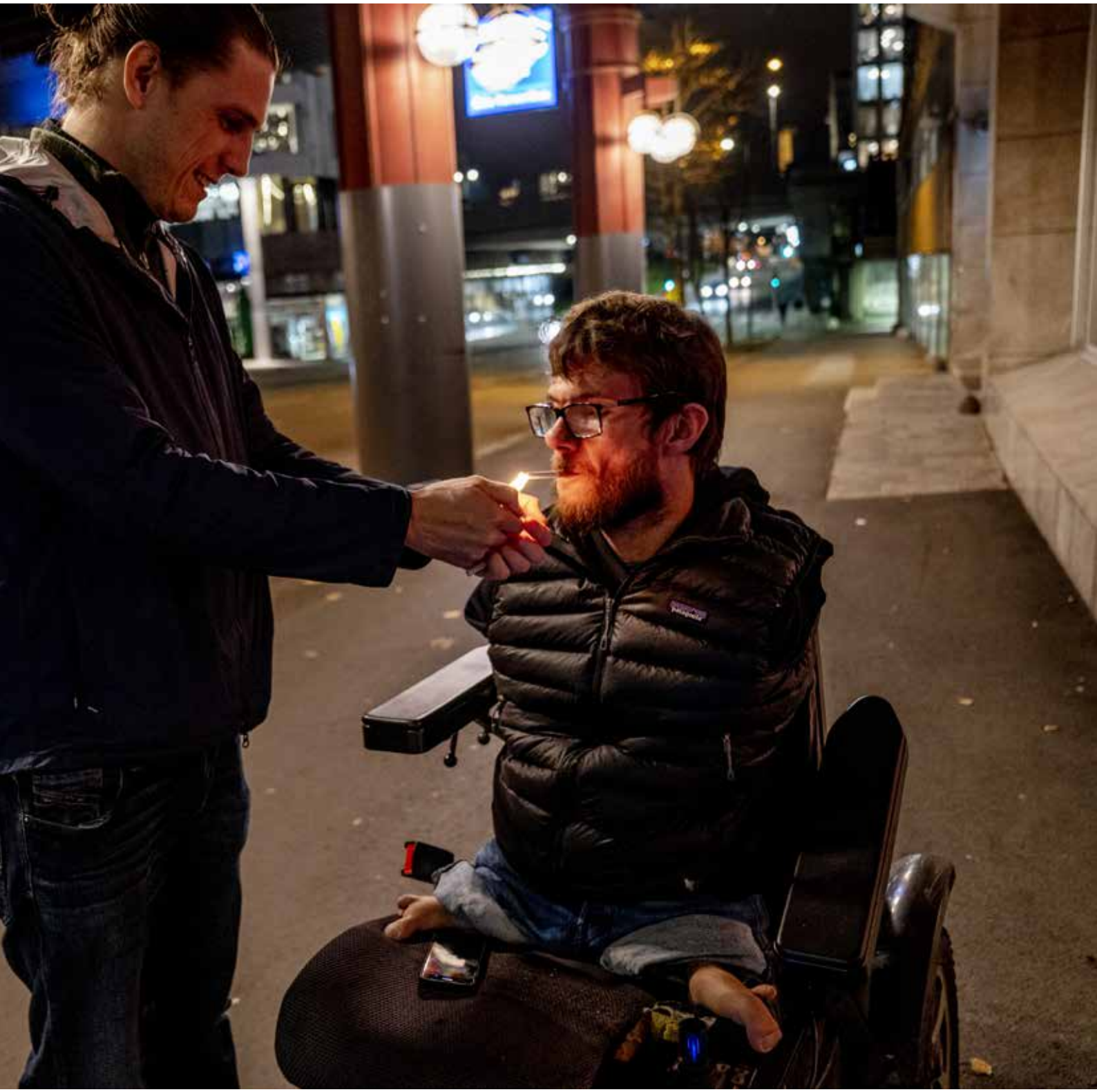
– Har du bare mannlige assistenter?

– Jeg hadde blitt gæren om det bare var menn. Jeg trenger begge deler. Både for sønnen min og meg er det viktig. Folk har ulike ting de er flinke til.

For meg er det å ha BPA nøkkelen til et selvstendig liv. Det er alfa og omega. Jeg kunne flytte hjemmefra da jeg var 19.

Det var den første nøkkelen til frihet.

– Før jeg hadde BPA, hadde jeg masse venner som måtte følge meg rundt på ting. Men jeg måtte gjøre det som passet for dem. Med BPA kan jeg gjøre hva jeg vil. Jeg slapp det at vennene måtte passe på meg.



– De ulike bydelene ser ulikt på hvor mye hjelp man trenger. Sagene bydel mente at jeg skulle ha hjelp 24 timer i døgnet. I Gamle Oslo mente de at jeg bare kunne legge ut urinrøret og tisse i en pose på magen. Jeg hadde en legevenn som skrev et brev og sa at det kanskje ikke var i tråd med menneskerettighetene.

Noen steder ser de på funksjonshemning som en sykdom.

Assistent Jakob Navarro hjelper ham opp på scenen på Røverstaden.

– Jeg liker best å være sist når jeg skal gjøre standup. Fordi jeg liker å høre på andre. Da får jeg litt inspirasjon til mitt eget sett.

Første gang jeg gjorde standup, da måtte jeg gjøre det på engelsk.

Jeg var livredd, men det funka dritbra.

Venninnen min sa at hun var redd for at jeg skulle være klovn. Etterpå sa hun at hun var så lettet fordi jeg faktisk var flink. Det var det beste noen kunne sagt til meg.

Jeg liker at man kan være kritisk til seg selv og samfunnet. Om man klarer å gjøre det morsomt, kan man få sagt ganske mye.

– Er du et forbilde?

– Ja.

Jeg har nok vært det lenge, men i det siste har jeg begynt å ta det mer alvorlig.

Jeg jobber, jeg har familie, jeg gjør kule ting. Jeg gir f i hva jeg KAN gjøre, jeg bare gjør det.

Jeg merker at mange som er funksjonshemmet blir inspirert av meg, men jeg inspirerer også mange som ikke er funksjonshemmet.

Men jeg er ikke alltid det beste forbildet, da.

Jeg er også et menneske som har gjort mange feil. Jeg hater cancel culture. Alle kan gjøre feil. Den tiden vi er i, er en spennende tid, men det er også en tid med mange voktere av moralen.

– I dag tar jeg oppdrag som skuespiller, standupartist og danser. Samtidig som jeg er uføretrygdet. Håpet mitt er at jeg skal kunne komme helt ut av uføretrygd.

Planen fremover er å få en jobb. Gjerne innen kunst og kultur.

Min taktikk har vært å se hvor mye jobb jeg kan få som artist mens jeg har trygd, og se om det en gang skal være nok til å leve av det.

Ellen Arnstad har vært toppleder i mediebransjen i mer enn 20 år og en profilert redaktør og samfunnsdebattant. Høsten 2019 ga hun ut boken Alt du ikke ser. Livet med Joachim. Nå jobber hun som administrerende direktør i et eiendomsutviklingsfirma.

AV Ellen Arnstad

Å måtte gi slipp som mamma

Det å ta vare på barnet sitt tenkte hun var det viktigste en mor skal gjøre. Så klarte hun det ikke lenger.

Ellen Arnstad skriver om da hun måtte overlate omsorgen for sin multihandikappede sønn til profesjonelle.

»

Foto: Marcel Lelienhof

1

«Først skal sønnen vår bli blind, deretter vil det bli tap av ulike funksjoner.»

Ellen Arnstad

Stue 120, Aker sykehus, 4. mars 1994

Jeg har fortsatt rød leppestift på mens jeg smiler og ser inn i kameraet.

Babyen ligger på brystet mitt – guttebabyen med rødt dun på hodet.

Det er bare fire timer siden jeg lanserte magasinet HENNE på Motemessen på Sjølyst.

Med veer.

Gutten min gled ut som en selunge klokken 19.54.

Han veide 3005 gram og var 48 cm lang.

Nå ligger han på armen min og er det vakreste jeg har sett noen gang.

Velskapte, nydelige Joachim.

DEN LYKKELIGSTE DAGEN I MITT LIV

Det var den lykkeligste dagen i mitt liv.

Jeg hadde fått mitt første barn i en alder av 28.

Som mange andre mødre spolte jeg filmen om barnet mitt inn i fremtiden.

Alt han skulle få oppleve! Alt han skulle få til! Alt jeg som mor skulle få følge opp og heie på!

En frisk og fin gutt som hadde alle muligheter.

Så ble det ikke sånn.

Da Joachim var i femårsalderen, oppdaget vi at han så dårlig.

Det skulle ta to år før vi fikk den fatale og grusomme diagnosen: en sjelden, alvorlig og progredierende sykdom som gradvis ville gjøre ham multifunksjonshemmet:

Først skal sønnen vår bli blind, deretter vil det bli tap av ulike funksjoner. Taleevnen vil bli borte, etter hvert vil han måtte mates med sonde, det mentale vil gradvis bli svekket, og hjernen blir mer og mer skadet.

