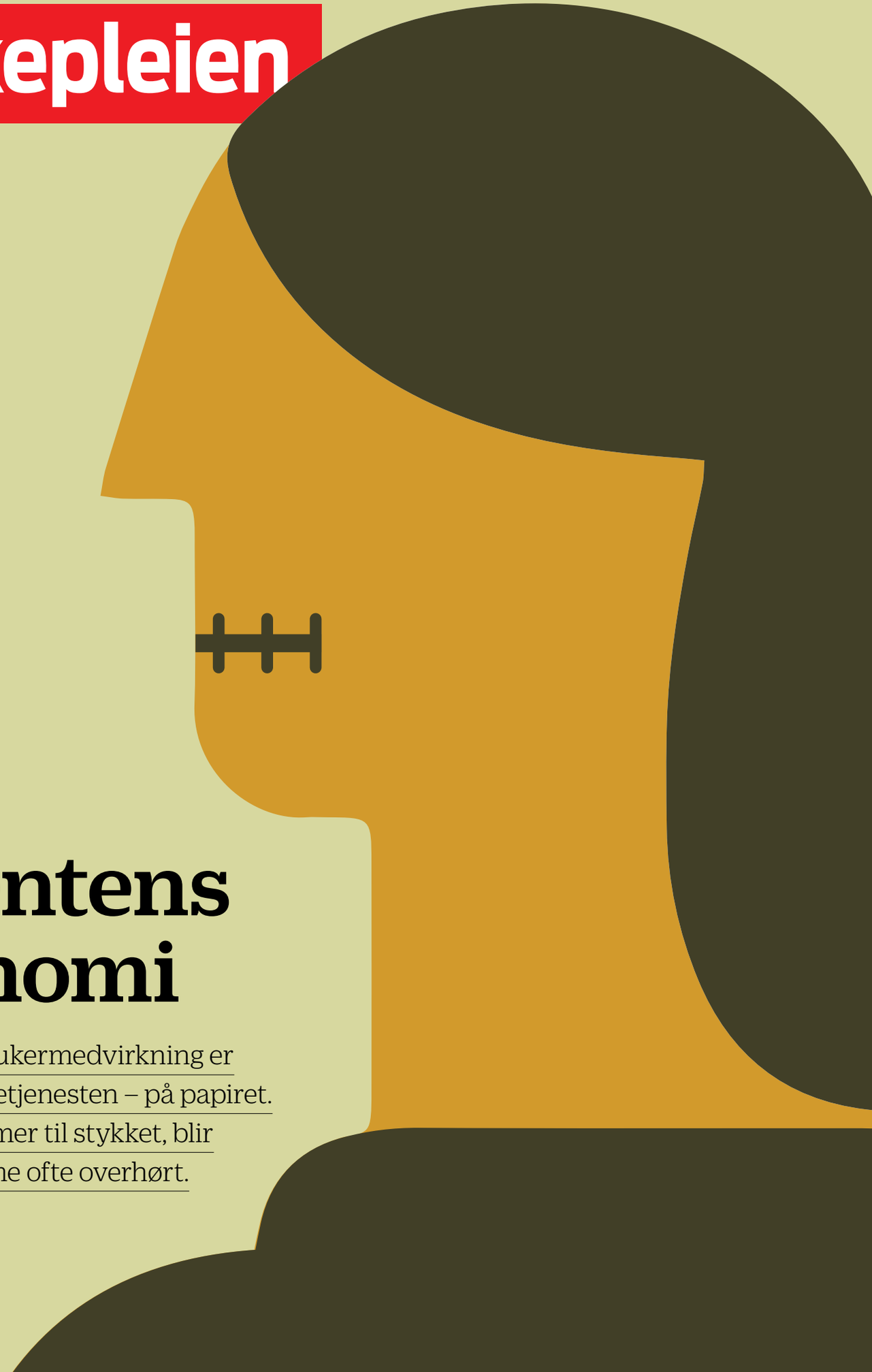
#11
2016
Sykepleien



Pasientens autonomi

Spesialtema. Brukermedvirkning er en selvfølge i helsetjenesten – på papiret. Men når det kommer til stykket, blir pasientens stemme ofte overhørt.

Side 06–69

ITERA GAZETTE

Lær deg løsningen som kan redde liv.

Ta godkjenningsprøven for kjernejournal nå!

10

TI SPØRSMÅL PÅ TI MINUTTER

Kjernejournal gir deg rask tilgang til viktige opplysninger om pasienten.

Kom i gang og ta prøven i dag på **www.ehelse.no/kjernejournal**

Direktoratet for e-helse

Mylan®
Seeing is believing

inotyol®

Bleieutslett

Iktammol, Sinkoksid, Titandioksid

Bleiebrukere blir lett røde og irriterte på rumpa.
Inotyol® er et effektivt legemiddel til bruk ved for eksempel bleieutslett.

Bleieutslett

Iktammol, Sinkoksid, Titandioksid

Bleiebarn blir lett røde og irriterte på rumpa.
Inotyol® er et effektivt legemiddel til bruk ved for eksempel bleieutslett.

Rengjør hudområdet før bruk. Påsmøres i tykt lag en til flere ganger daglig.
Må ikke brukes på væskende eller infiserte sår. Inneholder ullfett (lanolin) som i sjeldne tilfeller kan forårsake lokale hudreaksjoner (f.eks. kontakteksem).

Finnes reseptfritt på apotek. Les pakningsvedlegget nøye.

INO-2016-0002

BGP Products as
Telefon: 67 51 81 90

Mylan®
Seeing is believing

Sykepleien får ny distribusjonspartner

Fra 2017 skifter Sykepleien leverandør til Helt hjem. Dette vil føre til at ca 20.000 av dere får bladet på dørmatta sammen med avisen i stedet for i postkassen.

Vi håper du synes dette er en fin måte å få bladet på. Dersom du absolutt ikke ønsker bladet sammen med avisen kan du ta kontakt med medlemstjenesten slik at du fortsatt kan få bladet i postkassen. Men før du gjør det ber vi deg om å se hvordan det blir fra neste år.

Vi vil benytte sjansen til å ønske deg en riktig god jul og godt nyttår! Fra neste år kommer vi med et helt nytt papirprodukt Sykepleien Tema, som kommer i mai og desember. Det kommer i tillegg 8 utgaver av magasinet Sykepleien. Vi gleder oss til å høre hva du synes om dette.

Hilsen Sykepleien

Sykepleien

Innhold

11 | 2016 Sykepleien
Utgivelsesdato: 08. desember

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo, Tlf.: 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Spesialtema: Pasientens autonomi

06 Pasientens stemme
08 Slik føder du: 6973 unnværlige tips!
12 – Springer så jeg nesten blir sprø
20 Unge funksjonshemmede lever i de gamles senger
24 Rettigheter gjennom 100 år
25 Pasienten og sykepleieren
26 Unge kvinner får nei til celleprøver
28 Bent Høie: Det magiske spørsmålet
30 Uten polstring
36 Pasienter og behandlere på kollisjonskurs
40 Per Nortvedt: Hva er autonomiens grenser?
42 Valgets kval
48 Reduserte ventetiden med elleve uker
52 Autonomi i sykehjem for pasienter med demens
58 Barth Tholens: Helt på bånn
60 – Retten til å bestemme over eget liv, gjelder også retten til å dø
62 Vil ikke sette dødssprøyter
64 Gir det ufødte liv en stemme

Blir ikke hørt. **06**

Har rett til å dø. **60**

Sykepleie

72 Seksuell rådjeving etter hjarteinfarkt
76 Forskerintervju: Karl Øyri
79 Forsknings-sammendrag
80 Reduserer språk-barrierer på sykehus
85 Gode erfaringer med brukermedvirkning

Når du blir 250 år. **76**

Meninger

90 Eli Gunhild By om sykepleierløftet
91 Språk og smykke
92 Ulykken er din egen skyld
94 Lesermeninger
96 Slik skriver du gode forskningsartikler
97 Anne Marie Saxlund: Kunsten å være god nok
98 Men skal vi aldri sees igjen?
100 Quiz og kryssord
101 Stillingsannonser og kunngjøringer

Frisk av å tenke positivt? **92**

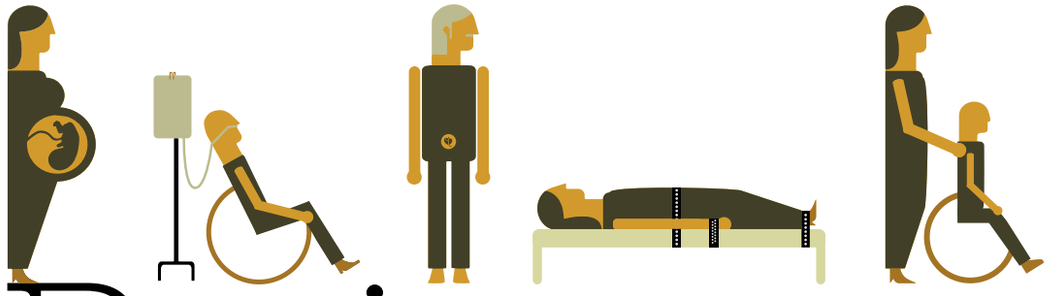
Forsideillustrasjon: Colourbox/Nina E. H. Hauge

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad, Ingvald Bergsagel. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leegaard, Signe Marie Flåt. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Trine-Lise Gjesdal, Ole Morten Vindorum.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12), Silje Torper. **Salg:** Maud P. Kaino (97 74 21 20). **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Sörmlands Grafiska

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT

Tema.
Pasientens autonomi



Pasientens stemme

Emma Sofie Bjørstad

Vetle Roy Krohn-Johnsrud

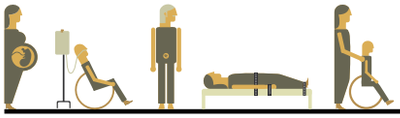
Brukere og pårørende skal ha reell innflytelse på utformingen av helsetjenesten, og pasienten skal ha tilstrekkelig informasjon til å kunne delta i valg av behandling.

Helseminister Bent Høie har gjort **«pasientens helsetjeneste»** til sitt mantra. Likevel er pasientens rett til å bli hørt og tatt hensyn til, ofte truet. Hvorfor er det slik? Sykepleiens journalister dro ut for å finne utfordringene i en lov som alle i prinsippet er enige om, men som er vanskelig å innfri i praksis.

● Alle illustrasjoner **Colourbox/Nina E. H. Hauge**

Maja Thune

Hans Fredrik Donjem



Det er ikke alltid så enkelt for vordende mødre å orientere seg i mylderet av muligheter en fødsel byr på.

Slik føder du: 6937 uunnværlige tips!

Tekst **Ingvald Bergsagel** ● Foto **Erik M. Sundt**

Næmmen, er du gravid? Så koselig da!

– Takk. Ja, jeg ...

– Har du tenkt på hvordan du vil føde?

– Foreløpig har vi bare ...

– Hvilket sykehus tenkte du? For du vet at du kan velge? Eller kanskje du vil ha hjemmefødsel? Det er veldig i vinden nå. Hva med vannfødsel?

– Du, jeg vil nok helst ...

– Har du noen preferanser innen fødestillinger? Hva med saccosekk, prekestol eller pilatesball? Og hvem skal du forresten ha med? Bare far? Venninne (hint, hint)? Fotograf? Kan studenter slippe inn?

– Nå vet ikke jeg om ...

– Har du noen fobier eller bekymringer forresten? For sånt burde du si fra om, altså. Er du skikkelig redd, kan du be om keisersnitt, men det spørs om du får det.

– Vel, jeg har ...

– Du, hvilke smertestillende foretrekker du? Det er så mye å velge mellom: epidural, saltvannspapler, morfin, transkutan nervestimulering, akupunktur, petidin, pudendalblokkade – eller ingen av delene? Helt naturlig, liksom. Skal far klippe navlestrengen? Hva med å frysetørke morkaka? Det gjorde vi.

– Dere gjorde hvaforno', sa du?

RÅD Å FÅ

Det å forberede seg til en fødsel, spesielt om det er den første, kan nok for enkelte oppleves som i den tenkte dialogen ovenfor.

Ifølge nasjonale retningslinjer er det et prioritert mål ved svangerskapskapsomsorgen at gravide skal være i stand til «å ta informerte beslutninger om alle aspekter ved omsorgen».

Det står også at noen kan bli «overveldet og engstelige av det de oppfatter som for mye og uhåndterlig informasjon». For det er sjelden mengden med tips og råd det skorter på.

I tillegg til informasjon fra helsevesenet, byr gjerne venner og familie, diskusjonsfora og nettsider, tv-serier, glansete magasiner, bøker og brosjyrer på utallige mer eller mindre velfunderte tips og anbefalinger for den forestående begivenheten.

På Kvinneguiden alene har for eksempel underkategorien «Graviditet, spedbarn og babytiden» over 750.000 innlegg. I skrivende stund diskuteres blant annet spørsmål om fødselsangst, fødselsfotograf og intimbarbering til den store dagen.

Hvor godt informert er egentlig vår tids gravide kvinner om sine valgmuligheter i forbindelse med fødselen? Hvilke kilder forholder de seg til og hvor godt fungerer den offentlige svangerskapsomsorgen på dette området?

Sykepleien dro på barseltreff i Drøbak, med håp om å få noen svar.

STOR VARIASJON

I en lun stue hviler fire babyer tilfreds i hvert sitt mammafang mens en bister

Brukermedvirkning ved fødsel

● Det er vanskelig å tenke seg mottakere av helsetjenester med like mange valg og muligheter å forholde seg til som gravide. Ifølge nasjonale retningslinjer er det et uttalt mål ved svangerskapsomsorgen at kvinner skal kunne ta «informerte beslutninger om alle aspekter ved omsorgen». Det er ikke alltid like enkelt. Dessuten kan det variere hva mor faktisk får bestemme og hvor godt hun informeres i forkant av fødselen.

FØDT SÅNN: De fire mødrene (f.v.) An-Magritt T. Ryste, Stina Nakken Berg, Jeanett A. Norshus og Karianne Thomassen forberedte seg til fødselen på ulikt vis.

vinterdag herjer fra seg utenfor.

Her inne er lykken er tørr bleie, nok melk og powernapping ved behov. De fleste avgjørelser tar de små umiddelbart og instinktivt – skal jeg sprelle, smile, sutte eller prompe? Kanskje alt på én gang?

Ti uker tidligere sto deres respektive mødre overfor noe mer krevende beslutninger.

Etter et par timers samtale med Sykepleien, sitter følgende hovedinntrykk igjen:

Alle ønsker i forbindelse med selve fødselen ble tatt hensyn til av helproffe team ved fire ulike fødesteder. Her følte alle kvinnene seg godt ivaretatt, beroliget og informert.

Det som derimot varierer, er hvordan kvinnene selv orienterte seg eller ble informert om muligheter og begrensninger i forkant av fødselen.

ULIKE KILDER

Karianne: Jeg lærte faktisk mye av å se «Jordmødrene» på NRK. Og så fikk jeg gode tips av søstera mi. Blant annet om å skrive fødebrev. Jeg leste også

> «Jeg hørte mange ekstreme fødselshistorier. Ikke minst i lukkede termingrupper på Facebook.»
>
> Stina Nakken Berg, mor

en bok jeg fikk på svangerskapskontroll hos legen.

Jeanett: Det var mye informasjon å forholde seg til, synes jeg. Brosjyrer og tips. Oppfordringer om å gå kurs.

An-Magritt: Jeg var med på fødselsforberedende kurs i forbindelse med min første graviditet. Det var veldig bra og nyttig. Ellers er mitt råd at du ikke hører så mye på historier du blir fortalt eller leser på nettet!

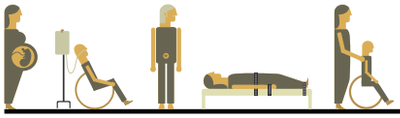
Stina: Enig! Jeg hørte mange ekstreme fødselshistorier. Ikke minst i lukkete termingrupper på Facebook. Der var det dessuten mange som sa at de ville ha keisersnitt, uten at det var medisinsk begrunnet. Mitt råd er å være veldig kritisk til alt av medisinske råd samt skrekkhistorier på nettet. Ikke ta til deg alt!

Karianne: Men det er veldig greit med et sted der man kan dele frustrasjoner, spørre om utstyr, praktiske ting og så videre. Bruk nettforum til støtte, men vær kritisk!

PRESSET JORDMOR

Under svangerskapet gikk to av de fire kvinnene til jordmor og lege annenhver gang. Én gikk kun til lege mens den siste gikk først kun til jordmor, og mot slutten til lege da høyt blodtrykk gjorde at hun trengte ekstra oppfølging.

An-Magritt: Jeg gikk til samme



jordmor da jeg var gravid forrige gang, for tre år siden. Den gangen hadde hun bedre tid. Nå virket hun mer presset. Det var synd, for jeg var bekymret på grunn av komplikasjoner ved forrige fødsel, og skulle gjerne ha snakket mer med henne om dette.

Jeanett: Jeg følte ikke nødvendigvis at det ble liten tid, og jordmora var flink, men hun kunne virke litt distré. Da jeg rundt uke 30 ville snakke om fødselen, sa hun at det var litt tidlig å prate om. Men så var det sommerferien, med redusert bemanning, og samtalen om selve fødselen kom liksom aldri.

Stina: Jordmor var rask under kontrollene forrige gang, men hadde enda mindre tid nå. Det var heller ikke alltid lett å vite hva man skulle spørre om, og jeg følte at kontrollene i liten grad var rettet mot fødselen.

> «De stoler veldig på at helsepersonell vet best, men det gjør de ikke alltid.»
>
> Bippi Trovik, privatpraktiserende jordmor

Karianne: Jeg gikk bare til fastlege og var veldig fornøyd. Hun hadde god tid, og jeg fikk alle svarene jeg ba om.

OVERDREVEN RISIKO

Bippi Trovik har 19 år bak seg som jordmor på fødestue, og har de siste årene jobbet privat i Jordmorteamet, som blant annet tilbyr svangerskapskonsultasjoner, kurs og hjelp ved hjemmefødsler. Hun mener norske kvinner ikke gis nok informasjon om valgmuligheter og konsekvenser av disse i forbindelse med fødsel.

– Mange trår over dørstokken til sykehuset og sier «gjør hva dere vil, bare gi meg et friskt barn tilbake». De stoler veldig på at helsepersonell vet best, men det gjør de ikke alltid.

Trovik mener individuelle hensyn i dag fort kan drukne i prosedyrer, retningslinjer og tidspress på en fødestue.

– Den siste tiden jeg jobbet på sykehus, merket jeg at jeg ofte tenkte på om jeg hadde gjort alt riktig, og for lite på hver enkelt kvinnes ønsker og behov.

Blant annet mener Trovik informasjon til kvinnene kan være mangelfull når det gjelder risikovurdering av ulike alternativer knyttet til igangsettelse, simulering av rier og setefødsel.

– Dette er ting kvinnene i større grad bør kunne være med å vurdere. Da må de lese seg opp på forhånd og stimuleres til dette gjennom svangerskapsomsorgen.

FØRSTE GANG: Som førstegangsfødende syntes barseltreffets vertinne Jeanett A. Norshus det kunne være mye informasjon å forholde seg til.

SJELDEN KONFLIKT

– Dagens gravide forbereder seg mye og er veldig opptatt av svangerskap og fødsel.

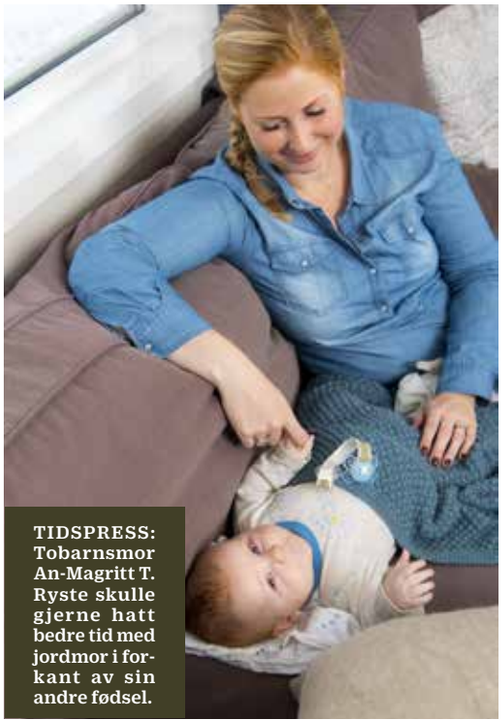
Det sier Hanne Knutsen, jordmor og seksjonsleder ved føde- og barselavdeling B på Ullevål universitetssykehus.

– Jeg synes det er fint om flere tenker spesifikt gjennom hva som er viktig for dem, så vi kan forsøke å legge til rette.

Knutsen mener at selv om prosedyrer og retningslinjer må ligge til grunn for utøvelsen av faget, behøver ikke dette stå i veien for retten til medbestemmelse og god kommunikasjon med kvinnene.

– Målet er jo friske barn og friske mødre, og alle ønsker brukerne måtte ha, sees opp imot hva som er jordmorfaglig og medisinsk forsvarlig.

På Ullevål sykehus kommer det hvert år over 7000 barn til verden – et snitt på rundt 20 om dagen. Selv om det kan være travelt, opplever Knutsen sjelden gnisninger mellom mor og helsepersonell.



TIDSPRESS: Tobarnsmor An-Magritt T. Ryste skulle gjerne hatt bedre tid med jordmor i forkant av sin andre fødsel.

– Mødrene trenger hjelp

– TILGANGEN PÅ INFORMASJON gjør at vordende mødre i dag gjerne er mer orientert enn tidligere, men de trenger også mer hjelp til å sortere og vurdere informasjonen av kvalifiserte fødselshjelpere, sier leder i Jordmorforbundet NSF, Hanne Charlotte Schjelderup-Eriksen.

- Vi ser en tendens til at fødende kommer med flere ønsker, men samtidig skal medisinskfaglige vurderinger ivaretas underveis når et barn fødes. Derfor er det viktig at familien får en forståelse for eventuelle komplikasjoner som kan oppstå underveis i en fødsel, som kan føre til at egne ønsker må vike.

- Selv med all tilgjengelig informasjon, er en del mødre ikke godt nok forberedt til fødselen, men det er svært sjelden det oppstår direkte konflikter mellom fødende og helsepersonell.

- Enkelte ønsker keisersnitt, uten at det foreligger medisinske, somatiske årsaker. Fødselsangst på grunn av tidligere negative opplevelser, er svært viktig å avdekke på et tidlig stadium. Forskningen viser at jordmødre svært ofte lykkes med å hjelpe kvinner med fødselsangst til å føde normalt.

- Ellers ser vi en økende etterspørsel etter hjemmefødsel. Her er det nøye selektering, og foreløpig ikke så mange som tilbyr dette. Det er heller ikke et gratis tilbud, slik fødsel på sykehus er, men vi mener det bør være det for dem som ønsker det. Det er trygt for friske kvinner og koster samfunnet mindre penger enn et sykehusopphold.

– Om det skulle oppstå uenigheter, går vi i dialog.

Knutsen nærmer seg 25 års fartstid som jordmor og har sett ulike trender komme å gå, også når det gjelder ønsker fra vordende mødre. Hun forteller for eksempel at akupunktur var etterspurt en stund, men at interessen nå har avtatt.

– Da jeg startet var det mindre snakk om brukermedvirkning og medbestemmelse, det er det mer av nå. Vi henvender oss mye mer til fødekvinnene. Det er mer dialog og samarbeid, sier hun.

– Pasienten settes i sentrum – heldigvis. Vi er jo også i et serviceyrke.

ANBEFALER FØDEBREV

Om det er ett råd kvinnene på barseltreffet er samstemte om, så er det at man bør skrive fødebrev. I et slikt brev, som leveres ved ankomst på fødestedet, beskrives ulike ønsker og behov kvinnen måtte ha i forbindelse med fødselen.

Drøbak-mødrene som benyttet seg av dette, opplevde at brevene ble tatt veldig hensyn til, men det virket litt tilfeldig hvordan de hadde fått vite om muligheten.

Stina: Jordmor snakket mye om at jeg burde skrive fødebrev, og det var nok det beste tipset jeg fikk under hele svangerskapet. På fødeklinikken tok de hensyn til alt; at jeg ønsket vannfødsel, men ikke epidural eller saltvannspapler, for eksempel.

An-Magritt: Jeg kan ikke huske at jeg fikk noen informasjon om fødebrev fra jordmor.

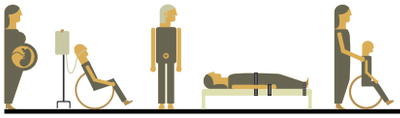
Jeanett: Jeg fikk et slags skjema i posten fra sykehuset. Jeg krysset av og fylte ut, men fødselen min ble mer komplisert, så det meste jeg skrev ble i praksis irrelevant.

Karianne: Jeg fikk først høre om fødebrev fra søstera mi og skrev at jeg ville ha tydelige beskjeder. Ikke noe lulling og trøsting. Og så tegnet jeg en strekfigur med fødestillingen jeg ønsket meg. På fødestua var jeg sliten og klarte derfor ikke helt stillingen jeg prøvde på. Jeg ble forklart at sånn jeg satt, var det fysisk umulig å få ungen ut. Men jordmor lyttet, så jeg fikk forklart mine bekymringer. Hun foreslo en sidelengs stilling i stedet.

Stina: Den slags skulle jeg gjerne visst mer om på forhånd: alternative fødestillinger! Ellers ba jeg forresten om sen avnavling ved begge mine fødsler.

De andre tre: Sen avnavling? Hva er det?

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



Ina Bjørstads datter har så mange alvorlige diagnoser at hun nærmest vokser opp på sykehus. Men hvorfor spør ingen dem om hvordan de opplever sykehusoppholdene?

– Springer så jeg nesten blir sprø

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

You're so beautiful! And your hair is so gorgeous!

Ina Bjørstad (51) rødmet. Hun hadde aldri trodd at hun skulle stå slik, midt på blanke formiddagen, mellom hyllene på Coop i turistbygda Flåm, og snakke så intimt til en fremmed, langhåret mann fra Sør-Amerika. Men hva gjør man ikke når man er sin multihandikappete datters tolk?

Datteren Emma syntes han var skjønn og hadde flott hår, og sa det slik det var, uten filter.

Hvis Bjørstad skulle gjøre det samme, altså si det rett fra levra til sykehusene, hvor hun og datteren oppholder seg omtrent annenhver måned – hva ville hun sagt?

Hun har fått sjansen i denne artikkelen. Men da må vi først 13 år tilbake i tid, til 2003:

FØDSELEN

Alenemor Ina Bjørstad skulle føde sitt tredje barn på et lite sykehus nordpå. Ultralydbildene hadde vist at det var ei jente. Hun kjente at hodet kom i åpningen og bøyde seg spent frem for å se. Da ropte hun høyt.

Barnet lå i seteleie. Det hun trodde var hodet, var i stedet baken og ryggen med en lang åpning hvor ryggmargen lå utposet i ryggmargshinnen på utsiden.

Det var forskjellige jordmødre som hadde hatt svangerskapskontrollene. Til tross for tre ultralydundersøkelser, to med gynekolog til stede, hadde ingen oppdaget ryggmargsbrokket. Siden barnet var lite, ble terminen forskjøvet. Sykehuset hadde gammelt og dårlig ultralydutstyr. Da fødselen var i gang, trodde alle at hodet lå først.

– Jeg stusset over at hun lå så rart og hadde knekk i nakken på bildene, men jordmor og gynekolog sa at alt så normalt ut, så jeg regnet med at alt var greit, forteller Bjørstad, som selv er sykepleier.

Dette var jordmoras første fødsel. Bjørstad kan ikke huske at hun fikk noen veiledning. Det var storesøsteren som tok kommandoen og fikk henne til å presse på til jenta var ute. En slapp og tynn liten kropp på 2730 gram. Lengden klarte de ikke å måle.

Hoftene var ute av ledd, og begge fotbladene lå dobbelt så tærne pekte mot hælene. Det viste seg å være klumpfot. Brokket gikk opp som en pyramide langs nedre del av ryggen, så Emma hadde en 90 graders knekk på ryggsøylen.

Den første natta var et mareritt.

– Vi ble lagt alene på et rom. Jeg visste ikke hvordan jeg skulle holde henne.

De sykeste barna

● Det finnes barn med så mange og alvorlige diagnoser at de nærmest vokser opp på sykehus. Hvordan fungerer brukermedvirkningen for dem og deres foresatte? Vi snakket med en alenemor som har en datter med en lang og komplisert diagnoseliste. Hun savner en fast sykepleierkontakt og bedre logistikk når de er på sykehus.

LØFTMETODEN: Ina Bjørstad er utdannet sykepleier, men er sin datters personlige assistent, trener, hjemmehjelp, hjemmesykepleier, spesialsykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, saksbehandler, kokk, sjåfør, portør, lekekamerat og bestevenn. Hun gjør rundt 20 slike 35-kilos løft per dag.

Jordmora sa rett ut at hun ikke visste hva hun skulle gjøre, og så gikk hun bare.

ST. OLAVS HOSPITAL

Dagen etter ble mor og datter sendt med fly til St. Olavs hospital i Trondheim.

– Der hadde de aldri sett et så stort brokk før. Nevrokirurgen måtte reise til Boston for å få veiledning i hvordan han skulle operere, forteller Bjørstad.

Alle de alvorlige ansiktene på legene, kirurgene og sykepleierne som stimlet rundt dem, gjorde at overgangen fra det lille lokalsykehuset til St. Olavs var sjokkartet. Likevel var det første spørsmålet til moren: «Når kan vi dra hjem?»

Bjørstad tenkte bare på at hun måtte komme seg fort hjem igjen til de to sønnene på 11 og 17 år,

> «Det er jo bare det at jeg er sliten og redd som ligger til grunn for tårene og sinnet.»
>
> Ina Bjørstad

som hun var alene om ansvaret for. Hun hadde ikke den fjerneste anelse om at det skulle gå tre måneder før hun fikk gå inn døra hjemme igjen med lille Emma Sofie på armen.

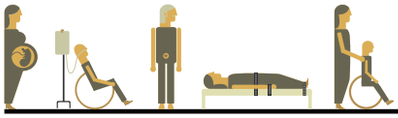
Da hadde den nyfødte kroppen vært gjennom fem operasjoner. Diagnoselista var både lang og komplisert. Den har blitt lengre ettersom årene har gått (se faktaboks neste side).

EN EVIGVARENDE VAKT

Ina Bjørstad har ikke kommet seg tilbake i sykepleieryrket igjen. Å ha foreldreansvaret for Emma er nesten som en eneste lang døgnvakt der hun må beherske spesialisert sykepleie. Blant annet må hun overvåke Emma på monitor om natta.

– Heldigvis sover jeg fra naturens side veldig lett. Jeg våkner bare hun endrer pustemønster.

Hver natt har Emma flere pustestopp fra ti sekunder og opp til et halvt minutt. Før var det ikke uvanlig at Bjørstad måtte opp tre-fire ganger per natt for å fikse på ett eller annet. Som regel slipper hun det nå.



Når hun kommer med Emma til sykehus, er hun fra før ganske sliten. Derfor blir logistikken som er lagt opp fra sykehusets side, ekstra viktig for dem. Bjørstad har valgt å fortelle om deres møter med sykehusvesenet fordi hun ofte hører om barn med kreft eller hjertelidelser.

– Mens disse barna, som aldri blir friske og nærmest vokser opp i helsevesenet, ser ut til å bli glemt. Jeg vil ikke være en syter. Mye er bra. Men veldig mye kan bli bedre, sier hun.

Emmas diagnoser:

Emma har:

- **ryggmargsbrokk**, som blant annet gjør at hun er lam og sitter i rullestol.
- **hydrocephalus (vannhode)**, som krever at hun har operert inn en shunt som drenerer overflødig spinalvæske fra hjernen til magen.
- **Arnold Chiari malformasjon type II**, som vil si at lillehjernen dras ned og ligger i klem bak i skalleåpningen.
- **spise- og svelgevansker** og har derfor **gastrostomi** med knapp for å kunne få sondeernæring fire ganger per dag som tillegg til det hun klarer å spise. I det siste har hun gått ned til tre ganger per dag.
- **appendicostomi for tarmtømming**, det vil si at blindtarmen er løsnet og trukket ut i en åpning på høyre side av magen hvor det skylles med vann gjennom tarmene (irrigasjon). Hun må **kateteriseres** hver tredje time.
- **epilepsi** med fjernhetsanfall som hun medisineres mot.
- **astma** og bruker **forstøverapparat** ved forkjølelse. I tillegg klarer hun ikke å ventilere lungene godt nok på grunn av manglende muskelstyrke, og hoster om morgenen. Hun bruker **hostemaskin** hver kveld for å løsne slim og bedre lungekapasiteten.
- Hun er smal i øregangene, svelg og nese på grunn av ryggmargsbrokket og har i tillegg nevrologiske forstyrrelser på grunn av Arnold Chiari malformasjonen. Til sammen gir dette **søvnapné** og hun fikk **cpap-maskin** til bruk om natta for to år siden.
- **beinskjørhet** og har hatt to lårbeinsbrudd og et knebrudd. Føttene har blitt operert flere ganger, og hun må ligge med skinner på beina om nettene for å vedlikeholde stillingen.
- **hormonforstyrrelser**, som har gjort at hun tidlig kom i puberteten og nå får hormoninjeksjoner hver 17. dag.
- **mangelfullt utviklet hjernebro** mellom høyre og venstre hjernehalvdel
- **moderat psykisk utviklingshemming**
- Hun er utsatt for å få infeksjoner og vaksineres hvert år for influensa. Når Sykepleien er på besøk, får hun antibiotika via gastrostomiporten fire ganger per dag på grunn av en neglerotbetennelse på tåneglene.

– KAN IKKE BLI SYK

Datteren er på avlastning én uke hver sommer og annenhver helg ellers i året. Hun er på skolen og SFO fra klokken 10–16 hver dag hun er frisk nok. Er hun for syk, velger mor å holde henne hjemme, men da kommer det ingen fra avlastningen på skolen og hjelper til. Hvis mor blir syk og trenger avlastning hjemme, har kommunen gitt beskjed om at hun må søke to måneder i forveien.

– Jeg pleier å si at jeg holder meg frisk fordi jeg ikke kan bli syk. Jeg er veldig alene om ansvaret. Men det hjelper at Emma er en tålmodig solstråle, som stort sett er glad og fornøyd og som til og med liker å være på sykehus, sier Bjørstad.

20 LØFT PER DAG

Vi er i Flåm i Sogn og Fjordane hvor Bjørstad nå bor med Emma (13) og den yngste sønnen Mikael (24). To kommunalt ombygde sokkelleiligheter har blitt til én. Emma har eget bad med stellebenk, dusjstol, løfteheis og høy temperatur så hun ikke skal fryse når hun er naken i de lange stelleøktene som tar rundt to timer når det skal dusjes.

Løfteheisen blir ikke brukt, det vil ta ytterligere 20 minutter ekstra, tipper mor, som foretrekker å løfte de 35 kiloene for egen hånd. Det blir oppimot 20 løft per dag.

Emma har også et stort rom hun har valgt veggfargen på selv. Hun er lykkelig hver kveld når hun legger seg i den deilige senga si. Og når hun våkner, pleier hun å si:

– Jeg elsker det rosa rommet mitt!

– TIL LÅNS

Det er tidlig kveld når vi er på besøk første dag. Emma er på basar med assistenten sin, og mor har tid til å snakke litt. Så ringer telefonen. En entusiastisk stemme roper utydelig i røret. Mor forstår ikke først, men så blir det klart at Emma er i fistel over at hun har vært med og sunget Månemannen. Måtte bare fortelle det til mamma før assistenten tar over og avtaler når de skal komme hjem igjen. Det blir en telefon til før de kommer en halv time seinere.

– Emma er ingen typisk A4-ryggmargsbrokkpasient. Hun har en spesiell sykehistorie, et komplisert sykdomsbilde og usikre prognoser. Jeg tenker at jeg bare har henne til låns. Derfor dreier det seg om å gi henne best mulige dager mens hun er her, sier Bjørstad.

Til nå har den ferske tenåringen hennes vært gjennom 45 operasjoner, og ennå står flere på kalenderen, som henger på kjøleskapsdøra.

Etter at Emma har vært hos tannlegen for å fikse på tannreguleringen, skal det skjæres i føttene og tærne. Da vil hun kanskje ikke så lett få den plagsomme neglerotinfeksjonen. Muligens kan det endelig bli spesiallagde finsko fra en ortopedisk skomaker i Bergen til de små føttene, som har noen og tjue i størrelse.

NYFØDT: Emma kunne ikke ligge på ryggen etter fødselen. De første tre månedene var jenta gjennom fem operasjoner. Foto: Privat

TULLEJENTE: Emma tok seg en pause fra alle skjemaene som måtte fylles ut, forrige gang hun var til kognitiv utredning på Haukeland universitetssjukehus. Foto: Ina Bjørstad

STORE STELLEBORD MANGLER

Seinere blir det to uker på Rikshospitalet for å få kolostomi og urostomi. Det skal skje før jul i år. Blir operasjonen vellykket, venter et litt friere liv for både mor og datter. I dag bruker Emma bleie og må kateteriseres hver tredje time. Ikke akkurat kompatibelt med reising eller lengre turer ut.

– Det er ikke vanlig med stellebord som kan ta noe større enn babykropper på offentlige stellerom. Til og med på sykehusene er det mangelvare, sier Bjørstad.

Avføringen skylles ut ved hjelp av irrigasjon via appendikostomi-åpningen på magen annenhver

PÅ DO: Annenhver dag sitter Emma en halv time på do mens væsken skyller gjennom tarmene fra appendicostomi-åpningen. Det hjelper med mobil og at mamma sitter på en stol ved siden av og holder slangen.

dag. Da må jenta sitte en halv time på do mens væsken renner gjennom tarmene.

– Du? Du? Vet du hva? sier Emma til Sykepleien når hun har kommet rullende inn fra basaren og moren har løftet henne fra utestol til innestol.

– *Nei?*

– Du er så søt!

Hun legger til et slengkyss og smiler lurt i rullestolen med knallrosa lakk og planeter på felgene.

FIKK IKKE OVERFØRINGSSAMTALE

I utgangspunktet skal Emma legges inn på sykehus én gang i året for rutinekontroll. Men på grunn av alle tilleggsdiagnosene blir det i gjennomsnitt annenhver måned. De første årene tilhørte Emma St. Olavs hospital. Nå er det Haukeland universitetssjukehus i Bergen.

– Da Emma ble overført fra St. Olavs, skulle jeg ønske Haukeland hadde innkalt meg til en samtale om Emmas behov. Da kunne jeg fortalt at hun trenger trykkavlastning i form av pute mellom beina og i ryggen. Om kateteriseringen. At hun trenger slik og slik sondemat. Så hadde jeg sluppet å ringe for å høre om de har det, eller om jeg må ta med selv, sier Bjørstad.

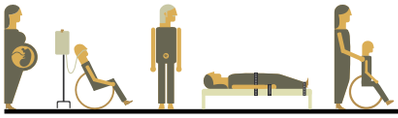
> «Disse barna, som aldri blir friske og nærmest vokser opp i helsevesenet, ser ut til å bli glemt.» Ina Bjørstad

Rutineundersøkelsen for barn med ryggmargsbrokk og hydrocephalus kalles MMC-klinikk. Da legges Emma inn fire dager på pasienthotellet. Når Bjørstad pakker for disse turene, trenger hun stor bil: esker med bleier, sondematapparat, -slanger og -pumpe, dusjstol, rullestol, forstøverapparat, medisiner, leker og koffert med klær. Sondemat bare for én uke utgjør to pappesker.

– Bleier, sondemat og dusjstol kunne kanskje sykehuset stått for, foreslår Bjørstad.

DÅRLIG LOGISTIKK

– Vi blir alltid godt tatt imot på sykehuset, og de fleste er veldig imøtekommende. Men de som jobber med å sette opp programmet for disse dagene, kunne vært med oss et par dager for å se hvordan det er i virkeligheten. Jeg tror ikke de kan forestille



seg hvor slitsomt og hektisk det er å gjennomføre det de sitter og planlegger på papiret.

– *Hvordan da?*

– Løpet er lagt opp for stramt med 20 ulike konsultasjoner i løpet av fire dager. Det er en timeavtale et sted og så neste timeavtale i et annet bygg langt unna. De tar ikke hensyn til forsinkelser og Emmas pleiebehov med å bytte bleier og kateterisering. Ei heller vårt behov for pauser. Sist gang rakk jeg ikke å spise og hadde nesten ikke tid til å gå på do. Jeg sprang så jeg holdt på å bli sprø, til tross for at jeg hadde fått med meg en assistent fra kommunen.

– *Tok du det ikke opp med dem?*

– Jo, da fikk jeg til svar at «du ønsket jo å gjøre alt på én gang, så du skulle slippe flere reiser hit». Men da hadde jeg jo heller foretrukket at vi var der én dag til.

Mor og datter bor på pasienthotellet under disse rutineinnleggelsene. Der er måltidene til faste tider. Kommer de for seint, blir det ingen mat.

> «Bleier, sondemat og dusjstol kunne kanskje sykehuset stått for.» Ina Bjørstad

– Sist hadde de ryddet bort lunsjen da vi endelig kom og hadde vært på'an siden tidlig morgen. Da holdt jeg på å begynne å gråte. Jeg banket på døra og sto der nesten hysterisk og ba om mat. Da kom det ei avslappa tyrkisk dame som jobbet der, og sa «Jada, jada, bare sett deg ned. Jeg skal finne mat.»

HATER BLODPRØVER

– Du, du? Vet du hva?

Emma ser ekstra lur ut i arbeidsstolen sin mens hun sitter og skjærer ett og ett spinatblad til dagens middagssalat. Det er den andre dagen Sykepleien er der og klikker med fotoapparatet.

– *Nei?*

– Jeg syns du er så artig!

– *Hva er det artigste med å være på sykehus?*

– Å leke med ball.

– *Hvem gjør du det med?*

– Mamma.

– *Er det noe du ikke liker så godt på sykehus?*

– Blodprøve er det verste jeg vet.

– *Hvorfor det?*

– Det gjør ondt!

Emma har så mange arr at det er vanskelig å finne blodårer å stikke i. Heldigvis får hun narkose før de begynner å stikke når hun skal opereres.

– *Er det noen hyggelige folk på sykehuset?*

PÅ TRILLETUR: Når Ina og Emma er på tur, er det alltid et spørsmål om strømmen i stolen holder til de kommer hjem, og om de rekker å komme seg hjem innen neste kateterisering.

– Blodprøvedama er så nydelig! Du, vet du hva? Du er så skjønn! Vil du gifte deg med meg?

AKUTT SHUNTSVIKT

Hos Emma kan det oppstå akutte tilstander som krever rask behandling. En av de alvorligste er shuntsvikt, som vil si at shunten (se faktaboks neste side) går tett og hun kan dø dersom det ikke blir fikset innen få timer. Da må Emma opereres og få inn et nytt dren.

Hun har hatt over ti shuntsvikter. Sist gang, som var første gang på Haukeland, ble mor spurt om hun kunne være med på observering når Emma skulle våkne etter operasjonen på barneklinikken. Bjørstad satt nattevakt og fikk ikke hvilt ut de tre første døgnene. Mor fikk heller ikke et fast rom å være på den uka innleggelsen varte.

– Jeg måtte flytte rundt ettersom hvilken avdeling hun var på og hvilke rom som var ledige. Jeg sov på madrass på kontorgulv og undersøkelsesrom. For hver gang måtte jeg drasse med meg alt utstyret vårt. Jeg hadde ikke et fast sted hvor jeg kunne slappe av og trekke meg tilbake, og følte meg litt dårlig ivaretatt.

Ryggmargsbrokk

- Ryggmargsbrokk er en medfødt skade på ryggvirvlene og oppstår tidlig i svangerskapet. Vanligvis ligger ryggmargen beskyttet i et «rør» av rygghvirvler. Men av og til skjer det at noen av ryggvirvlene ikke utvikles fullt ut. I stedet for å lukke seg til en ring som ryggmargen kan gå gjennom, stopper de på halvveien og forblir åpne. Da kan ryggmargen komme ut av de åpne virvlene. Hvilke utslag dette får, er avhengig av hvor mange virvler som er åpne, og om de sitter lavt eller høyt på ryggen.

STRESSENDE SÅPEBOBLER

Det ble ikke bedre av at Emma, etter å ha våknet på nevrokirurgisk voksenavdeling, ble lagt på en vanlig sengepost på barneklinikken blant mye friskere barn, med vel mye stimuli i en tilstand hvor hun trengte ro.

– Bare det å få såpebobler på dyna av de flinke og forsiktige sykehusklovnene var nok til å stresse henne, forteller Bjørstad.

Det ble komplikasjoner, og Emma måtte inn til ny operasjon igjen. Nok et rombytte for Bjørstad. Det var trøbbel med venefloner, som gikk tett og det ble masse stikking, som er noe av det verste Emma vet, selv om hun er modig og sterk.

– Til slutt ga jeg beskjed om at de ikke fikk lov å stikke henne. Hun har jo gastrostomi og kan få medisin gjennom den. Da kom det en sykepleier inn og sa: «Jeg hører at du nekter ungen din medisinsk behandling?!» Jeg kunne ha klikket i vinkel!

DET LEDENDE ALTERNATIVET
for optimal hygiene og pasientintegritet

hstd.se

Silentia skjermvegger er svaret på kravene som stilles til avskjerming i sykepleien. Systemet er fleksibelt og kan tilpasses ethvert pasientrom. Du får et godt overblikk over stuen samtidig med at pasientens privatliv sikres. Silentia skjermvegger er lette å holde rene, lukker ikke lyset ute og har flott design.

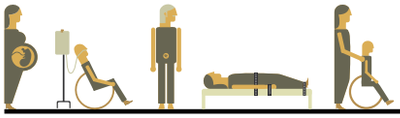
EasyClick™
Mobilt eller fast montert

EasyReturn™
Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™
Lette å rengjøre

Silentia®
THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

AVALON MEDICAL AS • TEL: 23036370
INFO@AVALON-MEDICAL.NO • WWW.AVALON-MEDICAL.NO
WWW.SILENTIA.NO



SAVNER FAST KONTAKTSYKEPLEIER

På St. Olavs hospital hadde Bjørstad alltid et rom på barneklinikken, og personalet kjente til Emmas sykehistorie.

– På Haukeland savner jeg fast tilhørighet og at jeg kan snakke med sykepleiere som har erfaring med nevrokirurgiske tilstander.

Per Fugelli har fått gjennomslag hos Bent Høie for at de sykeste pasientene skal få sin faste kontaktlege å forholde seg til på sykehuset. Bjørstad mener de også skulle hatt sin faste kontaktsykepleier.

– Vi hadde trengt en primærsykepleier, en sykepleierkoordinator som har et personlig ansvar for at beskjeder formidles og saker følges opp, foreslår Bjørstad.

UTSLITT OG KRAKILSK

Shuntsvikt-oppholdet på Haukeland tok en uke.

– På slutten var jeg helt utslitt og krakilsk. Da følte jeg meg som en sånn hysterisk og forferdelig mor. Det er et system som er laget for de friskeste ungene der man forventer at foreldre stiller opp. Men når du har en unge som gjentatte ganger er inne for alvorlige ting, blir du lettere satt ut fordi du er sliten i utgangspunktet og ikke har tid til å hente deg inn igjen når du kommer hjem, sier hun.

– *Fikk du sagt ifra hvordan du opplevde det?*

– Nei, det var ingen som spurte. Da vi endelig kunne dra hjem, var jeg liksom ikke der at jeg maktet å ta opp noe ubehagelig, jeg ville bare hjem. På sykehuset henger oppslag om at man kan sende skriftlige tilbakemeldinger, men det orket jeg ikke. Jeg hadde trengt å bli spurt der og da og få snakket med dem det angikk.

OPPDAGET HJERNEBLØDNING

Bjørstad skulle ønske at sykepleiere innså at foreldre kjenner sine barn best.

– Det har de fleste leger skjønt, men ennå er det en del sykepleiere som ikke fatter det, sier hun.

Hun opplevde dette en gang Emma som seksåring var innlagt på St. Olavs hospital og hadde blitt operert for shuntsvikt. Da hun våknet fra operasjonen, merket Bjørstad at Emma ga så liten respons tilbake og var irritabel da hun snakket til henne.

Hun sa fra til sykepleier, som ga Emma morfin. Jenta ga fremdeles ingen respons, og sykepleierne sa det var fordi hun hadde fått morfin. Det liknet ikke henne. Bjørstad merket sitringer i kroppen hennes.

– Her er det noe som ikke stemmer. Jeg vil at dere tilkaller nevrokirurg, sa Bjørstad.

Sykepleierne gjorde ikke det.

Så fikk Emma solnedgangsblikk. Hele irisen flyttet seg i nedre kant av øyet. Bjørstad sa nok en gang ifra. Denne gangen kom overlegen og bestilte CT. Det var hjerneblødning. Emma kunne ha dødd hvis ikke moren hadde mast på sykepleierne.

Hydrocephalus og shunt

- De fleste med ryggmargsbrokk får også **hydrocephalus (vannhode)**. Spinalvæske hoper seg opp i hjernens hulrom (ventrikler) og dreneres ikke som den skal. Dette behandles ofte med å operere inn en **shunt (et rør som drenerer overflødig spinalvæske fra hodet til hjertet eller bukhulen, hvor det forsvinner av seg selv)**. Noen kan ha samme shunten år etter år. Andre opplever stadig at shunten går tett og må skiftes ut. Omkring 30 prosent med hydrocephalus får mangelfull utvikling av hjernebroen mellom høyre og venstre hjernehalvdel.

BLIND OG TALEVANSKER

Etter hjerneblødnings-operasjonen lå Emma lenge bevisstløs på respirator. Det ble en kamp mellom liv og død, og til sammen ble det tre-fire operasjoner i løpet av ett og et halvt døgn. Da hun våknet, hadde Emma to dren fra hodet pluss en ledning fra hjernen. Ytterligere slanger sørget for intravenøs behandling.

Hun var blind og hadde store talevansker de første dagene på intensivavdelingen. Da hun ble flyttet til sengepost på barneklinikken kunne hun fortsatt ikke si mer enn «jeg blir så glad» om og om igjen, selv om hun nesten gråt.

Bjørstad følte hun måtte passe på datteren alene, siden sykepleierne ikke hadde tid til å sitte inne hos henne. Hun var redd Emma skulle komme til å dra i noen av slangene.

– Jeg fikk ikke gått på do, stelt meg eller spist. En gang fikk jeg en sykepleier til å sitte der mens jeg dusjet. Hun satt på sondemat og var borte da jeg kom tilbake.

Bjørstad fant ingenting om episodene i journalen etterpå.

LATTER OG KJÆRLIGHET

– Jeg har nok vært litt brutal med sykepleierne opp igjennom når jeg har mista fatninga. Men jeg forventer faktisk at det er en del av jobben deres. Ellers må jeg ta det med meg hjem. Stort sett takler de det bra. Det er jo bare det at jeg er sliten og redd som ligger til grunn for tårene og sinnet.

Heldigvis følger det mye latter med Emma også. Som da hun sa til to over gjennomsnittlig kjekke ortopeder på Haukeland:

– Kan du gifte deg med mamma, og du med meg?

Og som på Coopen, med den langhårete søramerikanske turisten.

– *Hvordan reagerte han?*

– Han bare smilte. Tror han syntes det var hyggelig. De fleste gjør det. Emma sprer kjærlighet.

eivor.hofstad@sykepleien.no

Haukeland forstår og beklager

KLINIKKDIREKTØR Britt Skadberg ved barne- og ungdomsklinikken på Haukeland universitetssjukehus kommenterer Ina Bjørstads ankepunkter:

– Vi forstår at det kan være ytterst frustrerende å forholde seg til flere klinikker hver for seg og under samme opphold. På Barne- og ungdomsklinikken har det i alt vesentlig vært planlagte opphold for barnet. Vi forstår at ukeprogrammene kan oppleves travle, men håper at det nye sykehusbygget vårt vil bidra til å endre dette inntrykket.

– Vi flyttet inn i et helt nytt rokkeringsbygg i høst, med vesentlig enerom. Noen rom er i tillegg innredet med heis til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Klinikken skal drives her til Barne- og ungdomssjukehuset er ferdig i 2022/2023.

Foto: Haukeland universitetssjukehus

– Hvis det ikke ble gjennomført overføringssamtale med kartlegging av barnets og familiens behov, er dette ikke i tråd med klinikkens retningslinjer og veldig beklagelig. Det er også leit at mor opplever at hun ikke gis anledning til å melde tilbake på oppholdene hos oss. Selv er vi takknemlig for slike tilbakemeldinger og tar gjerne innspillene fra mor med videre i vårt kontinuerlige forbedringsarbeid, der også kommunikasjon med pasient og pårørende er et viktig og prioritert fokusområde.

Et trygt og godt yrkesvalg!

Ny nettbrettutgave av **yrke:sykepleier**

Vurderer du å bli sykepleier, eller ta mer utdanning?

Da bør du sjekke ut vår oppdaterte app.

Appen passer for deg som vurderer yrket, men også for deg som ønsker videreutdanning. **Yrke:sykepleier** gir deg god informasjon og lenker til aktuelle utdannings- og videreutdanningstilbud.

Les mer i Sykepleiens app for nettbrett.

Sykepleien

De kjente og kjære.....

Floradix Magnesium - for bidrag til normal muskelfunksjon og til et normalt energistoffskifte

Floradix Formula - for å fremme reduksjon av tretthet og slapphet. Rik på jern, B2, B6, B12 og C.

Floradix Kalsium Magnesium - for styrket benbygning og sterke tenner. Med sink og vitamin D.

De ukjente og fremtidens kjære.....

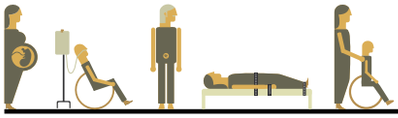
Floradix Alpenkraft - kan hjelpe mot forkjølelse og ubehag i øvre luftveier.

Floradix Barne Vitamin - med fruktsmak. Rik på lettopptagbart kalsium, vitamin A, B, C, D og E. Glutenfri og uten konserveringsmidler.

Be om gratis smaksprøver og bli kjent med Floradix produktene. Floradix produkter kjøpes på apotek, eller på www.naturimport.no

«ditt naturlige valg
NATUR import

Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no



Da Vetle Roy Krohn-Johnsrud falt i 2015, tok det bare sekunder før han traff bakken. Siden den gangen har han bare fortsatt å falle.

Unge funksjonshemmede lever i de gamles senger

● Tekst og foto **Jørgen Trollebø**

For halvannet år siden jobbet Vetle 15–16 timer i døgnet. Han sto for den daglige driften av en mindre bilbutikk som solgte nye og brukte biler. Ved siden av drev han sitt eget firma, som kjøpte opp tekstiler og utstyr for å selge det videre. Han elsket å kjøre bil og tok gjerne med lillebroren ut på biltur når han var på besøk hos familien.

Alt pekte rett vei. På det tidspunktet i livet sa han til seg selv: «Nå er livet så bra. Alt går jo på skinner, det er for godt til å være sant.»

I dag bor oslogutten Vetle på Røysumtunet, et botilbud han har fått for å slippe å bo på sykehjem. Røysumtunet ligger ved Jaren i Gran kommune i Oppland. Togturen opp dit fra Oslo tar rundt nitti minutter med Gjøvikbanen.

Vetle har det siste året pendlet mellom sykehussenger og sykehjemssenger. På sykehjemmet har han bodd sammen med gamle mennesker, noen demente, noen med svak hukommelse, og ingen samtalepartnere. Stort sett har han bare hatt kontakt med pleiere eller venner og familie fra utsiden.

Denne skjebnen er ikke Vetle alene om. I dag er det 20 andre unge mennesker som bor på sykehjem mot sin vilje, og mange flere har gjort det samme de siste 20 årene. Regjeringen har flere ganger uttalt at dette ikke skal skje.

FALLET

Fredag formiddag, 22. mai i 2015 drar Vetle på tur, sammen med venner og kollegaer. De skal feire 30-årsdagen til en kollega og har leid inn to busser som kjører dem fra Lillestrøm i retning Drammen. Vel fremme griller de, drikker litt pils og koser seg. Vetle tar det med ro, for det er åtte måneder siden han sist drakk alkohol.

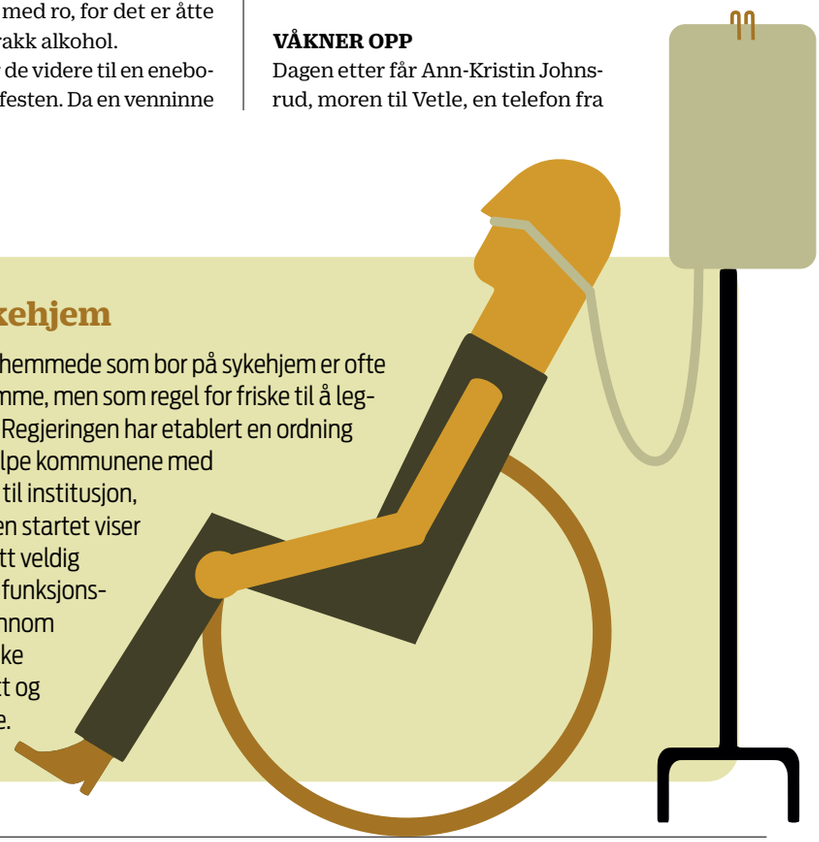
Rundt ett på natten drar de videre til en enebolig i Bærum. Her fortsetter festen. Da en venninne av Vetle blir dårlig, går de to opp i andre etasje. Vetle foreslår at hun skal gå og legge seg. Han selv går ut på en veranda for å trekke litt luft. Mer husker han ikke av den dagen.

VÅKNER OPP

Dagen etter får Ann-Kristin Johnsrud, moren til Vetle, en telefon fra

Unge på sykehjem

● Unge funksjonshemmede som bor på sykehjem er ofte for syke til å bo hjemme, men som regel for friske til å legges inn på sykehus. Regjeringen har etablert en ordning i 2004 som skal hjelpe kommunene med å finne alternativer til institusjon, men siden ordningen startet viser tallen at det har gått veldig sakte. Loven sier at funksjonshemmede skal, gjennom tilrettelegging, ha like muligheter til et fritt og verdig liv som andre.



AVHENGIG AV HJELP: Vetle Roy Krohn-Johnsrud får hjelp til å pynte seg med skjorte og sette seg i sofaen når han får besøk.

sønnen sin. Han skremmer henne når han forteller at han har vært i en ulykke. Han sier at han ikke kan føle noe fra halsen og ned. Vetle har blitt lam fra livet og ned, han er bare 23 år. Han hadde falt ned fra verandaen.

– I tiden etterpå var jeg sint. Jeg kasta ut mamma fra sykehuset flere ganger, sier Vetle fra sofaen på rommet sitt på Røysumtunet.

Institusjonen ligger på en bakketopp ti minutters kjøretur fra Jaren togstasjon. Veien opp er bratt og smal, og på toppen ligger flere hus som til sammen utgjør tunet som er et rehabiliteringssenter for epilepsi og psykiske lidelser. Husene her rommer mange pasienter i mange aldre med vidt forskjellige sykdommer.

> «Jeg er bare 24 år, jeg har et langt liv foran meg.» Vetle

Vetle sitter tilbakelent. Øynene blunker hurtig når han forteller om tiden etter ulykken, men det kommer ingen tårer.

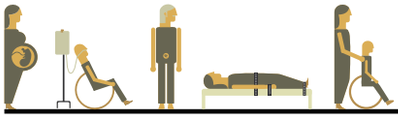
– Jeg orket ikke forholde meg til ting. Jeg var i sjokk. Før hadde jeg store ambisjoner for fremtiden, men nå vet jeg ikke helt hvor fremtiden er, sier Vetle med sprukket stemme

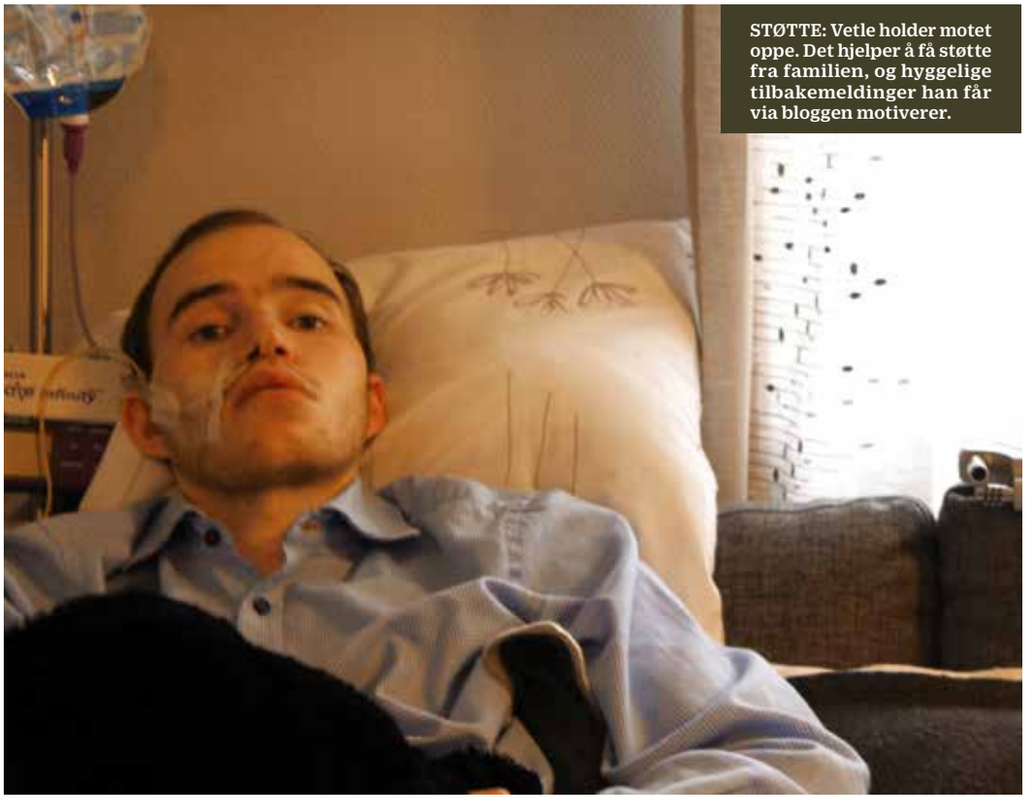
Under sykehusoppholdet etter fallet møter Vetle en gammel mann i 80-årene, de blir gode venner og holder kontakten i dag. Vetle tenker ofte på den gamle mannen. De delte besøksgjester og snakket mye sammen.

– Han er ensom og bor alene hjemme i leiligheten sin, men det siste han vil er å bo på sykehjem, forteller Vetle.

KAMP FOR TILVÆRELSEN

Under oppholdene på sykehjem tenkte Vetle alltid at dette ikke var stedet for ham. Han forteller at man føler døden lure om hjørnet hele tiden. Man ser så mye trist og tragisk. Pårørende som ikke kommer. Pårørende som ikke orker å komme





STØTTE: Vetle holder motet oppe. Det hjelper å få støtte fra familien, og hyggelige tilbakemeldinger han får via bloggen motiverer.

Fakta

Toppfinansieringsordningen (tilskudd til ressurskrevende tjenester):

- I 2004 vedtok regjeringen en toppfinansieringsordning.
- Mål: Gjøre det enklere for kommunene å finne alternativer, utenfor institusjon, til personer som har behov for ressurskrevende tjenester.
- Regjeringen skulle dekke 80 % av alle utgifter utover et innslagspunkt på 700 000 så lenge personen fikk tilbud utenfor institusjon.
- 2016 hadde innslagspunktet økt til litt over 1 million.
- Foreslås økt med 50 000 kroner i 2017.

FN konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne

- Artikkel 34. Generelle prinsipper
  a) respekt for menneskers iboende verdighet, individuelle selvstendighet med rett til å treffe egne valg, og uavhengighet.
  c) fullgod og effektiv deltakelse og inkludering i samfunnet.

fordi pasienten ikke kjenner dem igjen. Noen har ikke pårørende.

Han sa alltid til pleierne: «Gå til fru Hansen eller Johnsen istedenfor meg.» Vetle fikk skyldfølelse når pleierne brukte så mye tid på ham. Han var feilplassert der, og de kunne brukt mer tid på dem som ikke hadde så lenge igjen.

– Jeg trengte jo hjelpen de ga meg, men jeg er bare 24 år, jeg har et langt liv foran meg.

Vetle forteller at lukten på sykehjemmet var veldig stram. Til tider luktet det avføring. Flere ganger fikk han besøk på natten av andre pasienter. Et av disse besøkene var fra en bekjent av familien hans, som hadde kommet splitter naken inn på rommet og sagt: «Du som ligger der, er det plass i sengen din til meg?»

Hun hadde en brukket hofte og han ba henne sette seg på en stol som var der. Så ringte han på pleierne. Etter mange nattlige besøk og dårlig nattesøvn bestemte Vetle seg for at det var best om de kjørte ham ut på en veranda hver kveld så han kunne få sove i fred. Han sov ute til det ble for kaldt, og da var det klart for flere nattlige visitter.

INNHENTET AV BRUTTE LØFTER

På et kontor helt innerst i en av korridorene hos Norges Handikapforbund sitter Gladys Sanchez. Hun er interessepolitisk rådgiver og er med i et utvalg, med blant annet Helsedirektoratet, som diskuterer hvordan de kan få til en løsning for unge funksjonshemmede som havner på sykehjem. En rapport som kom i 1996 «Unge ut av gamlehjem» belyste at det var over hundre unge funksjonshemmete som bodde på sykehjem og at mange av disse bodde der mot sin vilje. Rapporten konkluderte med at disse måtte ut innen 2005. Etter det skulle man slutte å plassere unge på sykehjem. I dag, elleve år senere, er det fortsatt tjue unge funksjonshemmete som bor på sykehjem mot sin vilje og fortsatt over hundre unge som bor på sykehjem.

> «Vi kan forstå kommunene.»
>
> Gladys Sanchez, Norges Handikapforbund

– Flere ganger har regjeringen uttalt at dette skal ta slutt, men i et svar til oss har regjeringen skrevet at dette i hovedsak er kommunenes ansvar. Regjeringen sørger kun for å dekke deler av kostnadene og har startet opp det utvalget Sanchez sitter i, sier Sanchez.

I det lille sekundet det tok før Vetle traff bakken ble han innhentet av regjeringens brutte løfter fra ti år tilbake.

Gladys Sanchez sitter i kontorstolen sin og slår oppgitt ut med armene, men forstår utfordringen;

– Vi kan forstå kommunene. Det er mange grunner til at de ikke har boliger til disposisjon. Og da må kommunene bygge eller finne egnete boliger. Det kan ta tid. Helsedirektoratet sier at i dag flytter de fleste innen to år

Hun mener at fylkesmannen, som samler inn tallene, har vært for passiv. Fylkesmannen har ført statistikk, men ikke fulgt opp arbeidet kommunene gjør. Nå jobber de for at fylkesmannen skal være mer delaktig i arbeidet. Han skal ha møter med kommunene for å diskutere konkrete planer for hvordan de skal få unge funksjonshemmete ut av institusjon.

MOR KJEMPER FRA UTSIDEN

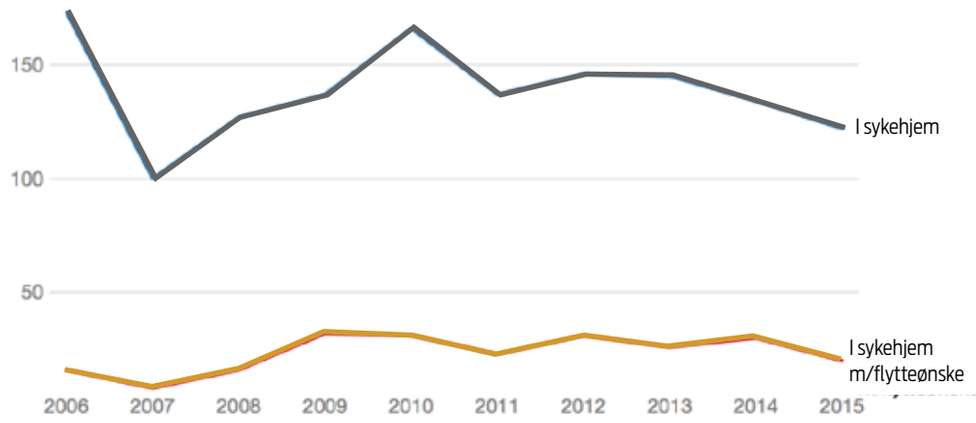
I en leilighet på Ammerud bor moren og lillebroren til Vetle. Her vokste også Vetle opp. På spisebordet i stuen står det en eske med barndomsbilder av ham. På veldig mange av bildene bader Vetle, noe han virkelig savner og håper han snart kan få gjort igjen. Andre bilder viser Vetle som står på snowboard eller langrennsski, og på

FAMILIE: Mor og lillebror er frustrerte over Vetles situasjon. Lillebroren har til tider vært rasende.

AKTIV: Vetle var vilter og elsket fritidsaktiviteter som barn. Foto: Privat

Antall funksjonshemmede på sykehjem 18-49 år

Oversikt over utviklingen de siste ti år pr. 31.12.2015



Kilde: Helsedirektoratet

andre bilder tilbringer han tiden på alle tenkelige sydenøyer.

– Vetle har alltid vært veldig aktiv og veldig sta, sier moren med klar røst, mens hun studerer bildene.

Ann-Kristin Johnsrud har siden ulykken kjempet en kamp på utsiden. Hun har deltatt på møter med kommunen sammen med Vetle, og uten Vetle når han har vært for syk. Hun er klar på at Vetle har mistet noe av sin ungdom på sykehjemmet og at sykehjem er et uverdig bosted for unge mennesker. Mange klager har blitt sendt til kommunen, men de har så langt ikke nådd frem. Hadde hun hatt den erfaringen hun har i dag, ville hun trolig prøvd en annen vei som innebar mindre klager. Hun føler klagene bare har forverret situasjonen, men er fortsatt motivert.

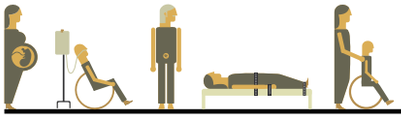
– Det går litt opp og ned for meg og, men jeg har ikke noe valg. Jeg kan ikke gi opp, det er ikke noe alternativ, sier hun.

MIDLERTIDIG BO-OPPHOLD

Vetle sitter i sofaen på rommet sitt på Røysumtunet. Blikket fra de blå øynene er hult, skuldrene henger slapt på den spede overkroppen og ryggen gnager seg inn i sofaen og han mister sin gode holdning. Ingenting ved posituren til Vetle skiller ham fra en normal 24-åring som lever slaraffenliv en gang iblant.

Utenfor leiligheten ler barnehagebarn, det virker som om de har en lykkelig stund. På samme gressplen ligger en rød låve tilhørende den lokale gården. Det landlige området virker ideelt for å trekke frisk luft og tenke på andre ting.

Vetle bor på et eget rom som er innredet med en stor tv og en seng som kan senkes og heves. På tv-en har han tilgang til alle strømmetjenester som trengs, og han



fordypet seg i alle seriene og filmene han ikke fikk sett da han jobbet. På sengen ligger en uferdig runde med et brettspill, som han har startet med en av med pleierne, et spill han føler kan aktivisere hjernen litt. Utenfor har han en egen terrasse som går over i gressletten der barnehagebarna leker.

– Det er bedre å være her jeg er nå. Ingen kommer inn om natta og forstyrrer meg, det er ikke hyl eller gråt, det er fredelig. Det eneste jeg kan klage på er barnehagen som spiller Marcus og Martinus og at bonden lufter ut.

Det siste Vetle vil er å bli sendt tilbake på sykehjem.

– Jeg skal legges inn på Sunnaas rehabiliteringssenter i november. Etter det ønsker jeg å bo i egen leilighet. Jeg vil ha assistenter rundt meg så jeg kan leve mitt eget liv. Andre skal ikke styre det for meg. Men det er fortsatt ingen som har lovet meg at jeg slipper flere opphold på sykehjem. Kroppen min blir svakere og svakere, og jo lengre tid som går, jo flere sår. ●

redaksjonen@sykepleien.no

– Rike og store kommuner er verstinger

HVEM ER DÅRLIGST *på å gi andre tilbud enn institusjon?*

– Sykehjem er ikke et sted for unge folk. I dag flytter de fleste ut inne, to år, mens før rapporten kom, risikerte de å bli boende på permanent basis. Det har vært en bevegelse, men vi har ikke nådd målet. Rike og store kommuner er verstinger. De er ofte den stygge ulven som ikke gjør noe aktivt. Små kommuner som ikke har så mye midler, får det ofte til, svarer Gladys Sanchez, interessepolitisk rådgiver i Norges Handikapforbund.

– Hvem skal hjelpe til?

– I loven står det at det er kommunen som er pliktig til å bistå, ikke familien eller andre pårørende.

– Hva slags utfordringer fins utenfor institusjon?

– Det vanligste problemet er at funksjonshemmete ikke får nok timer brukerstyrt personlig assistanse (BPA) av kommunen. Kommunene har restriktiv praksis, og våre erfaringer er at det er vanskelig å få gjennomslag for det folk har behov for.

BPA er et tilbud hvor personen skal ansette sine egne hjelpere. Disse skal sørge for at personen kan bo i eget hjem.

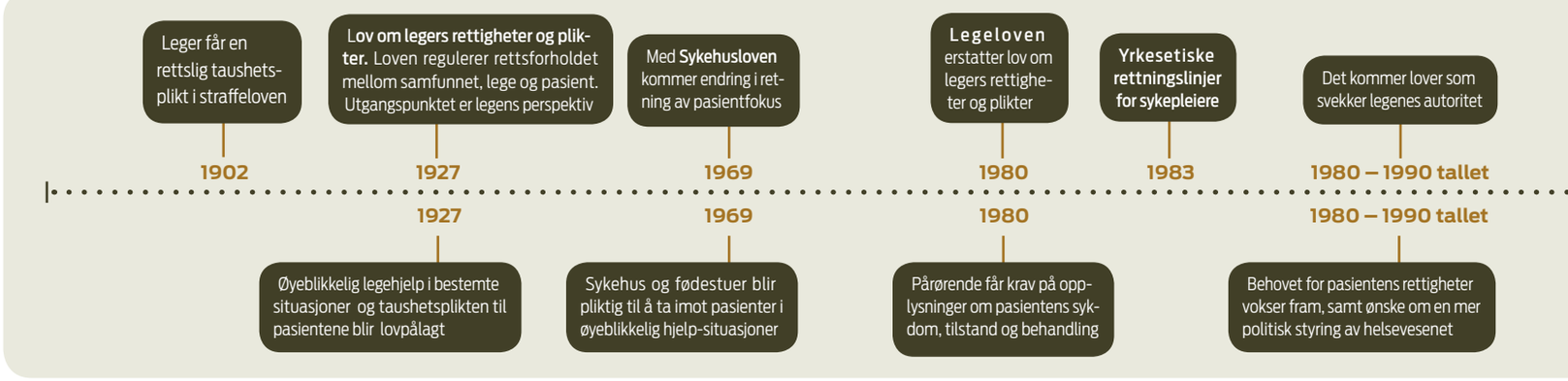
I Olav Vs. gate 4 i Oslo, i fjerde etasje, har byrådet for eldre, helse og sosiale tjenester kontor. Byrådssekretær Mette Kolsrud (SV) forteller at bydelene ikke har tilrettelagte leiligheter stående, men understreker at ett år er lang tid å bo på sykehjem, og slik bør vi ikke ha det. Målet er å finne løsninger og da er det viktig at bydelen og den det gjelder har en god dialog.