Hørselen er den eneste sansen som vil være intakt hele livet.

Alle med denne diagnosen har dødd tidlig.

Noen før de fyller 20 år.

Jeg stryker Joachim over det tykke, røde, krøllete håret.

Forteller ham om adventskalenderen som pappa og jeg har lagd til ham.

Han er snart 25 år og sitter i rullestolen sin på Grefsenkollen bolig og avlastning i Oslo.

Jeg tar fram noen av fotoalbumene i bokhylla og snakker til ham om drømmeturene vi har hatt til Karibia, Afrika og Kina.

Selv om Joachim ikke kan se og er sterkt bevegelseshemmet, er hørselen intakt.

Det er et sus av den store verden der ute i Joachims lille verden.

Personalet passer på ham døgnet rundt og vurderer dagsformen hans.

Hva tåler han av inntrykk i dag? Orker han å høre på en lydbok? Oppleve en film?

ET SJOKK

Joachim døde 28. mai i fjor. Han ble bare 26 år.

Han ble smittet av covid-19 på institusjonen der han bodde. Med den underliggende alvorlige sykdommen som han hadde, ble det mange komplikasjoner – og til slutt orket ikke kroppen mer.

Det ble en avslutning på hans liv som ble et sjokk for oss.

Jeg har som mor levd med ventesorg i 20 år, men jeg hadde sett for meg en avslutning på hans liv på Ullevål sykehus, der han var innlagt mange ganger de siste årene med infeksjoner.

1. NYFØDT. Joachim ble født 4. mars i 1994, samme dag som Ellen Arnstad lanserte det nye magasinet HENNE. **2. HYTTELIV.** Joachim med mor og lillebror Alexander på hytta i Espedalen. Foto: Privat **3. LYD.** Musikk og lydbøker ble en viktig del av Joachims liv. Her med lillebror Alexander. Foto: Privat

En avskjed med lillebroren og lillesøsteren hans til stede, moren min og andre som sto Joachim nær.

Sånn ble det ikke.

Han måtte isoleres på Grefsenkollen bolig og avlastning, og det tok flere uker før vi som foreldre fikk komme inn til ham – og da med fullt smittevernutstyr.

Teamet rundt Joachim var sterkt preget av at nettopp han ble smittet.

Han som var så svak fra før.

Det ble mange vanskelige uker for dem også.

De sto på døgnet rundt, og vi hadde sammen et håp om at han som hadde overlevd så mange tøffe infeksjoner og sykehusinnleggelser, også skulle komme igjennom dette.

OMSORG

Det var fantastisk da Joachim for ni år siden fikk et nytt sted å bo med mennesker som kunne følge ham opp døgnet rundt.

Jeg erkjenner det nå i ettertid.

Det ble etter hvert hans andre hjem, og jeg kunne senke skuldrene, selv om det tok tid.

Han hadde omsorgspersoner rundt seg som skulle følge utviklingen av sykdommen hans og lære mennesket Joachim å kjenne.

Omsorgspersoner som gikk helhjertet inn for at Joachim skulle få et best mulig liv ut ifra sine forutsetninger.

Omsorgspersoner som lagde spillelister til ham, leste bøker, disket opp med mat som han elsket (så lenge han kunne spise), og gjorde alt de kunne for å stimulere ham og sørge for at han hadde gode dager.

Mestringsfølelse ble et mantra for oss alle.

Joachim skulle få leve livet i sitt tempo.

Med mestring som etter hvert handlet om små ting.

I og med at språket hans ble dårligere og dårligere, skrev alle som var på vakt, i dagboken hans – slik at vi som foreldre kunne lese hvordan dagene hans hadde vært når vi kom på besøk.

Hvordan dagsformen hadde vært, hvilke lydbøker han hadde hørt på, fortellinger om turer og hyggelige samlingsstunder på Grefsenkollen med gitar og sang.

Joachim elsket musikk, og selv om omsorgen handlet mye om stell og alt det han som en hundre prosent pleietrengende ungdom etter hvert trengte, så var det like rørende for oss å vite at han hadde vært inkludert i en hyggelig samlingsstund.

Det er også omsorg.

Når han fikk epilepsianfall, ringte de oss, og når feberen steg og en ny lungebetennelse var i anmarsj, tok de ansvar for å få ham til sykehuset så raskt som mulig, og vi ble alltid kontaktet.

Det gjorde oss trygge i alt som var utrygt.

Kom han til å dø nå? Ville han overleve neste infeksjon?

Hva med nok et epilepsianfall?

Å IKKE STREKKE TIL SOM MOR

Jeg kan se tilbake på alle de fine årene Joachim fikk på Grefsenkollen, men det var samtidig veldig vanskelig og en stor sorg for meg som mor å innse at Joachim ikke kunne bo hjemme lenger da han hadde fylt 17 år.

Det var et slags nederlag.

«Vi ble prosjektledere for vårt eget barn i en situasjon der vi var i sjokk.» Ellen Arnstad

En følelse av at jeg ikke strakk til som mor og omsorgsperson for ham.

Den vinteren han flyttet til Grefsenkollen, ble lillesøster Gabrielle født.

En seng ble tom, og et nytt liv skulle fylle en ny seng.

Det var vanskelig.

Bølger av følelser av at jeg som mor ikke kunne være hovedomsorgspersonen i hans liv.

At jeg måtte overlate omsorgen for sønnen min til andre.

At jeg ikke kunne lese for ham, eller synge Trollmor hver kveld før han skulle sove.

Jeg kjente ham jo.

Jeg visste jo hvilke bøker han likte, hvilken musikk han elsket, og hva som gjorde at han sovnet med et smil om munnen hver kveld.

Skulle jeg gi fra meg denne omsorgen til andre? Til noen som jeg ikke kjente?

Forsone meg med at andre skulle overta?

Hvilken mor var jeg da?

Omsorg er å ta vare på hverandre.

Det å ta vare på barnet sitt er det viktigste en mor skal gjøre.

Nå greide jeg det ikke lenger.

Nå måtte jeg overlate omsorgen i det daglige til andre.

Til ansatte på en institusjon.

Hvem ble jeg da som mor? Hva skjedde med min identitet?

Løvemammaen som hadde skjermet Joachim fra hans skjebne i så mange år.

Som ikke kunne fortelle ham om hva han skulle igjennom.

Som ikke kunne fortelle ham om hans skjebne.

Som ikke kunne fortelle lillebroren om at storebroren kom til å få et kort liv.

VENTESORGEN

Å se at barnet ditt gradvis blir dårligere er en evig krisetilstand. En ventesorg. Det er en verkebyll som du kunne pirket i hver dag, men da ville du falt sammen. Derfor utvikler man en overlevelsesstrategi på et eller annet tidspunkt.

Forfatteren Iben Sandemose beskriver det veldig godt.

Sorg går ikke over. Det tar bare en annen form.

En sorg likner på havet. Til å begynne med er bølgene veldig krappe.

Så kommer dønningene, men det blir aldri mer havblikk.

Definisjonen på hva som er et lykkelig liv, og hva som er et vellykket liv, har endret seg helt for meg.

Joachim hadde et godt liv til tross for alle begrensningene.

Det er fort gjort å sammenlikne seg oppover eller bortover.

Men din egen lykke må du definere selv.

INGEN DØRER ÅPNET SEG

Joachim var syv og et halvt år da vi fikk diagnosen.

Han hadde nettopp begynt i første klasse.

Vi trodde at alle dører i helsevesenet ville åpne seg.

Det skjedde ikke.

Vi ble prosjektledere for vårt eget barn i en situasjon der vi var i sjokk.

Skjemaer og skjemaer. Om igjen og om igjen måtte vi gjenta diagnosen.

Telefoner og møter. Møter og telefoner.

Det var en heldagsjobb, og Joachims pappa valgte å slutte i sin jobb for å håndtere alt som måtte på plass for at Joachim skulle få alt det som skulle gjøre at han fikk et liv der mestring ble det aller viktigste.

ENGLENE PÅ GULVET

Jeg er fortsatt en løvemamma som brøler av smerte.

Jeg har beskyttet ham og kjempet for ham i 26 år.

Nå er han død, og jeg reflekterer over alle de fasene jeg har hatt som mamma til en alvorlig syk sønn.

Jeg har følt meg som et bitte lite menneske i et altfor stort og uoversiktlig helsevesen.

Det har vært en utmattende reise mellom mange etater.

Politikerne snakker om at samfunnet stiller opp når noen får et alvorlig sykt barn.

«Det skulle bare mangle», sier de. Vi er jo opptatt av å ta vare på annerledeshet og de svake i samfunnet.

» **SÅ BLE DE TRE.** Lillesøster Gabrielle ble født da Joachim var 17 år. Foto: Privat

» **PÅ GREFSENKOLLEN.** Her har Joachim flyttet hjemmefra. Lillesøster Gabrielle syntes det var gøy å trille ham i gangene på Grefsenkollen bolig og avlastning. Foto: Privat

«På et tidspunkt i livet måtte jeg gi slipp. Jeg innrømmer at det var ekstremt smertefullt.» Ellen Arnstad

Min erfaring er at dette bare er festtaler og store ord.