– I utgangspunktet er dette bydelenes ansvar i Oslo. Vi er opptatt av god dialog mellom bydelen og brukere, og at brukere skal ha medbestemmelse i valg av tjenester. Det beste tilbudet er oftest egen bolig med hjelp fra hjemmetjenester eller BPA, men det kan også være aktuelt med samlokaliserte boliger med bemanning eller Omsorg, sier Kolsrud. ●

Pasientbehandlingen i Norge har i historisk perspektiv vært styrt av legens faglige og personlige oppfattning. Legenes utstrakte autoritet til å bestemme pasientbehandlingen var gitt av samfunnet.

Rettigheter gjennom 100 år

● Tekst **Monica Hilsen**



Hva betyr selvbestemmelsesrett og brukermedvirkning for pasienten og sykepleieren?

Pasienten og sykepleieren

Tekst **Nina E. H. Hauge**

Pasienten

- har rett til å bestemme over seg selv og sin egen kropp
- kan samtykke til eller avslå det som helsepersonell foreslår av undersøkelser og behandling
- kan trekke tilbake sitt samtykke

Noen pasienter har begrenset selvbestemmelsesrett fordi de anses å ikke være kompetente i forhold til å ta behandlingsavgjørelser. Dette gjelder:

- barn
- personer med alvorlige psykiske lidelser
- personer med alvorlig psykisk utviklingshemning
- pasienter med demens
- bevisstløse pasienter
- pasienter som er sterkt svekket

Kilde: Store norske leksikon

Sykepleieren

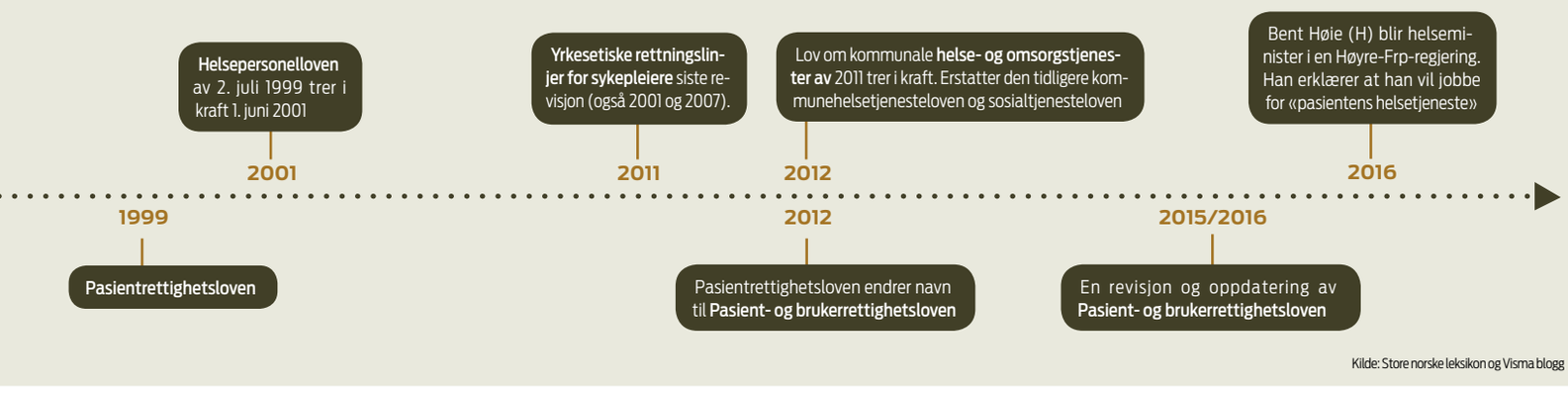
- skal sikre at den som har mottatt informasjon om pasienten (pasienten selv/pårørende/andre utnevnte) har forstått denne
- skal gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelp ikke gis, hvis pasienten trekker tilbake samtykket
- kan gi nødvendig helsehjelp uten samtykke i spesielle tilfeller (der det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsdokument)
- fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.
- respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse.
- sykepleieren bidrar ikke til aktiv dødshjelp (eutanasi) og hjelper ikke pasienten til selvmord.
- sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang.

Kilde: Lov om pasient- og brukerrettigheter og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

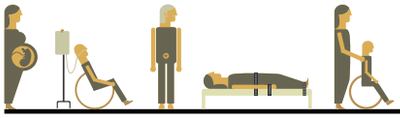
I møtet med enkelte pasienter kan det oppstå vanskelige etiske problemer om selvbestemmelsesretten. Dette gjelder blant annet:

- selvmordskandidater
- sultestreikende
- personer som av religiøse årsaker nekter blodtransfusjon eller andre typer livreddende behandling

Kilde: Store medisinske leksikon



Kilde: Store norske leksikon og Visma blogg



– Vi må tenke klokt, forklarer helsesøster Agnes Giertsen.

Unge kvinner får nei til celleprøver

● Tekst **Nina Hernæs**

Celleprøver kan forebygge livmorhalskreft. Slike prøver er anbefalt fra 25 år, men både ved Sex og samfunn i Oslo og helsestasjon for ungdom og studenter i Bergen ber flere under 25 år om celleprøve.

– Jeg kan ikke tallfeste det, men vi har økt på-gang, forteller helsesøster Agnes Giertsen i Bergen.

– SÅ FÅ SOM MULIG

Celleforandringer skyldes infeksjon med humant papillomavirus (hpv). Viruset smitter ved sex og er veldig smittsomt. Særlig mange unge kvinner har hpv-infeksjoner og celleforandringer. Så da er det kanskje ikke så unaturlig at de som er under 25 ønsker celleprøver?

Overlege Sveinung Wergeland Sørbye ved Universitetssykehuset i Nord-Norge har et utrettelig engasjement for å forebygge livmorhalskreft. Men han sier hovedregelen bør være at det tas færrest mulig celleprøver av kvinner under 25 år.

FOREBYGGER SEG TIL PROBLEMER

– Mange har forbigående hpv-infeksjoner og forbigående celleforandringer, sier han.

– Samtidig har de svært lav risiko for livmorhalskreft. Derfor vil nesten all behandling av celleforandringer hos så unge kvinner være overbehandling.

Å ta celleprøve er uten bivirkninger, men å behandle celleforandringer kan gi problemer i senere svangerskap. Flere studier viser at hvis kvinnen må fjerne en bit av livmorhalsen, øker risikoen for abort og prematur fødsel. Kreftregisteret, som har ansvaret for den organiserte testingen med celleprøver, anser at for de under 25 år er ulempene ved slike celleprøver større enn fordelene.

Det tar vanligvis minst 10 til 15 år fra smitte til kreft oppstår, derfor er det mest hensiktsmessig å starte fra 25-årsalder. Da begynner også risikoen for livmorhalskreft å øke og noen færre er smittet med hpv, slik at fordelene med å teste blir større enn ulempene.

– MÅ VÆRE OPPDATERTE

Agnes Giertsen synes ikke det er rart at også de under 25 år ber om celleprøve.

> «Nesten all behandling av celleforandringer hos så unge kvinner vil være over-behandling.»
>
> Sveinung Wergeland Sørbye, overlege, UNN

– Når unge jenter leser om livmorhalskreft og celleprøver, ønsker de å sjekke seg, sier hun.

– Men da er det viktig at vi som jobber med seksuell helse er oppdatert og kan gi dem god informasjon.

Har ikke jentene plager fra underlivet, ser hun ingen grunn til å ta en slik prøve.

Samme praksis har de ved Sex og samfunn i Oslo.

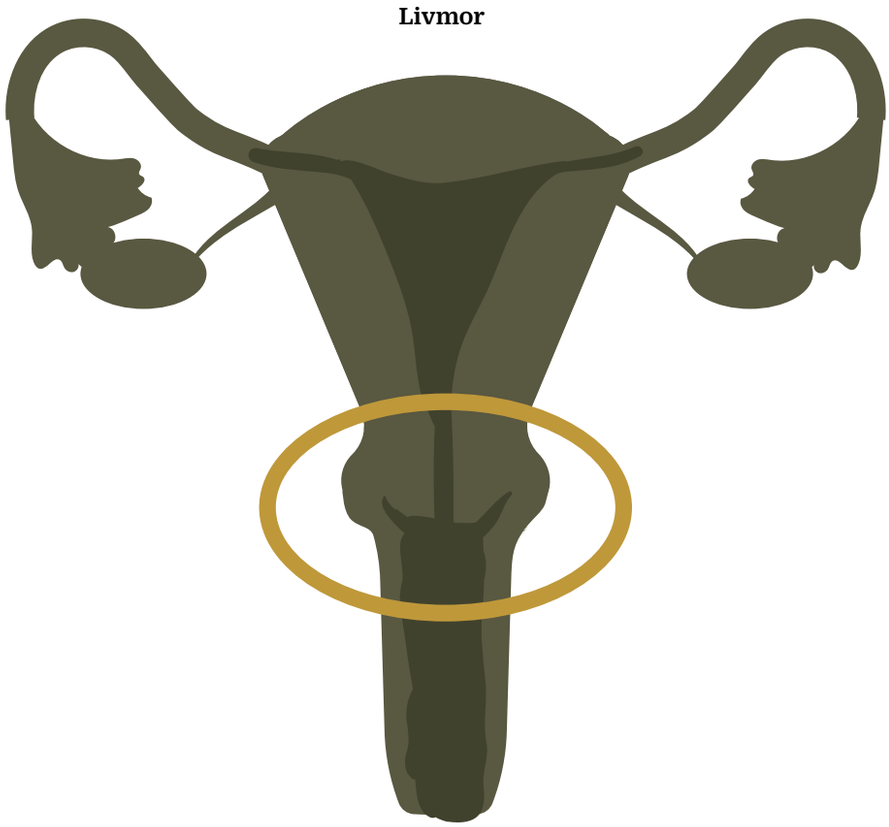
– De aller fleste godtar å vente når vi forklarer hvorfor, sier Agnes Giertsen.

Men hun sier det kan være unntak.

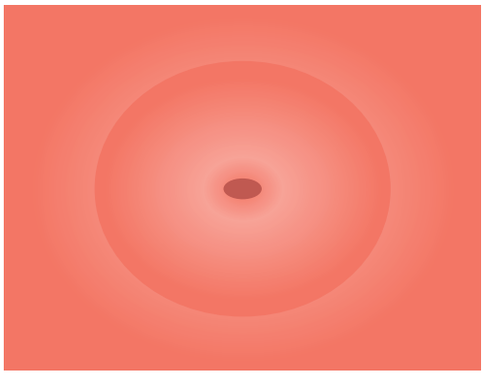
– Vi må snakke med dem. Har man hatt en veldig tidlig debut og/eller veldig mange seksualpartnere, kan vurderingen bli en annen, gjerne i samråd med lege.

Aldersgrense på celleprøve

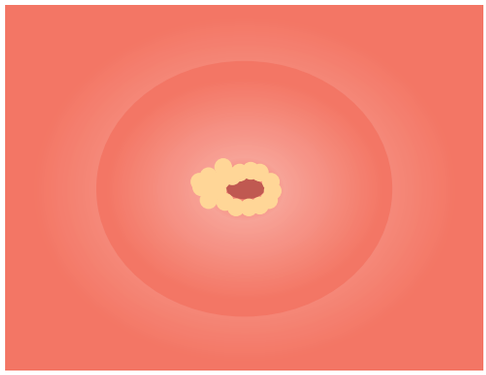
● Kvinner under 25 år vil ta celleprøve for å beskytte seg mot livmorhalskreft. Men fordi de har så lav risiko for kreft, anbefales de å vente.



Normal livmorhals



Livmorhals med celleforandringer



CELLEFORANDRINGER: Infeksjon med hpv-virus kan gi celleforandringer. Livmorhalsen til høyre har celleforandringer som kan oppdages ved celleprøve. Men blant unge jenter er hpv-infeksjon og også celleforandringer så vanlig og livmorhalskreft så uvanlig at det å undersøke for celleforandringer vil bety stor overbehandling. Illustrasjon: Colourbox

LITEN NEDGANG I ANALYSER

Rundt 16 prosent av de under 25 år har tatt celleprøve i løpet av de siste 3,5 årene, viser tall fra Kreftregisteret. Det betyr at mellom 1 og 2 av 10 kvinner i denne alderen har tatt celleprøve, selv om det ikke er anbefalt.

Fra 2014 til 2015 har det vært en liten nedgang, som kan tyde på at klinikerne ute er blitt flinkere til å si nei til celleprøver av unge kvinner.

NOEN TILFELLER HVERT ÅR

Selv om risikoen for livmorhalskreft er svært liten før fylte 25, er det mellom 0 og 6 tilfeller hvert år. Mange leste om Thea Steen, som døde av livmorhalskreft i vår, 26 år gammel. Ny gjennomgang av gamle celleprøver som opprinnelig var vurdert som «normale» viste at hun hadde kreft allerede da hun var 23. Thea Steen oppfordret unge jenter til å ta celleprøve gjennom kampanjen #sjekkdeg, Hun får æren for at antallet unge kvinner over 25 som tar celleprøve har steget markant. Hun sa også i et intervju med NRK at hun mente aldersgrensen burde fjernes. Det var fagfolk uenig i.

Sveinung Wergeland Sørbye håper vaksinen mot hpv, som jenter får tilbud om i 7. klasse, og som nå også tilbys unge kvinner født etter 1991, vil forebygge livmorhalskreft hos de under 25. Livmorhalskreft hos så unge kvinner skyldes nesten alltid hpv 16 og 18, nettopp de to hpv-typene vaksinen beskytter mot.

– Nå i høst har vi hatt to kvinner på 22 og 23 år med livmorhalskreft som skyldes hpv 16, opplyser han.

> «Når unge jenter leser om livmorhalskreft og celleprøver, ønsker de å sjekke seg.» Agnes Giertsen, helsesøster i Bergen

– TA BLØDNINGER PÅ ALVOR

Agnes Giertsen i Bergen er blitt mer oppmerksom på at hvis unge kvinner har symptomer fra underlivet, som blødninger, kan sykdom være årsaken.

Slike blødninger er relativt normalt ved bruk av hormonell prevensjon.

– Men jeg kjenner til eksempler der blødninger har blitt forklart med bruk av slik prevensjon, og derfor er celleforandringer blitt oversett. Vi må ikke kun ta mellomblødninger som bivirkning av prevensjonen, det kan være tegn på sykdom i livmorhalsen, sier hun.

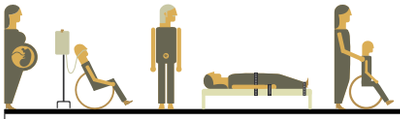
Og ved symptomer som uregelmessige blødninger er heller ikke celleprøve anbefalt. Ifølge overlege Sveinung Wergeland Sørbye er ikke celleprøve en diagnostisk test. Ved for eksempel suspekte blødninger bør kvinnen henvises til gynekolog for videre utredning.

– TA DEN FRA 25

Giertsen mener kampanjer som #sjekk deg og all oppmerksomheten rundt hpv-vaksinen er en gyllen mulighet til å informere om hpv og risiko for livmorhalskreft.

– Unge jenter i dag bruker hormonell prevensjon og beskytter seg i liten grad mot smitte. Den virkeligheten må vi ta på alvor, og informere dem på en klok måte. Vi skal ikke skremme, men gi god informasjon. Og så er vi veldig tydelige på at når de blir 25, da bør de ta celleprøve som anbefalt. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Det viktigste verktøyet i byggingen av pasientens helsetjeneste er et magisk lite spørsmål: «Hva er viktig for deg?»

Det magiske spørsmålet

Fakta

Bent Høie

Helse- og omsorgsminister

Når jeg snakker om pasientens helsetjeneste, pleier de aller fleste å nikke. Det finnes knapt noen, verken i eller utenfor helsetjenesten, som er uenig i at pasienten må involveres mer i sin egen behandling. Men jeg er ikke helt sikker på at alle skjønner hva jeg mener. Og jeg er ikke helt sikker på at alle tror at vi greier å gjøre virkelighet av den fine retorikken. For noen frykter nemlig at det aldri kommer til å bli noe mer enn nettopp det. Fin retorikk.

Jeg hører ikke til dem! Det tror jeg heller ikke flertallet av dem som jobber i helse- og omsorgstjenesten gjør. For vi har ikke bare begynt å bygge pasientens helsetjeneste. Vi ser også at det har begynt å gi resultater.

Det skal jeg fortelle om i denne kronikken. Men la meg starte med det aller viktigste. Med selve grunnlaget.

IKKE PASIENTEN I SENTRUM

Noen hevder at det å bygge pasientens helsetjeneste handler om å sette pasienten i sentrum. Men det gjør det ikke. Pasienten skal jo ikke settes noe sted. Pasienten skal møtes som en likeverdig partner. På samme nivå. I øyehøyde.

Fagfolkene som gir behandling og pleie har utdannelsen. De er ekspertene som tolker symptomene og setter diagnosene. De er, og skal fortsatt være, ansvarlige for behandling og pleie.

> «Ved hjelp av ny organisering og ny teknologi legger vi til rette for mer samhandling mellom behandlere og pasienter.»

Men vi mennesker er forskjellige. Vi opplever vår egen fysiske og psykiske helse på forskjellige måter. De som er eksperter på symptomer og diagnoser, er ikke eksperter på hvordan kvinnen i stolen på legekontoret og mannen i senga på sykehuset opplever sin egen helse.

Det trenger de heller ikke å være. For de har jo tilgang på ekspertene. De kan rådføre seg med henne som sitter i stolen og han som ligger i senga. Den som behandler, og den som blir behandlet, må rett og slett anerkjenne hverandre som likeverdige parter og utveksle ekspertise.

Vi tar i bruk ulike verktøy på ulike områder for å legge til rette for mer medvirkning og medbestemmelse. For å bygge pasientens helsetjeneste. Det aller viktigste verktøyet er et ganske lite og ganske enkelt spørsmål.

HVA ER VIKTIG FOR DEG?

Når vi stiller dette magiske spørsmålet, setter vi oss i pasientens sted. Vi ser hans og hennes behov og ressurser. Det gjør det lettere å finne den rette behandlingen og den rette pleien. Det gjør det lettere å finne den beste måten å mestre livet med sykdommer og funksjonsnedsettelser.

Det er pasientens helsetjeneste i praksis.

Vi tar mange grep på mange områder for å gi pasienter og brukere mer medbestemmelse og medvirkning. Vi endrer lover. Vi endrer arbeidsmåter. Vi endrer organisering. Men vi må også endre kulturer. La meg nevne noen eksempler:

Vi foreslår lovendringer som sikrer at barn og unge får medbestemmelse og blir hørt i saker som angår dem. Vi foreslår lovendringer som gir økt rettssikkerhet og medbestemmelse ved bruk av tvang innen psykisk helsevern.

Vi sørger for bedre oppfølging og bedre dialog med pasientene gjennom nye rettigheter og nye arbeidsmåter.

Med den nye kontaktlegeordningen får alle alvorlig syke pasienter på sykehus rett til egen kontaktlege. Med pakkeforløpene for kreft får pasientene en egen koordinator som er deres faste kontakt gjennom hele behandlingen.

JEG KALLER DET SAMVALG

Ved hjelp av ny organisering og ny teknologi legger vi til rette for mer samhandling mellom behandlere og pasienter. Snart får prostatakreft-pasienter over hele landet tilgang til et digitalt verktøy der de sammen med legen sin kan finne fram til behandlingen som passer dem best. Beslutningsstøtteverktøy, kalles det gjerne.

Jeg kaller det samvalg – og jeg vil ha mer av det! Innen

velferdsteknologi skjer det mye som gjør det mulig for mennesker med sykdommer og funksjonsnedsettelser å mestre hverdagen. I høst besøkte jeg mennesker med demens som takket være ny teknologi kan bo i nesten helt vanlige leiligheter i en bygård i Oslo. Her slår lyset seg på automatisk når de står opp for å gå på badet på natta. Her går alarmen om de ikke kommer tilbake til senga. Her har de klokke på armen som forteller når på dagen det er. Her opplever de å mestre egne liv.

ET HELT MENNESKE

Skal vi møte pasienten som et helt menneske, må behandlingen bli mer helhetlig. I dag er den ofte for stykkevis og delt. Det gjelder mange av dem med sammensatte behov. De går fra den ene fagpersonen til den andre. De får behandlet en kroppsdel her og ett symptom der.

Derfor vil vi at flere fagfolk skal arbeide i team. Det vil gi bedre og mer helhetlig behandling. Et fast team vil ikke bare lære å kjenne pasientens behov, men også hans eller hennes ressurser.

Vi forbereder nå forsøk med primærhelseteam i kommunene. Kjernen i teamet skal være lege, sykepleier og administrativt personell. Det kan utvides med andre fagfolk etter lokale behov. Etablering av slike team krever endringer i regelverk og finansiering. Dette jobber vi med nå.

De skrøpeligste pasientene med flere diagnoser og kroniske lidelser skal følges systematisk opp av egne oppfølgingsteam som kjenner både behovene og ressursene deres.

DE SOM MØTER PASIENTENE

Nye lover, ny teknologi og nye arbeidsmåter er viktige verktøy når vi bygger pasientens helsetjeneste. Men det aller viktigste er dem som jobber i helse- og omsorgstjenesten. Det er de som bruker verktøyene. Det er de som møter pasientene.

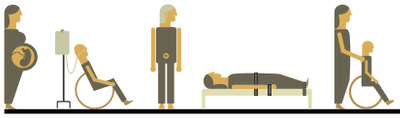
Jeg møter mange av dem når jeg besøker sykehus, sykehjem, legekontorer og helsestasjoner landet rundt. Det er dette som gjør meg trygg på at vi skal greie å bygge pasientens helsetjeneste. For de jeg møter er både oppriktig engasjert og interessert i å gi pasienter og brukere mer medvirkning og mer medbestemmelse.

I høst la fylkesmennene på Vestlandet fram en uvanlig tilsynsrapport. Den handler om tenåringsjenta Ida, som ikke fikk hjelpen hun trengte fra barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Rapporten viste at ingen av dem som skulle hjelpe Ida, spurte henne om hva som gjorde vondt. Fylkesmennene valgte heldigvis å gjøre det. De spurte Ida. Tenåringsjenta fortalte om opplevelsene sine til fylkeslege Helga Arianson. Slik ble tilsynsrapporten fra fylkesmennene på Vestlandet en annerledes rapport. Det ble en rapport sett fra hovedpersonens synsvinkel. Det ble en rapport med tittelen: «Dei forsto meg ikkje.»

BRUKERPERSPEKTIVET

Helga Arianson har fortalt at kontakten med Ida og arbeidet med rapporten har forandret henne. Hun har måttet gi slipp på ting hun tidligere har lært og ting hun tidligere har trodd. «Vi kan ikke fortsette som før. Vi må ta brukerperspektivet inn i sakene», sa Arianson da hun holdt foredrag om Idas sak på årets helsekonferanse.

Fylkeslegen i Hordaland har helt rett. Skal vi bygge pasientens helsetjeneste kan vi ikke fortsette som før. Vi må forandre oss, vi også. Det er først da vi greier å forandre den norske helse- og omsorgstjenesten. ●



Kos og kjærlighet var mer effektivt enn belteseng og store doser medisin da Maja Thune var innlagt.

Uten polstring

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Beltene strammer rundt livet og anklene, men aller verst er de rundt håndleddene. De stopper alle armbevegelser.

En gang kom hun seg ut av beltene. Da klippet pleierne nye huller i reimene. «Vi har ikke belter i extra small her, skjønner du», fikk hun høre. Det stakk.

Det er lenge siden nå. Hun veide 48 kilo på den tiden.

– De holdt meg så hardt. Åtte-ti menn, alle som var på jobb. En på hver arm, en på hvert bein, en holdt hodet, et par på magen ...

Slik er det hun husker det.

– Det skjedde hele tiden. De siste årene tilspisset det seg. Jeg hadde konstant blåmerker på kroppen. Ingen hadde så mange blåmerker som meg.

Første gangen Maja Thune var innlagt var hun 17 år. Siste gangen 25. Hun var tvangsinnlagt 14 ganger. To ganger la hun seg inn frivillig.

Thune, som nå er 38 år, tenker tilbake over en kopp kaffe på en kafé på Tøyen i Oslo. Det er ikke vanskelig å snakke om det som skjedde bak lukkete dører. Hun har satt ord på det så mange ganger.

– Jeg har jobbet med følelsene. Gått i dybden og fått kontakt med min indre kjerne. Ingenting kan såre meg slik som før, mener hun.

SKRIVER BØKER

Da hun var 25, skrev hun boken *Jeg har en drøm*, der egne erfaringer ble til historien om Minnas møte med psykiatrien. Nå er hun yogainstruktør og uttrykksterapeut, og boken *Yoga som terapi* ble utgitt for et par år siden. Synet på psykiatrien er som før: Minst mulig tvang. Og minst mulig medisin.

Men merkelappen «pillehater» vil hun ikke ha:

– Blir du drapstruet, må du sette injeksjon. Men det er forskjell på en mann på 150 kilo, klin psykotisk etter å ha tatt amfetamin, som har myrdet familien sin, og en spinkel jente full av angst.

Belter bør bare brukes ved en sjelden, sjelden anledning.

– Selv om jeg var tynn, så må jeg ha vært sterk. Jeg slo ting i veggene, men bare når jeg følte meg krenket. Jeg kastet ikke på noen. Det var redd jeg var. Redsel ligger ofte under raseriet.

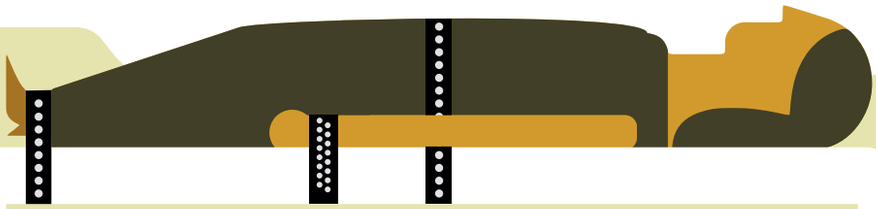
Thune husker også dette:

En spe, kvinnelig pleier holder rundt henne. Hun klarer fint å roe Maja ned, helt alene, bare ved å hegne om henne og stryke henne over håret. Det er ofte de modne damene Maja er tryggest på.

KUNNE IKKE PRATE KLART

Hun fikk mange diagnoser: Border line, manisk depressiv, schizofren. Det var spiseforstyrrelser, selvskading og selvmordsforsøk.

– Jeg hadde alt, vet du.



Autonomi i psykiatrien

● Du er innlagt for å bli beskyttet mot å skade deg selv eller andre. Men du blir medisinert og bundet fast mot din vilje. Hvordan kan du da beholde din integritet?

VAR REDD: – Ingen hadde så mange blåmerker som meg, sier Maja Thune. Hun var tvangsinnlagt 14 ganger og ble stadig skjermet og bundet fast. Men det hjalp mer å bli strøket over håret.

Hun gikk på mange typer medisiner. Dosene var så store at hun ikke kunne prate klart. Hun greide knapt å gå, sovnet ved bordet. Hadde rykninger i ansiktet.

– Psykofarmaka er bra for noen. Helt nødvendig også. For meg var det mest negativt, en veldig påkjenning for kroppen. Men beroligende kunne være godt når jeg var som reddest.

– *Hva krenket deg?*

– Å bli stengt inne bak lukkete dører mot min vilje. Å bli fratatt telefonen. Jeg hadde ingen motivasjon for å gå på medisiner, men ble tvunget til det. Jeg lå i belteseng. Det er det motsatte av autonomi. Krenkelsene blir en belastning i tillegg til de psykiske plagene man i utgangspunktet sliter med.

> «Jeg lå i belteseng. Det er det motsatte av autonomi.»
>
> Maja Thune

– *Men du trengte vel å bli skjermet?*

– Nei, det ble verre, det virket mot sin hensikt. Jeg ble grensesatt uten at jeg skjønte hvorfor. Jeg var nok som en kinaputt. Jeg roet meg ikke på skjerming, sov ikke. Var gira og full av faen.

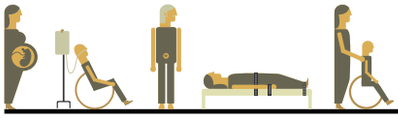
KJÆRLIGHET SOM MEDISIN

Foredraget «Kjærlighet som medisin, om å bli sett i psykiatrien», som Maja Thune skal holde på litteraturhuset i desember, ble fullbooket på tre dager. Mange sykepleiere vil sitte i salen. Neppe så mange psykiatere, tror hun.

– 2 500 flere ville gjerne hatt plass. Det sier noe om behovet for alternativ tenkning i psykiatrien.

– *Å behandle med kjærlighet kan virke naivt og svulstig?*

– Jeg syns ikke det. Jeg har kjent krenkelsen så sterkt på kroppen at jeg brenner for å finne løsninger for hvordan man kan beholde sin verdighet. Kjærlighet innebærer ingen fordømmelse, og



GIR RO: Maja Thune underviser i terapeutisk yoga. – Yoga stimulerer bremsepedalen, sier hun. Foto: Terje Borud

Psykofarmaka

Deles i fire grupper:

- **1. Anxiolytika,** beroligende/angstdempende midler som brukes ved nevroser preget av angst/uro.
- **2. Hypnotika/sedativa** brukes hovedsakelig ved søvnløshet.

De to første gruppene består i hovedsak av benzodiazepiner og kan være avhengighetsskapende.

- **3. Antidepressiva,** brukes ved depressive lidelser.
- **4. Antipsykotika,** også kalt nevroleptika, brukes ved alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og andre psykoser.

Kilder: Wikipedia og Store medisinske leksikon

fordømmelse er det siste du trenger når det er mørkt. Dessuten, kjærlighet driver frykten ut, som det står i Bibelen. Uten at jeg er spesielt religiøs, altså.

Hun var bare 17 år da hun fikk schizofrenidiagnosen. Den ble senere trukket.

– Det hadde ikke skjedd hvis ikke pappa hadde stått på. Hadde diagnosen blitt stående, ville jeg sannsynligvis blitt kroniker og uføretrygdet. «Du kan aldri jobbe, aldri studere», fikk jeg høre da jeg var innlagt.

Hun motbeviste det ved å ta bachelor både i psykologi og spesialpedagogikk, delvis mens hun var innlagt.

PROVOSERER FRAM UTAGERING

– Skjer slike krenkelser i dag?

– Ja, det skjer.

Hun vet det fordi hun i mange år har hatt ekstravakter i akuttpsykiatrien.

– Å unngå tvang helt er vanskelig. Men mer forskning har heldigvis bidratt til at terskelen for tvangsbehandling er høyere enn for 20 år siden.

Hun har registrert at politistudenter med muskler blir foretrukket som ekstravakter. Hadde hun vært leder, ville hun ha byttet dem ut med teater- og musikkstudenter.

– Jeg har sett ufaglærte framprovosere utagering hos pasienter, fordi de ønsker å gi injeksjon fortest mulig. De tror det er bra for pasienten, men de tenker nok lite på den belastningen man opplever etter en utagering. Mange sliter med seinvirkninger. Ofte har de en følelse av skam.

– Hva består skamfølelsen av?

– At man ikke mestrer livet. At noe er gærent med deg. Det kan sette seg i kroppen.

FIKK «APEDOP»

Thune er omgitt av helsearbeidere: Mor er palliativ sykepleier. Far er billedkunstner og pensjonert sykepleier. Den ene lillesøsteren er nyutdannet sykepleier, den andre er fastlege.

– Hvorfor ble du syk?

– Jeg er ekstra sensitiv. Kanskje hadde jeg ikke de rette instrumentene å spille på. Man må jo ha en viss form for polstring. Jeg tok inn alle sanseinntrykk.

> «Jeg var gira og full av faen.»
> Maja Thune

Hun ble fort lei seg. Følte seg utafor.

– Jeg hadde ikke redskap til å regulere intense følelser. For hver innleggelse fikk jeg en ny diagnose. Jeg var i en jungel av pillehelvete og beltefiksering.

Men noen gjorde det altså bra for henne. Det var de godt voksne damene:

– De prøvde å gi meg kos. Strøk meg over håret, i stedet for å gi meg 50 milligram Nozinan, også kalt apedop, som jeg ellers fikk.

Nozinan er et antipsykotisk medikament.

Det gjelder å se og lytte for å finne ut hva pasienten har behov for, mener hun. Det er særlig psykiaterne hun ikke stoler på:

– De er tidlig ute med medisinering og vedtak. Sykepleierne er ofte fantastiske.

HADDE DET FINT MED MEDPASIENTENE

Kunsten har hjulpet henne. Hun lager musikk og har gitt ut to diktbøker.

– Følsomheten min gjør at jeg kan ta inn mennesker på en dypere måte. Jeg tar inn flere farger i livet enn mange andre.

For noen er smerten til tider uutholdelig:

– Når verken du selv eller andre kan bære den smerten, så kan kunsten bære den. Gi den til et bilde eller et musikkstykke, så blir den kanskje til noe nytt. Noen bruker naturen på samme måte – de vender seg mot noe som er evig og trygt.

Nå er hun glad for å ha vært syk:

– Ja, jeg er det! Fordi jeg har vært de stedene som få andre vet noe om. Det er så mye kjærlighet der. Når du er lukket inne og fratatt så mye, blir tilværelsen ekte. Du holder ikke lenger fasaden. Det er positivt. Det negative er jo at man

blir så krenket at man mister egenverdet. Følelsene dopes bort. Du har ikke selvbestemmelse.

Kjærligheten hun sikter til er først og fremst den mellom pasientene. Thune har mange gode minner. All latteren. Alle rampestrekene.

FRA PASIENT TIL TERAPEUT

Hun er på skjerming og vil røyke. En pleier følger henne. Der sitter en mann og leser aviser, et uvanlig syn på lukket avdeling. Hun aner ikke hvem han er. Med svart kajal rundt øynene går hun bort til ham: «Er du også interessert i politikk?» Han ler: «Det kan du trygt si. Jeg har vært på Stortinget i 22 år.» Hun vil trøste ham, tror han er psykotisk. Da ler han enda mer.

Pleieren virker flau, sier han er en kjent person.

Medpasienten var Reiulf Steen, den erfarne Ap-politikeren som senere var åpen om sine dype depresjoner. Der inne var de ute av sine vanlige roller.

– Vi hadde mistet karrieren og fasaden, og delte smerten ved ikke å mestre livet.

I et intervju i VG sa Reiulf Steen: «Der *(på Blakstad sykehus, red.anm.)* fortalte vi hverandre helt åpent om problemene våre. Det var en unik opplevelse på det mellommenneskelige plan.»

– Da jeg selv fikk nøkler, og kom over på den andre siden, fikk jeg ikke den nærheten til pasientene jeg hadde som innlagt, sier Thune.

Hun har hatt mange helgevakter som miljøterapeut på Oslo hospital, landets eldste psykiatriske sykehus, nå underlagt Lovisenberg sykehus.

– Jeg elsker å være der, får brukt hele meg. Går tur, spiller gitar. Vi lager mat sammen. Ellers er de jo mye på røykebalkongen.

– Du ville helst vært like nær pasientene som da du var pasient?

– Jo, men de unge jentene sier til meg: «Du kjenner jo lusa på gangen, du!» Det er nok fordi jeg er avslappet. Jeg holder dem i hånda og masserer dem.

BLIR INKONTINENT OG OVERVEKTIG

Hun har sett hva mange års bruk av nevroleptika kan føre til for folk:

– De mister klarheten. Noen tisser i sengen. Mange blir overvektig og får diabetes. Noen opplever at tungen går ut og inn av munnen.

På sikt kan de bli kognitivt svekket.

– Det er forferdelig å se unge mennesker få utseendet ødelagt. Så får de høre at «du er unik og har egenart». Og at «denne medisinen må du bruke resten av livet».

Medisinene forstyrrer det endokrine systemet, forklarer hun.

– Hvis jeg hadde en datter på 18 år som ble psykotisk, ville jeg ha kontaktet de som jobber uten medisin. Hvis ikke de var tilgjengelige, ville jeg gitt antipsykotika. Noen døgn. Jeg ville ikke at hun skulle fortsette med det.

– Mange leger er sinte på medisinfrie tilbud. De mener pasientene ikke blir behandlet tidsnok.

Antidepressiver er hun mindre kritisk til:

– Noen har nytte av det. Venninner sier det tar mørket fra dem.

Thune tror at mange med schizofreni- og bipolardiagnoser, heller burde vært behandlet for traumer.

– Det er spennende å følge med på traumeforskningen. Jeg tror psykoser er reaksjon på store belastninger. Å høre stemmer er ikke ensbetydende med schizofreni.

«DU SKAL VITE AT DET ER HÅP»

Hun er i beltesengen natten over. I kroppen virker fire–fem ulike medikamenter. Hun sover innimellom. Kan ikke gå på do, må tisse i et bekken. Noen passer på henne, det merker hun. Men så er det ingen der. Hun er alene, selv om det ikke er lov. Hun roper. Om morgenen har hun vondt overalt.

Etter en av nettene i beltesengen kommer en lege som er i spesialisering inn og ser henne. «Lås opp med en gang!» sier han til pleierne.

– Han har siden sagt til meg at alt jeg skrev i boken *Jeg har en drøm* er sant.

Det var andre som viste empati når de spente henne fast. En av pleierne så henne i øynene og sa: «Dette er kanskje det mest krenkende du kan oppleve. Men det skal ikke alltid være sånn. Du skal vite at det er håp.»

– Noen må i belter?

– Jeg tror ikke det.

– Eller tvangsmedisineres?

– Enda verre. For meg var det verst å miste tankene. I belter har du bedre kontroll over hva du føler. Medisinering gjør at du mister følelsene. Mange syns beltene er verst. Men de fleste blir uansett utsatt for begge deler.

– Man kan ikke bestemme alt selv når man ikke er i balanse?

– Jeg synes terskelen skal være høy for tvang.

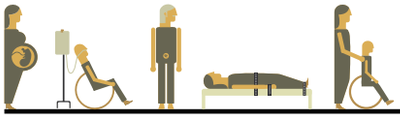
> «Det var verst å miste tankene.»
> Maja Thune

Hvis du går på torget og snakker med deg selv, så må det være greit. Hvis du går rundt naken, eller kaster møbler og blir veldig voldelig, trenger du å bli skjermet. Men de fleste er ikke der.