Men englene på gulvet har jeg møtt.

Og de har vært mange.

Joachim ble innlagt på Ullevål sykehus en julaften for noen år siden.

Ved hver innleggelse endret Grefsenkollen vaktplanene, og det satt alltid en som kjente ham godt ved sykesengen 24/7.

Ingen av sykepleierne på Ullevål hadde muligheten til å følge opp Joachim så tett. Han fikk ofte epilepsianfall og panikkanfall når han hadde høy feber og kjempet for livet før antibiotikakurene begynte å virke.

Vi dro ned til sykehuset på formiddagen og sa til han som da var sammen med Joachim, at han kunne dra hjem til familie og barn, også ville vi overta og være der utover ettermiddagen og kvelden.

«Dere skal ha julaften med de friske barna. Jeg blir hos Joachim», sa han.

Jeg har hele tiden sett hvordan de som jobber i helsevesenet, har krevende dager.

Hvordan de på legekontor og sykehus ofte løper fra pasient til pasient.

Sykehuset er et sted med store belastninger for både ansatte og pasienter.

Jeg har merket hvordan stress kan frata enhver evne til medfølelse og omsorg fordi det ikke alltid er tid til det.

Tid til å sette seg inn i andre menneskers perspektiver.

Tid til blikk-kontakt og kommunikasjon.

Tid til å være til stede.

Og ingen kan klandres for det.

Hvis man ikke blir sett, eller hvis man blir behandlet som et ubetydelig nummer i rekken, kan det gjøre vondt verre for dem som sliter med alvorlige bekymringer, og som er pårørende til alvorlig syke.

Det å bli sett gjør mirakler.

En romjul lå Joachim på intensivavdelingen på Ullevål.

Han hadde brukket lårhalsen i et fall. Det tok flere dager før vi merket det.

På julaften hos foreldrene mine på Stovner hadde han slått og slått på høyre side av rullestolen.

Han forsøkte å si fra at noe var galt. Men det kom jo ingen ord eller lyder.

Vi trodde at han hadde blitt psykotisk igjen, men det viste seg at han hadde enorme smerter.

Et lårhalsbrudd var alvorlig for ham i hans tilstand, og nå var han nyoperert.

Sykepleierne løp mellom sengene der kun tynne gardiner skilte skadde etter alvorlige ulykker fra andre nyopererte.

Det var pasienter som trakk sitt siste pust, og døden var tett på oss på den andre siden av gardinen.

Jeg ble bedt om å være med ham inn i operasjonssalen før han ble lagt i narkose.

For å roe ham og være den trygge mammaen som snakket inn i øret hans.

Legene var urolige og usikre på hva han kom til å tåle, og om han kom til å våkne igjen.

Joachim overlevde operasjonen, og jeg satt ved sykesengen hans midtveis i romjulen.

En av kveldene var det blitt sent. Sykepleieren på vakt sa at hun syntes jeg burde reise hjem og få meg noen timers søvn. Hun skulle passe på sønnen min, sa hun.

Jeg var utmattet og skjønte at jeg måtte høre på henne. Jeg hadde barn som ventet på meg hjemme. Da jeg kom til sykehuset tidlig neste morgen, var den samme sykepleieren der.

Hun hadde egentlig ikke morgenvakt, så jeg spurte hva som hadde skjedd?

Da sa hun: «Jeg tenke så mye på sønnen din i natt, og jeg fikk ikke sove. Derfor sto jeg opp og dro til avdelingen for å barbere ham, pusse tennene hans og ordne hårets hans. Så han var fin til du kom.

På et tidspunkt i livet måtte jeg gi slipp.

Jeg innrømmer at det var ekstremt smertefullt.

Det var vanskelig å akseptere.

Men jeg vet nå at Joachim fikk mange fine år med viktige omsorgspersoner rundt seg, som brydde seg om ham, og som gjorde alt det beste de kunne for ham.

Derfor er det ett ord som står igjen etter alle disse årene:

Takknemlighet.

BLE BOK. Joachim døde 26 år gammel, i 2020. I 2019 utga Ellen Arnstad boken *Alt du ikke ser.* om livet med Joachim. Foto fra boka: Marcel Lelienhof

Stilte ut beboernes egne bilder

Sommeren 2018 fikk beboerne på Sagenehjemmet utdelt hvert sitt engangskamera. Resultatet ble en utstilling på 28 bilder av livet under omsorg på et sykehjem i Oslo.

TEKST: Renate Karlsmoen

I første etasje på Sagenehjemmet blir man møtt av et helt bildegalleri. Fotografiene snor seg gjennom korridorene, og sammen fremstår de som et samtidsdokument fra hverdagen på sykehjemmet.

– Tanken var at vi hadde lyst til å dele beboernes opplevelser med andre, sier Neelam Sharma, avdelingsleder på Sagenehjemmet, som ligger i en av sentrumsbydelene i Oslo.

Fotoprosjektet var hennes idé, men helheten ble til som et samarbeid mellom Sagenehjemmet og Pål Berg ved Diakonhjemmet. Samtlige av de 70 beboerne på sykehjemmet fikk utdelt et engangskamera, og fra juni i 2018 og gjennom høstmånedene dokumenterte de livet på sykehjemmet.

LIVET UTEN FILTER

28 av de mange fotografiene ble plukket ut til å bli hengt opp på veggene. Disse ble forstørret og profesjonelt rammet inn. Deretter ble bildene satt sammen slik at de kunne gi et innblikk i hvordan hverdagen er for beboerne.

– I dagens samfunn ser man bare den sminkede versjonen av virkeligheten. Alle dagene som er presentert her, er ikke gode. Man ser at det er en sammensetning, og slik er det ellers i livet også, reflekterer Sharma.

Hvordan er det å være på sykehjem? Hvordan er dagene? Hvordan er øyeblikkene?

Gjennom kameralinsene klarte beboerne å fange noe av dette.

«ER DET HER DU ER?»

Klara Larsen, som fyller 100 neste år, var blant beboerne som fikk utdelt et kamera. Hun minnes at hun ikke tenkte noe spesielt da hun fikk det, men at det var ålreit å få prøve seg som fotograf.

Et av bildene fra Larsens filmrull ble valgt ut

KORRIDOR-UTSTILLING. Utstillingen pryder veggene i korridorene på Sagenehjemmet i Oslo. Foto: Hilde Rebård Evensen

«De var utrolig stolte, de som fikk bildene sine på trykk.»

Neelam Sharma, avdelingsleder på Sagenehjemmet

» som en del av utstillingen. Bildet fikk navnet «Er det her du er?», noe hun synes passer godt.

På fotografiet står hun ved gravsteinen til mannen sin, som gikk bort for noen år siden. Hun pleier å gå til graven hans hver sommer og har allerede planlagt en tur dit til neste år også.

– Det var artig å se det igjen, sier Larsen om bildet.

I ettertid blir Larsen både litt glad og litt trist av å se på det. Øyeblikket som er foreviget, er viktig for henne.

– Det var veldig fint å besøke graven. Jeg husker at det var veldig koselig, mimrer hun.

– Vi kommer jo alle etter.

FLITTIGE FOTOGRAFER

– Det ble et kjempefint prosjekt, og de ble veldig engasjerte i det, forteller avdelingsleder Sharma.

Hun trekker spesielt frem én hendelse fra en badetur, som også er avbildet i galleriet.

– Da vi skulle på den badeturen, husker jeg at en av damene sa: «Å nei, jeg har glemt kameraet mitt! Noen må hente kameraet!». Og så var noen av pleierne oppe og hentet det, sier hun.

– BEBOERNE BAR PROSJEKTET

Filmrullene hadde 24 eksponeringer hver. Noen beboere brukte opp alle på samme dag, mens andre rasjonerte gjennom perioden prosjektet varte. Sharma presiserer at det er beboerne som eier prosjektet, men at pleierne og resten av støtteapparatet på sykehjemmet og på Diakonhjemmet tilrettela for det.

– De var utrolig stolte, de som fikk bildene sine på trykk, sier hun.