STRENGT REGIME

En jente spiser jord og planter. Hun er 18 år og har mistet språket. Hun skriker når hun blir dradd etter armene. Maja blir sint, synes det er unødvendig hard

DEN SAMME: Maja Thune opplever plutselig masse anerkjennelse. Det synes hun er veldig rart. – Jeg er jo den samme.



behandling. Da blir hun vist til rommet, fordi hun blander seg. «Du har ingen sosial status her på avdelingen», sier pleieren. «Det sier mye om deg at du sier det», parerer Maja. Dermed er det hun som blir dradd etter armene inn på skjermet.

– Jeg sa fra, men kom til kort. Men det gikk bra med hun som spiste jord. Nå er hun sangerinne.

Reglene er mange for pasientene i psykiatrien. Grenser kan være nyttig, men ofte er reglene tullete, syns hun. Som at du ikke kan få en brødskive når du har lyst fordi kjøkkenet er stengt, eller ta deg en røyk når du vil.

– Det er ganske tøft. Det er jo ofte om natta når du ikke får sove du trenger å røyke. Du får ikke dusje fem minutter over ti, selv om du er kald, for badet stengte klokken ti. Slike regler gjør ikke nytte for seg.

UNDERVISER I YOGATERAPI

Maja Thune har etablert en egen yogaform – terapeutisk yoga.

– Yoga stimulerer bremsepedalen, det vil si den parasympatiske delen av nervesystemet. Pulsen og blodtrykket går ned, pupillene blir mindre. Kroppen begynner å produsere oksytocin, også kalt kjærlighetshormonet. Hjernebølgene blir roligere, og den dype pusten hjelper å regulere intense følelser.

Mange som kommer på utdanningen hennes i yogaterapi, er sykepleiere.

– Flere har allerede utdanning i medisinsk yoga. Psykiatriske sykepleiere bruker yoga og mindfulness i terapien sin, ikke minst for ungdom.

De lærer at de ikke må be traumatiserte legge seg ned og lukke øynene. Det blir for sårbart, og kan føre til retraumatisering. Det er bedre å begynne med å stå eller sitte på en stol med åpne øyne. Slik kan de bevare kontrollen.

For deprimerte er det omvendt:

– Fysisk aktivitet er flott. Men er du dypt deprimert, er det godt å starte med å ligge avslappet. Det gjelder å akseptere depresjonen fullt ut. Instinktet er å kjempe imot.

HAR FÅTT TILLIT

Vakter i psykiatrien hadde hun allerede da hun studerte, og innimellom innleggelsene.

– Jeg fikk gode tilbakemeldinger. Da ledelsen fikk vite at jeg hadde vært innlagt, måtte jeg likevel slutte. Når man har vært syk, må man hele tiden bevise at man funker.

Nå har noe skjedd. Boken hennes går bra, yogakursene er populære:

– Plutselig har jeg fått masse anerkjennelse og tillit. Det er veldig rart. Jeg er jo den samme.

Hun har hatt noen fordeler, synes hun selv:

– Jeg var ressurssterk. Og jeg har alltid blitt godt likt av voksne. Det gjelder ikke alle.

– *Hvorfor likte de deg?*

– Jeg var verbal og kunne gå i dybden.

Hun minner om at det er i relasjoner at krenkelser skjer. Men det er også der gjenopprettingen av skaden skjer.

– Det gir håp. Det er ikke noe du må å gjøre på egenhånd.

Hun er fastspent igjen, det er 2003. Men nå er det annerledes. Hjernen er klar, kroppen stritter ikke mot. Hun har kontakt med seg selv. Om morgenen blir de fem reimene fjernet for siste gang. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Ulovlig beltebruk

- Tvangsmidler (som belter, isolasjon eller bedøvende legemidler) skal bare brukes når det er fare for liv og helse.
- VG dokumenterte i november at det foregår «massiv ulovlig beltebruk på norske sykehus». Og det som skjer, som hvor lenge beltelegginngen varer, blir ofte ikke skrevet i protokollen.

Kilder: VG og helsebiblioteket.no

Espen Gade Rolland, nestleder i faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus .

– Tvangen i seg selv er ikke alltid problemet

– TVANG ER EN stor inngripen overfor enkeltmennesker, som dessuten er i en sårbar situasjon, sier Espen Gade Rolland, nestleder i faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus.

– Maja Thune peker på noe vesentlig, nemlig hvordan man opplever krenkelser. Tvangen i seg selv er ikke alltid problemet, men måten den utføres på og pasientens opplevelse av gjennomføringen – og ikke minst av oppfølgingen i etterkant. Her har vi en stor jobb å gjøre.

– Samtidig er det gode eksempler på at sykepleiere har jobbet systematisk med å redusere tvang. Dette har gitt resultater. Det handler mye om riktig kompetanse, bemanning, holdninger, kultur og reelle gode handlingsalternativ, slik lovverket påpeker. Sykepleiere har lederposisjoner og en unik mulighet til å påvirke dette. Vi trenger en nasjonal satsing.

– Sykepleiere vil oppleve dilemma ved utøvelse av tvang. Vi skal redde liv, men også ivareta pasientens autonomi og følge våre yrkesetiske retningslinjer, som skal beskytte pasienten mot krenkelser og tvang. Sykepleiere har kjernekompetanse når det gjelder å møte mennesker i sårbare situasjoner. Da tenker jeg spesielt på å vise omsorg og varme, som Thune framhever. Dette er ikke alltid på dagsordenen. ●

Sykepleien er der du er!

Hold deg oppdatert og gjør Sykepleien til en naturlig del av hverdagen. Papirmagasinet kjenner du godt fra før, og med Sykepleiens app kan du lese magasinet på nettbrett uten nett-tilgang.

Våre nettsider Sykepleien.no fungerer bra på PC, nettbrett og mobil.

Følger du oss på Facebook er det enkelt å følge med og se hva andre sykepleiere mener. Vi har to sider på Facebook: Tidsskriftet Sykepleien og Sykepleien Forskning.

Sykepleien

---

sorbact®

SORBACT® INFEKSJONSFOREBYGGENDE[1,2] BANDASJE

ALLEREDE FRA STARTEN

Et infisert sår kan føre til forsinket tilheling med lengere behandlingstid og kostnader, samt tid borte fra jobb og familie. Sorbact® kan brukes for å forebygge sårinfeksjoner ved naturlig å redusere den mikrobielle belastningen i sår. Gjennom den unike Sorbact®-teknologien bindes bakterier og sopp irreversibelt til kontaktflaten og fjernes når bandasjen byttes. Sorbact® er også godt egnet til behandling av allerede infiserte og vanskelig tilhelende sår.[3]

Les mer om våre forskjellige Sorbact®-bandasjer, deriblant den nye Sorbact® Superabsorbent for kraftig til svært kraftig væskende sår på abigo.no.

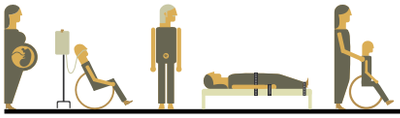
SORBACT® SUPERABSORBENT

Referanser: ***1.*** *Skinner R, Hampton S. The diabetic foot: managing infection using Cutimed Sorbact dressings. Br J Nurs. 2010 Jun 10-23;19(11):S30, S32-6.* ***2.*** *Data on file.* ***3.*** *Von Hallern B. Treatment of over 1500 critically contaminated and infected wounds by using hydrophobic dressings thus reducing the use of systemic antibiotics and antiseptics. EWMA 2007;P 108.*

abigo ABIGO Medical AS · Eidsbergveien 43 · 1811 ASKIM · Tel: 911 36 332 · abigo.no

Sorbact® is a registered trademark of ABIGO Medical AB

2016-206



Brukerorganisasjonene har tommelen opp for tilbud om medisinfri behandling. Psykiatere kaller det et alvorlig feilsteg.

Pasienter og behandlere på kollisjonskurs

● Tekst **Bjørn Arild Østby**

Min datter ble under en tvangsinnleggelse satt på medikamentet Zyprexa, og i løpet av et drøyt år la hun på seg seksti kilo, så hun veide til slutt 135 kilo. Før hun ble dårlig, var hun en god konkurransesvømmer.

Hun ble samtidig sterkt inkontinent. Senere fikk hun medikamentet Risperdal, og da mistet hun menstruasjonen og fikk kraftig skjeggvekst på haken. Legene bagatelliserte disse bivirkningene og sverget til den jesuittiske læresetningen om at målet helliger midlet. Disse bivirkningene har i sytten år vært et langt større problem enn sinnslidelsen, samtidig som medikamentene ikke reduserte symptomene.»

I kronikken «Min datter ble et offer for pillepsykiatrien» i Aftenposten for vel et år siden advarer en anonym far mot en pillepsykiatri som han mener har antatt former som ettertiden sannsynligvis vil beklage.

VIL REDUSERE BRUK AV TVANG

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ba i 2010 de regionale helseforetakene (RHF) lage regionale og lokale planer for hvordan redusere bruk av tvang i psykisk helsevern. De ble også bedt om å utarbeide alternative metoder til tvang, blant annet medisinfrie tilbud. Da planene forelå, var medisinfrie tilbud nesten totalt fraværende.

Det er bakgrunnen for at HOD i november i fjor sendte nytt brev til RHF-ene, hvor de ble pålagt å etablere et legemiddelfritt behandlingstilbud innen 1. juni 2016.

Ingen av RHF-ene har gjennomført påbudet innen tidsfristen, men samtlige har startet arbeidet med å få på plass medisinfrie tilbud. Så langt ser det ut til å være store forskjeller på hva tilbudene vil inneholde, hvordan de skal organiseres og hvilke pasientgrupper som skal få helsehjelp i de nye enhetene.

> «Vi må få bukt med den sterke ovenfra og ned-holdning som eksisterer i mange fagmiljøer.»
>
> Jan-Magne Sørensen

I en nylig lansert antologi («Levd liv») utgitt av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, skriver psykiater Trond F. Aarre:

– Føretaka har altså ikkje greidd eller ynskt å innfri seg krava frå sjukehuseigaren. Det skal bli interessant å følgje denne saka. Kjem det til å bli oppretta einingar? Kjem dei til å lukkast? Kjem røynslene frå dei nye einingane til å påverke resten av fagfeltet?

Vet brukerne sitt eget beste?

● Fra 1. juni 2016 er alle regionale helseforetak pålagt å tilby medisinfrie behandlingsalternativer innen psykisk helsevern. Det har skapt debatt og avdekket steile fronter. Hvem skal bestemme? Legen eller mennesket som lever med lidelsen?

MEDIKAMENT: Leder av Hvite Ørn, Jan-Magne Sørensen, er overbevist om at medikamentfri behandling er det beste bidraget for å unngå tvang. Foto: Ekaterina Saratovskaya

KREVER MEDISINFRIE TILBUD

Brukerorganisasjoner innen psykisk helsevern har lenge jobbet for etablering av medisinfrie døgnenheter. I 2011 dannet fem brukerorganisasjoner (Aurora, Hvite Ørn, LPP, Mental Helse og WSO) «Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp i psykiske helsetjenester». Målet var å jobbe for å opprette medisinfrie enheter i alle landets helseforetak.

Om bakgrunnen for kravet skriver Fellesaksjonen blant annet: «Det snakkes varmt om brukermedvirkning både fra politikerne, helsedepartement/direktorat og helseforetakene. Det sier seg selv at når mange opplever at man har valget mellom frivillig medisinering, ingen behandling eller tvangsmedisinering når man er i krise, er det ikke rom for noen reell brukermedvirkning. Skal brukermedvirkning ha noen mening, må alternativer til medisiner være tilgjengelig for alle.»

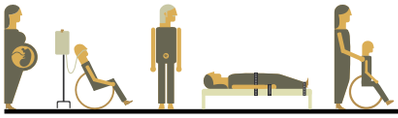
Når det ikke finnes alternativer til medisinering, opplever brukerorganisasjonene at pårørende også kan føle seg presset til å godta, eller selv presse på for medikamentbruk, til tross for at de har store betenkeligheter.

DISKRIMINERENDE LOVVERK

Det er stor forskjell i makt mellom den som hjelper og den som skal hjelpes. Bruk av tvang i psykisk helsevern er det sterkeste uttrykket for denne ulike makten. Helsedirektoratets gjennomgang av data for 2014 viser at om lag 5 600 pasienter ble tvangsinnlagt til sammen 8 000 ganger dette året. Tvungent psykisk helsevern ble benyttet ved to av tre innleggelser, mens de øvrige gjaldt tilbakeholdelse for tvungen observasjon, der vilkårene for tvungent psykisk helsevern ble vurdert ikke å være fylt.

Psykiater Trond F. Aarre kaller den omfattende bruken av tvungent psykisk helsevern en nasjonal skandale. Han mener de høye tallene delvis skyldes innarbeidete arbeids- og tenkemåter, men noe skyldes også lovene. Han er helt klar på at dagens lovverk diskriminerer personer med alvorlige psykiske lidelser.

Pasient- og brukerrettighetsloven setter manglende samtykkekompetanse som vilkår for å nytte tvang mot personer med somatiske sykdommer. I lov om psykisk helsevern er det derimot hjemmel for å bruke tvang, selv om personen er fullt ut samtykkekompetent. Slik signaliserer vi ifølge Aarre



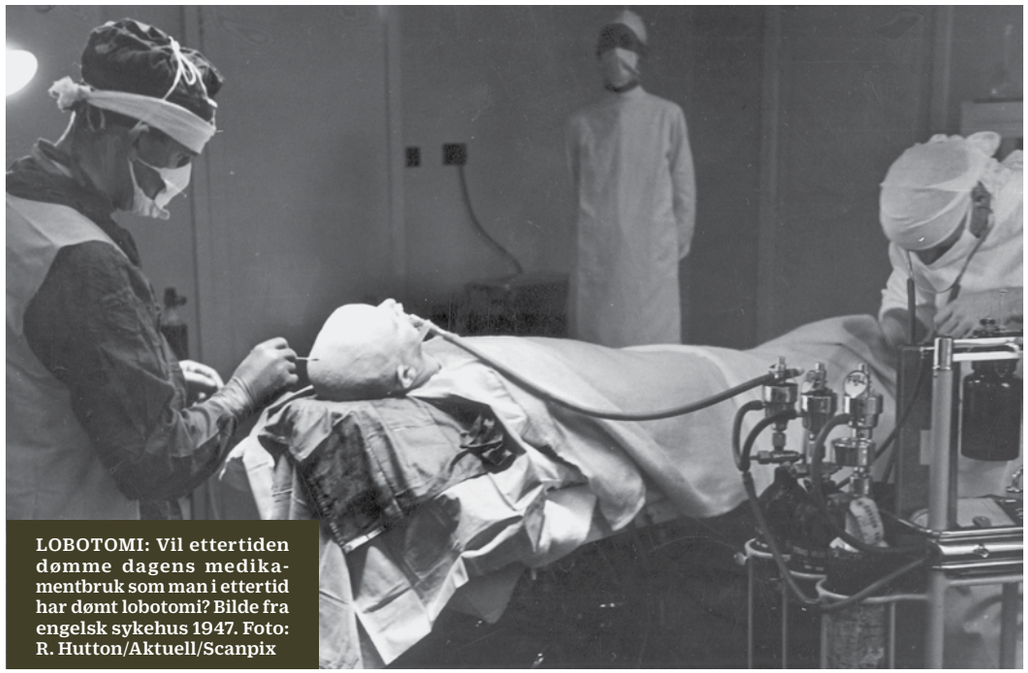
at folk med psykiske lidelser er annerledes enn andre og derfor skal ha svakere rettsvern.

Mette Ellingsdalen i brukerorganisasjonen We Shall Overcome (WSO) mener også at lovverket må endres.

– Innenfor den medisinske modellen, som lov om psykisk helsevern bygger på, har ikke mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelser de samme rettigheter som andre samfunnsborgere. Dette har store negative konsekvenser, som går enda videre enn frihetsberøvelse og tvangsbehandling og påvirker selve forståelsen av mennesket. Det gjør det enkelt å frata oss selvbestemmelse og retten til å definere oss selv og hva vi sliter med, også når det ikke fattes formelle tvangsvedtak, sier hun til erfaringskompetanse.no.

Nyutdannet lege med mange år i rollen som psykiatrisk pasient, Nina Knagenhjelm, advarer i en kronikk i Dagens Medisin («Avhengighet til sterke behandlere») mot behandlere med klare meninger. Hun var ikke på tvang, men fikk beskjed om at «uten medisinen vil du ikke bli bedre». Hun opplevde det som «frivillig tvang».

– Jeg hadde vært sjeleglad om jeg – med pasientrettighetene i ryggen – kunne ha sagt den gangen at jeg ikke ville ha disse medisinene, og vite at det var en rettighet og ikke noe som kunne brukes mot meg.



LOBOTOMI: Vil ettertiden dømme dagens medikamentbruk som man i ettertid har dømt lobotomi? Bilde fra engelsk sykehus 1947. Foto: R. Hutton/Aktuell/Scanpix

HVEM SKAL BESTEMME?

Debatten i kjølvannet av pålegget fra helseministeren har avdekket klare fronter i synet på medisinfrie behandlingstilbud. Ikke bare mellom brukere/brukerorganisasjoner og enkelte fagpersoner, men også mellom fagpersoner. Uenigheten dreier seg om tradisjoner, menneskesyn, behovet for holdningsendringer og forståelse av psykiske lidelser.

To parter står steilt mot hverandre: Legen som foreskriver medikamenter mot psykose, og som fastslår at behandlingen er vellykket fordi symptomtrykket letter. Og brukeren som opplever så mange og så alvorlige bivirkninger av medisinene, at behandlingen slett ikke oppleves som vellykket.

BLIND FOR EGEN DUMSKAP?

Psykiatriens historie og behandlingsmetoder er ikke noe vakkert tilbakeblikk, og vi rister i dag på hodet over den galskapen psykiatrien utsatte sine ofre for. Enhver tid synes blind for sin egen dumskap, og få har merket dette så skjebnesvangert som mennesker med psykiske helseproblemer.

Siste lobotomi i Norge ble utført ved Rikshospitalet så seint som i 1974. Mange av de totalt rundt 2 500 psykisk syke som ble lobotomert i Norge, døde. Nylig avdøde psykiater Christian Erlandsen jobbet ved Sanderud sykehus på 1950-tallet. Han har tidligere uttalt: «I ettertid er det lett å dømme. Men jeg spør meg selv: Hvorfor sjekket vi ikke grundigere resultatene på dem vi opererte, før vi gikk i gang med flere?»

Da metoden ble introdusert i 1935, var legevitenskapen ikke i tvil om nytten. Og i 1949 fikk nevrologiprofessor Egas Moniz Nobelprisen i medisin for oppdagelsen av lobotomi. I 1996 vedtok Stortinget at de gjenlevende lobotomerte skulle få 100 000 kroner i erstatning for tapte liv. Så dramatisk kan kunnskap endres.

> «Innføringen av medisinfrie tilbud kan skape en holdning som i stor grad støtter en skepsis til medikamentell behandling.»
>
> Jan Ivar Røssberg

Hva med dagens utstrakte bruk av antipsykotisk medisin og tvangsmedisinering? Hva vil framtidens dom være? Vil spørsmålet igjen være: Hvorfor sjekket vi ikke grundigere resultatene på dem vi medisinerte, før vi fortsatte med flere?

– KALL DET GJERNE EKSTREMSPORT

Valgfrihet er Fellesaksjonens mål og den viktigste grunnen til kravet om medisinfrie tilbud.

– Vi er overbevist om at medikamentfri behandling er det beste bidraget for å unngå tvang, sier Jan Magne Sørensen i Fellesaksjonen og leder av Hvite Ørn.

– Å ta medisiner var som å være i et kjemisk fengsel. Medisinene hadde forferdelige bivirkninger og fjernet mye av personligheten min. Jeg mistet motivasjonen, følte ingen glede og klarte ikke å resonnere på samme måte som før.

Sørensen klarte ikke å jobbe med sin egen psyke når han var påvirket av medisiner, og sluttet på antipsykotika for 17 år siden. På det tidspunktet var han så sint at han kunne startet 3. verdenskrig, forteller han til Aftenposten. Det har vært beinhardt arbeid, men nå klarer han seg på egen hånd.

– Det er viktig at medisinfrie tilbud utvikles i tett samarbeid med brukerorganisasjonene. Brukerne har mye kunnskap som ikke har kommet godt nok fram. Vi må få bukt med den sterke ovenfra og ned-holdning som eksisterer i mange fagmiljøer. Og det må åpnes for retten til å ta en risiko på eget ansvar. Kall det gjerne ekstremsport, sier Sørensen.

IKKE FOR ELLER IMOT ALL MEDISIN

Medisinfritt behandlingstilbud handler ikke om å være for eller imot all medisin. Det er snakk

om de såkalte antipsykotiske legemidlene som brukes ved psykoser og maniske tilstander.

For Sørensen handler det om muligheten til å velge den behandling man selv har tro på og ønsker, og som man kan håndtere uten medisiner.

– Det finnes mange alternative metoder. Man må huske på at mange psykoser er utløst av stress og angst. Det er flere måter å finne roen på, blant annet ved å lære seg forskjellige stressmestringsstrategier, kognitiv gruppeterapi, mindfulness og det å ta i bruk musikk og rytme.

Han er videre klar på at det må opprettes egne enheter, ikke såkalte forløp. Man må klippe tråden til gamle tradisjoner, ellers vil dette tilbudet blandes inn i en lapskaus av gamle tilbud.

UDOKUMENTERT SJANSESPILL

Like skråsikre som brukere og brukerorganisasjoner er på at det er riktig å åpne for denne valgfriheten, er flere fagpersoner klare på at dette er et alvorlig feilsteg.

Psykiater Tor K. Larsen mener den valgfriheten som helseministeren nå ønsker å påtvinge helsevesenet vil føre til at mange svært alvorlig syke mennesker i praksis fratas retten til best mulig behandling.

– Ikke bare er det en dårlig idé, men det kan rett og slett ende opp med å bli en innføring av systematisk malpraksis i norsk psykiatri. I verste fall kan liv gå tapt.

– Hensikten med medikamentfrie poster er å la pasienter selv velge hvilken behandling de vil ha. Det kan høres fint ut, men det er en risikabel idé for nysyke. Man overser et helt sentralt problem i psykiatrien, nemlig at de mest alvorlig syke ofte mangler sykdomsinnsikt, ifølge Larsen.

Men samtidig er han åpen for at man ikke på forhånd kan vite hvem som ikke vil oppleve god effekt av medisiner. Og i bruksanvisningen til medikamentet Risperdal står det for eksempel: «Bivirkningene er ofte vanskelig å skille fra sykdomssymptomene.»

En annen psykiater, Jan Ivar Røssberg, mener pålegget fra helseministeren bygger på ideologi og ikke vitenskap. At det er et udokumentert sjansespill.

– Det finnes ikke veldokumenterte behandlingsmetoder uten bruk av medikamenter for personer med psykotiske lidelser.

Røssberg mener derfor et medisinfritt tilbud implisitt betyr at medisiner er farlig og noe man bør holde seg unna.

– Innføringen av medikamentfrie tilbud kan skape en holdning som i stor grad støtter en skepsis til medikamentell behandling. Min frykt er at tiltaket vil medføre at personer med psykoselidelser kommer seinere til optimal behandling som man vet virker.

Motspørsmålet fra tilhengerne av medisinfrie tilbud er: Bør vi ikke anse langtidsbehandlingen med antipsykotiske legemidler som like eksperimentell? Hva er da riktig å tilby menneskene som søker hjelp?

ULIKE VIRKELIGHETSOPPFATNINGER

Pålegget om å gi pasientene mulighet til å kunne velge medisinfrie behandlingstilbud, viser at det eksisterer to helt forskjellige forståelser av psykiske problemer – den medisinske og den kontekstuelle modellen.

Den medisinske modellen dominerer fremdeles, med sin tro på at diagnosen sier noe vesentlig både om lidelsen sin egenart, forløpet av plagene og effekten av behandlingen. Modellen tar utgangspunkt i at det er enkeltmennesket det er noe i veien med.

I motsetning til den medisinske modellen er den kontekstuelle modellen ikke så opptatt av hvilke symptom man har, men spør hvorfor de oppstod. Man prøver å forstå hvorfor og under hvilke omstendigheter den enkelte utviklet disse plagene. Det er snakk om en individuell vurdering av den enkelte sine problemer og ressurser.

Konflikten rundt medisinfrie tilbud kan kort oppsummeres i følgende setning fra professor Paul Kindermann: «Ikke spør meg hva som er gale med meg. Spør heller hva som har hendt meg.» ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

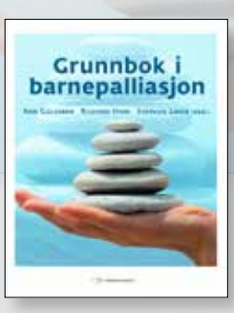
Lov om psykisk helsevern

§ 4-4.Behandling uten eget samtykke (utdrag)

- Pasient under tvungent psykisk helsevern kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.
- Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:
- Pasienten kan behandles med legemidler uten eget samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

KOMMUNEFORLAGET

Nyhet!



Ann Goldman, Richard Hain og Stephen Liben (red.)

Grunnbok i barnepalliasjon

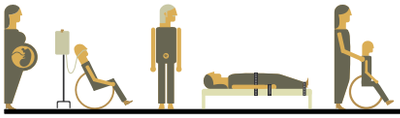
Grunnbok i barnepalliasjon gir kunnskap om og drøfter de medisinske, psykologiske, praktiske og åndelige spørsmålene som reiser seg i omsorgen for denne gruppen. Den tar for seg fysisk behandling av symptomer, kommunikasjonsteknikker og psykiske spørsmål som følelser av skyld og isolasjon. Dette er den første helhetlige boken innen barnepalliasjon på norsk.

Boken er en oversettelse fra engelsk og utgitt på oppdrag fra Foreningen for barnepalliasjon – FFB.

ISBN 9788244622752 *503 sider* *kr 749,-* *Kommuneforlaget 2016*

Kommuneforlaget as

Bestilling: nettbutikk.kommuneforlaget.no | bestilling@kommuneforlaget.no | 24 13 28 50



Valg som tas av personer som er beslutningskompetente skal respekteres av helsepersonell, men det er noen klare grenser.

Hva er autonomiens grenser?

Fakta

Per Nortvedt

Professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Fakta

Lillian Lillemoen

Forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Å respektere pasientens autonome valg er en sentral normativ føring både i etikk og jus. Idealet om det frie og selvstendige mennesket har som en grunnleggende forutsetning at en person kan ta reflekterte valg, bearbeide relevant informasjon og forstå konsekvensene av mulige handlingsalternativ. Valg som tas av personer som på denne måten er beslutningskompetente, skal respekteres av helsepersonell. Dette gjelder også når disse valg ikke samsvarer med helsepersonells faglige vurderinger og anbefalinger.

DET FINNES GRENSER

Det er likevel noen klare grenser for disse føringene, som at en pasient som ikke er beslutningskompetent, ikke uten videre kan trumfe helsepersonellets vurdering om faglig forsvarlighet og hva som er å anse å være til pasientens beste.

Dette innebærer en rett for helsepersonell til under visse vilkår å bruke tvang overfor pasienter som motsetter seg helsehjelp. Disse grensene for autonomi er nedfestet i gjeldende lovverk, for regulering av bruk av tvang i somatiske helsetjenester, lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A og når det gjelder psykisk helsehjelp, i psykisk helsevernlov, § 3 og § 4.

En begrensning i autonomi gjelder også pasienters rett til å forlange behandling, som helsepersonell vurderer å ikke være faglig forsvarlig, eller der nytten av behandling ikke står i et rimelig forhold til kostnader.

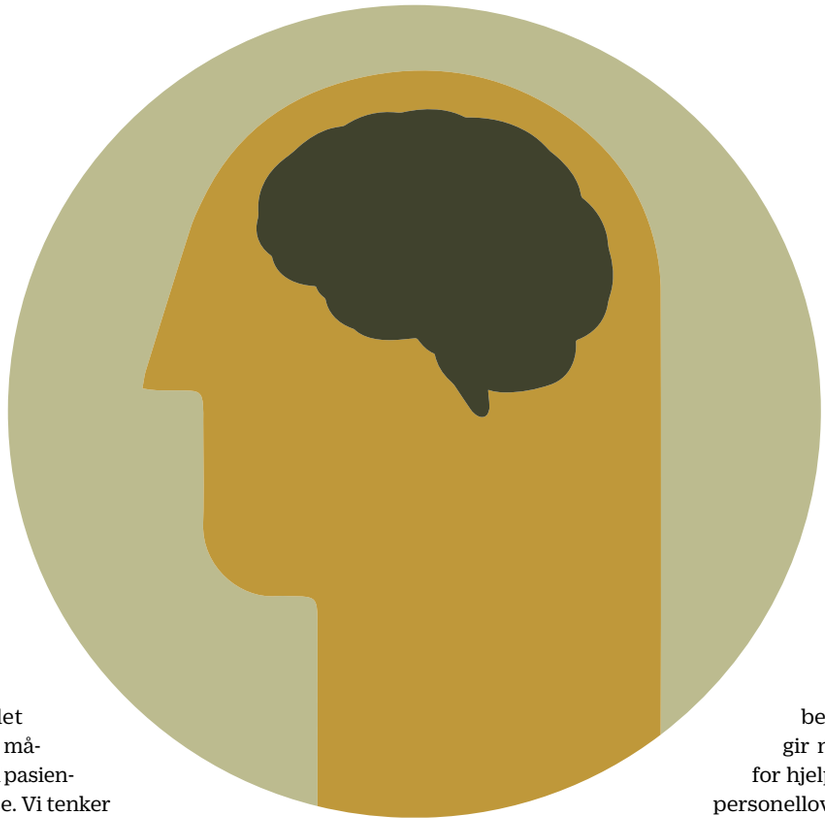
SÆRLIG ETISK KONTROVERSIELLE

Det er fire områder for utøvelse av autonomi som er særlig etisk kontroversielle og som også gjelder beslutningskompetente personers rett til å ta beslutninger på egne vegne.

Det ene gjelder å innføre samme rett til samtykke for pasienter med alvorlig sinnslidelse som for somatiske pasienter. Et forslag, som nå er til behandling i stortinget, er å innføre et kompetansevilkår som begrenser bruk av tvang i psykisk helsevernlov. Dette innebærer (med visse begrensninger for suicidale pasienter), at pasienter med alvorlig sinnslidelse skal ha en rett til å motsette seg behandling, så fremt de er beslutningskompetente (Prop. 147 L 2015-2016). Det vil for eksempel innebære en rett for pasienter til å motsette seg medikamentell behandling, selv om dette potensielt kan forverre deres sinnslidelse. Det andre området gjelder begrensninger i pasienters rett til å kreve helsehjelp/medisinsk behandling som er vurdert å være for kostbar i forhold til den nytte behandlingen gir. Dette er en særdeles utfordrende og omdiskutert del av moderne prioriteringsetikk, som særlig rammer tilgang til dyr livsforlengende behandling med marginal nytte og kort forventet levetid (jamfør eksempler med tilgang til immunterapi i kreftbehandling). For noen år tilbake ønsket en yngre pasient med ALS trakeostomi og respiratorbehandling, - pasienten ønsket å leve lengst mulig for å kunne være en del av sitt mindreårige barns oppvekst. Helsepersonellets vurdering resulterte i avslag, - man vurderte behandlingens nytte som lav, og at den ville forlenge pasientens lidelse (slik det kom fram i media). Man mente også at pasienten ikke var i stand til å forstå hvilken lidelse hjemmerespiratorbehandling ville innebære. Men her kommer nok et problem – hvordan skal man beregne nytte og hva er kort forventet levetid når man står overfor en reell person, et barn, en familie? Pasienten krevde sin rett til second opinion, - en vurdering som resulterte i at pasienten fikk medhold i sitt ønske om trakeostomi og respiratorbehandling. Det tredje området, som har vært omstridt helt fra innføring av Lov om pasient- og brukerrettigheter første gang i 2000, er plikten til å gi øyeblikkelig hjelp når helsehjelpen ansees å være påtrengende nødvendig, slik dette er fastsatt i Helsepersonellovens § 7. Dette er ifølge loven, en plikt for helsepersonell til å gi helsehjelp som også er gjeldende for pasienter som kan samtykke, og som motsetter seg helsehjelp. Begrensninger i denne hjelpeplikten gjelder ved avståelse fra blodtransfusjon, ved sultestreik og hvis pasienten er døende. Men begrensningene gjelder ikke alle pasienter som er samtykkekompetente, og man kan godt tenke seg en pasient som er samtykkekompetent og ikke døende, og som motsetter seg helsehjelp. Å innskrenke retten til å nekte helsehjelp for pasienter som er beslutningskompetente er etisk problematisk, selv om helsehjelp er påtrengende nødvendig. For det fjerde er det et filosofisk poeng, som understreker problematiske sider ved utøvelsen av

Rådet for sykepleieetikk tar imot spørsmål og innspill om etiske dilemma.
● Telefon: 91 87 67 95 ● e-post: elisabeth.sveen.kjolsrud@nsf.no

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2016.59448



autonomi, om enn det ikke på en avgjørende måte begrenser retten til pasientens selvbestemmelse. Vi tenker på de uheldige konsekvenser utøvelse av autonomi noen ganger kan ha for tredje part; for familie, venner, andre pasienter og endog helsepersonell. Smerte, for eksempel, er et fenomen som eksisterer selv om en person aksepterer og lever med sin smerte. En persons smerte kan smerte andre, den viser seg som en moralsk realitet i pasientens kropp, i ansiktsuttrykk og kanskje i manglende motivasjon for tiltak som kan bedre funksjonsnivå. Et annet eksempel, som kanskje ikke er så subtilt, fordi de fleste ønsker nå engang å få lindret sin smerte og ofte er dette mulig: For noen år siden døde en sykehjemsbeboer av liggesår fordi hun motsatte seg stell og pleie i over en måned. Hun fikk til slutt så store liggesår og infeksjoner at hun ble flyttet til kirurgisk avdeling på Akershus universitetssykehus, der hun døde. To psykiatere hadde ved tilsyn vurdert at hun var beslutningskompetent, og fylkes- og kommunelegen fastslo at hun derfor ikke kunne påtvinges helsehjelp. Respekt for beboerens autonomi medførte stor belastning på andre beboere og også helsepersonell som måtte se en pasient forkomme, uten å kunne hjelpe. Verdier er således ikke bare noe som hefter ved personers valg og bevisste handlinger, men viser seg også i fenomener som smerte, hjelpeløshet og sårbarhet og har konsekvenser for familie, andre beboere og helsepersonell.

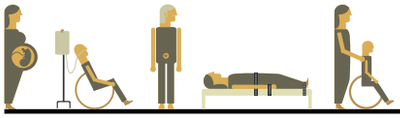
SÅ STOR INNGRIPEN

Mens det i medisinsk etikk er stor aksept for å respektere pasienters rett til samtykke uten begrensninger, så fremt de er beslutningskompetente, gir norsk lov en hjemmel for hjelpeplikt (jamfør Helsepersonellovens § 7 om øyeblikkelig hjelp). Det var antakelig denne som kom til anvendelse i saken med den kompetente sykehjemsbeboeren som hadde ligget uten pleie i to måneder med begrunnelse i respekt for hennes beslutning. Men vi må likevel spørre: Vil ikke noen beslutninger innebære en så stor inngripen i pasientens liv at de nærmest blir umulig å gjennomføre, uavhengig av om pasienten er kompetent eller ikke? Og var det riktig, å først akseptere at hun ikke skulle ha pleie og derved forkomme, og så behandle henne når situasjonen ble akutt? ●

> «Vil ikke noen beslutninger innebære en så stor inngripen i pasientens liv at de nærmest blir umulig å gjennomføre, uavhengig av om pasienten er kompetent eller ikke?»

REFERANSER:

1. Prop. 147 L (2015-2016). Endringer i psykisk helsevernlov mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet). Helse og omsorgsdepartementet.
2. Lov om helsepersonell (1999). Helse og omsorgsdepartementet.



«Du har kreft.» Beskjeden er vanskelig nok å takle. Så kommer valgene du skal ta. Hans Fredrik Donjem ville satset på en annen behandling hvis han visste det han vet nå.

Valgets kval

● Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

I 2013 oppdaget Hans Fredrik Donjem (71) blod i avføringen. Hans første innskytelse var at han sannsynligvis hadde fått tarmkreft.

– Både min far og bestefar fikk tarmkreft og døde av det, sier han.

Den tidligere rådmannen i Levanger kommune fikk raskt en MR-undersøkelse ved Sykehuset Levanger.

– Jeg fikk beskjed om at de hadde funnet noen polypper, men de var ikke ondartete. Jeg hadde altså ikke tarmkreft.

Selv om det var gode nyheter, indikerte PSA-testen at han kunne ha prostatakreft.

LITE ER BRA

– Levanger er et lite sykehus, så legene snakker sammen. De organiserte det slik at når jeg skulle ta biopsi for å få avklart eventuell prostatakreft, fjernet de polyppene i tarmen samtidig.

Biopsien bekreftet kreft i prostata.

– Jeg sto da overfor to valg: operasjon eller stråling.

Hans Fredrik Donjem visste i utgangspunktet ingenting om prostatakreft, behandlingsforløp eller konsekvenser. Diagnosen prostatakreft uten spredning kan deles inn i to ulike risikogrupper: prostatakreft lavrisiko og prostatakreft middels/høy risiko. Det betyr at det er ulike behandlingsmuligheter for de ulike risikogruppene og at selve behandlingen kan gis på ulik måte. Derfor er det også ulike beslutningsstøtteverktøy for disse to risikogruppene.

– Jeg var i villrede. Hva skulle jeg velge? Hva var best behandling? Informasjonen jeg fikk opplevdes som mangelfull, og det var ingen leger som kunne eller ville hjelpe meg med å ta et valg. Jeg skulle ønske jeg hadde noen å snakke med som kunne gi meg kvalifiserte råd om min spesifikke situasjon.

OPERASJON ELLER STRÅLING?

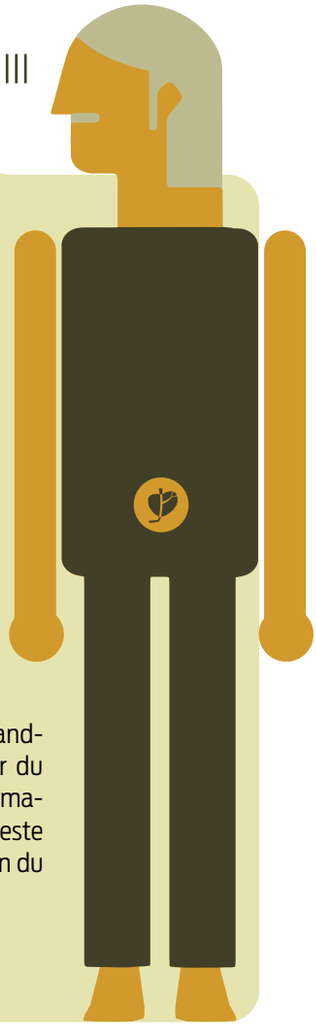
Donjem fikk beskjed om at begge behandlingsmetodene hadde bivirkninger som urinlekkasje og impotens.

– En lege sa at ved stråling kunne jeg i tillegg risikere problemer med tarmlekkasje. Det hadde jeg ikke lyst til, så derfor gikk jeg for operasjon. Jeg tenkte at det kanskje var best å fjerne alt i en runde. Stråling er ofte langvarig behandling, og bivirkningene kommer gradvis og forverres ofte over tid, sier han.

Det tok en måned fra han fikk kreftdiagnosen, i august 2013, til han fikk time for operasjon på St. Olavs Hospital i Trondheim. Men St. Olavs godkjenner ikke Levangers MR-undersøkelse, så de ville ta sin egen.

SNAKKER IKKE SAMMEN

– I motsetning til Sykehuset Levanger, er St. Olavs et stort sykehus hvor fagfolk ikke snakker sammen. Det var derfor helt umulig for meg å få MR-time ved St. Olavs tidsnok til å få gjort operasjonen til timen



Rett til å velge, men hvordan?

● Når du får en diagnose, kan det finnes flere behandlinger. Du kan velge selv. Men hvordan i all verden skal man kunne ta det valget? For hvilken behandling er best? Har du nok og riktig informasjon til å ta det beste valget? Hvem kan du prate med?

LITE INFORMASJON: Hans Fredrik Donjem visste i utgangspunktet ingenting om prostatakreft, behandlingsforløp eller konsekvenser.

jeg hadde fått i september. For at jeg skulle slippe å utsette operasjonen, måtte jeg selv ordne det slik at jeg fikk en time på Namsos sykehus. St. Olavs godkjenner deres undersøkelse. Mitt møte med St. Olavs er ikke positivt. Det er rett og slett et for stort sykehus, mener han.

Donjem ble operert med en da Vinci-robot.

– De stakk seks pinner i magen min, og kirurgen satt litt unna og styrte roboten mens han så på skjermer, forteller han.

– *Hvordan har du hatt det etter operasjonen?*

– Jeg har nok vært heldig. Jeg har hatt forholdsvis lite plager, så operasjonen var vellykket.

Men han innrømmer at han har fått kjenne på de vanlige bivirkningene med urinlekkasje og impotens.

– Jeg fikk tilbud om en ny operasjon dersom urinlekkasje ble en plage. Jeg har valgt å ikke gjøre det, for jeg har det under kontroll, sier han.

> «De stakk seks pinner i magen min, og kirurgen satt litt unna og styrte roboten mens han så på skjermer.»
>
> Hans Fredrik Donjem, pasient

LEDER DE MED PROSTATAKREFT

Donjem er i dag leder for Prostatakreftforeningen (PROFO) og har etter hvert gjort seg mange tanker rundt prostatakreftbehandling som han ikke hadde da han selv fikk diagnosen.

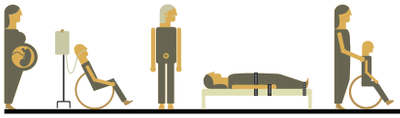
– Jeg fikk ikke nok opplysninger om behandlingene som finnes.

– *Hva tenker du på da?*

– For eksempel fikk jeg ikke vite noe om brakyterapi. Det er en behandling jeg først fikk høre om etter at jeg var operert.

– *Hva er det?*

– Vanlig stråling skjer utenfra og inn. Ved brakyterapi skjer strålingen inne i kroppen. Det er bare Radiumhospitalet



som tilbyr slik behandling. Ut fra det jeg har hørt og lest, er bivirkningene mindre enn ved den behandlingen jeg har vært igjennom.

VILLE VALGT ANNERLEDES

– Betyr det at du ville valgt annerledes dersom du fikk velge på nytt?

– Ja, jeg tror kanskje jeg ville valgt brakyterapi derom jeg fikk valget i dag, sier han.

På internett, blant annet på sykehusets egne nettsider, finnes det informasjon om stråling, operasjon og overvåkning som behandling for prostatakreft. Informasjon om behandling med brakyterapi finner man bare på Oslo universitetssykehus (Radiumhospitalet) sine nettsider.

– Når jeg snakker med folk som har gjennomført slik behandling, kommer de stort sett fra Østlandet. De andre sykehusene som tilbyr prostatakreftbehandling nevner ikke dette som et alternativ en gang, sier han.

– Hvorfor er det slik?

– Nei, det vet jeg ikke.

VIL HA FLERE SENTRE

Donjem har engasjert seg i kampen for prostatakreftpasientene. Noe av bakgrunnen for det er at han selv skulle ønske ting var annerledes da han selv fikk diagnosen.

– Jeg skulle ønske det var flere sykehus som opprettet prostatakreftsentre slik de har gjort på Haukeland sykehus. Der jobber de flerfaglig i multidisiplinære team. Det betyr at du som pasient kan stille spørsmål og få svar fra urolog, sexolog, onkolog radiolog og sykepleier. Da er du som pasient i sentrum.

Det at helsepersonell må bli flinkere til å samarbeide på tvers, er noe han brenner for. Han er positiv til pakkeforløp.

– Men vi i PROFO har sett på om sykehusene klarer å holde behandlingsfristene. Her er det store forskjeller, sier han.

Ifølge kartleggingen inngår 70 prosent av prostatakreftpasientene i et pakkeforløp.

– Tallene vi har viser at vi på landsbasis bare fikk 45 prosent behandling innen fristen, sier Donjem.

Aleris er et privat sykehus som tilbyr prostatakreftoperasjon – i utlandet.

– De har en avtale med en klinikk som heter Martiniklinikken som ligger i Hamburg. Kjendiser har stått fram i media og fortalt om operasjon i Tyskland. Det skaper et inntrykk av at privat behandling i utlandet er bedre enn den som vi andre får her hjemme ved offentlige sykehus, sier han.

– Er behandlingene bedre i Tyskland?

– Det vet jeg ingenting om. Jeg har mistanke om at de norske er like bra. Men det er trist om tilliten til norske sykehus svekkes. Vi får et todelt helsevesen bestående av dem som kan betale og vi andre som må ta det vi får. Det liker jeg ikke, sier Donjem.

PÅ TRÅDEN

Hvis du noen gang har ringt Kreftlinjen, er det meget mulig at du kan ha snakket med sykepleier Anne Sæther Grasdal. Hun forteller til Sykepleien at Hans Fredrik Donjems historie ikke er unik.

– Mange av prostatakreftpasientene som ringer til oss står midt oppe i behandlingsvalget. Skal de gå for «aktiv overvåkning», kirurgi eller stråling?

– Hva anbefaler dere?

– Vi kan ikke gi anbefalinger, men vi kan være en samtalepartner som er med på å reflektere og hjelpe dem med å finne gode spørsmål som de bør stille til legen sin, sier Grasdal.

SAMARBEID MELLOM LEGE OG PASIENT

Hun sier det kan være en god idé å be om en ekstra timeavtale med lege på sykehus.

– Fastlegene vet ofte for lite fordi prostatakreft er så spesialisert, sier Grasdal.

For det som er felles for mange, er nettopp som Donjem forteller; de har for lite informasjon til å ta et kvalifisert valg.

– Ansvaret for å ta et behandlingsvalg bør være et samarbeid mellom pasienten og legen. Noe

Komplikasjoner som kan oppstå etter en prostatakreftoperasjon

- Blødninger
- Lekkasje/svikt i innvendig operasjonsskjøt mellom urinrør og blære
- Urinveisinfeksjon
- Blodpropp
- Urinlekkasje
- Ereksjonsvikt

Kilde: Kreftlex

BRAKYTERAPI: Pasienten ligger på ryggen med bena i benholdere. Et stavformet ultralydapparat plasseres i endetarmen. Foto: Radiumhospitalet

SAMARBEID: Sykepleier Anne Sæther Grasdal ved Kreftlinjen mener pasienten og legen sammen bør diskutere seg frem til hva som er riktig valg av behandling.

de sammen skal diskutere seg frem til, sier hun.

– Er det mange som angrer på valgene de har tatt?

– Vi oppfordrer pasientene til å stå for det valget de tar. Jeg har også sjekket med mine kolleger, og inntrykket er generelt at de oftest tar kontakt før behandling fordi de er usikre på hva de bør velge. Hva som skjer etterpå, vet vi ikke så mye om, sier Grasdal.

IKKE GI DEM ILLUSJONER

Men av dem som ringer inn etter behandling er det flere som sier at de skulle ønske at de var litt mer forberedt på bivirkningene som kommer i ettertid.

– Jeg tenker det er viktig at helsepersonell er flinke til å informere om bivirkninger. Uansett hvilken behandling de velger, vil det medføre bivirkninger. Det er viktig å ikke gi dem illusjoner om at når behandlingen er over, er livet akkurat som før diagnosen, sier hun.

> «Ansvaret for å ta et behandlingsvalg bør være et samarbeid mellom pasienten og legen.»
> Anne Sæther Grasdal, sykepleier

BRAKYSPESIALISTEN

Wolfgang Lilleby er en av tre onkologer som utfører innvendig strålebehandling, brakyterapi, for menn med prostatakreft. En behandling som kun utføres ved Radiumhospitalet og etter det Sykepleien erfarer, informerer ikke andre sykehus prostatakreftpasienter om denne typen behandling.

– Det er en behandlingsform som ikke er så akseptert i Norge, sier Lilleby.

Han tror det skyldes mangel på kunnskap og interesse. At andre sykehus ikke informerer om behandlingen, tror han kan ha økonomiske årsaker.

– Hvorfor skal for eksempel St. Olavs Hospital sende «sine» pasienter til Radiumhospitalet når de selv har et behandlingstilbud som de mener er likeverdig? Å sende pasienter til et annet sykehus for behandling er dyrt. Du blir fort upopulær hos ledelsen dersom du sender bort pasienter og belaster deres budsjett.

RETT BEHANDLING TIL RETT PASIENT

– Er brakyterapi bedre enn annen tradisjonell stråling eller operasjon?

– God onkologi er å utrede pasienten godt slik at pasienten får den behandlingen som er mest riktig. Da kan brakyterapi være et godt tilbud for noen. Brakyterapi er mer skånsom stråling etter som den skjer mer målrettet med rask stråledosefall.

Lilleby sier det vanligvis er svært få bivirkninger umiddelbart etter inngrepet. Det er hans egne observasjoner, men dette stemmer også med internasjonale publikasjoner.

– Noen vil kunne føle litt ubehag eller ømhet bak pungen noen dager etter brakybehandlingen. Noen opplever også å få litt blod i urinen, og at det svir litt under vannlating.

Lilleby sier at det generelt er liten forskjell på bivirkningene etter kombinasjon av innvendig og utvendig stråbehandling, og utvendig stråbehandling alene, men dette undersøkes nå grundig av en doktorgradsstipendiat ved Radiumhospitalet.

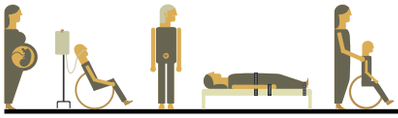
– Oftest vil det bli færre bivirkninger fra blæren og endetarm etter innvendig enn ved utvendig stråbehandling, sier han.

IKKE ALLTID TIL PASIENTENS BESTE

Lilleby er vant til at pasienter vil at han skal si hvilken behandling han ville valgt dersom det var han som hadde prostatakreft.

Jeg kan kun informere nøytralt om hvilke behandlinger pasienten kan velge mellom og hvilke bivirkninger som er dokumentert.

Og her ligger noe av problemet: Lilleby mener at pasientens rett til å bestemme behandling ikke alltid er til pasientens beste.



Omfang av prostatakreft

- Hver dag får 13 nye menn beskjed om at de har prostatakreft
- Hvert år får 5 000 menn diagnosen prostatakreft. Det gjør den til den «største» kreftdiagnosen
- 50 000 norske menn lever med eller har fått prostatakreftbehandling og er i live i dag
- Hvert år dør 1 000 menn med eller av prostatakreft

Kilde: Prostatakreftforeningen (PROFO)

– I utgangspunktet tenker de fleste at selvbestemmelse kun er positivt, men det kan være en ulempe når det kommer til forskning, sier han.

Et forskningsprosjekt som skal sammenlikne kirurgisk behandling mot strålebehandling blant pasienter har lokalavansert prostatakreft.

– Hvis man skal kunne si hvilken behandling som er best, er det viktig med god forskning og dokumentasjon. Å gjennomføre randomiserte studier i stor målestokk er blitt tilnærmet umulig, nettopp på grunn av pasientens rett til å velge behandling. Jeg har holdt på i to år med å samle inn respondenter til en skandinavisk studie. Vi har per i dag i underkant av 200, men trenger 1200. I randomiserte studier er pasienten kvalifisert til begge behandlingene, men hva pasienten får, avgjøres av loddtrekning. Det betyr at pasienten sier fra seg retten til å velge. Tradisjonelt har tankegangen i Skandinavia vært at det er viktig å delta i forskning fordi det vil hjelpe andre pasienter som kommer etter. Denne holdningen er på vei ut.

Lilleby forteller at for 15 år siden sa ni av ti ja til å delta i forskningsprosjekter. I dag sier to av fem det samme. Nå spøker det for hele forskningsprosjektet.

– Med den takten vi har på å skaffe respondenter, vil det ta ti år å få med mange nok. Med dagens medisinske utviklingstempo er det altfor lang tid, sier han.

TRENING GJØR MESTER

Kjendiser har stått frem og fortalt om hvor fantastisk behandling de har fått i utlandet.

– Er tilbudet Martiniklinikken i Hamburg og Johns Hopkins Hospital i USA bedre enn i Norge?

– I Norge vil man helst ikke snakke om resultater. Man skal ikke snakke om hvem som er best og verst i klassen. Ved Martiniklinikken er kulturen motsatt. De har spesialisert seg på blant annet prostatakreftoperasjoner og har bygget opp et senter som sikrer et stort pasientgrunnlag. Det er jo gjerne slik at for å bli best, må man trene, trene trene. Resultatene til Martiniklinikken ligger åpent tilgjengelig, og de er gode. Det samme er tilfellet for Johns Hopkins Hospital.

LEDIG KAPASITET

Lilleby skulle gjerne hatt flere pasienter selv og tror at mange av dem som reiser ut for å få behandling, kunne vært aktuelle for brakyterapi.

– I dag har vi 50 pasienter, men har kapasitet til 150, sier han.

Lilleby mener likevel det ikke er slik at det bare er rike mennesker som kan reise til utlandet for behandling.

– Alle pasienter får et grunnstøttebeløp. Det er bare om behandlingen koster mer du eventuelt må betale, sier han.

– Hva er ditt råd til prostatakreftpasienter som nå står i den vanskelige situasjonen at de skal ta et valg om stråling, brakyterapi, operasjon, eller overvåkning?

– Jeg ville googlet legen og sett om han eller hun har publisert sine resultater fra behandling. Dersom noen sier de er best, ville jeg bedt om å få se dokumentasjon på at de faktisk er best på det de gjør, sier han.

MENNESKE VS. MASKIN

I tillegg til alle faglige diskusjoner, er det ikke til å stikke under en stol at også fagmiljøene «kriger» internt om hvem som kan behandle pasienter best. Da Vinci-roboten som brukes ved prostatakreftoperasjoner, er et eksempel.

– Det skapes et inntrykk av at å bli operert av en maskin er bedre enn tradisjonell åpen operasjon. Så langt er det ingen dokumentasjon på at det faktisk stemmer, sier Lilleby

I tillegg er en slik robot svært dyr, sier Lilleby. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

STRÅLING: Wolfgang Lilleby er en av tre onkologer som utfører innvendig strålebehandling.

Brakyterapi

GOD ONKOLOGI er å utrede pasienten godt slik at pasienten får den behandlingen som er mest riktig. Da kan brakyterapi være et godt tilbud for noen. Brakyterapi er mer skånsom stråling etter som den skjer mer målrettet med rask stråledosefall, sier onkolog og overlege ved Radiumhospitalet, Wolfgang Lilleby. ●

Følg Sykepleien på Instagram.
Del bilder fra din sykepleierhverdag og tagg dem med ***#yrkesykepleier.***

@lean_mean_nursing_machine
Somebody are more afraid of losing their shoes than others. A photo from the men›s locker room.

@markonordmann
Her lærer vi noe nyttig hver dag!
Så godt å være sykepleierstudent!;)

@selha92
Nå er jeg klar for 2 nattevakter med pepperkakersokker

@markustax
Sykepleier - Xmas is comming

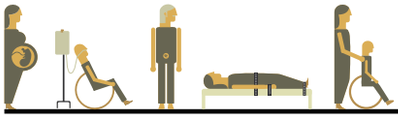
@mariannemehren
Kjører ny stil på legevakta!

@supersmarthe
Jonas er klar for helg utenfor murene i Oslo fengsel.

@susaher
#student #anestesi #anestesia #praksis #nurse

@tuvatapetfjes
God natt!

@marlenecf
Jeg og Rasmus koser oss på nattevakt!



REDUSERTE VENTETIDEN MED ELLEVE UKER

Pasienter med mistanke om brystkreft fortalte om påkjenningene med ventetid, uvisshet og uvitenhet. Det dannet grunnlaget for et samarbeidsprosjekt som har redusert pasientforløpet betydelig.

BRYSTKREFTPROSJEKT:
Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2016.59513

Vibeke Schou Jensen
Onkologisk sykepleier, Seksjon for bryst- og endokrinkirurgi, Oslo universitetssykehus

Da fire sykehus ble slått sammen til Oslo universitetssykehus (OUS), var et av målene at pasientene skal utredes og behandles på ett sted. Etter sammenslåingen ble utredning, kirurgi og onkologisk behandling utført både på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Det medfører store utfordringer for både pasienter og ansatte.

I 2011 ble det nedsatt en arbeidsgruppe bestående av ansatte innen onkologi, kirurgi, radiologi og patologi som arbeidet med brystkreftpasienter. Arbeidet skulle danne grunnlaget for å etablere et felles brystsenter. Da dette arbeidet var utført, hadde vi blitt en velfungerende gruppe. Mens vi venter på et samlet brystsenter, jobber vi med hvordan pasientforløpet kan bli best mulig for pasienter ved mistanke om brystkreft.

OPTIMALT PASIENTFORLØP

Vi hadde hørt at de hadde etablert «pakkeforløp for kreftpasienter» i Danmark. Målet var at alle pasientene skulle oppleve et vel tilrettelagt forløp uten nødvendig ventetid. Tidsperspektivet i pakkeforløpet skulle beskrives med utredning, prosedyrer og behandling. Det skulle ikke være passiv ventetid. Som gruppens representant dro jeg til Rigshospitalet i København og hospiterte der i to dager mens jeg fotfulgte pasientkoordinatoren. Hun var sykepleier med spesialutdanning og lang klinisk erfaring.

Vel tilbake i Norge med mye nyttig informasjon, tok vi for oss alle delene av vårt eksisterende forløp. Vi identifiserte flaskehalser og hvilke tiltak vi mente måtte til for å nå målene vi hadde satt oss. Dette arbeidet resulterte i det vi mente var et «optimalt pasientforløp», samt en fyldig rapport. Etter dette skjedde det lite inntil vi ble anbefalt å søke Norsk Designråd om penger til å engasjere et designbyrå som skulle fungere som et bindeledd og «tolk» mellom pasienter og helsepersonell. Hensikten var brukerinvolvering og samskaping, og byrået ga oss hjelp til å se muligheter og kommunisere dem på en annen måte.

Vi søkte og fikk penger, innhentet anbud og inngikk avtale. Avtale ble også etablert med ansvarlige klinikkledere. Vi etablerte en prosjektstruktur med referansegruppe bestående av aktuelle klinikkledere, direktører i OUS og prosjektgruppe med mange av oss som hadde arbeidet frem «optimalt pasientforløp». Arbeidsprosessen samlet ledelse og fagfolk som var involvert i pasientforløpet.

SLET MED UVISSHET

Mange mente at vi hadde gjort dette før, at det var «keiserens nye klær». Ja, vi hadde gjort det før, og vi hadde hatt med en brukerrepresentant. Men vi hadde ikke gjort det i like stort omfang, ikke involvert like mange, verken ansatte eller pasienter. Ledelsen forpliktet seg også på en annen måte.

Ansatte i designbyrået intervjuet pasientene, som beskrev hva som var viktig for dem. De uttrykte at de

Lyttet til pasientene

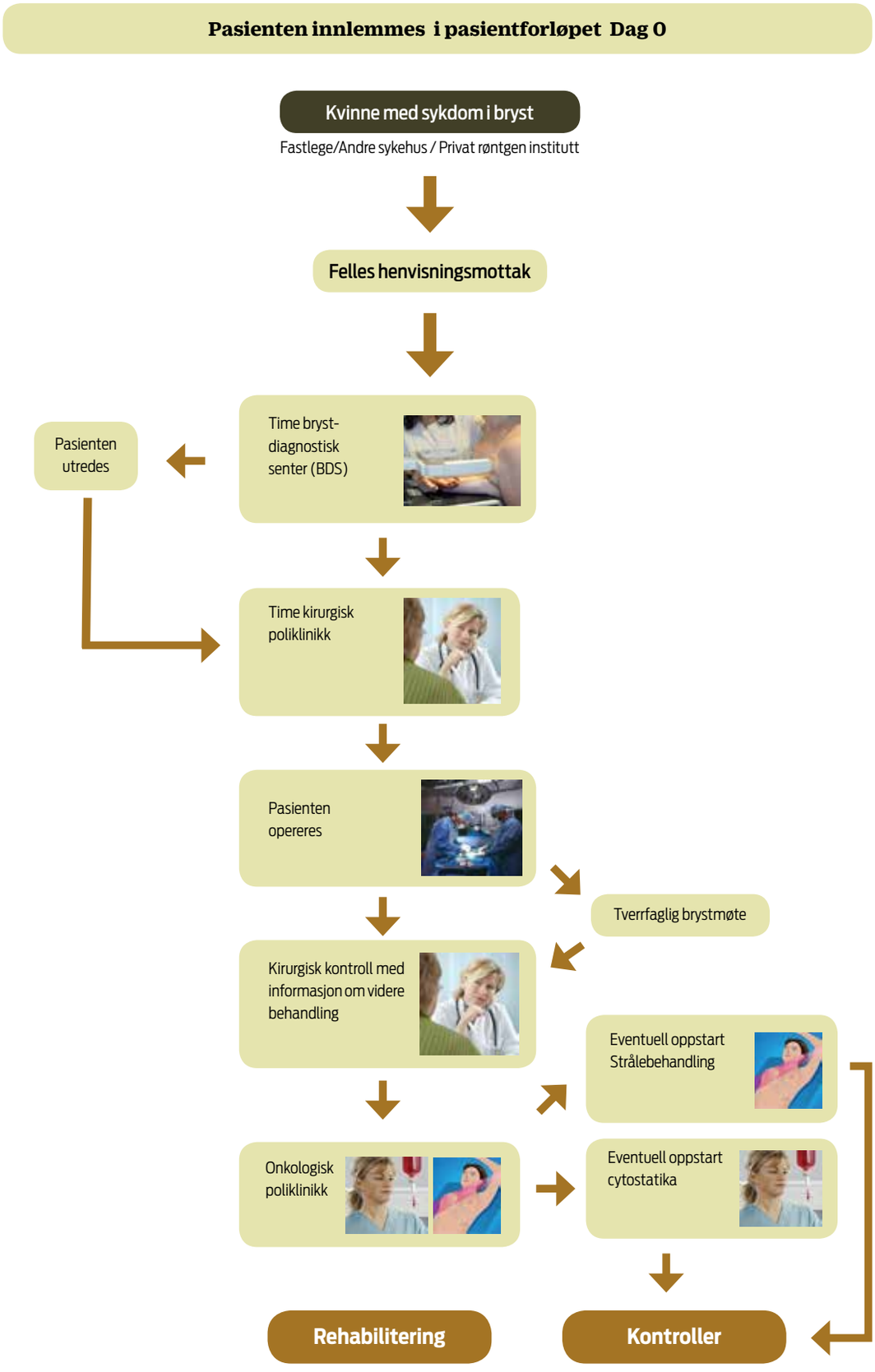
- Myndighetene fokuserer på tidsfrister. Pasientene er opptatte av å bli ivaretatt. En tverrfaglig arbeidsgruppe jobber for å tilby et kvalitetsmessig godt pasientforløp som ivaretar pasienten i alle fasene.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Brystkreft
- Organisering
- Onkologi
- Pakkeforløp

Figur 1. Pasientforløp (SMF 23.11.16)



slet mest med ventetid, uvisshet og uvitenhet:

- Venting i utredningsfasen var en påkjenning.
- De manglet informasjon.
- Det var mye venting i overgangene mellom fastlege, utredning og behandling – perioden da de ikke hadde kontakt med personalet.

Basert på utsagnene til pasienten landet vi på følgende overordnete mål. Vi skal:

- skape en bedre opplevelse for brystkreftpasienter
- redusere pasientens ventetid og usikkerhet
- skape en felles forståelse av hva det betyr å sette pasienten i sentrum

I praksis betød det følgende: Vi startet der pasientene som oftest starter – hos fastlegen når «alarmen går». Vi laget en standard henvisning som fastlegene kan bruke, og pasientinformasjon som forklarer pasienten hva som skjer under

> «I praksis etablerte vi 'en dør inn'.»

utredningen, med et telefonnummer de kan ringe. Begge deler ligger på våre hjemmesider og kan lastes ned av fastlegen. Telefonnummeret er til Brystdiagnostisk senter og ikke til koordinator, da 85–90 prosent av dem som utredes, ikke har funn det skal gjøres mer med.

REDUSERTE VENTETIDEN

Vi etablerte et felles henvisningsmottak der fastleger, andre sykehus og røntgeninstitutt kan sende sine henvisninger. I praksis etablerte vi «en dør inn»; god henvisning gjør at man raskt kan få inn dem som trenger det mest.

Vi har redusert utredningsfasen ved å samle alle undersøkelser som inngår i en vanlig utredning, til å foregå på én dag. Samtidig fikk Brystdiagnostisk senter anledning til å benytte eksterne røntgensentra

RASKERE: En pasient med brystkreft gjøres her klar til stråling. Et samarbeidsprosjekt har ført til redusert ventetid frem mot behandling. Illustrasjonsfoto: Marit Fonn

for å øke kapasiteten. Pasientene får nå raskt tilbud om time for utredning, og ventetiden er sterkt redusert. Ventetiden har gått ned fra inntil tolv uker til mindre enn én uke. Ofte synes pasientene at det går litt vel raskt. Radiolog informerer pasienten om malign mistanke, og forteller at prøvesvarene vil bli diskutert på tverrfaglig møte (MDT, multidisiplinære team). Pasienten får samtidig skriftlig informasjon om koordinators funksjon, samt et telefonnummer. Pasienten blir oppringt etter MDT-møtet av koordinator, som forteller hva som skal skje videre.

SYKEPLEIER KOORDINERER

Kanskje er en koordinator det viktigste vi har fått på plass: en sykepleier med onkologisk videreutdanning og lang klinisk erfaring. Noen mener en sekretær kan gjøre jobben til en koordinator. Dette er vi ikke enige i fordi mange av våre pasienter får beskjed om at de har kreft. Vi mener derfor at det krever en koordinator som har kunnskap om og erfaring med brystkreft og -behandling, som også kan hjelpe pasienter i krise. Koordinator sørger for at pasienten blir ivaretatt og får time til oppstart av behandling. Hun er tilgjengelig for spørsmål fra pasient og pårørende om hva som skal skje i behandlingsforløpet, og følger opp pasienter ved behov. Vi søkte Brystkreftforeningen og fikk midler til tre år. Nå er disse tre årene gått, og stillingen er innlemmet i fast drift.

Det er tiden mellom fastlege, utredning og operasjon eller onkologisk behandling vi har redusert – ikke selve utredningen eller behandlingen. Det er disse fasene pasientene omtalte som «overgangene». Pasientene gir tilbakemeldinger om at de føler seg ivaretatt. De trekker frem at de alltid har et sted å henvende seg, og at de får svar. Da jeg innledningsvis sa at vi fremdeles arbeidet med dette, skyldes det at vi fortsatt er spredt på forskjellige steder og sliter med ulike datasystemer. Målet med et felles brystsenter er ennå ikke nådd. Imidlertid ser vi at vi gir pasientene et langt bedre tilbud. ●

Bruk Sykepleiens digitale tjenester

Sykepleien.no

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også stillingsportalen SykepleienJobb med relevante stillinger over hele landet. Skriv inn på www.sykepleien.no i adressefeltet i din nettleser.

Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta er mobilutgaven perfekt.
Adressen er den samme - www.sykepleien.no, og innholdet er tilpasset alle skjermer.

Facebook

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer, og se hva andre mener. Her kan du også bidra selv. Vi legger løpende saker og lenker til relevante artikler.

Klikk på «Like»-knappen for å følge med om du ikke allerede gjør det! En spennende verden venter deg!

Nyhetsbrev

Vi sender deg et nyhetsbrev en gang i måneden for at du enkelt skal kunne følge med. Her lenker vi rett inn til aktuelle saker som ligger på nett. Enkelt og greit for deg!

Ønsker du nyhetsbrevet ukentlig, gå inn på Facebook-sidene Tidsskriftet Sykepleien, se til venstre i menyen og meld deg på nyhetsbrevet som sendes 2 ganger i uka. Meld deg på i dag!

Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien. Appen er tilgjengelig før bladet kommer hjem til deg i posten. Med appen har du enkel tilgang til blader helt tilbake til 2013.

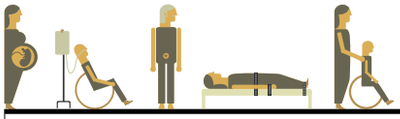
Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med #yrkesykepleier kan du også få bildet ditt i bladet. Har du ikke konto, lag en i dag. En spennende bildeverden venter på deg!

Sykepleien Forskning

Er blitt heldigital. Masse spennende innhold ligger på sykepleien.no under fanen Forskning. Her finner du et omfattende arkiv som kan være nyttig både i din jobb og om du studerer. Lik oss gjerne på Facebook for lettere å følge med på, samt lese hva andre mener. Vi er nå over 4300 følgere, men har plass til mange flere! Lik oss i dag, og inviterer gjerne dine venner også!

Sykepleien



På sykehjemmet bør man forsøke å utvikle og styrke pasientens muligheter til å foreta autonome beslutninger.

Autonomi i sykehjem for pasienter med demens

Fakta

Betty-Ann Solvoll

Førsteamanuensis, Høgskolen i Oslo og Akershus

Vigdis Granum

Førsteamanuensis senior, Høgskolen i Oslo og Akershus

Hensikten med artikkelen er å kaste lys over hvordan det tilrettelegges for autonomi i sykehjem for pasienter med demens. Temaet belyses ved å granske utvalgte forskningsartikler. Målet er å øke innsikten i hvilke muligheter pasienter kan ha til å delta i beslutninger som angår dem selv. Problemstilling: Hvordan tilrettelegges det for autonomi i sykehjem for pasienter med demens? Hva fremmer, eventuelt hemmer slike muligheter i dagliglivet?

BAKGRUNN

Autonomi er en viktig verdi i vestlige samfunn (1). Innenfor biomedisinsk etikk er autonomi løftet fram som ett vesentlig prinsipp (1). I forbindelse med helsetjenester er retten til autonomi nedfelt i pasientrettighetsloven (2). Nordenfelt (3) legger til grunn at autonome mennesker må ha evne til å ivareta sine egne anliggender og muligheter til å fatte egne beslutninger. Her gjøres et skille mellom autonomi som en evne til å foreta valg, og den faktiske muligheten mennesket har til å gjennomføre handlingene som valget er knyttet til. I evnen til å foreta valg ligger personens evne til å forstå informasjoner som har betydning for valget. Svekkelse på grunn av fysisk eller psykisk sykdom kan bidra til redusert evne til å foreta autonome valg (3).

Evnen til å vurdere egen situasjon og å foreta beslutninger på bakgrunn av denne, innbefatter samtykkekompetanse. Skal samtykket være gyldig, stilles det krav til at beslutninger skal kunne tas på et tilstrekkelig informert grunnlag. Personer som av ulike årsaker har kognitiv svikt, kan mangle helt eller delvis evne til å vurdere informasjon. Pasienter med demens har redusert kognitiv kapasitet i ulikt omfang, men likevel gjelder prinsippet om autonomi for pasienten.

Autonomi omtales ofte i litteraturen i sammenheng med «store» etiske spørsmål; for eksempel spørsmål om liv eller død, om eutanasi, og om å avslutte livsviktig respiratorbehandling. Denne artikkelen har søkelyset på hverdagssituasjoner i sykehjem. Hvordan tilrettelegges det for at pasienter med demens kan delta i beslutninger om sin egen hverdag?

Små avgjørelser

- Pasientautonomi på sykehjem handler om å få bestemme i hverdagslige ting som betyr noe for pasienten. Autonomi i hverdagen handler om de små avgjørelser.
- Med autonomi som et relasjonelt begrep, blir alle parter i relasjonen viktig for i fellesskap å utvikle pasientens evne og muligheter til å foreta autonome beslutninger.
- Autonomi blir nødvendigvis ikke så viktig dersom pleie og omsorg blir gjennomført med respekt, verdighet og integritet.

TIDLIGERE FORSKNING OM PASIENTAUTONOMI

Forskning viser to hovedtrekk angående pasientautonomi; autonomi virkeliggjøres avhengig av relasjonen mellom aktørene i situasjonen og kompleksiteten i pasientens helsetilstand.

Relasjonelle forhold

Hvorvidt pasienter får bestemme i sykehjem kan handle om hva deres ønsker er. Forhold i dagliglivet, for eksempel hva som skal skje, hvem pasienten ønsker skal hjelpe seg og på hvilket tidspunkt ting skal skje, får gjerne gehør (4). Pasienter som viser tydelig engasjement, synes å bli hørt i større grad (5). Måten pasienter er involvert på har betydning for hvordan sykepleiere tar imot og reagerer på deres utspill. For stort engasjement eller for store krav og ønsker, kan resultere i at pasientene oppfattes som «vanskelige» (6).

Pasienter kan ha ulike oppfatninger av hva autonomi innebærer og varierende ønsker om å få delta i beslutninger. Noen vil gjerne

ILDSJELER: Engasjerte sykepleiere kan øke pasientens mulighet til å delta i beslutninger om sin egen hverdag. Illustrasjonsfoto: Colourbox

bestemme selv, mens andre setter pris på at andre tar avgjørelser (7, 8). Eldre personer med sterke oppfatninger av å være autonome tar i større grad i bruk tilbudet om omsorgstjenester (9).

Sykepleieres holdninger til pasienters selvbestemmelse varierer. Holdninger om at eldre pasienter er passive og ikke ønsker å lære om sin situasjon, avdekker paternalisme hos pleiepersonalet (5). Særlig vanskelig kan det være for pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt (10). Andre pleiere er mer aktive overfor pasienter og deres selvbestemmelse (11). Autonomi handler om å respektere pasienters valg selv om pleiere er uenig i valget (12).

Kompleksiteten i pasienters helsesituasjon

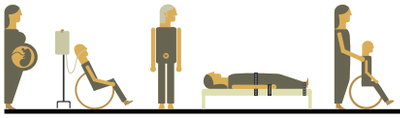
Hvor dårlig pasienten er har betydning for hvordan deres autonomi realiseres (13, 14). I livstruende situasjoner kan pasienter oppleve at de «ikke har noe valg» (15). Terminal fase er typiske situasjoner der pasienter i stor grad får bestemme selv (16). Cole (17) fant at ikke alle i pleiepersonalet har for vane å få eksplisitt samtykke fra pasientene.

Metodebeskrivelse

For å besvare problemstillingen ble forskningslitteratur gransket (18). Søk er gjort i databasene Cinahl, Ovid Nursing og PubMed. Anvendte søkeord var: «autonomi» (i tittel) kombinert med «nursing» og «dementia» (i tekst). Søkeprosedyren ble også gjennomført ved å søke kombinasjoner av ordene i «all text»: autonomy + nursing homes + dementia. Videre ble søk gjort på forfatternavn som hyppig ble nevnt i litteraturen. Artiklenes referanselister ble også lest for å finne relevante artikler (19). Søket er avgrenset til de siste 15 år. Kriterier for artikkelutvalg var engelsk- og nordisk-språklige artikler, med tema kvalitativ forskning utført i sykehjem. Relevante teoretiske artikler ble inkludert. Første utvalg foregikk ved at alle titlene ble lest og relevante artikler utvalgt. I andre utvalg ble sammendragene gjennomlest og irrelevante artikler eliminert. Før endelig utvalg ble gjort, diskuterte forfatterne innholdet og relevansen i artiklene. 12 fagfellevurderte artikler ble sluttresultatet (se tabell 1).

«Noen vil gjerne bestemme selv.»

Analysen har foregått i tre trinn; Trinn én innebar å skaffe oversikt over artiklenes innhold. Sammendrag, metode og funnbeskrivelser i artiklene ble gransket. I trinn to leste vi gjennom funnbeskrivelsene for å kategorisere meningsinnholdet,



med utgangspunkt i problemstillingen: Hvordan tilrettelegges det for autonomi hos pasienter med demens i sykehjem? Kategoriene ble ordnet innenfor kunnskapsdomenene; pasienten – relasjonen – omgivelsen. Meningskategorier ble dannet ut fra originalartiklenes beskrivelser av resultater, utprøvd i forhold til problemstillingen og satt inn i kunnskapsdomenene. I trinn tre så vi etter sammenheng mellom kategoriene.

RESULTATER

Autonomi kan fremmes ved å ha fokus på pasientenes ønsker, og å utvikle relasjoner mellom pasienter, familie og helsepersonell. Dessuten har fysiske og kulturelle omgivelser betydning. Ofte handler det om å være bevisst de små mulighetene i hverdagen.