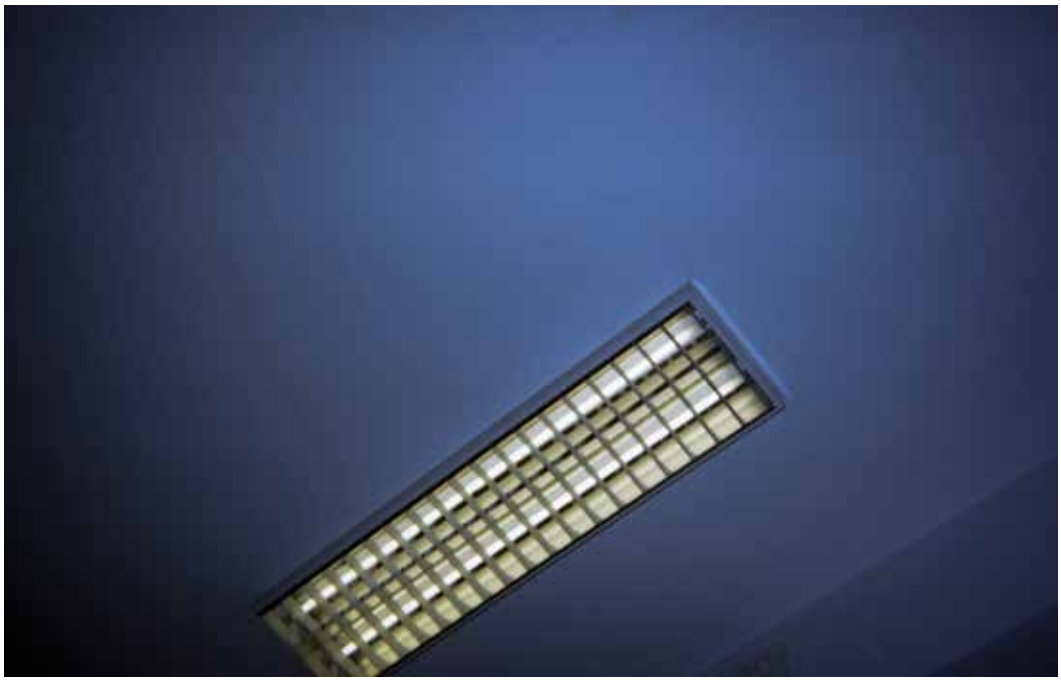
Spesielt stas var det at utstillingen ble åpnet av den kjente fotografen Morten Krogvold. Under åpningen kom pårørende og beboere, men også mange forbipasserende tok turen innom.

Nå er det ikke alle beboerne som lever lenger. Likevel står bildene som et vitnesbyrd om hvordan det er å tilbringe den siste delen av livet under omsorg. ◉

» **KLARAS BILDE.** Dette bildet «Er det her du er» ble valgt ut fra Klara Larsen sin kamerarull, hvor hun står hun ved gravsteinen til mannen sin som gikk bort for noen år siden. Foto: Hilde Rebård Evensen

« **BAK FASADEN.** Avdelingsleder Neelam Sharma og beboer og fotograf Klara Larsen er enige i at bildene er en god framstilling av livet på Sagenehjemmet. Foto: Renate Karlsmoen

SAGENEHJEMMET: *Beboernes egne bilder*



SAGENEHJEMMET: *Beboernes egne bilder*

SAGENEHJEMMET: *Beboernes egne bilder*

SAGENEHJEMMET: *Beboernes egne bilder*

SAGENEHJEMMET: *Beboernes egne bilder*

SAGENEHJEMMET: *Beboernes egne bilder*

Illustrasjon: Hilde Rebård Evensen / Mostphotos

Nå ut internasjonalt med forskningen!

Forskningsartikler i Sykepleien Forskning leses blant annet i Australia, Japan, India, Brasil, Tyrkia, USA og Tyskland – praktisk talt i hele verden!

Vi oversetter alle forskningsartiklene til engelsk hos et profesjonelt byrå for at *du* skal nå ut med forskningen din.

Sykepleien Forskning

sykepleien.no/forskning

Utdrag fra romanen ***Reiseklar***
av **Tore Stubberud**, Aschehoug/Valdisholm 2019

I 2010 hadde Tore Stubberud nettopp begynt på en roman om bestefarens siste dager som slagpasient på Sarpsborg sykehus for femti år siden. Så ble han selv utsatt for en alvorlig ulykke og ble langtidspasient. Romanen *Reiseklar* forteller i tre deler historiene til tre generasjoner menn og deres møter med helsevesenet, sykdom og død.

En alvorlig skade er et omslag i livet ditt. På et øyeblikk endres du fra et liv om ikke akkurat i overlegenhet, så i hvert fall med en viss beskyttelse, til en haug skadet kjøtt. Ynkelig og avmektig er du prisgitt leger og pleiere, som utstråler, ingenting. Kommer du deg ut av sengen, kan du i korridoren merke et ubeskrivelig fravær av det sosiale, som blir enda sterkere når du hører høy latter fra personalets pauserom.

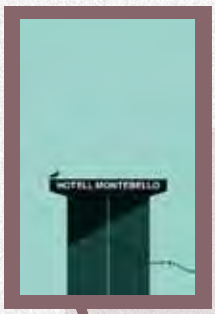
Men det finnes noen sjelelig overlevende blant helsepersonell som bare i kraft av øyne og ansikt utstråler varme og omtanke, som hun som fjernet en snusdråpe fra min munnvik, og som sa: «Du kan ikke se sånn ut!»

Disse, de varme, er ikke integrert i flokken. Det er noe ved dem. Det er noe godt ved dem. Hvor henter de det fra?

Som en del av den selvpåførte brutaliseringen som hører til i en overlevelse, må du beholde avstand til helsepersonalet. Det viktige er ikke hva du sier, man at du viser en avmålt, vennlig interesse for dem. Betrakte dem, nyte deres merkeligheter, hun som var nesten stum, som snakket utydelig, inntil hun en kveld fant tilbake sin kraft i det velkjente, i sjablongen, hun som brølte: «Hvordan går det her, da?»

For å få tiden til å gå, om du er frisk nok, kan du spille av en versjon av NRKs «Hurtigruten» med lavt lydnivå om natta, eller du kan umerkelig snuse inn kjønnslukten til pleierskene når de gir deg tablettene. Det kommer ut på det samme, om du har den rette innstilling. Men vær klar over at det som skjer omkring deg, er bestemt av styringsforbilder fra industrien.

Helsearbeid er selvsagt en jobb som alle andre. Leger og sykepleiere er folk som profitterer på sykdom og død. Dette er også et marked. De lever av dette. Dette kan de. Dette er den måten de beiter på. Som dyr beiter de der hvor gresset er grønnest og lettes tilgjengelig.



Utdrag fra romanen *Hotell Montebello* av **Rebecca Wexelsen**, Tiden Norsk Forlag, 2019

Hovedpersonen i romanen, Nina, er på Radiumhospitalet for å få behandling for kreft. På pasienthotellet finner hun omsorg, fellesskap og en pause fra livet utenfor. Når prøvene viser at hun er frisk, vil hun ikke reise. Boken er Wexelsens debutroman.

Når du er frisk, er det ingen som passer på deg; det forventes at du skal passe på deg selv. Du skal prestere og være morsom og sosial. Du skal tjene penger og ta eksamener og forelske deg i den rette og låne penger mens renten er lav og spise riktig, men ikke for mye, og trene riktig, men ikke for mye. Du skal feste og aldri gå glipp av noe, og drikke, men ikke for mye.

Ingen veier deg og sjekker blodverdiene dine og spør om du er trøtt eller uthvilt eller redd eller likegyldig.

Når du er frisk, er det ingen som spør deg om noe som helst. Du er ikke i trygge hender. Du kunne like gjerne ikke eksistert.

Sjanseløse uten hjelp

Verden ble snudd på hodet da foreldrene fikk vite at datteren Novalie, som eneste barn i Norge, har syndromet INCL. Gradvis skulle hun miste alle kroppens funksjoner. Hun ville bli maks 10 år.

I tillegg har de en sønn som er døv, og en baby. Far har en øyesykdom. Denne familien klarer seg ikke uten støtte.

TEKST & FOTO: Siv Johanne Seglem

»

– Kjenner du så deilig det er, Novis! Du klarer jo å flyte helt selv.

Dette må vi fortelle i barnehagen i morgen, men de kommer ikke til å tro oss. At du flyter helt alene. Jeg ser at du elsker det, ansiktet ditt blir helt avslappet.

Novalie og mamma Marlene flyter sammen i et turkis, varmt, klorluktende vann. De har fått låne bassenget på Oslo treningshus i en time, klokken 9, denne fredags morgenen.

For å rekke måtte de stå opp klokken 05.30.

– Egentlig burde vi stått opp enda tidligere. Vi trenger minst tre timer for å få familiens tre barn klare for dagen. Vi kan ikke stå opp midt på natten heller.

Kvelden i forveien hadde Novalie flere epileptiske anfall.

Og lillebror Nilas har våknet flere ganger i løpet av natten for å få mat.

– Det er ikke så vanlig for oss å få så mye søvn, sier pappa Henrik.

For ham er det vanskelig å ta seg frem i Oslo fordi han har øyesykdommen retinis pigmentosa. Men han og babyen Nilas følger Novalie og Marlene til svømming, slik at Marlene kan gi Nilas melk.

Novalie er fem år og fikk diagnosen INCL da hun var to år. INCL er en progerierende sykdom og arter seg som en blanding av demens og ALS.

– Da Novalie ble født var hun bare verdens nydeligste lille mørkhårede dukke, sier Marlene.

Men da Novalie er to år, begynner Marlene å legge merke til ting som ikke stemmer. Hun synes liksom at språket til Novalie har stoppet litt opp.

– Jeg tenkte på at det var lenge siden jeg hadde hørt Novalie si enkelte ord som hun hadde hatt inne før. For eksempel ordene «ball» og «æsj».

De legger også merke til at hun ikke lenger peker på bildene i boken. Det er også vanskeligere å få oppmerksomheten når de snakker til henne. Da hun en dag også får noen ufrivillige rykninger, kontakter de legevakten.

Etter en lang jakt i helsevesenet på hva som er galt, får de diagnosen.

Novalie vil gradvis bli sykere. Hun vil miste flere og flere av kroppens funksjoner. Og hun vil ikke blir voksen.

– Da vi fikk diagnosen, spurte jeg med en gang hvor lenge hun kom til å leve.

«10 år», svarte legen.

Hvordan lever man videre etter en slik beskjed?

– Vi var ganske langt nede, men ikke så lenge som man skulle tro. Hverdagen kommer uansett. Og det er matpakker som skal smøres og klær som skal vaskes. Vi må bare leve. Det blir et annerledes liv, men det kan bli fint likevel.

Familien på fem har et hektisk liv.

Novalie har INCL, storebror Nathaniel er døv og pappa Henrik har svært dårlig syn.

I sommer fikk familien babyen Nilas, som også krever sitt. Som mange andre familier som har barn med spesielle utfordringer, står de i en kamp for å få nok timer med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) fra kommunen.

– Vi trenger hjelp for at Novalie og de andre barna skal ha mulighet til å oppleve ting som andre barn kan. BPA er et likestillingsverktøy. Vi fikk cirka halvparten av timene vi søkte om i første omgang. Så klagde vi. Klagen førte til at vi satt igjen med ytterst få timer BPA, og at bydelen, mot vår vilje, valgte å sette inn en annen form for hjelp: stasjonær hjemmesykepleie. Dette fungerer dårlig for oss og Novalie. Etter klage har vi nå fått tilbake timene vi hadde med BPA under klageprosessen.

NATHANIEL HAR ALLTID VÆRT NOVALIES STORE IDOL. – Jeg tror at for Novalie er Nathaniel det kuleste som noen gang har eksistert. For ham var det tøft å oppleve endringene hos Novalie. At hun ikke lo like mye av ham lenger. Nathaniel, som i dag er 11 år, hjelper til med å gi Novalie medisiner.

Marlene er engasjert i Løvemammaene og ser at mange andre familier står i samme kamp som dem.

– Jeg ser mange sliter seg ut på byråkrati og flisespikkeri for å få den hjelpen man har krav på. Man blir mer sliten av systemet rundt enn det å ha et alvorlig sykt barn.

Det går gradvis nedover med Novalie. Vi merker en økning i epileptiske anfall, at hun er trettere og får stivere ledd.

– Jeg hadde panikk for at hun plutselig skulle slutte å gå. Og det skjedde jo en dag. Men man lærer seg å akseptere det. Det var verre å grue seg til det enn å oppleve at det faktisk skjedde.

– Sykdommen til Novalie har gjort at alle følelsene i livet vårt har blitt forsterket. Selv om det er sorg og tristhet,

har vi blitt gladere også. Flinkere til å ta vare på de små øyeblikkene vi får. Og til å skubbe bort det som ikke er så farlig. Det som før var en krise, er noe man nå trekker på skuldrene av. Vi leter frem det som er bra. Og vi har mye mørk humor. Ellers går det ikke.

– Jeg har aldri mistet et barn før og aner ikke hvordan jeg vil håndtere det.

Plutselig dukker det opp bisarre tanker. Det er kanskje en måte å ta kontroll på noe man aldri kan ha kontroll på. For eksempel å høre en sang og tenke: Denne har jeg kanskje lyst til å ha i begravelsen. Eller plutselig lure på om man kan male en kiste med rosa glittermaling.?

– Til familier i samme situasjon vil jeg si: ikke mist motet!

Selv om det er lov å miste motet en liten stund. Selv om hverdagen og alt blir snudd på hodet, så er det viktig å huske at det kan blir bra, dette her også. Det er annerledes, men det kan bli et fint liv, likevel.

Foto: Marit Fonn

AV Finn Nortvedt

Finn Nortvedt har doktorgrad i sykepleie og har vært dosent ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Han har redigert, forfattet og medvirket i en rekke fag- og lærebøker i sykepleierfaget. Denne artikkelen skrev han i 2014 etter å selv ha vært intensivpasient. Han er nå pensjonist.

Når sykepleie redder liv

Finn Nortvedt hadde undervist i årevis om sykepleie. Så ble han selv alvorlig syk.

Her beskriver hvordan han opplevde omsorgen, pleien og det å bestemme over egen kropp.

»

Dette er en fortelling om det å skifte side. Det er en historie om det å gå fra å være frisk til å bli syk; til og med kritisk syk. Det er samtidig en fortelling om sykepleie.

HVA SKJEDDE?

Det var i november 2010 det skjedde. Jeg oppdaget friskt blod i urinen og skjønte det kunne bety kreft i urinblæren. Livet mitt kom til å forandre seg. Jeg var 58 år og følte meg frisk. Til nå hadde jeg ikke hatt noen alvorlige sykdommer, men så hadde det altså skjedd.

Urinblærekreft er den fjerde hyppigste kreftformen blant menn i Norge. Det diagnostiseres årlig cirka 900 tilfeller av blærekreft her til lands, og kun 1–2 prosent av disse tumorene er godartede eller benigne. Det betyr at denne kreftformen har en høy malignitetsgrad, og pasientene må følges i tette kontroller over mange år.

De fleste som rammes, er over 60 år, og røyking er en disponerende faktor for denne kreftformen. Overlevelsesraten avhenger av hvor tidlig kreften oppdages og graden av hissighet. 70 prosent av blærekreftformene er lite aggressive og kan holdes i sjakk ved jevnlige kontroller livet ut. Dersom svulsten er vokst inn i blæremuskulaturen, er det indikasjon for radikal kirurgi, som innebærer at man kirurgisk gjør en cystoprostatektomi, det vil si at man fjerner både blære, prostata og lymfevev i bekkenet. Dette er en omfattende operasjon som krever at pasienten ikke er for gammel og har god allmenntilstand.

MANGE KONTROLLER

Som sagt, jeg forsto at dette kunne være alvor og ringte urologisk poliklinikk på sykehuset hvor jeg fra før gikk til jevnlige kontroller. Jeg fikk time hos urolog til cystoskopi et par uker etterpå. Undersøkelsen og senere biopsi av svulsten viste en høygradig, det vil si en hissig og aggressiv kreftform. Men svulsten var overflatisk og hadde ennå ikke grodd ned i blæremuskulaturen. Jeg ble derfor satt opp på hyppige kontroller denne våren for å følge med på svulstens utvikling.

Det viste seg ganske raskt via to nye biopsier fram mot sommeren at jeg hadde en aggressiv kreftform som utviklet seg raskt og gjorde at jeg ble anbefalt radikal operasjon så fort som mulig.

Ved kontroll i midten av juni var kirurgen rett på sak og fortalte at den nye vevsprøven viste en svulst som var i ferd med å vokse innover i blæremuskulaturen. Den ble gradert til T1. Etter en samlet vurdering anbefalte hun radikal operasjon. Hun hadde allerede satt meg opp på operasjonsprogrammet i juli, nærmere bestemt den 21. juli.

Jeg kjente at jeg strittet imot. En radikal operasjon hvor de fjerner både blære og prostata samt tilliggende lymfeknuter er en stor operasjon som heller ikke alltid er komplikasjonsfri. Inngrepet innebærer krevende rehabilitering og får varige følger. Men jeg innså at jeg egentlig ikke hadde noe valg. Jeg skjønte det sto om livet.

PÅ INTENSIVAVDELINGEN

Jeg ble operert første gang 21. juli 2011, og alt gikk bra den første uka. Jeg var raskt opp på beina og ble kalt en «premiepasient». Så i begynnelsen av den andre uka fikk jeg magesmerter og stigende feber. Mot slutten av uka på torsdag 4. august ble jeg operert i all hast på grunn av mekanisk ileus og sepsis. Situasjonen var kritisk: Livet sto på spill!

På intensivavdelingen lå jeg i fem døgn etter to reoperasjoner, og to av disse døgnene på respirator.

«Jeg var ikke redd, men lengtet faktisk etter mørket.» *Finn Nortvedt*

Erfaringen både fra respiratortiden, men også perioden etter at jeg ble ekstubert og gradvis kom ut av den livstruende situasjonen, forteller noe helt grunnleggende ved det å være pasient og motta sykepleie. Hva hendte da jeg ble kjørt til operasjonsstuen denne torsdagen i begynnelsen av august 2011?