HVA BETYR AUTONOMI FOR PASIENTER?

For pasientene handler det om å få ta hverdagslige avgjørelser. Det betyr mye for pasienter å få gjennomført personlig hygiene skjermet fra innsyn, få gå på toalettet alene, få bestemme tidspunkter for bad og dusj, eller om en heller vil vaske seg med klut (20, 21). Autonomi handler også om muligheter til å få bevege seg fritt i avdelingen, få velge hvilke aktiviteter man ønsker å delta i, velge møbler på rommet, eller hvilke klær og sko en vil bruke (20).

RELASJONENES BETYDNING FOR PASIENTAUTONOMI

Relasjoner mellom pasient, familie og helsepersonell har betydning for pasientautonomi. Pleiepersonalets (sykepleiere og hjelpepleiere) oppmerksomhet og fokus på pasientens tilstand, som glemsomhet, angst, forvirring, evne til å uttrykke seg selv, danner utgangspunktet (20). Pleiernes evne til å se og fortolke pasientens situasjon er medvirkende til hvordan de klarer å inkludere pasientene i beslutningene (22). «Ildsjeler» blant personalet øker pasientenes muligheter til å delta i beslutninger om deres hverdag (22).

Familierelasjoner kan ha betydning for pasientautonomi. Nære bånd mellom pårørende, pasienter og helsepersonell medvirker til respekt og fokus på pasientautonomi. Familiens bidrag med informasjon har positiv innvirkning på pleiepersonalets tilretteleggelse for pasientautonomi. Det har betydning om familien har fokus på pasienters styrke og evner, mer enn på deres svakheter og begrensninger (23).

Fellesskapsfølelse kan opprettholde pasienters evner til deltagelse og involvering i eget liv. Kontakt med familien, turer i naturen, å kjæle med dyr, og å delta i sang og musikk, kan være kilder til opplevelse av fellesskap som bidrar til at pasienter lettere gir uttrykk for egne ønsker (24). Relasjonsbygging mellom personal, pasienter og familie ved å styrke kommunikasjonen, gir økt mentalt velvære og reduserer behov for hjelp og følelser av isolasjon og depresjon. Slike relasjoner øker muligheten for autonomi (25). Fellesskapsaktiviteter, som f.eks. kaffestunder, andakter, publunsj, markedsbesøk, besøk i bibliotek, frisør og butikk, opprettholder muligheter og evner til å være involvert og medbestemmende i eget liv (25).

Når pleiepersonalet skal sørge for pasientautonomi handler det blant annet om å balansere autonomi opp mot ulike risiko. Pasienter som vil klare seg selv, skal samtidig beskyttes, for eksempel mot å falle. Beskyttelse av pasienter og å forhindre skade er utfordrende for personalet når pasienten har redusert

Sammendrag

- Autonomi er en viktig verdi i vestlige samfunn. Artikkelen har søkelys på pasientautonomi i hverdagssituasjoner på sykehjem. Hensikten med studien var å undersøke hvordan forskningslitteratur beskriver tilretteleggelse av autonomi for pasienter med demens. Temaet belyses ved gransking av 12 publiserte forskningsartikler innenfor tidsrommet 2000 – 2015. Autonomi oppfattes som truet når fysisk og kognitiv svekkelse fører til mangelfull evne til å ta informative valg. Litteraturen viser at helsetilstanden ikke alltid har avgjørende betydning for selvbestemmelse. Å være kognitivt svekket fratar ikke nødvendigvis personen egne ønsker og tanker om hvordan dagliglivet skal være. Personalets og familiens kunnskaper og holdninger er medvirkende faktorer til medbestemmelse i hverdagen for personer med demens. Fysiske og kulturelle omgivelser har betydning for å kunne tilrettelegge for autonomi. Virksomhetsledelsen spiller en vesentlig rolle. Nyere litteratur retter oppmerksomhet på autonomi som et relasjonelt begrep. Alle parter i relasjonen blir derved viktig slik at helsepersonell og familie bidrar i fellesskap til å utvikle og styrke pasientens evne og muligheter til å foreta autonome beslutninger.

evne til å vurdere hverdagssituasjonene (20). Idealer om selvbestemmelse kan være vanskelig å gjennomføre, for eksempel når pasienten motsetter seg stell og vask. Dårlig hygiene og vond lukt er uverdig. Det kan oppleves utfordrende dersom pårørende presser på og vil at personalet skal tvinge pasienten til vask, stell eller til å spise (26). Det oppleves også krevende for personalet når pasienter signaliserer at de vil ut, men må holdes inne med tanke på beskyttelse (26).

OMGIVELSENES BETYDNING FOR AUTONOMI

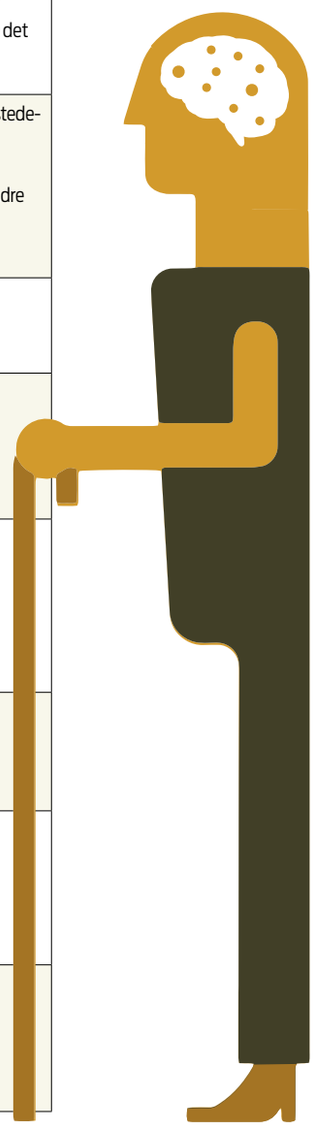
Det fysiske miljøet har betydning for om pasienter gis muligheter til å være selvbestemmende (20, 22). Feil bruk av rom er rapportert som et hinder til selv å kunne ta valg. For eksempel der dusjrom og bad blir brukt til oppbevaring av utstyr, blir mulighetene til å klare seg selv redusert (21). Tilrettelagte fysiske omgivelser kan gi tilgang til hager slik at pasienter kan gå tur på stier som leder dem tilbake til enheten der de bor. Også hyggelig og god sosial atmosfære med et avslappet tempo legger kulturelle rammer som understøtter autonomi (27).

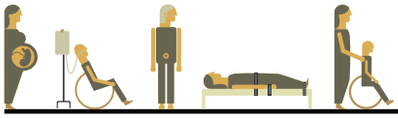
Teknologiske nyvinninger kan være nyttige bidrag. Mange pasienter med demens utvikler vandreratferd, et mobilitetsmønster som setter dem selv i fare ved at de vandrer ut og ikke finner hjem igjen, fryser eller sulter (28). GPS frisetter pasienter til å vandre slik de vil. Med teknologi følger også etiske utfordringer, fordi det øker graden av overvåking og truer privatlivets fred (28). Men disse kan gi frihet til pasienten og trygghet til personalet for pasientens sikkerhet.

Organisering av omsorgstjenesten legger rammer for muligheter til pasientautonomi. Fleksibilitet i organisasjonen er fremmende faktorer og er et

Tabell 1: Artikkeloversikt

Forfatter År	Tittel	Land	Metode	Resultater
Helgesen AK Larsson M Athlin E 2014	Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle?	Norge	Intervju	Å bestemme i eget liv har sammenheng med verdighet og positivt selvbilde. Det kan være alt fra at beboerne tar egne avgjørelser, at de får justere sine valg, til at personalet tar beslutningene helt og holdet på beboerens vegne, eller at beboere tvinges.
Drageset I Normann K Elstad I 2013	Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet	Norge	Intervju	Å få fortelle fra eget liv gir følelser av sammenheng. Fortsatt kontakt med familie, få gå i naturen og ha kontakt med dyr, sang og musikk og det å få være en del av lokale mattradisjoner, opplevdes meningsfullt.
Smebye KL Kirkevold M 2013	The influence of relationships on personhood in dementia care: a qualitative, hermeneutic study	Norge	Felt studier og intervjuer	Relasjoner som styrket beboerne personlig, var nære følelsesmessige bånd mellom personer med demens, deres familier og helsepersonellet. Forhold som virket reduserende på beboeres personlige styrke var når oppgaver ble satt i sentrum.
Williams A 2013	Integration and independence: a new approach to autonomy and social inclusion within care homes.	UK	Teoretisk artikkel	Personsentrert omsorg sikrer en bedre mulighet for beboere til aktiv deltagelse og øker kvaliteten på omsorg ved å ta utgangspunkt i beboerens individuelle behov.
Landau R Werner S 2012	Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendation for practice	Israel	Fokusgruppe Intervju	Beslutninger om bruk av GPS i omsorgen til personer med demens er vanskelige. Personens egeninteresse må i enhver sammenheng være det overordnede målet. Ingen må bli tvunget til bruk av GPS.
Helgesen AK Larsson M Athlin E 2010	'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes	Norge	Observasjon Intervju	Pasientdeltagelse er ofte et spørsmål om nærvær, fysisk og mental tilstedeværelse. Også beboernes nærvær i form av en tydeliggjøring av hva de ønsker og i hvilken grad de kan tilpasse seg situasjonene, er viktig for deltagelse. Lederskap, antall personell og rutiner kan medvirke til å hindre eller stimulere pasientdeltagelse.
Jakobsen R Sørlie V 2010	Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers.	Norge	Intervju	Helsepersonell finner idealer som autonomi og verdighet krevende å balansere opp mot beskyttelse av beboere.
Johansson I Bachrach-Lindström M Struksnes S Hedelin B 2009	Balancing integrity vs. risk of falling – nurses' experiences of caring for elderly people with dementia in nursing homes.	Sverige	Intervju	Integritet og autonomi må balanseres med risiko for å falle. Det innebærer å tilpasse seg beboerens tilstand; glemsel, angst og forvirring, evne til å uttrykke seg, forstå og deres kroppslige funksjon.
Askautrud M Ellefsen B 2008	Autonomi i sykehjem – en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis.	Norge	Intervju	Autonomi er den enkeltes rett til å ha innflytelse på egen omsorg. Beboeres autonomi kan hemmes ved forhold både hos en selv, hos personalet og i miljøet. Kunnskap om beboere, aktiv bearbeiding av ansattes holdninger, og et tydelig språk er forhold som ledere i sykepleien kan bidra med til å fremme beboeres autonomi.
Cohen-Mansfield J Bester A 2006	Flexibility as a Management Principle in Dementia Care: The Adards Example	Australia USA	Teoretisk beskrivende	Fleksibilitet i daglig arbeid og planlegging av aktiviteter fremmer beboernes autonomi.
Sacco-Peterson M Borell L 2004	Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting	Sverige	Etnografisk; deltagende observasjon og narrative intervjuer	Autonomi, aktiv deltagelse og beboeres verdighet kan hindres i sykehjem ved fysiske og sosiokulturelle hindringer. Toalettbesøk, bading og påkledning er eksempler på aktiviteter der autonomi kan fremmes ved bedre tilrettelegging.
Hertogh CMPM The BAM Miesen BML Eefsting JA 2004	Truth telling and truthfulness in the care for patients with advanced dementia: an ethnographic study in Dutch nursing homes	Nederland	Etnografisk feltstudie	Det ligger i sykepleieres yrkeskode og som et viktig grunnlag for beboeres aktive deltagelse, at personalet er «ærlig» i sin kontakt med dem, selv om sannheten ofte smerter.





lederansvar. Fleksibilitet innbefatter at pasientene får bestemme tidspunkter for ulike aktiviteter, når de skal stå opp, spisetider, når de vil gå ut og når de vil sove (27). Ledelsens omtanke for personalet er rapportert som en annen viktig faktor. Når personalet blir behandlet med respekt, medfører det gjensidig respekt mellom ledelse, personell og pasienter (27).

Vaktlistesystemet kan medvirke til større pasientautonomi. Et personal som jevnlig er på vakt resulterer i godt kjennskap til pasientene, og personalet kan forholde seg til pasientens vaner. En vesentlig faktor er at vaktsystemet sørger for tilstrekkelig med bemanning (29, 22). Dersom arbeidsmengden er for stor, frarøves tiden brukt sammen med pasienten. Det svekker personalets muligheter til å la pasienten få gjøre egne valg angående dagliglivets aktiviteter (30). Økt bemanning fører ikke automatisk til autonomi, det må bevisst jobbes fram rutiner i kollegiet (31).

Kulturen på en avdeling har betydning for utvikling av holdninger og verdier som preger utøvelsen av pleien. Her spiller ledelsen medvirkende inn (22). Dersom kulturen i avdelingen ikke oppleves støttende, blir det vanskelig for personalet å ta opp og diskutere saker de er uenige i (26). En kultur for å videreutvikle kunnskap og kompetanse har positiv betydning for tilretteleggelse av pasientautonomi. Personalets fagkunnskaper, begrepsforståelse og kunnskap om lovverk understøtter pasientautonomi (22). Deres ferdigheter i å kommunisere er avgjørende for å støtte pasienters selvstendighet. Evne til å forstå den andre, men også ferdigheter i å forstå hvordan en selv virker inn på andre, bidrar til å styrke eller svekke relasjoner til pasienten (22).

DISKUSJON

Pasientautonomi i sykehjem innbefatter å få bestemme i de forhold som betyr noe for pasienten. Helsetilstanden kan være en hindring for selvbestemmelse, men har likevel ikke avgjørende betydning. Å være kognitivt svekket behøver ikke frata personen ønsker eller tanker om hvordan morgenstellet ønskes gjennomført, eller hvilke aktiviteter pasienten ønsker å delta i, eller ikke ønsker å være med på. Personalets og pårørendes kunnskaper og holdninger er medvirkende faktorer. Omgivelsene har betydning for å kunne tilrettelegge for autonomi for pasientene. Virksomhetsledelsen utgjør en viktig forskjell om det blir tilrettelagt for autonomi eller ikke.

Pasienter med demens har større muligheter til å være autonome enn det personalet i utgangspunktet tror. Til tross for sviktende evne til å fatte beslutninger kan personalet i gitte situasjoner gi pasienten muligheter til å fungere i tråd med eget ønske og egen vilje. Kanskje har helsepersonell vært for opptatt av at autonomi innebærer rasjonelle valg og dermed betinger samtykkekompetanse? Selv om pasienters kognitive evne og muligheter til å ta rasjonelle valg er redusert, kan mange pasienter fortsatt gi uttrykk for ønsker i tråd med gamle vaner og rutiner. Å forholde seg til pasientautonomi handler ikke først og fremst om at pasienter skal være medbestemmende i alle forhold, men snarere at personalet har oppmerksomhet på hva pasientene selv opplever betydningsfullt. Det kan innebære å hjelpe dem, selv om handlingen skulle være utenfor de vanlige rutinene i en avdeling. For eksempel tilhører noen pasienter en generasjon som gjennomfører personlig hygiene ved å vaske seg med klut, og som derfor ikke er så vant til å dusje (21). Spørsmålet om pasientautonomi vil derfor handle om hva innholdet i beslutningen omfattes av.

Tradisjonelt er det lagt vekt på pasienters kognitive evne i forbindelse med selvbestemmelse. Cole m. fl. (32) argumenterer for å se på autonomi som mer enn et informert samtykke. Det er et spørsmål om relasjonell autonomi som ikke ser på individet som et isolert vesen, men som en del av en sosial kontekst. Det innebærer en erkjennelse av at autonomi bare kan defineres og gjennomføres innenfor denne sosiale konteksten, for eksempel i et sykehjem. Den sosiale konteksten influerer på mulighetene en person har til å utvikle eller uttrykke de nødvendige ferdigheter til å være autonom. Slik blir autonomi ikke bare et individuelt anliggende, men også et sosialt anliggende. Dette får betydning for personer som opplever at kognitiv evne svikter. Helt konkret innebærer dette at familien og helsepersonell hjelper pasienten til å bestemme over sin egen situasjon. Da må pasientene kunne stole på støtten fra pårørende og helsepersonell som er satt til å ivareta dem for å kunne foreta beslutninger. Relasjonell autonomi fordrer en erkjennelse av at helsepersonell bidrar til å utvikle og skape individets evne til å gjøre autonome beslutninger (32). Pleiepersonalet tar pasienter med på råd så langt det er mulig. De vil ofte på forhånd også vite hva pasienten ønsker, fordi de kjenner ham eller henne. I en slik forståelse påhviler det personalet et ansvar å påse at pasienter, til tross for kognitiv svikt, aktivt tas med i beslutninger i hverdagen.

Den vanskelige balansegangen mellom pasientautonomi og det å beskytte pasienter mot fare, vekker en tanke om at andre verdier kanskje kan være viktigere enn autonomi. Betydningen av å få bestemme alt selv blir kanskje ikke så stort, dersom pleie og omsorg blir gjennomført med respekt og verdighet. Randers og Mattison (33) foreslår å gi integritet en større oppmerksomhet. Integritet er forbundet med pasientens liv og verdighet, uavhengig av fysisk eller mental tilstand. Opplevelsen av å blir respektert kan gi en viss følelse av autonomi. Integritet gir assosiasjoner til respekt, uavhengig av pasienters helsetilstand og deres evne til å handle autonomt (33).

Dette reiser spørsmålet om begrepet autonomi er hensiktsmessig i omsorgen for personer med demens. Vi finner støtte i litteratur på at integritet og verdighet kan bidra til opplevelse av å bli tatt på alvor, også de ønsker pasientene måtte ha for hverdagen (34). Verdighetsarbeid inngår i daglige små avgjørelser. Handlingsfrihet, valgfrihet og uavhengighet tenkes ofte som et individuelt fenomen. Det er viktig for helsepersonell å ta inn over seg at dette også handler om komplekse samspill mellom ulike aktører. Etisk bevissthet som er integrert i personalet og i organisasjonen, innbyr til verdig

GODT SKODD: Pasienter kan ha favorittsko som de heller vil bruke enn andre sko. Illustrasjonsfoto: Colourbox

behandling av de eldre (35). Å bli møtt med respekt og et støttende sosialt nettverk som understøtter pasientens mestringskapasitet, er med på å bevare verdighet og å ta pasienters ønsker på alvor (36).

En studie (37) viser til hvordan oppmerksomhet mot integritet kan demme opp for tap av evne til å foreta egne valg. Integritet som verdi kan gi gode retninger for pasienters medbestemmelse. Vekt på integritet i pleie og omsorg kan demme opp for de taps- og sorgreaksjoner pasienten får når de ikke får være autonome. Det å gripe bestemmende inn i pasienters situasjon kan ivareta deres integritet på en bedre måte enn om autonomi alltid skulle bli prioritert (37).

STYRKER OG SVAKHETER

Styrken i studien er at artiklene omhandler forskning relevant for problemstillingen, der autonomi for personer med demens er i fokus. Svakheten ved studien kan være smal geografisk spredning av artiklene. De fleste artiklene er fra Norden /Europa (se tabell 1). En kan undre seg over at søket ikke ga flere treff på internasjonal forskning. På den annen side kan en slik geografisk konsentrasjon gi en kulturell sammenlignbarhet. Forfatterne har ikke spesial-utdanning i geriatrisk sykepleie, hvilket kan være både en styrke og en svakhet. Svakheten kan være at vi ikke kjenner feltet godt nok. Styrken kan være at vi leser artikler og funn med «utenforstående» øyne.

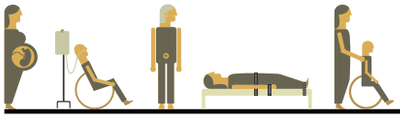
KONKLUSJON

Autonomi er en viktig verdi for personer i vestlige samfunn. Vi tenker ofte at autonomi er truet når fysisk og kognitiv svekkelse medfører manglende evne til å ta informerte valg. Ny litteratur retter oppmerksomheten mot autonomi som et relasjonelt begrep. I den betydningen blir alle parter i relasjonen viktig for pasientautonomi. Slik bidrar både helsepersonell og pårørende i fellesskap til å utvikle og skape pasientens evne og muligheter til å foreta autonome beslutninger.

Nyere litteratur peker også på at andre forhold kan styrke pasientautonomi. Begreper som integritet, respekt og verdighet er viktige supplement for at pasienter med demens skal få virkeliggjort sine ønsker for hverdagslivet. Relevant kunnskap og ferdigheter samt fysiske og kulturelle faktorer bidrar i tillegg til å understøtte mulighetene til å tilrettelegge for en hverdag slik pasienten selv ønsker den.

REFERANSER:

1. Beauchamp TL & Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 2001.
2. Syse A. Pasientrettighetsloven (1999). Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
3. Nordenfelt L. Hälsa, autonomi och licskvalitet: några grundläggande begrepp. Lund: Studentlitteratur, 2010.
4. Duncan-Myers AM & Huebner RA. Relationship between choice and quality of life among residents in long-term-care facilities. American Journal of Occupational Therapy. 2000; 54(5):504-508.
5. Aasen EM, Kvangarsnes M & Heggen K. Nurses' perceptions of patient participation in hemodialysis treatment. Nursing Ethics. 2012; 19(3):399-428.
6. Bellis AD. Australian residential aged care and the quality of nursing care provision. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession. 2010; 33(1):100-113.
7. Lavoie M, Blondeau D & Picard-Morin J. The autonomy experience of patients in palliative care. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2011; 13(1):47-53.
8. Moser A, Houtepen R & Widdershoven G. Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. Journal of Advanced Nursing. 2007; 57(4):335-65.
9. Matsui M & Capezuti E. Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. Geriatric Nursing. 2008; 27(2): 139-147.
10. Sorenson C, Bounds D, Huffine J & Moss A. Protecting the autonomy of patients with locked-in syndrome through conserving dignity. British Journal of Neuroscience Nursing. 2013; 9(2):83-88.
11. Proot IM, ter Meulen RHJ, Abu-Saad HH & Crebolder HFJ. Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. Nursing Ethics. 2007;14(2):209-39.
12. Gjerberg E, Førde R, Pedersen R & Bollig G. Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. Social Science & Medicine. 2010; 71(4):677-684.
13. Falk S, Wahn AK & Lidell E. Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2007; 6(3):192-199.
14. Dybwik K, Nielsen EW & Brinchmann BS. Ethical challenges in home mechanical ventilation: A secondary analysis. Nursing Ethics. 2012; 19(2):213-224.
15. Cook SA, Damato B, Marshall E & Salmon P. Reconciling the principle of patient autonomy with the practice of informed consent: decision-making about prognostication in uveal melanoma. Health Expectations. 2010; 14:363–376.
16. Breier-Mackie S & Newell CJ. Home parenteral nutrition: an ethical decision making dilemma. Australian Journal of Advanced Nursing. 2002; 19(4):25-30.
17. Cole CA. Implied consent and nursing practice: Ethical or convenient? Nursing Ethics. 2012; 19(4):550-557.
18. Aveyard H. Literature review in health and social care. London: Open University Press, 2010.
19. Booth A, Papaioannou D & Sutton A. Systematic Approches to a Succesful Literature Review. Portland: Sage Publication, 2012.
20. Johansson I, Bachrach-Lindström M, Struksnes S & Hedelin B. Balancing integrity vs. risk of falling – nurses' experiences of caring for elderly people with dementia in nursing homes. Journal of Research in Nursing. 2009; 14(1):61–73.
21. Sacco-Peterson M & Borell L. Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. Scandinavian Journal of Caring Science. 2004; 18:356–366.
22. Helgesen AK, Larsson M & Athlin E. Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? Nursing Ethics. 2014; 21(1):108-118.
23. Smebye KL & Kirkevold M. The influence of relationships on personhood in dementia care: a qualitative, hermeneutic study. BMC Nursing. 2013; 12(1):27-53.
24. Drageset I, Normann K & Elstad I. Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2013; 9(1):50-66.
25. Williams A. Integration and independence: a new approach to autonomy and social inclusion within care homes. Mental Health & Social Inclusion. 2013; 17(2):70-75.
26. Jakobsen R & Sørlie V. Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. Nursing Ethics. 2010; 17(3):269–280.
27. Cohen-Mansfield J & Bester A. Flexibility as a Management Principle in Dementia Care: The Adards Example. The Gerontologist. 2006; 46(4):538–544.
28. Landau R & Werner S. Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice. International Psychogeriatrics. 2012; 22(3):336-346.
29. Helgesen AK, Larsson M & Athlin E. 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. International Journal of Older People Nursing. 2010; 5(2):169-178.
30. Hertogh,CMPM, The BAM, Miesen BML & Eefsting JA. Truth telling and truthfulness in the care for patients with advanced dementia: an ethnographic study in Dutch nursing homes. Social Science & Medicine. 2004; 59:1685–1693.
31. Askautrud M & Ellefsen B. Autonomi i sykehjem – en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis. Vård i Norden. 2008; 26(4):4-8.
32. Cole C, Wellard S & Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. Nursing Ethics. 2014; 21(5):576-582.
33. Randers I & Mattiasson AC. Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. Journal of Advanced Nursing. 2004; 45(1):63–71.
34. Tranvåg O, Petersen KA & Nåden D. Dignity-preserving dementia care: a metasynthesis. Nursing Ethics. 2013; 20(8):861-880.
35. Lohne V, Rehnsfeldt A, Råholm MB, Lindwall L, Caspari S, Sæteren B, Høy B, Lillestø B, Heggestad AKT & Slettebø Å. Family Caregivers' Experiences in Nursing Homes. Narratives on Human Dignity and Uneasiness. Research in Gerontological Nursing. 2014; 7(6):245-252.
36. Oosterveld-Vlug MG, Pasman HRW, van Gennip IE, Muller MT & Dick W.L. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. Journal of Advanced Nursing. 2014; 70(1):97-106.
37. Örulv L & Nikku N. Dignity work in dementia care. Dementia. 2007; 6(4):507-522.



Tidlig i fjor fikk jeg en telefon fra mitt hjemsted. Det var min bror.
Jeg hadde ikke hørt fra ham på en god stund, så jeg skjønte at det var noe viktig.

Helt på bånn

Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør i Sykepleien

Min bror gikk rett på sak. Han hadde vært hos fastlegen sin, og vedkommende hadde sporenstreks sendt ham til sykehuset. Der konstaterte de tarmkreft. Da de åpnet ham, fant de en stor tumor. Det så ikke bra ut. Det så ikke bra ut i det hele tatt.

Min bror er en mann av få ord, en typisk «no nonsens»-mann. Så han ville ikke dvele ved de emosjonelle sidene ved kirurgens budskap. Det nyttet jo ikke, mente han. Nå var det behandling, og så var det bare å håpe det beste. Det var jeg for så vidt enig i.

IKKE SIPPE

Han var i de beste hender. Antonie van Leeuwenhoek i Nederland er et av Europas mest avanserte kreftsykehus. Det lå bare noen mil unna. Legene var fantastiske. Mesteparten av behandlingen som min bror måtte gjennomgå de neste månedene, skjedde poliklinisk. Han kjørte som regel til sykehuset selv. Oppfølgingen, informasjonen og oppbakkingen fra hjemmesykepleien var eksemplarisk. Da det samme høst ble konstatert at behandlingen ikke hadde hatt den ønskete effekten, fikk han tilbud om å være med på et forsøk med en helt ny medisin. Men nærmere jul fikk jeg en ny telefon. Ingenting hadde virket, tumoren vokste. Håpet var ute.

> «Broren min målte tiden og håpet han ville rekke våren.»

«Hvordan kjennes det», spurte jeg. «Uflaks», svarte min bror, og jeg kunne nesten høre hvordan han trakk på skuldrene. Han var, som sagt, ikke en mann som hadde for vane å bruke energi på ting han ikke kunne gjøre noe med. Kreften hadde overrumplet ham, og vunnet, men han ville ikke sippe. Det som nå ventet, var slutten. Døden. Men han ville holde hodet kaldt. Min bror hadde hele sitt liv jobbet med finansielle spørsmål. Det var som om han hadde godtatt at livets aksjer kunne gå opp og ned. Og nå ville de snart nå bunnen.

UTFORBAKKE

Også etter jul var han bare unntaksvis på sykehus, for å tømme buken for stadig større mengder med væske. Ellers holdt han seg i den småelegante tomannsboligen der han alltid hadde bodd. Fastlegen var stadig innom, og hjelpen fra kommunen var upåklagelig. Familien stilte opp. Det ble en bratt utforbakke, men alt skjedde uten friksjoner. Broren min målte tiden og håpet han ville rekke våren. Da var hagen på sitt vakreste.

Da det ble februar ba han fastlegen sette seg i den romslige stuen for å snakke om slutten. Kona hans var med også, og de serverte kaffe. Min bror hadde tenkt nøye gjennom det hele: Han ønsket

Er det riktig å få hjelp til å dø?

- Aktiv dødshjelp er forbudt i Norge, men i noen land tillates noen måter å hjelpe et menneske til å dø.
- Sykepleiens redaktør opplevde at hans egen, dødssyke bror i Nederland tok kontroll over sin egen død. I neste historie argumenterer filosof Ole Martin Moen for et menneskes rett til å bestemme over sitt eget liv og sin egen død. Mens sykepleier Pernille Bruusgård aldri vil forsvare å ta livet av en pasient.

å skrive under på en eutanasi-erklæring. Som terminal kreftpasient ville han selv bestemme når nok var nok. Ikke det at han hadde hastverk med å sette punktum. Men når øyeblikket var like rundt hjørnet, ville han at legen skulle hjelpe ham til å dø når han selv ville det. Han ville ikke at smertene og kroppens uunngåelige sammenbrudd skulle hindre ham til å si farvel til sine på en måte han selv anså som verdig. Min bror bemyndiget samtidig sin kone å ta den avgjørelsen for ham, i tilfellet han ikke kunne gi uttrykk for det selv lenger.

Formalitetene rundt eutanasi i Nederland er klare. To leger skal, uavhengig av hverandre, fastslå at pasienten lider av en dødelig og uhelbredelig sykdom. De skal også forsikre seg om at pasienten inngår en eutanasi-avtale fullt bevisst konsekvensene av avtalen. Pasienten skal dessuten få informasjon om prosedyrene og overbevise legene om at man har forstått det.

GJEST

Som sagt så gjort. Legene undersøkte og informerte, broren min var glassklar i sitt ønske, erklæringen ble skrevet under. Så tok hverdagen som hjemmeboende dødssyk kreftpasient til igjen. Kommunen fortsatte å stille opp, og fastlegen ble en hyppig gjest som det var godt å snakke med. Det hendte de tok et glass vin sammen, litt utpå kvelden. Familien satte pris på legens nærvær. De så på ham som en venn.

Da jeg besøkte broren min for siste gang, var maven enorm. Det var som om all væske fra kroppen hadde blitt suget inn i tumoren. I godstolen, foran glassdøren med utsikt mot hagen, hadde han lite lyst å gå tilbake til barndommen sammen med meg eller hefte seg ved andre familieminner. Han syntes det var viktigere at kone og barn skulle kunne klare seg godt uten ham, finansielt og ellers. Han ville ikke ha prest i begravelsen, og om noen skulle tale i begravelsen, måtte det være vår eldste bror som neppe ville ty til gråtkvalte ord. Musikken skulle være klassisk, men ikke «noe sånt dypt tragisk». Asken skulle spres på et ukjent sted.

Og i mars hadde det kommet så langt. Det ringte på nytt hos meg. Tilstanden hans hadde nå forverret seg ytterligere, og på fredag hadde fastlegen vært på besøk. Han hadde undersøkt min bror og hadde rolig forklart at døden nå ikke var langt unna. Om han fortsatt ønsket det, ville øyeblikket nå ha kommet for å gjennomføre dødshjelpen.

«Ønsker du det fortsatt», spurte han min bror.

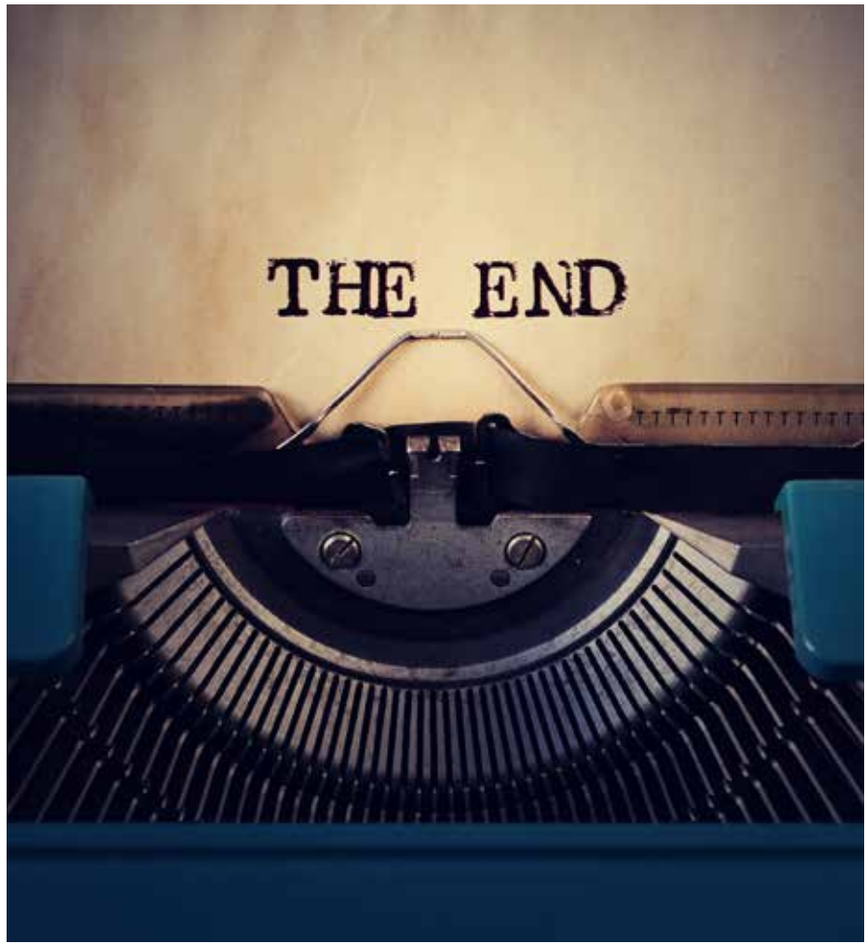
«Ja. Men jeg tror jeg venter til søndag.»

«Det er ok», sa legen. «Da kommer jeg kl 3.»

HVILELØST

Det ble en lang helg for oss pårørende. Å vente til søndag kl 3 er egentlig ikke noe man kan holde ut. Broren min hadde sin lille familie samlet rundt seg, der i mitt hjemland, mens vi søsken trasket hvileløst omkring og så på klokka. Da søndagen endelig hadde kommet, måtte jeg en lang tur i skogen. Jeg prøvde å høre på musikk, men det ble feil. Jeg satte meg ned på en trestamme, men det ble også feil. Da gamle kjente kom fordi, veltet jeg hele historien ut over dem, og jeg fikk en klem. De forsto at det var en uforsonlig følelse å gå og vente på at broren din planlegges å skulle dø.

Og så døde ham. Det var ikke noe dramatikk. Legen hadde kommet til avtalt tidspunkt og enda en gang forklart hvordan han skulle gå fram. Broren min skulle ikke føle noen smerte, og tidsperioden mellom at han skulle sovne inn og dødstidspunktet, skulle være kort. I høyden et minutt eller to. Om han var klar?

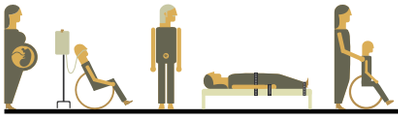


Det var han. Han hadde valgt det selv. Han hadde hatt uflaks, kreften var i ferd med å drepe ham, men det siste øyeblikket ville han bestemme selv. De siste månedene hadde bevisstheten om denne valgmuligheten vært med på å ta bort frykten for selve døden. Nå trengte han ikke lenger å være redd for selve dødsprosessen. Da den frykten ble borte, falt også angsten for ikke å være mer bort. Han som hadde levd med finansmarkedets svingninger, slo seg nå til ro med at livet måtte ende med et krakk. Å kunne bestemme tidspunktet selv, gjorde tross alt at det var til å holde ut.

PENT

Da det hele var over, la de ham på en båre i stua der han, utstyrt med et kjøleapparat, ble liggende nesten en hel uke. Naboer, venner og familie kom innom for å ta avskjed. Gjestene fikk kaffe på det åpne kjøkkenet, et glass vin ble servert, og de som ville det, kunne også ta seg en røyk. Der ble det sagt mye pent om min bror, finansmannen, vennen og naboen. Og de var enige: Når det først skulle være så gærent, så døde han på den best mulige måte. ●

barth.tholens@sykepleien.no



Filosof og postdoktor Ole Martin Moen mener det er autoritært å mene at ingen mennesker skal få hjelp til å dø.

– Retten til å bestemme over eget liv, gjelder også retten til å dø

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

I Norge er det ikke tillatt å utføre aktiv dødshjelp. Betyr det at vi ikke tar et menneskes rett til å bestemme over eget liv – og død – på alvor?

Ole Martin Moen, postdoktor i filosofi ved UiO, er overbevist om at lovverket bør tillate aktiv dødshjelp:

– Hvis syke og alvorlig lidende har forsøkt alle andre utveier, og de har tatt et selvstendig og insisterende valg om å dø, så har vi ingen gode grunner til å overkjøre deres ønske, sier han.

SYNES DET ER AUTORITÆRT I DAG

Han mener det er en autoritær tankegang, som bryter med grunnleggende prinsipper i et liberalt demokrati, at vi aldri skal kunne få hjelp til å dø.

– Aktiv dødshjelp bør kunne innvilges når en pasient lider uutholdelig, ikke har noen realistiske utsikter til bedring og har tatt et selvstendig valg om å dø. Dersom en lege og en psykolog, uavhengig av hverandre, vurderer kriteriene for å være oppfylt, bør aktiv dødshjelp kunne bli utført, sier han.

MENER BARN BØR HA VETORETT

– Bør det være noen nedre aldersgrense for aktiv dødshjelp?

– Nei. For barn kan man imidlertid ikke forvente at de kan ta et selvstendig valg om å dø, siden de ikke er samtykkekompetente. I disse tilfellene må barnas foresatte, eller en verge, ta valget. Barnet bør likevel ha vetorett. Aktiv dødshjelp for barn er et marginalt fenomen, men nei, det bør ikke være totalforbudt, slik det er i dag.