KRITISK SITUASJON

En stund etter at operasjonen skulle vært i gang, blir min kone som sitter nede i vestibylen på sykehuset sammen med min bror og vår yngste datter, ringt etter fra intensivavdelingen. Anestesilegen vil snakke med henne. Når hun kommer opp på avdelingen, får hun beskjed om at de måtte avbryte og utsette operasjonen en periode fordi jeg fikk blodtrykksfall ved innledning til narkosen. Blodtrykket falt til 60/30, og situasjonen var en periode kritisk og ustabil.

Dette blodtrykksfallet hadde sammenheng med at jeg i løpet av formiddagstimene hadde

utviklet betydelige infeksjonssymptomer og hadde sepsis med hypotensjon og fallende urinproduksjon.

De utspilte tarmene forårsaket også at de ikke fikk lukket bukveggen, og operasjonen måtte avbrytes. Jeg ble liggende med åpen bukvegg og på respirator. Den påfølgende kvelden og natt til fredag var situasjonen ustabil. Blodtrykket var lavt, og jeg måtte i perioder få pressorstoffer intravenøst.

Jeg kom tilbake til intensivavdelingen sent på ettermiddagen, var sedert på propofol og remifentanyl og husker ikke noe fra disse timene som var kritiske gjennom natten. Om kvelden får jeg et nytt blodtrykksfall til 80/40, og det må henges opp nytt drypp med noradrenalin. Infeksjonsprøvene var også unormalt høye og viste blant annet en CRP på 297.

Dette var avgjørende timer, men jeg overlevde natten og våknet utpå morgenen fredagen. Utover dagen stabiliserte situasjonen seg, og jeg ble reoperert igjen lørdag 6. august for å lukke bukveggen. Det ble vellykket, og jeg ble ekstubert den samme dagen.

DE FØRSTE SPØRSMÅL

Det første jeg husker da jeg våknet etter den første operasjonen, er at min kone står ved fotenden av senga. Samtidig skjønte jeg at jeg var intubert, lå tilkoplet respirator og at jeg ikke kunne snakke. Min første reaksjon var: Hva har skjedd? Hvorfor lå jeg på respirator, og hvor alvorlig var dette? Jeg fikk signalisert at jeg ønsket noe å skrive på og med, slik at jeg kunne spørre om det jeg lurte på.

Det var vanskelig å skrive på grunn av respiratoren og sengeleiet, men jeg fikk formidlet meg, og det var det viktigste. Det første spørsmålet mitt gikk direkte på hvor alvorlig dette hadde vært. Jeg skrev: «Hvor nære var jeg»? Jeg husker ikke hva sykepleieren svarte, men jeg tok det rolig. Jeg skjønte jo at dette hadde vært nære på, men uten at jeg følte noen redsel eller angst av den grunn.

De neste spørsmålene dreide seg om hva som faktisk hadde skjedd.

Det underlige, og som jeg har reflektert mye over i ettertid, er at jeg var overgitt i sykepleiernes varetekt, helt prisgitt andres kompetanse, men uten å føle noen form for utrygghet eller redsel for døden. Jeg opplevde meg tvert imot ivaretatt og trygg. Det understøttes også fra data i sykepleiejournalen, som framhever at jeg på dette tidspunktet ikke viste tegn på angst eller nervøsitet. Hva kan det ha med å gjøre?

Jeg mener selv at det har sine årsaker i den sykepleien jeg mottok. Det at jeg opplevde fagpersoner som på en kompetent måte ivaretok meg, min kropp og mitt liv, der og da, og på en måte som innga grunnleggende trygghet. Så blir spørsmålet hvordan er det mulig i en slik utsatt situasjon, hva slags ferdigheter var det disse sykepleierne hadde som gjorde at jeg kunne være overgitt, men samtidig ikke følte meg overlatt, eller forlatt? Hva var innholdet i denne kompetansen?

Å FÅ KROPPEN TILBAKE

Slik jeg ser det, var denne kompetansen først og fremst konkret og praktisk, nærmere bestemt knyttet til den direkte ivaretakelsen av mine grunnleggende behov og pleien av min kropp. Det var gjennom den grunnleggende sykepleien, det kroppslige stellet, mobilisering og leiring i senga at jeg opplevde sykepleiens betydning på kropp og sjel.

Det å bli berørt og tatt på i en slik situasjon av kyndige, faste og gode hender var det som forankret og holdt meg fast til livet. Og det var nettopp hvordan intensivsykepleierne håndterte dette i et høyteknologisk miljø, hvor fokuset også måtte holdes på avansert overvåkning og medisinering, som var avgjørende for min overlevelse.

Jeg tenker at fra kirurgiens brutalitet, det invasive og voldsomme traumet på kroppen, organer som blir manipulert og vendt, hud, bein og muskler som splittes, er sykepleiens kontrast; å hele det som er manipulert og reparert. Det er å gjøre reparasjonen virksom. Og kroppen husker traumet, derfor er det så nødvendig å erstatte det voldsomme og traumatiske inntrykket med den faste og gode berøringen av de varsomme hendene.

LIVET UTTRYKKES VIA KROPPEN

Det er naturlig her å trekke nærmere veksler på den franske fenomenologen Maurice Merleau-Pontys (1962/2000) filosofi om den levde kroppen og kroppens rolle i persepsjonen. I fenomenologisk forstand betyr ordet *levd* at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Det er som kropper vi lever våre liv i denne verden. Denne kroppen er ikke en ting blant andre ting som omgir oss, men er vår forankring i verden som subjekter, som personer. Med kroppene er vi plassert i en historisk og gitt verden, og verden sanses i vår bevissthet gjennom den levde kroppen. Denne kroppen er det jeg ikke kan forlate, den er alltid nærværende,

ikke som et fysisk objekt, men som meg selv (Nortvedt 2008).

Forholdet vi har til kroppen, er som regel en førreflektert oppmerksomhet som gjør at vi først legger merke til den (kroppen) når vi bevisst retter vår konsentrasjon mot den. I en slik situasjon som den jeg var i, er det som om kroppen er transparent og hypersensitiv. Den er mottakelig for alle inntrykk, og selv den minste uregelmessighet ved underlaget blir registrert og opplevd. Den berørte kroppen streber etter kontakt og det å trekke forbindelsen tilbake til verden og livet, og den kyndige berøringen via kroppspleien og det daglige stellet er det jeg erindrer som sterkest og som det viktigste fra denne tiden. Jeg husker faste rytmiske hender, erindrer å bli vendt og leiret godt i senga.

Det kan også sies på en annen måte ved at det var som å få kroppen tilbake. Mitt jeg ble restituert og ble igjen en integrert del av min kropp gjennom det daglige stellet og den kroppslige kontakten og kyndigheten fra sykepleierne. Akkurat som spedbarnet er avhengig av kroppskontakt, direkte omsorg og ivaretakelse som en del av jeg-utviklingen, ble mitt jeg som intensivpasient også brakt tilbake i en situasjon hvor jeg-et var nakent, hudløst og overgitt til andres varetekt og omsorg og hvor det kyndige stellet av min kropp ble det som bandt meg til livet.

SANSENDE I STELLET

Min syke kropp var også bærer av den grunnleggende tvetydighet som Merleau-Ponty (1962/2000) framhever som et kjennetegn ved den levde kroppen som er både berørende, mens den selv blir berørt, sansende mens den selv blir sanset, den er selv synlig, mens den også er seende. Den kroppslige pleien var det konkrete uttrykket for denne tvetydigheten. Den skapte en forbindelse til livet. Når jeg ble berørt gjennom stellet, så var jeg selv samtidig berørende. Når jeg ble observert, sanset og tatt imot, så var jeg selv sansende og mottakende. Denne gjensidigheten medførte grenser og en erkjennelse, om ikke en direkte påminnelse, om at jeg var i live, ikke kun passivt, men også deltakende gjennom min kroppslige mottakelighet, sanselighet og tilstedeværelse.

Et viktig poeng i Merleau-Pontys filosofi om kroppen er nettopp denne synergismen eller samspillet mellom ulike organismer. Det at vi er av samme slag, men samtidig forskjellige; den andre kan føle meg fordi jeg kan føle den andre som i håndtrykket. Det er hva den norske sykepleieren og filosofen Ingunn Elstad (2014) betegner som en sirkulær prosess, det å kjenne og bli kjent, nettopp fordi min kropp og den andres kropp er av samme stoff.

En situasjon fra en natt på intensiv kan illustrere dette og knytter seg spesielt til hvordan en sykepleier var til stede i rommet og på en måte som opplevdes som en konsentrert og stille oppmerksomhet henvendt mot meg og min situasjon. Hun viste en kontinuerlig tilgjengelighet og tilstedeværelse som gjorde meg trygg og som fikk meg til å slappe av gjennom natten. Jeg merket hennes tilstedeværelse uten at det på noen måte eller noe tidspunkt var forstyrrende. Et lite vink eller bevegelse fra min side så var hun der, forhørte seg, la meg til rette i nye leier, rettet på hodeputen uten at jeg behøvde å bruke unødvendig energi selv. Det var en observasjonsevne paret med en omsorgsfull oppmerksomhet og praktisk handlingskompetanse som var unik og skapte trygghet.

DET VAR SOM KROPP JEG EKSISTERTE

I en slik situasjon som jeg var i, er det også som om tiden opphører; den kronologiske tidsoppfatningen går i oppløsning og forsvinner. Alt som står igjen og er tilbake, er de enkelte øyeblikkene som rommer alt. Og all vesentlig kommunikasjon dreide seg om hvordan sykepleierne håndterte min utsatte og plagede kropp. Det var ikke tid og sted for de lange samtalene. Samtalen var innvevd på en naturlig måte i en rytme bestående av små men betydningsfulle beskjeder og spørsmål og svar, og som samtidig var forbundet med det konkrete arbeidet, til pleien av den kritisk syke kroppen, min kropp!

Og det var som kropp jeg helt og holdent eksisterte, og det var slik jeg opplevde en sammensmelting av det sjelelige i det kroppslige som gjorde meg konsentrert og skjerpet, ja til det som av kone og familie for øvrig ble beskrevet som tapperhet. Det var en mobilisering av en biologisk og kroppslig overlevelsesvilje; vilje til fortsatt liv som var sterk, der og da, og som sammen med sykepleiernes stell og håndtering av min kropp ble det som holdt meg i live.

TØRSTEN

Den meste ubehagelige kroppslige opplevelsen jeg hadde under intensivperioden, var en intens og evigvarende tørste. Det var en tørste som var konstant og som var hinsides min fatteevne. Mitt høyeste ønske var i perioder å bli kvitt eller å få lindring for denne tørsten. Den kunne lindres kun i sekunder av gangen. Verken spray eller det å fukte munn og lepper hjalp. Det eneste som ga lindring i korte sekunder, var å drikke små slurker av væske og/eller tygge isbiter. Av en eller annen grunn kom jeg til å foretrekke Solo

Super, og jeg ville nok vært en strålende reklame for dette produktet i denne perioden.

Jeg hadde en drikkerestriksjon på 500 ml i døgnet, noe som ble forsøkt tøyd og disponert utover døgnet, men det ble helt utilstrekkelig slik jeg opplevde det. Samtidig fikk jeg aldri noe svar på hva denne tørsten kom av og hvor lenge den kunne forventes å vare. For meg varte den usigelige tørsten til ut i slutten av den uken hvor jeg var tilbake på sengeposten. Da forsvant den like plutselig og uforklarlig som den kom.

I ettertid erindrer jeg doktoravdelingen til Eva Gjengedal fra 1994 som er en kvalitativ studie om opplevelsen av det å ligge på respirator. Her beskriver Gjengedal (1994) hvordan det pasienten opplever som den største belastning og plage, var den evigvarende og intense tørsten. Det beskrives billedlig ved historien om pasienten som forteller hvordan tørsten ble forsterket av sykepleieren som lot vannet renne fra springen på sengerommet.

FOTBADET

Noen episoder knyttet til det kroppslige stellet har brent seg fast i min bevissthet. Det var søndag og den tredje dagen på intensiv, og sykepleier S hadde dagvakt. På morgenen, før han skal sette i gang med stellet, sier han at nå skal jeg opp på sengekanten, og så skal jeg få fotbad. Umiddelbart tenker jeg hva er dette for noe, opp på sengekanten og få fotbad? Jeg protesterer og sier det kan jeg ikke, det greier jeg rett og slett ikke. Jeg føler meg helt kraftløs og utslått. Selv den minste bevegelse er en kraftanstrengelse, og det å sitte oppe forekommer meg som en umulighet. S er bestemt, jeg må opp av sengen, og han begynner å klargjøre alt utstyret og ordne med infusjonssett og alle koplinger som monitorerer alt fra hjertevirksomhet, blodtrykk og til oksygeninnholdet i blodet.

På en eller annen måte, med hjelp av S og en annen sykepleier, og med en stor kraftanstrengelse, kommer jeg meg opp på sengekanten. Der sitter jeg, det svimler, og jeg bøyer meg og kaster et blikk ned på beina mine som dingler ned fra sengekanten. Sjokkert observerer jeg to avmagrede bein og hvor all muskelmasse synes rent bort. Min yngste datter står også ved siden av meg, og jeg utbryter i lett fortvilelse; «Hvor er beina mine blitt av, hvor er musklene, hvor er leggene mine?» Hun utbryter da med en replikk som rommet alt: «Slapp av, pappa, du har jo fått ballettdanserbein!»

EN RIBBET SPURV

Og det var akkurat det jeg hadde. Det viste seg at i løpet av to døgn etter reoperasjonen hadde jeg rast cirka 12,5 kilo ned i vekt. Jeg satt der som en ribbet spurv, en «fugleunge», og følte en blanding av fortvilelse, men også heldigvis med en anelse selvironi og sarkasme intakt om egen situasjon.

Fotbadet blir gjennomført og gir en følelse av velvære. Det skummende varme vannet og massasjen av føttene gir liv til og en kontakt med egen kropp som i tillegg til å være godt der og da, også får betydning for meg i framtiden når jeg skal forstå og bearbeide mine opplevelser fra denne perioden. Akkurat denne episoden, stellet som det inngikk i, og med den påfølgende barbering står for meg som nesten paradigmatiske situasjoner i min erindring fra intensivperioden. Fremdeles lar jeg meg berøre når jeg tenker tilbake til og snakker om dette. Jeg har reflektert mye om hva det var ved denne situasjonen, fotbadet, som ble så viktig for meg.

Å få vasket føttene av andre har noe arketypisk ved seg. Det kan gi religiøse assosiasjoner til bibelhistorien, til Jesus som vasket disiplenes føtter. Men det er ikke det viktigste her for meg. Jeg tenker at fotbadet står som et tydelig symbol på og virkeliggjøring av praktisk omsorg. Nærmest et urbilde på omsorg. Pleieren som bøyer seg ned og vasker den sykes føtter, mine føtter; det er et bilde på det ypperste i sykepleierens omsorg for den syke, og for meg sitter det som spikret i erindringen som noe godt, noe som skapte øyeblikk av velvære i en situasjon som ellers var kritisk, uforutsigbar og ytterst belastende.

EN TESKJE VANILJEIS

Også en annen sykepleier og en hendelse står for meg som særdeles viktig. Det var sykepleier M, S sin rake motsetning. M var som en virvelvind, over alt, til dels høyrøstet og humørfylt, men samtidig dyktig, sikker og oppmerksom som sykepleier. En hendelse, en liten opplevelse, husker jeg spesielt. Den kan synes ubetydelig, men for meg der og da, og også senere, står den spikret i minnet, nettopp kanskje ved at den brøt monotonien og rekken av plager ved å installere et øyeblikk av plutselig nytelse.

«Jeg-et var nakent, hudløst og overgitt til andres varetekt og omsorg.» *Finn Nortvedt*

Det var feiring på avdelingen. Jeg hørte stemmer, latter og min eldste datter var samtidig på besøk. Jeg var ekstubert og lå og prøvde å slappe av mens tørsten herjet like intenst. Da kommer plutselig sykepleier M, ber meg lukke opp munnen og stikker en liten teskje vaniljeis i munnen min. Aldri tror jeg noe har smakt så godt, kjølig, svalende, og jeg nyter en intens vaniljesmak.

Vi ler og jeg tar inn hele situasjonen som skapte et brudd i plager og monotoni som var fantastisk der og da. Mer skal det ikke til, tenker jeg, enn en teskje vaniljeis når det kommer i den rette stunden og på den rette måten.

Begge disse eksemplene knyttet til tilsynelatende trivielle aktiviteter og enkle hendelser hadde for meg avgjørende betydning og står fram som framtredende eksempler på empati og omsorg.

EN SPESIELL BESLUTTSOMHET

Den fjerde dagen på intensiv, om kvelden, hadde min kone og jeg en spesiell samtale. Jeg var sliten og plaget, men samtidig klar og konsentrert. Vi var alene, og det var rolig og stille på avdelingen.

«Hva er det ved livet som overgår døden også når døden er ønsket av beslutningskompetente personer?» *Finn Nortvedt*

Jeg snakket om alle menneskene og alt som hadde betydd mye for meg i livet til nå, de viktige og nære stundene i dagliglivet som var det vesentlige. Nærværet og samværet med familie, barn og barnebarn. Samtidig kom jeg inn på at jeg nå var ved en grense hvor jeg opplevde at nok var nok. Jeg var bestemt på det at dersom komplikasjoner skulle oppstå som gjorde at jeg måtte gjennom en ny operasjon i magen, så ville jeg ikke mer. Jeg sa det slik at da måtte de/dere «la meg gå», og det var min helt bestemte og faste beslutning.

I ettertid har vi snakket om at jeg var overbevist og besluttsom. Hun medgir at hun aldri har sett meg så bestemt. Jeg var ikke redd for å dø, men så døden som en grense jeg ville passere og som jeg ville møte som min egen beslutning. Denne situasjonen har brent seg fast, og den har gjort noe med mitt forhold til døden. Det at jeg der og da og uten frykt hadde en slik besluttsomhet, og hvor jeg forlangte å bli tatt på alvor og bli lyttet til.