– Synes du Norge bør åpne for eutanasi eller legeassistert selvmord? Eller begge?

– Begge. Eutanasi passer best i noen sammenhenger, legeassistert selvmord i andre.

– Er det mer verdig med legeassistert selvmord enn selvmord?

– Det er i alle fall sikrere og mer kontrollert, og høyst sannsynlig en mindre påkjenning for alle parter. Det er bedre å få dø med venner og familie rundt seg, og med hjelp fra kyndig medisinsk personell, enn det er å henge seg, kutte pulsårer eller hoppe foran et tog. Det er ofte det realistiske alternativet.

IKKE REDD FOR UTGLIDNINGSEFFEKT

– Noen kaller det å ta livet av pasienter, du kaller det å hjelpe inn i døden. Er det viktig å kalle handlingen som fører til en persons død det ene eller det andre?

– Jeg benekter ikke at aktiv dødshjelp innebærer å ta livet av pasienter. Imidlertid er dette pasienter som selv ønsker å dø, og som har gode grunner til det, og da er det ikke lenger galt.

Moen er ikke redd for at en åpning for aktiv dødshjelp i lovverket skal føre til utglidning.

– Vi må spørre oss om utglidningene som har skjedd i andre land er berettiget eller ikke. Jeg mener at det er riktig å utvide retten til å få hjelp

Hva er aktiv dødshjelp?

- Begrepet «aktiv dødshjelp» er omdiskutert, men ifølge Store norske leksikon omfatter begrepet eutanasi, ikke-frivillig barmhjertighetsdrap og assistert selvmord. Leksikonet definerer begrepene slik:
- Eutanasi er en handling der legen forkorter en pasients liv. Oftest gjøres det ved hjelp av en sprøyte med medikamenter. Handlingen må være et resultat av uttrykkelige og gjentatte anmodninger om hjelp til å dø, og pasienten må være klar, og vite hva hun ber om. Frivillighet er et kriterium for at en handling skal karakteriseres som eutanasi.
- Assistert selvmord er definert som en handling der en pasient får hjelp slik at hun kan ta sitt eget liv. Oftest gjøres det ved at legen fremskaffer medikamenter.
- I Norge er eutanasi og assistert selvmord forbudt.
- I sykepleiernes etiske regelverk heter det: Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død. Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling. Sykepleieren bidrar ikke til aktiv dødshjelp (eutanasi) og hjelper ikke pasienten til selvmord
- I Etiske regler for leger heter det: Leger skal ikke utføre aktiv dødshjelp eller assistert selvmord. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling (behandlingsbegrensning) er ikke å regne som aktiv dødshjelp.

KAN HJELPE TIL: Ole Martin Moen er for aktiv dødshjelp. Også unge og alvorlig deprimerte bør kunne få hjelp til å dø, mener han. Dersom han selv hadde hatt en sertifisering, kunne han hjulpet til med å ta liv, sier han. Foto: Erik M. Sundt

> «Det kan være riktig med aktiv dødshjelp ved alvorlig depresjon som ikke lar seg behandle.»
> Ole Martin Moen, filosof og postdoktor

til å dø, slik at det ikke bare gjelder for dem som har en prognose på seks måneder eller kortere igjen å leve, slik som i Oregon-modellen. (se faktaboks på neste side)

VIL INNLEMME ALVORLIG DEPRIMERTE

Han mener det ikke bare er fysiske sykdommer som bør kvalifisere til å ha rett på hjelp til å dø.

– Det kan være riktig med aktiv dødshjelp ved alvorlig depresjon som ikke lar seg behandle.

– Dødsønsker er ikke så uvanlig hos alvorlig deprimerte. I hvilke tilfeller mener du at en lege og psykolog skal bestemme at en alvorlig deprimert pasient ikke skal hindres i å dø, men hjelpes til å dø?

– Dersom en pasient virkelig lider uutholdelig, ikke har noen realistiske utsikter til bedring og har tatt et selvstendig valg om å dø, bør vedkommende få dø, selv om årsaken til lidelsen er psykisk. Psykiske lidelser er like reelle som fysiske lidelser, og kan være minst like vonde. Hvis depresjon skal diskvalifisere, må det være gjennom at pasienten enten feilvurderer utsiktene til forbedring, eller ved at pasienten ikke lenger er samtykkekompetent.

ALDRI HELT PERFEKT SYSTEM

– Er det ikke like autoritært at en lege og psykolog skal kunne ta avgjørelsen om at noen har et berettiget ønske om å dø, mens andre fortsatt må leve med stor lidelse? Ikke alle er like flinke til å ordlegge seg.

– I dag sier vi nei til alle, uansett hvor gode grunner de har til å dø og uansett hvor gjennomtenkt valget deres er. Det er svært autoritært. I systemet jeg ønsker, vil nok noen få et nei som burde ha fått ja, for vi vil aldri få et helt perfekt system. Det vil likevel være bedre enn dagens system, der alle som burde ha fått ja, får nei. Vi bør søke å lage et system som tar så mange rette, og så få gale, avgjørelser som mulig.

DE SOM FØLER SEG PRESSET

– Noen føler seg som en byrde for pårørende og helsevesenet, men tør ikke fortelle det. Hvordan hindre at disse får hjelp av helsevesenet til å dø?

– Ved at en lege og en psykolog vurderer om de virkelig lider uutholdelig, har ingen realistiske utsikter til bedring og har tatt et selvstendig valg om å dø.

– Men hva om den uutholdelige lidelsen og det selvstendige valget egentlig bunner i følelsen av å ligge samfunnet til byrde – og at muligheten til å velge aktiv dødshjelp oppleves som en aktiv oppfordring? Tror du en lege og en psykolog vil klare å avdekke det?

– Ja, det tror jeg. Her er det også verdt å huske at ved forespørsler om såkalt passiv dødshjelp, eller behandlingsbegrensning som fremskynder døden, er det per i dag ingen som stiller spørsmål ved om pasienten kan føle seg presset. Vi burde være langt mer bekymret for det enn for pasienter som, i tilfellet aktiv dødshjelp, må via lege og psykolog.

KAN GODT GJØRE JOBBEN

– Hvem skal gjøre jobben med å hjelpe for eksempel alvorlig deprimerte eller unge med store lidelser å dø?

– Jeg kan godt bidra. Men det må kreves et kurs og en sertifisering. Dersom lege og psykolog godkjenner det, og jeg hadde hatt en sertifisering, kunne jeg selv hjulpet dem som ønsker det inn i døden.

Moen tror mange mangler fantasi til å sette seg inn i hvor smertefullt livet kan være for noen mennesker. For noen er ikke døden utelukkende et onde, påpeker han.

TROR IKKE PÅ ET DØDSTIDSPUNKT

– Bør ikke døden bare få komme når den kommer?

– Det finnes ikke noe forutbestemt dødstidspunkt som ligger foran oss. Dødstidspunktet vårt er allerede i stor grad påvirket av valgene våre, som hva vi spiser, hvor mye vi trener, om vi røyker, og så videre.

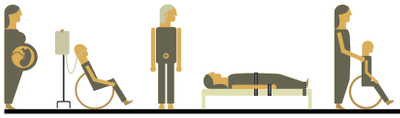
– For de aller fleste er det bedre å leve lenger, men i noen tilfeller er det faktisk bedre å dø enn å måtte lide seg gjennom tiden som er igjen. Når et gammelt og plaget menneske dør, er det ikke uvanlig at vi tenker «Det var godt at hun fikk slippe». Det er den erkjennelsen som ligger til grunn for at aktiv dødshjelp i noen tilfeller bør være tillatt.

– Til slutt, hva mener filosofen og postdoktoren er det beste argumentet mot å innføre aktiv dødshjelp?

– At noen kan føle seg presset. Men selv om det er det beste argumentet, er det langt fra så tungtveiende at det rettferdiggjør dagens absolutte forbudet, sier han. ●

På neste side: Vil ikke sette dødssprøyter

aknbh@sykepleien.no



Sykehjemslege Pernille Bruusgaard ser at livet svinger, også når det nærmer seg slutten.

Vil ikke sette dødssprøyter

● Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

Pernille Bruusgaard jobber som sykehjemsoverlege i Oslo. I løpet av sin yrkeskarriere har hun sett mange mennesker dø. Og hun har sett mange mennesker lide. Men hun ønsker ikke et lovverk som åpner for aktiv dødshjelp.

Bruusgaards erfaring er at mennesker som nærmer seg døden ofte er ambivalente. Særlig gamle, syke mennesker på sykehjem.

– Jeg fortalte noen av sykepleierne jeg jobber sammen med at jeg skulle bli intervjuet om aktiv dødshjelp i Sykepleien. Vi begynte å diskutere: Sett at vi hadde dødssprøyten liggende i skapet her. Hvilke av våre pasienter skulle fått ja dersom de hadde sagt at de ønsker å dø? I tankeeksperimentet fant vi ingen, sier hun.

OVERBEHANDLER INN I DØDEN

– Bør ikke særlig eldre og syke som har levd et langt liv kunne si at nok er nok?

– Jo. Men heller enn å tillate aktiv dødshjelp, må vi slutte å utrede og overbehandle pasienter helt inn i døden. Gode dødsfall er mulig, og vi må legge til rette for det. Vi kan støtte folk i at det er lov til å avstå fra belastende og nytteløs behandling når det nærmer seg slutten, sier hun.

Kommunikasjon og samarbeid med pårørende og pasient, informasjon om sykdommers forventete forløp og muligheter for lindring er stikkord for gode dødsfall, mener hun.

– Godt planlagte dødsfall, der alle parter er ivaretatt og informert, kan oppleves meningsfulle. Vi må ikke være så redde for døden.

GÅR OPP OG NED

Det er ifølge Bruusgaard ikke uvanlig at pasienter på sykehjem uttrykker at de ikke vil leve mer. Noen kryper til køys, slutter å spise og avslutter livet på den måten. Det trenger faktisk ikke være så ille, mener hun.

– *Når pasienten uansett har bestemt seg for å dø: Er det etisk sett mindre problematisk å la personen sulte i hjel enn å hjelpe vedkommende til å dø?*

– For meg er det en prinsipiell forskjell på å la liv ebbe ut og det å ta liv. Livet svinger, også for mennesker som nærmer seg slutten. I det ene øyeblikket er de avklart. De synes de har levd lenge nok. De sier de ønsker å dø, å sovne inn og ikke våkne opp igjen. I neste øyeblikk vil de gjerne ha influensavaksine, eller de sitter der og spiser rakfisk og smiler over hele fjeset, sier hun.

BLITT BEDT OM Å GI AKTIV DØDSHJELP

For selv om det er mye lidelse, er det ikke bare lidelse, mener hun. For å fange opp denne ambivalensen, må man være tett på døende.

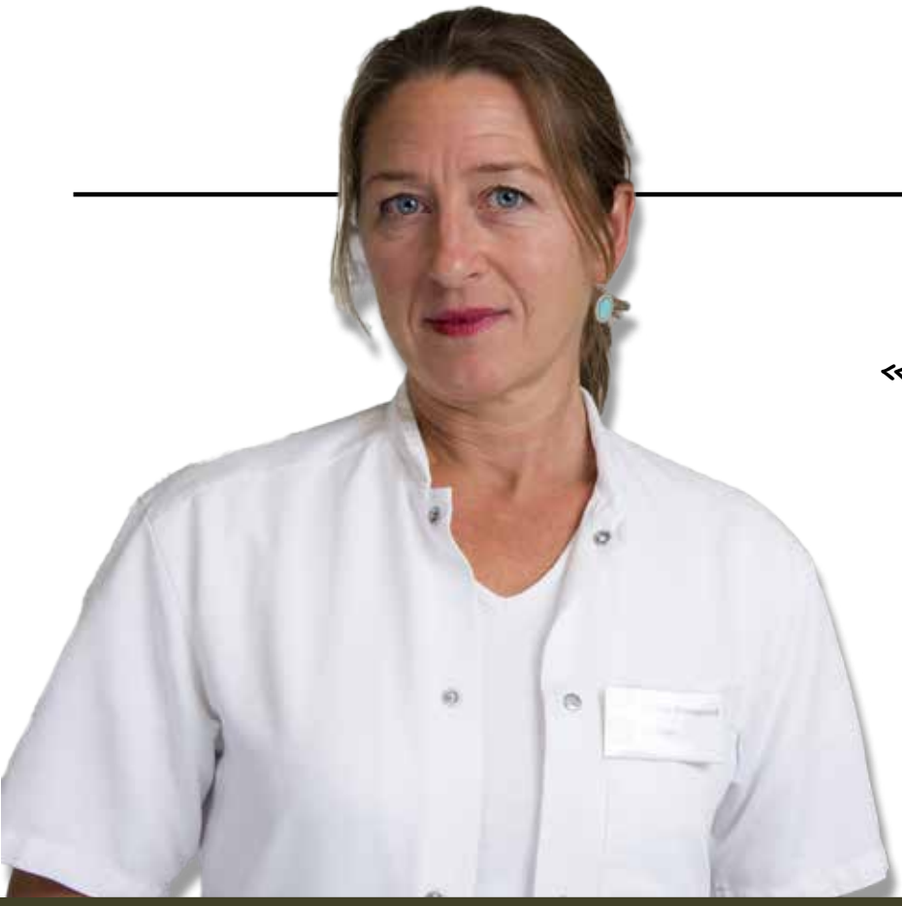
– Det høres så enkelt ut at pasienter som lever med stor lidelse må få bestemme selv når de vil dø, og så få hjelp til det. Som om vi bare har med to dimensjoner å gjøre: Pasientens lidelse over tid.

I virkeligheten er relasjoner og livsutsikter

Aktiv dødshjelp i andre land

- Oregon-modellen tillater legeassistert selvmord. Krever at pasienten skal ha gitt uttrykk for ønske om å få dødshjelp to ganger med minst 15 dagers mellomrom. Pasienten skal ha forventet levetid på mindre enn seks måneder, og skal være samtykke-kompetent.
- Aktiv dødshjelp er tillatt i tre europeiske land (Nederland, Belgia og Luxembourg). Disse landene har nokså like dødshjelpslover, som i stor grad bygger på den nederlandske eutanasiloven fra 2002. De tillater både eutanasi (død ved injeksjon) og assistert selvmord (pasienten får medikamenter som kan brukes til å begå selvmord). Før dødshjelp kan gis skal legen gjennom samtaler med pasienten føle seg overbevist om at pasienten lider uutholdelig, og at tilstanden er uhelbredelig. En annen lege skal også undersøke pasienten og må være enig i vurderingen.
- Sveits har ingen spesifikk dødshjelpslovgivning, men loven gjør det klart at det ikke er straffbart med uegennyttig bistand til en som ønsker å begå selvmord. Dette har åpnet for en praksis med assistert selvmord, der det er frivillige organisasjoner som står for det praktiske rundt assistansen.

Kilde: Wikipedia



GODE OG DÅRLIGE DAGER: – Det er vanskelig å vite om en pasient har igjen en måned eller et år. I tiden de har igjen kan det være både gode og dårlige dager. Skal jeg si: «Nei, deg kan vi ikke gjøre mer for, så hvis du vil, kan du dø», spør Pernille Bruusgaard. Foto: Erik M. Sundt

> «Det er en fallitterklæring som sivilisert samfunn å ta livet av folk som synes tilværelsen er håpløs.»
> Pernille Bruusgaard, sykehjemslege

komplekse, mener Bruusgaard: Menneskene rundt og samfunnets normer påvirker pasientens livskvalitet i forskjellige retninger. Opplevelsen av å ha et liv som er verdt å leve, påvirkes av omgivelsene. Og smerte er ikke bare fysisk, den kan også være psykisk og eksistensiell.

– Den syke og lidende kan ofte føle seg som en byrde, kanskje er et urokkelig dødsønske like mye et ønske om å la de rundt få slippe.

Bruusgaard har hatt pasienter som har bedt henne om hjelp til å dø. Da har hun forsøkt å finne ut hvor lidelsen kommer fra. Er det ubehandlete smerter, ensomhet, dødsangst?

– Av og til hjelper det å få satt ord på det, og få trøst. Få høre at du har en verdi, at vi er her for deg så lenge du er her.

EN DAG ELLER ETT ÅR IGJEN?

– Og når nærmer et liv seg egentlig slutten? Det kan være vanskelig å vite, sier hun.

Fra sitt daglige virke i sykehjem ser hun at mange med langtkommet og alvorlig demens på slutten sover veldig mye. Pasientene slutter å stå opp, slutter å spise. De ligger og døser, og til slutt stopper hjertet.

– Dette er en fredelig og vanlig måte å dø på. Pårørende får tid til å komme, holde dem i hånda og får sagt farvel.

Men likevel er det vanskelig å vite akkurat når døden kommer:

– Vi hadde for eksempel en dame jeg trodde nærmet seg døden. Jeg ringte de pårørende, som kom til sykehjemmet. Den gamle damen slumret, og sov mer og mer. De pårørende satt rundt og gråt, snakket om begravelsen, holdt henne i hånda og tok farvel. Så våknet hun. Hun så seg rundt og spurte: ‹Har jeg bursdag?›

Hun kunne ikke tenke seg noen annen grunn til at alle i familien var samlet rundt henne. Og så levde hun enda ett år.

– Det er overraskende mye liv og humor nær døden, sier hun.

UMULIG VURDERING

– Mener du at eutanasi og legeassistert selvmord er like uaktuelle løsninger?

– Ja.

Hun utdyper:

– Selv om jeg er lege, er det for meg helt umulig å skulle avgjøre om en person står foran så mye lidelse at jeg kan ta beslutningen om dødshjelp. Den jobben vil jeg ikke ha. Jeg jobber for et samfunn hvor vi hjelper og støtter folk, helt til det siste.

Dersom aktiv dødshjelp var en mulighet, er hun redd for at noen pasienter ville opplevd det som et press.

– De som føler seg som en byrde for omgivelsene, vil kunne føle seg presset til å si at de vil ha hjelp til å dø.

HVEM SKAL SETTE SPRØYTEN?

Hun mener autonomi-argumentet fort kan møte seg selv i døra. For ikke alle vil få et ja.

– Pasientgrupper som grenser inntil det som lovgivningen åpner for, vil kunne presse et lovverk som i utgangspunktet var tenkt for noen få: Hvis hun i nabosenga får hjelp til å dø, hvorfor skal ikke jeg få det samme? Hvilken verdi har selvbestemmelsesargumentet når den endelige avgjørelsen skal tas av fagpersoner? Hvorfor skal ikke alle få hjelp til å dø når de vil, hvis argumentet er at vi vil bestemme selv?

En annen ting hun lurer på er: Hvem skal sette dødssprøyten? Og hvorfor er dette en oppgave for helsevesenet?

– Bør det i tilfelle utvikles en egen profesjon som tar på seg jobben med å ta livet av folk? Som lege ønsker jeg å behandle, lindre og trøste folk som er syke, lider og har det vondt. Det er ikke min oppgave å ta livet av folk. Jeg mener det er en fallitterklæring som sivilisert samfunn å ta livet av folk som synes tilværelsen er håpløs. Vi må jobbe frem bedre tilbud enn det.

FRIE VALG?

– Hva er det vanskeligste argumentet å møte i debatten om aktiv dødshjelp?

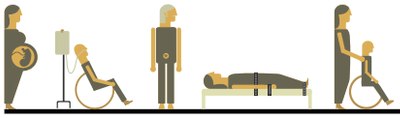
– Sterke, konkrete, enkeltstående pasienthistorier. Historier der det beskrives at pasienten står fast på dødsønsket er vanskelig å argumentere mot.

– Kan du tenke deg situasjoner hvor aktiv dødshjelp hadde vært det beste?

– Ja, det kan finnes sjeldne situasjoner der jeg også ser at det kunne vært den beste løsningen. Men enkelthistoriene er ikke god nok grunn til å tillate en generell regel som åpner for at vi tar livet av folk. Til det er slagsiden for stor.

– Det er et tegn i tiden at vi ønsker å bestemme mest mulig selv, også over vår egen død. Vi tror vi kan ta helt frie og selvstendige valg. Men vi blir alltid påvirket av noe og noen. Og døden er ugjenkallelig, vi får ikke gjort om på det valget, sier hun. ●

aknbh@sykepleien.no



Liv Kjersti Skjeggestad Thoresen

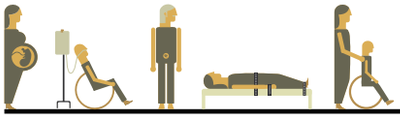
Hvorfor: Leder en organisasjon som arbeider aktivt med saker knyttet til det ufødte liv, gradering av liv og livets avslutning.
Stilling: Generalsekretær i organisasjonen Menneskeverd.
Utdanning: Sykepleier, jordmor og master i verdibasert ledelse.
Alder: 54 år.

ENGASJERT: Generalsekretæren i Menneskeverd mener at det er absurd at det skal være lov å ta abort på ett av to friske tvillinger, såkalt fosterreduksjon.

Gir det ufødte liv en stemme

Hun kjemper for å styrke vernet av menneskelivet – fra befruktning til naturlig død. Spesielt for sårbare grupper. Denne høsten har hun selv vært sårbar og fryktet for sitt eget liv.

Tekst **Ingrid Kvitrud** ● Foto **Erik M. Sundt**



På en avdeling der mange går uten hår, ligger Liv Kjersti Skjeggestad Thoresen. Her ligger hun i tre uker. Time etter time. Bare venter på prøvesvar. Hun vet ikke om hun kommer til å leve eller dø. Antallet trombocytter, eller blodplater, er så lavt at hun kan blø i hjel.

Selv er hun utdannet både sykepleier og jordmor og skjønner godt hva som kan skje. Er det ondartet? Vil hun dø av hjerneblødning? Frykten bygger seg opp. Ingen kontroll. Sårbar.

Sykepleiere går inn og ut av rommet, og hun lager seg en skala hvor hun gir dem karakterer: Ser de henne som menneske? Flere gjør ikke det. De spør ikke hvordan hun har det. Dette er det nærmeste generalsekretæren i organisasjonen Menneskeverd har vært følelsen av at hennes eget menneskeverd ble oversett.

DET TØFFESTE KAPITLET

– Hva er menneskeverd for deg?

– Menneskeverd er den iboende verdien vi har som mennesker i kraft av at vi er til. Det er like sterkt og viktig uavhengig av funksjonsevne og egenskaper. Alle har rett til liv, sier Thoresen før hun fortsetter. For det er få pauser når hun snakker om det hun jobber med.

– Som mangeårig leder kan jeg se hvor viktig det er å bli vernet om når vi er i de mest sårbare fasene. Om det er i starten eller slutten av livet, er det akkurat det samme som slår inn: Vi er avhengig av at andre bekrefter vårt menneskeverd. Nå har jeg fått oppleve hvor viktig det er selv.

Generalsekretæren sitter i sofaen sin i Fredrikstad. I det man kan kalle et møblert hjem. Her tilbringer hun dagene sine nå, og ikke på kontoret til organisasjonen i Oslo som hun har ledet i 13 år. Hun er sykmeldt på ubestemt tid, men har fått vite at hun forhåpentligvis blir helt frisk.

> «Vi er avhengig av at andre bekrefter vårt menneskeverd. Nå har jeg fått oppleve hvor viktig det er selv.»

Sykdommen hun har opplevd i høst, trombocytopeni etter virusinfeksjon, har vært det tøffeste hun har vært igjennom. Temaene hun jobber med til vanlig, er heller ikke uten prøvelser: Det ufødte liv, gradering av liv og livets avslutning.

TAR GREP OM DET BETENTE

«Menneskeverd ønsker nedgang i antall aborter, at ufødt menneskeliv ikke skal være gjenstand for forskning eller sortering, og økt satsing på livshjelp i stedet for aktiv dødshjelp.» står det på nettsidene som er preget av den liturgiske fargen lilla.

– Man vil selv bestemme over liv og død, over sitt liv, på alle mulige måter. Noen ganger går det utover andres liv og rett til liv. Da blir det konflikt.

Hun er tydelig på hvorfor de som organisasjon er viktige.

– Vi jobber med etikken i en tid hvor vi blir veldig fascinert av teknologien. Da er det viktig å øke forståelsen for hvor komplisert mange av de etiske problemstillingene er. Den etiske diskusjonen må ikke komme som et haleheng.

Menneskeverd og selvbestemmelse på kollisjonskurs?

● I vår tid åpner den teknologiske utviklingen mange muligheter. Vi kan bestemme mer over vår egen kropp. Vi vet mye om og kan bestemme mer over det barnet vi skal føde. Når kommer våre valg i konflikt med menneskeverdet?

MOT STRØMMEN

På kjøkkenbordet ligger Bibelen pent dandert. Organisasjonen bygger på det kristne menneskesynet, men medlemmene er opptatt av å argumentere allmennetisk.

– Hvem bestemmer hva som er menneskeverd?

– Ingen kan si de har eiendomsretten på hva menneskeverd er. Menneskeverd er mye mer enn det vi i organisasjonen jobber med.

– Er det vanskelig å forsvare det menneskeverdet dere står for?

– Klart det blir slitsomt av og til fordi mye av det vi står opp for ikke er mainstream, politisk korrekt og heller ikke noe de fleste i landet er enig med oss i. Men for meg handler det om at menneskelivet er ukrenkelig.

Hun opplever at de blir hørt. Men gjennomslag skulle hun sett mer av. Så kommer hun inn på én av de to store sakene de har jobbet med det siste året.

DRØMMEOVERSKRIFT

«Helseministeren setter ned foten for tvillingabort». Denne overskriften ønsker Thoresen seg i Aftenposten og Dagsavisen.

I februar slo Justisdepartementet fast at det er lov å abortere én frisk tvilling og beholde den andre. Saken opprørte mange, også Thoresen.

– Det er helt absurd at det skal være lov å ta bort ett av to friske barn. Ved å gjøre det, risikerer man livet til det som blir igjen.

Menneskeverd satte i gang et opprop mot tvillingabort, eller fosterreduksjon. De samlet 20 000 underskrifter som Thoresen

SKUER: Thoresen vokste opp i Kivu-regionen i Kongo. Her er hun sammen med mamma Mary-Ann og storebror Ørjan.

ISRAEL: Som 22-årig nyutdannet sykepleier, reiste Thoresen til Israel og jobbet på hjertekirurgisk postoperativ avdeling på et sykehus i Tel Aviv. – Jeg var gal, sier hun spøkefullt.

«Den røde tråden i livet mitt er at ser jeg noe som er urettferdig, vil jeg gjøre noe med det.»

BARNEHJEM: Thorsen synes det var spennende å besøke barnehjem i Kongo, noe de gjorde ofte. Her med lillebror Asbjørn.

i mai overleverte personlig til Olaug Bollestad (KrF) og Kjersti Toppe (Sp), begge i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Helseministeren selv ønsket ikke å ta imot underskriftene.

– Jeg synes helseministeren burde satt ned foten og sagt at dette ikke var intensjonen med abortloven. Det blir så tydelig kynisk at man skal velge hvilket barn man skal ha eller hvor mange når det først har blitt til. Dette synes vi ikke er greit.

Bollestad og Toppe sendte inn et representantforslag om ikke å tillate fosterreduksjon. Saken er nå til behandling.

LUDVIK

En stolt mor legger ut et bilde av sin tre måneder gamle sønn Ludvik på Facebook. Så begynner det å komme trakasserende kommentarer på bildet. Det stod at sønnen deres var et misfoster, at han var en belastning for samfunnet og at de burde tatt abort. Grunnen var at Ludvik har Downs syndrom.

Thoresen sitter på bussen en fredag morgen da hun hører historien på radioen. Hun blir sint.

– Dette går ikke an. At hun skal få dritt fordi hun legger ut et bilde av sønnen sin med Downs. Hun er jo stolt av ham og vil vise ham fram.

Framme på kontoret den morgenen sier Thoresen: «Dette må vi gjøre noe med!». De opprettet en støttegruppe på Facebook: Velkommen til verden, Ludvik. Den får fort 40 000 tilhengere.

Dette er det flotteste Thoresen har opplevd i løpet av sine år som generalsekretær.

– Det var fint å se at det ikke bare er jeg som reagerer på dette. Det nytter å reagere.

Barn med Downs syndrom har en spesiell plass i hjertet til Thoresen. Det fører oss over på den andre store saken Menneskeverd har jobbet med i år.

> «Mye av det vi står opp for ikke er mainstream, politisk korrekt og heller ikke noe de fleste i landet er enig med oss i.»

FOSTERDIAGNOSTIKK

I høst foreslo flertallet i Bioteknologirådet at NIPT skal tilbys som en ny, frivillig test som erstatning for KUB-testen som brukes i dag innen fosterdiagnostikk. Tilbudet om fosterdiagnostikk gis hovedsakelig til gravide over 38 år. Begge testene undersøker om fosteret har Downs syndrom, eller to andre kromosomfeil som gir mer alvorlige funksjonshemninger. Men NIPT er mer treffsikker.

Man kan likevel ikke være sikker på om fosteret har et unormalt kromosomantall før man har tatt en fostervanns- eller morkakeprøve. Dette medfører en abortrisiko på 0,5–1 prosent. Fordi NIPT er mer treffsikker, vil færre gå videre til en slik prøve. Men Thoresen påpeker at en innføring av NIPT-testen også vil åpne for at vi kan finne ut mye mer om fosteret, fordi man med denne metoden analyserer fosterets DNA gjennom en blodprøve fra mor.

VIKTIGE: Mannen Yngvar og de fem barnebarna er noe av det viktigste for Thoresen.

JAKTEN PÅ DE SYKE

– Det er ikke veldig sci-fi at du kan finne alle genene til et barn ved å ta en NIPT-test. Man må se det i en større sammenheng og diskutere hva vi vil med testene, og hvor mye har vi rett til å vite om barna våre.

– Hvor mye har vi rett til å vite?

– Det har ikke vi i Menneskeverd noen deklarasjon på, men jeg kan spørre sånn: Hvor mye synes du det er greit at foreldrene dine vet om deg? Skal vi etter hvert ta beslutninger om hva slags barn vi skal velge å få? Hva hvis barnet har 50 prosent risiko for å få brystkreft ved 40-årsalderen. Er det en abortgrunn? Skal du skåne barnet ditt for det?

Omtrent ni av ti foreldre velger å ta abort dersom fosteret har Downs syndrom. Thoresen mener NIPT blir en intensivert jakt på disse barna.

– Jeg vil være med å jobbe for at vi ikke bare i politiske slagord skal si at vi vil ha et mangfoldig samfunn. Jeg ønsker meg faktisk et mangfoldig samfunn.

Hun er likevel forsiktig med å forherlige Downs syndrom.

– Det er ikke noe galt i å ønske seg friske barn, det vil vi jo alle ha. Men det er noe annet å ta bort alle de som ikke er det. Blir vi lykkeligere av det?

TIDLIG INTERESSERT I FØDSLER

Året er 1975. I ei fødestue i Kongo står Thoresen. Hun er 13 år. En hel uke er hun med og ser på fødsler. Hun har ei litt annerledes arbeidsuke enn sine jevnaldrende i Norge.

– Det var blod og fostervann, men jeg kan ikke huske at det var noe skremmende. Det var fascinerende og sikkert veldig naturlig for meg. Jeg visste allerede da at jeg ville bli jordmor, sier Thoresen som senere tok utdanningen i Sverige.

– Det jeg husker best fra fødslene, og som jeg tenkte på selv da jeg skulle bli jordmor, er lyden av saksa når man klipper …

Hun stopper der.

RØD TRÅD

Fra hun var 3 til hun var 15 år bodde Thoresen og familien i Kongo. Foreldrene var misjonærer. Hun fikk tidlig oppleve forskjeller på svart og hvit, rik og fattig.

– Når det var krig og uro, kunne vi komme oss ut, fordi vi hadde norske pass, men lekekameratene mine hadde ikke den muligheten.

Hun var likevel brennende opptatt av å vise at svarte og hvite ikke var forskjellige som mennesker.

– Jeg var ikke engang tenåring da jeg drømte om å gå i første

rad sammen med Martin Luther King for å vise at svarte og hvite var like mye verdt.

Hun humrer litt.

– Du har kanskje merket det på alt jeg har sagt, sier Thoresen:

– Den røde tråden i livet mitt er at ser jeg noe som er urettferdig, vil jeg gjøre noe med det.

IKKE MED PÅ ABORTER

Som jordmor har Thoresen reservert seg mot å være med på abortinngrep. For å få ned aborttallene, er hun aller mest opptatt av å gi gravide nok informasjon.

– Det blir ikke alltid opplyst om at å beholde barnet er en mulighet, spesielt hvis det er en ung gravid. Jeg tenker at noen bør få en oppmuntring til å beholde barnet. Og også informasjon om hvilke konsekvenser en abort kan ha psykisk.

– *Er dere imot selvbestemt abort?*

– Vi mener at abort er å ta et liv. Uansett. Det er en konflikt mellom minst to personer. Vi ønsker en mer restriktiv abortlov enn den vi har i dag.

– *Hva vil dere skal stå der?*

– Vi har ikke noe konkret alternativ til dagens abortlov. Vi ser at det i dag ikke er en politisk mulighet for å endre den. Men vi ønsker blant annet en endring når det gjelder medisinske årsaker hos barnet, der det i dag er en selvfølge å få ta abort hvis fosteret får påvist Downs syndrom. Det mener vi er grovt urettferdig.

– *Ville dere vært imot selvbestemt abort hvis det var politisk mulig å endre loven?*

Det blir en lang pause.

– Jeg kan i hvert fall ikke støtte en lov hvor det ikke finnes åpning for kvinner til å ta abort etter voldtekt eller incest. Når grusomme hendelser blir begått mot kvinner, skal de ikke måtte være tvunget til å fullføre svangerskapet.

DE SMÅ TINGENE

Det brumler i en isbitmaskin fra kjøkkenet. Thoresen fikk helt dilla da hun lå på sykehus. Små ting blir viktige når man er så syk, forklarer hun. Hun ønsket seg også et nytt, flott badekar med massasjestråler. Det har mannen hennes kjøpt til henne. Det er ikke lenge siden de feiret fire års bryllupsdag.

De tre viktigste tingene i Thoresens liv er Gud, mannen hennes og familien. Thoresen har ikke selv noen barn, men to bonusbarn og fem barnebarn.

Allerede første dag Thoresen lå i sykehussengen, og kjente seg sårbar og usett, tenkte hun at hun måtte ut på sykepleierhøyskoler og fortelle studentene hvor viktig det er at de er gode med mennesker i vanskelige og usikre situasjoner.

– Hvilken mulighet vi sykepleiere har til å bruke oss selv med empati og den vi er! Jeg kan holde noen i hånda, eller stryke dem på skuldra. Det er så lett, men jeg gjør en forskjell. Den er så uendelig viktig, sier Thoresen alvorlig.

– Legene var fantastiske og ofte veldig flinke til å sette seg ned med meg. Det var trist at de som ikke alltid var så flinke, var de som er mine egne ...

Hun puster tungt ut.

– ... likemenn.

Hun sikter til sykepleierne.

FAVORITT: Sykepleier Marianne Thorsen har fått en påskjønnelse av Thoresen fordi hun så henne da hun lå syk og sårbar.

FAVORITTSYKEPLEIEREN

I gangen ligger en blomsterbukett og en bok om sykepleieetikk klar til Thoresen skal besøke Sykehuset Østfold på Kalnes, hvor hun lå syk. Det skal overrekkes hennes favorittsykepleier Marianne. Hun var den første som spurte Thoresen hvordan hun hadde det. Da begynte Thoresen å gråte.

– Hun så meg virkelig. Jeg vil oppmuntre henne til å være mentor for alle nye sykepleiere og vise hvor godt man kan bruke seg selv i yrket sitt.

Thoresen er på poliklinisk kontroll hver uke på sykehuset, men hun responderer godt på kortisonbehandling med høy dose.

– Jeg gleder meg til jeg kan sette meg på toget og begynne å jobbe igjen. ●

ingrid.kvitrud@sykepleien.no

57.000

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

facebook.com/Sykepleien

Flere og flere følger Sykepleien på Facebook og bidrar med sine erfaringer, deler og liker. Vi er veldig glade for engasjementet – det bidrar til godt innhold. I tillegg får vi enda mer fingeren på pulsen i redaksjonen.

Følg oss du også om du ikke allerede gjør det!

Hilsen Sykepleien

Sykepleien

Sykepleie

Del 2 **Sykepleien 11 | 2016**
Fagartikler – Etikk – Intervju

ETTER HJERTEINFARKT: Pasienten bør starte med mindre krevende aktiviteter som kyssing. Foto: NTB Scanpix/Bengt Af Geijerstam

Gi råd om sex

Tabu. Pasienter med hjerteinfarkt får lite informasjon om seksuell aktivitet. **72**

Språkbarrierer. En tolkeresept kan hjelpe. **80**

«Den teknologiske og vitenskapelige utviklingen går uhyrlig raskt.» Karl Øyri. **76**

Undervisning. Tilpasset pasientens behov. **85**

SEKSUELL RÅDGJEVING ETTER HJARTEINFARKT

Korleis kan helsepersonell gje råd til hjartepasientar om seksualitet og helse?

HOVEDOPPGAVE:
Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2016.59345

Alfred Absalon Rygg
Spesialsjukepleiar i kardiologisk sjukepleie, Førde sentralsjukehus

Jan Mårtensson
Professor II, institutt for sykepleiefag, Høgskolen i Bergen og Professor, Hälsohögskolan, Jönköping University, Sverige

Seksualitet er ein viktig del av det å vere menneske. Verdas helseorganisasjon (WHO) definerer seksuell helse som ein tilstand av fysisk, psykisk, kjenslemessig og sosialt velvære når det gjeld seksualitet. Seksuell helse er ikkje berre fråvær av sjukdom, funksjonssvikt eller manglande helse (1, 2). Seksualitet blir påverka av sjukdom, dysfunksjon og funksjonsnedsettingar og handlar ikkje berre om seksuell aktivitet slik som samleie, men òg om nærleik, berøring, intimitet og kjærteikn.

Til tross for at seksualiteten blir påverka, kan likevel seksuelt velvære opplevast (3, 4). Seksuell helse handlar om livskvalitet og personlege relasjonar. I mange tilfelle overser ein dei positive funksjonane seksualitet kan ha på livskvalitet. Målet om ei god seksuell helse inneber at alle menneske skal ha like moglegheiter, rettigheiter og føresetnadar for å få bekrefta sin eigen seksualitet og bestemme over eigen kropp (5).