Ja, den har ikke bare gjort noe med mitt forhold til døden, men også med mitt syn på det å selv skulle være den som endelig fatter beslutningen om eget liv, om død, om egen skjebne. Det at ingen andre enn meg selv skal få bestemme over min kropp og mitt liv. Der og da var jeg bestemt på det, og jeg kan ennå kjenne på denne besluttsomheten som har gjort noe med mitt syn på selvbestemt livsavslutning; at det i enkelte situasjoner kan være riktig at pasientens beslutning blir avgjørende og blir lyttet til, forutsatt at han er beslutningskompetent.

Jeg ønsker ikke med dette å skjønnmale noe og absolutt ikke døden. Jeg elsker livet, men i denne situasjon var jeg ved en grense hvor jeg ikke ville og heller ikke orket å utsette meg selv for mer kirurgi og behandling. Metningspunktet var nådd. Det var lidelsen og plagene, ja, hele opplevelsen av situasjonen som nok skapte denne besluttsomheten.

Hva var denne besluttsomheten og overbevisningen om at dette måtte jeg selv bestemme? Var jeg beslutningskompetent, eller var jeg etter alt jeg hadde gjennomgått i en traumatisk krise som hadde redusert min evne til å fatte rasjonelle beslutninger? Etter egen oppfatning var jeg klar og beslutningskompetent i disse situasjonene. Selv om jeg hadde vært gjennom store påkjenninger, og kan sies å ha vært i en krise, opplevde jeg ikke min besluttsomhet som et resultat av en krisereaksjon.

EN DØENDES RETT

I boken «Omtanke» (Nortvedt 2012) diskuteres spørsmål knyttet til helsepersonellets hjelpeplikt og pasientens samtykkekompetanse. Det påpekes at norsk rett kan se ut til å begrense pasienters autonomi ved at det stadfestes i helsepersonellovens §7 at nødvendig helsehjelp skal gis selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen, og selv om han er samtykkekompetent. I min situasjon ville dette betydd at jeg sannsynlig ville blitt overstyrt og operert mot min vilje. Imidlertid er det en passus i pasientrettighetsloven § 4–9 som fastslår at en døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling.

Det framkommer også i Nortvedts kommentar til loven at det er problematisk at voksne pasienter som er samtykkekompetente, ikke skal kunne ha mulighet til å nekte medisinsk behandling. Han påpeker

videre at det å være døende også er knyttet til alvorlighetsgraden av sykdommen og den mulige effekten av medisinsk behandling, og framhever at fra et etisk ståsted er det problematisk å tvinge livreddende behandling på beslutningskompetente og informerte pasienter mot deres vilje. Det er også problematisk at helsepersonellets, og i denne instans legens, faglige autonomi er overordnet pasientens selvbestemmelsesrett.

Dette er tydeligvis en gråsone innenfor dagens legeetikk og berører spørsmål som er tolkbare, men hvor det er grunn til å tro at paternalistiske holdninger er rådende. Likevel er det interessant at loven gir åpninger, og framtiden vil sannsynlig tvinge fram endring av etablerte holdninger og muligens også praksis innenfor disse områdene. Uansett, for min del, er det nå mitt syn at pasientens autonomi og besluttende myndighet over egen kropp og skjebne skal lyttes til og eventuelt være avgjørende, forutsatt at evne til samtykkekompetanse vurderes å være til stede.

LIVET, EN GAVE

Det kan diskuteres om livet selv har en større og absolutt verdi, en verdi som overskrider individets rett til bestemmelse over verdien av eget liv. At livet slik sett har en absolutt verdi gjenfinnes i kristen etikk og framheves av teologen Løgstrup ut fra det syn at livet er skjenket den enkelte som en gave (Løgstrup 1955).

Spørsmålet jeg vil stille er: Hva er det ved livet som overgår døden også når døden er ønsket av beslutningskompetente personer? Er ikke dette en uholdbar tilsidesetting av individets rettigheter og mulighet til selv å bestemme over eget liv og skjebne? Når livet først er gitt som en gave, bør kanskje også døden gis som en presumtiv mulighet når det er pasientens overveide og rasjonelle beslutning?

Det kan være med bakgrunn i at han er plaget, medtatt og syk, samt at nye inngrep og invasiv kirurgi eller annen behandling er høyst usikker og vil medføre sannsynlige store lidelser i tillegg.

Dette er vanskelige spørsmål, men de må diskuteres.

LYS OG MØRKE, LIV OG DØD

Hva er liv og hva er død? Hva er lys og hva er mørke? Og hva er forbindelsen mellom liv og død og lys og mørke – er det noen forbindelse? Dette er tanker jeg gjør meg etter å ha vært kritisk syk og opplevd narkose og det altomsluttende mørket som medfølger. Hva var det ved dette mørket? Og hva er det mørket gir som lyset ikke gir? Er mørket noe mer enn fravær av lys? Kanskje mørket er vårt egentlige hjem, vårt tilholdssted, det vi lengter mot og skal tilbake til, som billedkunstneren Ida Lorentsen utrykte det i et intervju i radiofront på P2 en søndag i januar 2013. Ida Lorentsen maler bilder hvor skildringer av lys og mørke er framtredende.

For meg framstår dette mørket i ettertid som noe annet, noe som overskrider narkosemørket. Det er akkurat som om jeg kan fornemme det, som om det hadde en form, noe jeg var omsluttet av og som var fredfylt og godt. For meg innebar dermed mørket lindring! Og jeg var ikke redd, men lengtet faktisk etter dette mørket i perioden jeg var intensivpasient og plagene var for sterke. Mørket framsto ikke som noe fremmed og truende, men som noe som «tok meg bort» og ga meg fred. Det er var for meg et mørke som det ikke var noen grunn til å frykte.

Og kanskje er det slik at når døden er en mulighet, om ikke en realitet, så reduseres også redselen for den? Sånn opplevde jeg det i denne perioden, mens jeg samtidig kjempet for å overleve. Så kom angsten senere i forløpet da jeg var ute av den akutte krisen og skulle normalisere tilværelsen igjen. Da begynte kanskje den tyngste kampen, hvor bare det å spise en halv skive brød eller å gå tre skritt i en trapp medførte en anstrengelse som krevde alt av motivasjon og egenvilje. Å ta dagliglivet tilbake igjen var det tyngste i denne perioden, men her var sykepleierne på sengeposten avgjørende pådrivere som ikke på noe tidspunkt lot meg få lov til å gi opp.

TRE ÅR ETTER

Så hva nå – tre år etter. Jeg er i live og i full jobb. Og jobben er også min beste form for rehabilitering. Livet er samtidig ikke som det var før. Jeg har noen plager, fordi alle påkjenningene førte til at en latent Parkinson sykdom ble aksentuert og blomstret opp. Likevel lever jeg et godt liv, et helt liv. Takket være god medisinsk behandling, men også ikke minst god sykepleie.

Det snakkes ofte om at medisinsk behandling redder liv. Og moderne kirurgi er fantastisk, som i mitt tilfelle det å lage en ny urinblære av 55 cm tarm og få det til å fungere. Likevel – uten sykepleien hadde jeg ikke overlevd, det er min overbevisning. Og for det vil jeg alltid være takknemlig.

Artikkelen ble første gang publisert i Sykepleien i 2014.

Utgivelsesplan 2022

Nr	Utgivelse	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	# Diabetes	26. januar	11. februar
2	# Tema kommer	23. mars	08. april
3	# Tema kommer	4. august	19. august
4	# Tema kommer	28. september	14. oktober
5	# Tema kommer	23. november	09. desember

Redaksjonen ønsker fleksibilitet i forhold til valg av titler og tema.

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

MEDIYOGA®

Sykepleien

Den legendariske sykepleieraksjonen i 1972 var egentlig ulovlig. **Hva skjedde egentlig?**

I 1985 ble sykepleierutdanningen en del av høgskolesystemet. **Var du en av dem som ble sykepleier da?**

Husker du hva Anne Engers Likelønns-kommisjon kom frem til i 2008?

Nå finner du alt i Sykepleiens historiske arkiv – på **sykepleien.no**

Sykepleien | Nettsted for sykepleiere og andre helse interesserte

Sykepleien har dekket sykepleiernes hverdag helt siden 1912. Finn ditt gullkorn blant 90 000 sider.

Sykepleier – ønsker du god lønn og frihet?

Vi har jobb til deg som er sykepleier eller intensivsykepleier i hele Norge. Hos oss får du fleksibilitet, og kan påvirke både hvor og når du vil jobbe.

Vi gir deg god lønn, pensjon, sykepenger, samt dekker din reise og bolig. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske. Vi er en trygg arbeidsgiver med spesialkompetanse på helsebemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info:
+47 74 80 40 70
nurse@dedicare.no
www.dedicare.no/nurse

DEDICARE