SEKSUELL HELSE

Frekvensen av erektil dysfunksjon hos menn og seksuell dysfunksjon hos kvinner med hjartesjukdom er dobbelt så høg som hos normalbefolkninga (6). Slik dysfunksjon kan vere tidleg teikn på hjartesjukdom som kan vise seg eitt til tre år før ei hjartehending (7). Seksuell aktivitet blir assosiert med auka risiko for å få eit hjarteinfarkt, men studiar viser at dette er årsak til berre ein prosent av alle akutte hjarteinfarkt.

Absolutt risiko for å få eit hjarteinfarkt i samband med ein time seksuell aktivitet i veka er anslått til å råke to til tre av 10 000 personar i året. Personar som har hatt hjarteinfarkt tidlegare, har ikkje noko større risiko for å få eit nytt hjarteinfarkt i samband med seksuell aktivitet samanlikna med personar som ikkje har hatt koronarsjukdom tidlegare (8).

Eit hjarteinfarkt inneber ofte store endringar i eit menneske sitt liv. Mange opplever seksuelle problem i etterkant. Både menn og kvinner har mindre seksuell aktivitet og er mindre tilfredse med den seksuelle aktiviteten etter eit hjarteinfarkt. Årsaka til dette kan vere angst og depresjon på grunn av hjarteinfarktet, redsel for å få eit nytt hjarteinfarkt eller redsel for å døy. Hjarteinfarktpasientar må ofte bruke ulike medikament som skal betre og stabilisere hjartet sin funksjon. Desse medikamenta kan gje biverknadar som påverkar seksuell funksjon (9, 10). Forsking viser at hjarteinfarktpasientar ynskjer meir kunnskap om situasjonen dei er i. Dei treng òg rådgjeving i samband med seksualitet, men opplever at dei ikkje får dette frå helsevesenet (11).

SEKSUELL RÅDGJEVING

Hensikta med denne artikkelen er å greie for korleis seksuell rådgjeving til pasientar som har gjennomgått eit hjarteinfarkt, blir handtert, når seksuell rådgjeving bør finne stad, kven som har ansvar for dette, kva den bør innehalde, og korleis seksuell rådgjeving bør utførast.

Seksuell rådgjeving er ein interaksjon med pasient og partnar, med informasjon om seksuelle bekymringar og sikker tilbakegang til seksuell aktivitet. I tillegg dekker rådgjevinga vurdering, støtte og konkrete råd knytte til psykiske og seksuelle problem, òg kalla psykoseksuell rådgjeving. Det er utarbeidd retningslinjer som tilrår at helsepersonell diskuterer seksualitet med hjartepasientar, men dette blir praktisert lite i det daglege.

American Heart Association (AHA) og European Society of Cardiology (ESC) har samanfatta evidens relatert til seksuell rådgjeving ved kardiovaskulær sjukdom. Dokumentet gjev rettleiing til legar, sjukepleiarar og anna helsepersonell som skal praktisere seksuell rådgjeving (13). Hjarteinfarktpasientar får lite eller ingen informasjon og støtte om seksuelle problem. Dette kan skyldast misoppfatningar hos både helsepersonell og pasient knytt til seksuell rådgjeving etter ei hjartehending (12, 13).

Fakta

Sammendrag

Mange pasientar som har hatt hjarteinfarkt, opplever seksuelle problem. Likevel får dei lite eller ingen informasjon om dette frå helsepersonell til tross for at det føreligg tilrådingar som seier at desse pasientane bør få seksuell rådgjeving, og korleis rådgjevinga skal utførast.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
- Hjerteinfarkt
- Seksualitet
- Rådgivning

REDSEL: Mange pasientar som har hatt hjarteinfarkt, har mindre seksuell aktivitet fordi dei er redde for å få eit nytt hjarteinfarkt, eller for å døy. Illustrasjonsfoto: NTB Scanpix/Herman Nicholson

TEMAET ER TABU

Seksualitet er for mange vanskeleg å snakke om, og helsepersonell tek ikkje opp temaet fordi ein ser det å vere for intimt og privat å snakke om (9). Helsepersonell sine haldningar, oppfatningar og åtferd kan påverke kor vidt seksuell rådgjeving blir utført. Kjensla av ikkje å vere komfortabel med, eller av å vere flau for å snakke om seksualitet, blir skildra som ein stor barriere.

Andre barrierar som blir skrive om, er at helsepersonell trur at pasientane ikkje ynskjer å snakke om seksualitet, og at pasientane opplever at helsepersonellet har manglande kunnskapar til å gje seksuell rådgjeving. Det vert òg skildra barrierar relatert til institusjonen, om at det er for lita tid til seksuell rådgjeving. Personalet må prioritere å bruke tida til å ta seg av pasientar som har større pleie- og overvakingstrong. Privatlivet til pasientane som ein ynskjer å diskutere seksualitet med, blir lite ivaretatt (12–16).

NÅR GJE RÅD?

Det finnast tilrådingar som seier at rådgjeving bør finne stad medan pasienten er på sjukehus, eller etter pasienten er utskriven. Andre tilrådingar seier at rådgjevinga bør starte på sjukehus og fortsette etter at pasienten er utskriven, gjerne i eit hjarterehabiliteringsprogram (13, 15). I løpet av eit sjukehusopphald er fysioterapeutar ofte inne i biletet for å snakke med pasienten om kva fysisk aktivitet dei kan drive med etter eit hjarteinfarkt. Å diskutere seksuelle problem i samband med fysisk aktivitet og trening kan vere gunstig (12). Ikkje alle pasientar ynskjer å diskutere seksuelle problem, spesielt i den akutten fasen, og det er då viktig at ein respekterer dette.

> **«Seksualitet er for mange vanskeleg å snakke om.»**

Det er viktig å starte tidleg med seksuell rådgjeving til infarktpasientane og partnar som ynskjer dette, med oppfølging både under sjukehusopphaldet og etter utskriving for at pasienten kan oppretthalde seksuell integritet og livskvalitet. Mange pasientar opplever stor usikkerheit, og spørsmål om kva ein kan og ikkje kan gjere dukkar ofte opp når dei er komne tilbake til kvardagen og skal oppta dei daglege aktivitetane igjen i livet, inkludert seksuell aktivitet (17).

KVEN HAR ANSVARET?

Kven som har ansvaret for seksuell rådgjeving, er det ikkje noko konsensus på. I tilrådingane som AHA og ESC har kome med, blir titlane «helsepersonell» og «tilsette som arbeider med pasientar med kardiovaskulær sjukdom» brukte (13). I andre artiklar og studiar blir titlane «lege», «kardiolog», «sjukepleiar», «kardiologisk sjukepleiar» og «anna helsepersonell» nytta (6, 7, 9–12, 15, 17–25).

Studiar viser at mange pasientar synast det er greitt at helsepersonell gjev seksuell rådgjeving, og at sjukepleiarar både i sjukehus og primærhelsetenesta spelar ei viktig rolle (18). Når ein skal snakke med pasientar om seksualitet, er det ein fordel at den som skal ha samtalen, er blitt kjent med pasienten og sjølv kjenner seg vel med å ha samtalen. Ettersom sjukepleiar kjem nær pasientane og har ein føresetnad for å bygge eit tillitsforhold, er det mykje som talar for at

hovudansvaret for seksuell rådgjeving bør ligge hos sjukepleiar.

I litteraturen blir seksuell rådgjeving skildra som ein viktig del av sjukepleiepraksis (15). Det står at det i stor grad er opp til sjukepleiarar å implementere seksuell rådgjeving i den daglege praksis. Dette er ein form for helsefremjing, noko som fell naturleg for sjukepleiar å skulle meistre (11). Til tross for dette møter ein store barrierar som hindrar at pasientane får seksuell rådgjeving. Hovudbarrierane kan ein tenkje er forlegenheit blant sjukepleiarar til å diskutere seksualitet med pasientar, i kombinasjon med for lite kunnskap om seksualitet og seksuell rådgjeving. Om ein manglar fysisk rom der ein kan ta opp temaet med pasienten, er òg det ein barriere.

TRENG OPPLÆRING

I konsensusdokumentet til AHA og ESC (13) er det tilrådd at personell som arbeider med hjartepasientar, treng opplæring innan seksuell vurdering, kommunikasjonsteknikkar og seksuell rådgjeving. Opplæringa må ikkje berre fokusere på kunnskapar om og innhald av seksuell rådgjeving, men òg på å auke komforten hos personellet som skal utføre rådgjevinga (13, 16). På nokre sjukehus finnast det sexterapeutar eller sexologar som kan vere behjelpelege både for pasienten og for sjukepleiarar, men på langt nær alle sjukehus har dette tilbodet. På dei sjukehusa som har sexolog, er dette tilbodet ofte lite opplyst.

Ein kan òg diskutere om det er nok merksemd på seksualitet og seksuell rådgjeving på grunnutdanninga i sjukepleia. I ein studie frå 2013 som er gjort blant 320 sjukepleiarar som jobba på akuttavdeling eller med hjarterehabilitering, svara meir enn halvparten at det var lite eller inga merksemd på seksualitet og seksuell rådgjeving i grunnutdanninga. Dei svara òg at det berre var eit fåtal som fekk opplæring eller tok meir utdanning utover grunnutdanning innan handtering av seksualitet (19).

GÅ GJENNOM MEDISINAR

Mange hjarteinfarktpasientar ynskjer å få informasjon om seksualitet. Korleis dei kan gjenoppta seksuell aktivitet på ein trygg måte er ofte ei stor bekymring (13, 15). I konsensusrapporten til AHA og ESC (13) blir det nytta evidensgradering og tilrådingar (figur 1). Rapporten samanfattar evidens for seksuell rådgjeving med generelle råd om seksuell aktivitet ved hjartesjukdom. Den lyftar òg fram tilrådingar som er meir diagnosespesifikke (13).

Seksuell rådgjeving ved hjartesjukdom bør innehalde ein gjennomgang av medikamenta til pasienten, med informasjon om korleis desse kan påverke seksuell funksjon og om at det er viktig at pasienten rapporterer dersom det oppstår biverknader. Det hender at pasientar sluttar å ta medisinar på grunn av biverknader. Difor er det viktig å snakke om kva risiko det inneber, og at ei lita dosejustering kan vere nok til at biverknadane forsvinn. Eventuelt kan ein bytte til eit anna medikament med same effekt, dersom det ikkje aukar risikoen for komplikasjonar (Kl. 2A;C).

«Mange opplever seksuelle problem i etterkant.»

Kardiovaskulær sjukdom i seg sjølv kan føre til seksuell dysfunksjon, så det er viktig å kartlegge om det er sjukdomen eller biverknader frå medikamenta som fører til problem. Det kan vere ein fordel å oppmuntre til å bruke kjente og komfortable stillingar for å redusere stress i samband med seksuell aktivitet (Kl. 2A;C). Det kan òg vere ein fordel å bruke aktivitetar som kyssing, kosing og kjærteikn som ein overgang til samleie eller for dei som ikkje klarer å utføre samleie på grunn av redusert hjartekapasitet, då dei krev mindre energiforbruk (Kl. 2A;B). Kardiovaskulære symptom i løpet av seksuell aktivitet førekjem sjeldan hos pasientar som ikkje har opplevd liknande symptom ved trening.

NÅR GJENOPPTA SEX?

Det er rimeleg å oppmuntre pasienten til å gjenoppta seksuell aktivitet når pasienten er i stand til å belaste 3–5 METs . Metabolsk ekvivalent (MET) er eit fysiologisk mål på energiforbruk for fysisk aktivitet. Ein MET-skår på 1 gjev eit oksygenforbruk på 3,5 ml oksygen per kilo per minutt, medan 2 METs gjev ei dobling av oksygenforbruket. Ein MET-skår på 3 gjev tre gongar så høgt oksygenforbruk som ved 1 MET (13, 20, 26).

Seksuell aktivitet blir ofte likestilt med 2–3 METs i preorgasmisk fase, og 3–4 METs under orgasme, som svarar til å gå 5–6 km/time på eit plant underlag (6). Regelmessig fysisk trening er assosiert med redusert risiko for at seksuell aktivitet skal trigge kardiovaskulære hendingar. Difor kan det vere gunstig å inkludere tilrådingar om fysisk trening som ein del av seksuell rådgjeving (Kl. 2A;B).

Informasjon om risiko knytt til seksuell aktivitet bør vere ein del av

Figur 1: Gradering av evidens og anbefalingar

Evidensgrad

A.	Data frå multiple randomiserte kliniske studiar eller metaanalysar.
B.	Data frå ein randomisert klinisk studie eller ikkje-randomiserte studiar.
C.	Berre konsensusutsegn frå ekspertar, case-studiar eller standardbehandling.

Anbefalingar

Klasse 1.	Behandlinga bør brukast.
Klasse 2A.	Behandlinga bør vurderast å bli brukt.
Klasse 2B.	Behandlinga kan vurderast å bli brukt.
Klasse 2.	Behandlinga bør ikkje brukast.

Anbefalingar med evidensgrad B eller C inneber ikkje at anbefalinga er svak. Mange viktige kliniske problemstillingar som vert tekne opp i rapporten er ikkje eigna for kliniske studiar (7).

rådgjevinga. Pasientar med låg risiko bør oppmuntrast til å starte eller gjenoppta seksuell aktivitet. Dei med høg risiko eller dei som opplever kardiovaskulære symptom ved seksuell aktivitet, bør vente til sjukdomstilstanden har stabilisert seg (Kl. 2A;B). Pasientar må oppfordrast til å rapportere alle symptom dei opplever i samband med seksuell aktivitet. Nitroglyserin kan nyttast dersom det oppstår brystsmerter ved seksuell aktivitet. Dersom smertene ikkje går over, oppfordrast det til å søke medisinsk hjelp (Kl. 1;B) (13, 20).

START MED KYSS OG KOS

Pasientar som har gjennomgått eit ukomplisert hjarteinfarkt, der sjukdomstilstanden har stabilisert seg og dei er asymptomatiske ved mild til moderat aktivitet, tilrådast å gjenoppta seksuell aktivitet etter ei veke eller meir etter hjartehendinga. Dei bør starte gradvis med aktivitetar som krev mindre anstrenging, som kyssing, kosing og kjærteikn, som ein overgang til samleie. Dette kan vere med på å bygge tillit mellom pasienten og partnar. I tillegg får dei testa ut på ein forsiktig måte kva den som har gjennomgått hjarteinfarktet, toler med tanke på seksuell aktivitet (Kl. 2A;C).

Det er òg viktig å gje pasientane informasjon om at dersom det ikkje oppstår anginasmerter under trening, så er det liten risiko for at dette skal oppstå under seksuell aktivitet. Dersom anginasmerter likevel skulle oppstå, og smertene ikkje går over av seg sjølv innan eit kvarter eller fem minuttar etter å ha teke nitroglyserin, er det tilrådd at pasienten tek kontakt med legevakta (Kl. 2B;C). For pasientar som brukar PDE5-hemmarar før seksuell aktivitet, er det tilrådd at dei ikkje bruker nitrat ved anginasmerter, då kombinasjonen av desse preparata kan gje blodtrykksfall. Pasienten må då oppfordrast til å ta kontakt med legevakt eller nødtelefon (Kl. 3;C) (13, 20).

KORLEIS GJE RÅD?

Det er utvikla fleire ulike modellar som skal vere til hjelp ved seksuell rådgjeving. PLISSIT-modellen, utvikla av sexolog Jack Annon i 1975, er det vanlegaste verktøyet helsepersonell brukar for å gje seksuell rådgjeving til pasient og partnar. PLISSIT står for Permission, Limited Information, Specific Suggestion og Intensive Therapy. Dei to første trinna i denne modellen er enkle trinn å bruke som verktøy når ein skal gje seksuell rådgjeving.

Ein startar med å be pasienten om løyve til å ta opp seksuelle tema for å avklare grad av hjelpetrong, skape tryggleik rundt seksualitet og signalisere at det er ein viktig del av livet til mange menneske. Deretter gjev ein pasienten ei avgrensa mengde informasjon om seksualitet, slik at pasienten får svar på bekymringar og utfordringar. Det kan vere hensiktsmessig å bruke ein gradvis tilnærmingsmåte der ein inkluderer erfaringar frå andre pasientar eller brukar evidensbasert kunnskap for å opne samtalen.

Spørsmålet «Det er vanleg at den seksuelle helsa blir påverka av eit hjarteinfarkt, er dette noko du ynskjer å snakke om?» er eksempel på gradvis tilnærming. På denne måten opnar sjukepleiar opp for at det er greitt å snakke om seksualitet. Ein gjev pasienten tryggleik på at seksuelle problem er noko fleire opplever etter eit hjarteinfarkt, men at det blir på pasienten sine vilkår.

Tredje trinnet i modellen, spesifikk rådgjeving, inneber at ein må tilpasse informasjon om seksualitet. Denne delen krev kunnskapar og ekspertise som er relevant for den aktuelle pasienten og partner med eit spesifikt problem eller tilstand. Det er hensiktsmessig at rådgjeving på dette trinnet vert utført av sjukepleiar eller lege med spesialisering, eller med mykje kunnskapar og erfaring innan temaet.

Siste trinnet, intensiv terapi, går ut på å behandle alvorlege seksuelle problem. Slik terapi krev spesialkompetanse og utdanning innan sexologi (3, 13, 21). ALARM, BETTER og PLEASURE er døme på andre modellar som skal vere til hjelp for å vurdere pasienten si seksuelle helse, og som kombinerer vurdering og intervensjon (3).

INFORMER I GRUPPER

Når sjukepleiar skal gje seksuell rådgjeving til pasient og partnar, kan ein nytte informasjonsbrosjyrar og anna trykt materiale som er utarbeidd på bakgrunn av tidlegare pasientar og partnare sine erfaringar, med spørsmål og svar om seksualitet og samliv. Implementering av gruppeundervisning for pasient og partnar kan vere ein gunstig metode for seksuell rådgjeving (18).

Gruppeundervisning eller praktisering av seksuell rådgjeving i ein klasserommodell kan vere med på å gjere sjukepleiaren meir komfortabel ved at det blir som ei undervisning og ikkje som ein-til-ein-rådgjeving (15). Dette kan vere med på å hindre at barrierar som beskrive tidlegare, skal oppstå (18). Ein må òg ha i tankane at gruppeundervisning ikkje passar for alle pasientar, då mange har vanskar med å diskutere si seksuelle helse med sin partnar. Då er det eit stort og uhandterleg steg for mange å skulle diskutere dette i grupper.

OPPSUMMERING

Det føreligg tilrådingar om kva informasjon pasientar med hjartesjukdom bør få og korleis sjukepleiarar og anna helsepersonell kan gå til verks for å drive med seksuell rådgjeving. Seksuell helse og rådgjeving bør få meir merksemd allereie på grunnutdanningsnivå innan sjukepleiefaget. Der bør òg vere ei auka merksemd på å kvalifisere og heve kunnskapen til allereie utdanna sjukepleiarar og anna helsepersonell. Helsepersonell, då særleg sjukepleiarar, som arbeidar med hjarteinfarktpasienter og pasientar med anna hjartesjukdom, må ta eit aktivt ansvar for å diskutere seksualitet med pasientane. Dei kan med fordel ta i bruk informasjons- og undervisningsmateriale og hjelpemiddel som allereie finnast. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
fagartikler@sykepleien.no

REFERANSAR:

1. WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–3101.2002, Geneve. 2002.
2. Kunnskapssenteret. Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Rapport nr. 2-2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2012.
3. Sundbeck, M. Sexuell hälsa i vården: en metodbok för sjuksköterskor. Lund: Studentlitteratur. 2013.
4. Idehen M. Seksualitet og livskvalitet. København: Idehen og Munksgaard. 2013.
5. Statens folkhälsoinstitut. Sex, hälsa och välbefinnande. Östersund. 01.2012.
6. Sauer WH, Kimmel SE, Kaski JC, Saperia GM (29.01.16). Sexual activity in patients with cardiovascular disease Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/sexual-activity-in-patients-with-cardiovascular-disease. (Nedlastet 14.11.2016).
7. Mårtensson J, Fridlund B, Jaarsma T. Sexrådgivning viktig vid kardiovaskulär sjukdom. Läkartidningen, 2014;111:CZH4.
8. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, Foster E et.al. Sexual activity and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2012;125:1058–72.
9. Bispo GS, de Lima Lopes J, de Barros ALBL. Cardiovascular changes resulting from sexual activity and sexual dysfunction after myocardial infarction: integrative review. J Clin Nurs 2013;22:3522-31.
10. Flàvia dos Santos A, Vera LRM. Sexuality of postinfarction patients: diagnosis, results and nursing intervention. J Clin Nurs 2013;23:2101–09.
11. Mosack V, Steinke EE. Trends in sexual concerns after myocardial infarction. J Cardiovasc Nurs 2009;24:162–70.
12. Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B, De Geest S, Mårtensson J, Moons P, Norekval TM, Smith K, Steinke E, Thompson DR. Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. Eur J Cardiovasc Nurs 2010;9:24–9.
13. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, Fridlund B, Kautz DD, Mårtensson J, Mosack V, Moser DK. Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: A consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. Circulation 2013;128:2075–96.
14. Steinke EE, Mosack V, Barnason S, Wright DW. Progress in sexual counseling by cardiac nurses, 1994 to 2009. Heart Lung 2011;40:15–24.
15. Crumlish B. Sexual counselling by cardiac nurses for patients following an MI. Br J Nurs 2004;13:710–13.
16. Alwani N, Jewani E, Momin S, Naveed A. Trends/issues faced by health care professionals while discussing sexual issues with patients. I-manager's J Nurs 2011;1:11–15.
17. Vassiliadou A, Stamatopoulou E, Gerodimou E, Toulia G, Pistolas D. The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction. Health Sci J 2008;2:111–8.
18. Ivarsson B, Fridlund B, Sjöberg T. Information from health care professionals about sexual function and coexistence after myocardial infarction: A Swedish national survey. Heart Lung 2009;38:330–5.
19. Barnason S, Steinke EE, Mosack V. Exploring nurses' perceptions of providing sexual health counseling for patients with cardiac disease: Implications for evidence-based interventions. Dimens Crit Care Nurs 2013;32:191–98.
20. Steinke EE, Jaarsma T. Sexual counseling and cardiovascular disease: practical approaches. Asian J Androl 2015;17:32–9.
21. Jaarsma T, Steinke EE, Gianotten WL. Sexual problems in cardiac patients – How to assess, when to refer. J Cardiovasc Nurs 2010;25:159–64.
22. Søderberg LH, Johansen PP, Herning M, Berg SK. Womens' experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. J Clin Nurs 2013;22:3532–40.
23. Steinke EE, Barnason S, Mosack V. Changes in myocardial infarction – Specific sexual counseling by cardiac nurses. Dimens Crit Care Nurs 2011;30:331–8.
24. Brännström M, Kristofferzon ML, Ivarsson B, Nilsson UG, Svedberg P, Thylèn I, SAMMI-study group. Sexual knowledge in patients with a myocardial infarction and their partners. J Cardiovasc Nurs 2014;24:332–9.
25. Akdolun N, Terakye G. Sexual problems before and after myocardial infarction: Patients' needs for information. Rehabil Nurs 2001;26:152–8.
26. Jette M, Sidney K, Blümchen G. Metabolic equivalents (METS) in exercise testing, exercise prescription and evaluation of functional capacity. Clin Cardiol 1999;13:555–65.

– Dersom du i fremtiden er 250 år og syk, vil du kunne ha teknologi rundt deg hjemme som gjør at du slipper innleggelse, spår Karl Øyri.

Friske fremtidsvyer

Tekst **Ingvald Bergsagel**

Inngrodde forestillinger om sykdom, behandling, pasientrollen og helsevesenet kan snart bli snudd fullstendig på hodet:

- Ultrapresis robotkirurgi som knapt merkes, utført på høyteknologiske sykehus der ingen pasienter blir liggende
- «Intelligente» sensorer i duppeditter og kropper som varsler helsepersonell før du selv ser at du trenger hjelp
- 3D-printere som skriver ut individtilpasset medisin hjemme hos deg selv
- Mat tilsatt nanopartikler som effektivt forebygger enhver sykdom du har anlegg for – inkludert kreft
- Oppegående 250-åringer med full kontroll over egen behandling

TANKESTREKK

Helserevolusjoner som science fiction-forfattere har fabulert om, er ikke nødvendigvis så langt unna virkeligheten. I alle fall ikke om vi skal tro Karl Øyri, seksjonsleder for metodeutvikling og industrisamarbeid ved Intervensjonssenteret på Rikshospitalet.

Under høstens store sykepleierkongress oppfordret han tilhørerne til å strekke tankene litt lenger. Til å se for seg sykehus uten senger og pasienter som selv bestemmer over hva, når og hvor.

Vi tok ham på ordet, og ba om hjelp til en real og visjonær tankestrekk for fremtidens helsevesen.

OPPGITT OVER VANETENKNING

– Utvikling skjer der man har store vyer.

Det understreker Karl Øyri, når Sykepleien møter ham på hans egen arbeidsplass, blant roboter opprinnelig utviklet for bilindustrien og annet høyteknologisk utstyr.

På Intervensjonssenteret jobbes det med å utvikle avanserte, medisinske prosedyrer i kontrollerte omgivelser. Her har halvparten av staben teknologisk bakgrunn, og behovet for slik kompetanse er økende.

Øyri konstaterer at den teknologiske og vitenskapelige utviklingen går uhyrlig raskt. Det krever at alle ledd tar høyde for dette og forsøker å henge med i svingene.

– I dag støper vi sykehus i betong og tenker at de skal stå slik i sytti år, sier han med et sukk.

Han mener myndighetene beregner og bygger ut fra at hver enkelt borger vil ha omtrent samme tje-

> **«Roboter kan gjøre inngrep med presisjon på molekylært nivå.»**

nestebehov som i dag. At man under planleggingen nærmest bare justerer for demografiske endringer i befolkningen etter gårsdagens gjennomsnitt.

SENGELØSE SYKEHUS

Øyri ser for seg en fremtid med sengeløse sykehus der ingen lenger trenger å bli liggende lenge. Der minimalt invasiv kirurgi, noe han selv jobber mye med, er blitt normen.

Operasjoner, som tidligere medførte ukevis med sengeliggende rekonvalesens, utføres allerede nå med kun lokalbedøvelse og utskriving dagen etter.

– Du har i dag maskiner som kan se i andre lysspektre enn det menneskelige øye, og for eksempel forstå hvilket vev som skal fjernes. Roboter kan gjøre inngrep med presisjon på molekylært nivå. Nå deler man omtrent folk i to; om de for eksempel skal opereres for tarmkreft med spredning til lever. Slikt vil det snart være slutt på.

MEDISINPRINTERE

Øyri mener langt flere inngrep vil kunne utføres med presisjon og teknikk som gjør at rekonvalesensen består av et plaster og to Paracet.

Det vil si, kanskje ikke plaster engang. Med såkalt high-intensity focused ultrasound, kan man allerede i dag operere uten å bryte hudbarrieren på pasienten, som kan være våken under hele prosedyren.

– Dette brukes i dag ved for eksempel fjerning av godartete svulster på livmor.

Og Paracet, i bokstavelig forstand, blir også misvisende. Den slags masseproduserte medisiner – som kan virke for noen, men langt fra alle og kun gi bivirkninger for en tredje gruppe – tror Øyri snart kan være en saga blott. I stedet vil man kunne printe individuelt tilpassete medikamenter basert på hver og ens forutsetninger, kartlagt ned til minste biologiske byggekloss.

– 3D-printing av medisiner er allerede en realitet, forteller han.

– I stedet for blekk, lader man printeren med ulike kjemiske stoffer som så settes sammen til ønsket dose og blandingsforhold, tilpasset den enkelte mottaker.

ALLVITENDE PASIENTER

Andre omveltninger kan være relatert til informasjonstilgang.

– I dag er det en stor kunnskapsmessig ubalanse mellom pasient og behandler, påpeker Øyri.

– Selv om pasientene har rett til all informasjon om seg selv, har de i realiteten ikke fullt innsyn fordi informasjonen er vanskelig å forstå. De mangler blant annet tolkningsverktøy, men dette vil kunne endre seg raskt.

Øyri viser blant annet til BigMed-prosjektet, som han selv er involvert i. Målet her er at man gjennom automatisert innhenting og vurdering av

TANKESTREKK: Seksjonsleder for metodeutvikling og industrisamarbeid ved Intervensjonssenteret på Rikshospitalet, Karl Øyri, tror mye i helseverden vil være radikalt annerledes om få år. Foto: Ingvald Bergsagel

enorme mengder informasjon – fra pasientjournaler, prøvedata, oppdatert forskning og så videre – skal kunne ta raskere og bedre beslutninger for den enkelte pasient. Teknologien er der allerede, i form av IBMs superdatamaskin Watson, som bare blir smartere og smartere jo mer den brukes.

– I stedet for at pasientene underkaster seg legenes kompetanse og vurderinger, som i dag, vil de selv, som eiere av all informasjon om egen helse, kunne ta vel så gode avgjørelser basert på samme forståelse, mener Øyri.

– Dette kan fullstendig forskyve dagens maktfordeling mellom brukere og tilbydere av helsetjenester.

PENGER SOM FØLGER PASIENTER

En slik maktforskyvning vil kunne forsterkes kraftig, om det går slik Øyri tror, med selve organiseringen av helsevesenet.

– Jeg tror pengene i fremtiden vil følge pasientene, heller enn helseforetakene, sier han.

«Jeg tror vi i fremtiden kan bli 300 år, og at sykepleiere vil jobbe mer forebyggende for å sørge for at folk faktisk følger rådene som virker.»

– Dette vil være både billigere og bedre for myndighetene. Da kan hver enkelt av oss kjøpe de tjenestene vi trenger fra en kvalifisert industri, som har langt bedre evne til omstilling og til å møte behov.

– Du virker veldig optimistisk på markedskreftenes vegne?

– Myndighetene vil fortsatt ha en viktig rolle som regulator. De vil bidra med finansiering og være premissleverandør, mens selve tjenestene leveres av andre som er bedre skikket og mer giret for omstilling.

PRESISJONSFOREBYGGING

Det er over 13 år siden det menneskelige genom ble kartlagt, og kunnskapsutviklingen har på ingen måte stanset opp.

Med stadig høyere presisjonsnivå kan man si hva som forårsaker sykdommer, forutsi hva hver enkelt er biologisk disponert for og forebygge mer effektivt.

– Jeg tror derfor fremtidens helsesystem i mye større grad vil handle om forebygging, fremfor behandling. Man vil vite hva som forårsaker sykdom og plager og kunne tilpasse livsstil, ernæring og miljø deretter.

– Vi vet jo mye om hva som fungerer i

dag, men det er ikke alltid like lett å spise sunt eller trene nok...

– I fremtiden vil du kunne få de stoffene du trenger gjennom nanopartikler tilsatt mat og drikke. Det vil smake som før, men være mye bedre for deg. Slik kan du fortsette å spise det du liker.

– Jeg tror vi i fremtiden kan bli 300 år, og at sykepleiere vil jobbe mer forebyggende for å sørge for at folk faktisk følger rådene som virker, spår Karl Øyri.

MASKINENE SER DEG

Øyri påpeker at mulighetene for å unngå sykdommer og lidelser før de bryter ut, også vil kunne forsterkes av mer avansert og sammensatt monitorering.

– Her finnes det mange muligheter gjennom nye plattformer som mobiltelefoner, aktivitetsklokker og diverse sensorer i hjemmet.

Slike enheter kan for eksempel registrere om en utsatt pasient er i mindre aktivitet enn normalt, om vedkommende faller eller er fem ganger på toalettet i løpet av natten – ting som gjør at alarmen går automatisk.

– Slike løsninger vil bli smartere og smartere og ulike enheter vil kommunisere med hverandre.

– Skaper ikke utviklingen mange etiske utfordringer knyttet til overvåkning og personvern?

– Vel, har du en dødelig sykdom, vil du nok gjøre det som trengs. Dersom du i fremtiden er 250 år og syk, vil du kunne ha teknologi rundt deg hjemme som gjør at du slipper innleggelse. Da tror jeg vern om privatlivets fred vil få en noe lavere prioritet for den det gjelder, sier Øyri.

– Man kan velge en negativ eller positiv posisjon. Jeg velger å være optimist og tror mennesket er grunnleggende rettferdig. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no

UTSKRIFTSVENNLIG: 3D-printing av medisiner og biologisk materiale kan komme til å spille en stor rolle i fremtidens helsevesen. Her en maskin fra russiske 3D Bioprinting Solutions, som hevder å ha printet fungerende skjoldbruskkjertler for mus. Foto: Wikimedia/3D Bioprinting Solutions

Fakta

6 mulige revolusjoner: Slik kan – med alle mulige forbehold – helsefremtiden se ut

1 **Personifisert medisin og mat:** Generelle kostholdsråd og masseprodusert medisin med usikker effekt kan bli en saga blott. I stedet tilpasses ernæring og medisin hvert individs spesifikke og nøye kartlagte behov.

2 **Sengeløse sykehus:** Mindre invasiv kirurgi, avansert robotikk og andre teknologiske nyvinninger gjør at inngrep som tidligere krevde full narkose, åpning av brystkasse og lang rekonvalesens, kan gjøres med lokalbedøvelse og umiddelbar utskriving. En annen betydelig utviklingstendens kan være mer spesialisthelsetjeneste i hjemmet.

3 **Full kartlegging:** Det menneskelige genom ble kartlagt allerede i 2003, og kunnskapen på dette feltet har tatt noen sjumilssteg siden den gang. Med kartlegging av hver enkelt individs genetiske egenskaper vil sykdommer kunne forutses og forebygges med stadig større presisjon.

4 **«Alt» kan printes:** Individuelt tilpasset medisin, enkeltceller, indre organer, kroppsdeler, hud, blodårer og hjelpemidler av ymse slag – det er få grenser for hva man kan, eller snart antas å kunne lage, ved hjelp av 3D-printing. Bioprinting er for lengst en realitet, og utviklingen går raskt.

5 **Konstant egenmonitorering:** Smarttelefoner har i noen år allerede kunnet telle dine skritt, måle søvnkvalitet og sjekke puls. Samtidig utvikles og utvides tingenes internett i raskt tempo. Jo mer ting og sensorer rundt deg «prater» sammen, jo bedre kan de overvåke din helsetilstand, hjelpe deg å forebygge og varsle helsepersonell når det haster.

6 **Symmetrisk kunnskap:** Det blir langt færre turer til lege og spesialist om all faglig kunnskap de har tilegnet seg, blir tilgjengelig for enhver gjennom hurtiglesende og tolkende datamaskiner. Informasjon om egen helse, i form av prøveresultater, genkartlegging, journaler og så videre tilhører også hver enkelt og kan mates i de samme maskinene. Brukerne kan slik bli like skikket som fagfolk til å vurdere og bestille tiltak og behandling.

Vitenskapelige artikler på sykepleien.no

NYLIG PUBLISERT!

På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagfellevurderte forskningsartikler som er relevante for sykepleiere i praksis, for høyskoler og studenter.

Sammendrag:

Erfaringer med diagnostisering og behandling av testikkelkreft

Bakgrunn: Menn opplever det som utfordrende å bli diagnostisert med og behandlet for testikkelkreft.

Hensikt: Å utforske hvordan personer opplevde og mestret utfordringene ved å bli diagnostisert med og behandlet for testikkelkreft.

Metode: Studien innbefatter fem individuelle kvalitative intervjuer av tidligere pasienter med testikkelkreft.

Resultat: Mennene syntes tiden frem til diagnosen og det å være under utredning var vanskelig. Å få diagnosen kom som et sjokk, selv om de hadde en mistanke om testikkelkreft. De opplevde operasjonen som ukomplisert, mens behandlingen med cellegift var en påkjenning fysisk og psykisk. Som mestringsressurs var ektefelle eller samboer mest støttende, men også arbeidsgiver, kollegaer og helsepersonell var til hjelp. Å få oppdatert informasjon, være i fysisk aktivitet, ha håp og være åpen om sykdommen var sentralt for å mestre den vanskelige tiden.

Konklusjon: Mennene syntes det var utfordrende å få diagnosen testikkelkreft og gjennomgå cellegiftbehandling. Støtte, fysisk aktivitet og håp bidrar til bedre mestring, helse og velvære, og er derfor viktig. Helsepersonell kan hjelpe pasienter med testikkelkreft til å oppleve mestring. De kan gi tidlig og oppdatert informasjon, opptre støttende, bidra til håp og motivere pasientene til åpenhet og fysisk aktivitet.

Forfattere:

Hilde Håland, Signe Berit Bentsen og Astrid Karin Berland

ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

Scann Qr-koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

Sammendrag:

Urinveisinfeksjon blant eldre pasienter i hjemmesykepleien

Bakgrunn: Urinveisinfeksjon (UVI) er en hyppig forekommende infeksjon hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. Rask og sikker diagnostisering av UVI er avhengig av at helsepersonell har kunnskaper om UVI, og at undersøkelser som urinstikstest og urinprøvetaking blir gjennomført med så få feilkilder som mulig.

Hensikt: I denne artikkelen presenterer forfatterne en kartlegging av hvilken kunnskap ansatte i hjemmesykepleien har om UVI og hvilken praksis som er knyttet til bruken av urinstiks og urinprøver. Formålet med studien var å identifisere mulige forbedringspunkter for praksis.

Metode: Forfatterne utviklet et spørreskjema med 16 spørsmål, som ble sendt til 209 ansatte i hjemmesykepleien i seks ulike kommuner. 141 responderte (svarprosent på 67,5).

Resultat: Studien viser at flere forhold i praksis kan forbedres. Det er behov for kompetanseheving blant helsepersonellet når det gjelder å oppdage symptomer på UVI. Sentrale forbedringspunkter ved bruk av urinstiks er knyttet til avlesning, kunnskap om hvilket utslag man skal se på, og kunnskap om tilstrekkelig urinmengde. Utfordringer ved urinprøvetakingen handler om forurensning av urin, rutiner for forsendelse samt dokumentasjon.

Konklusjon: På bakgrunn av studiens funn er det hensiktsmessig å utvikle en nasjonal prosedyre for urinstiks og urinprøvetaking i hjemmetjenester. Det er også ønskelig å utvikle mer pålitelige og pasientvennlige diagnostiske verktøy for å diagnostisere UVI.

Forfattere:

Pia Cecilie Bing-Jonsson og Siri Tønnessen

ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

Scann Qr-koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

REDUSERER SPRÅK-BARRIERER PÅ SYKEHUS

Pasienter som ikke forstår norsk, får ikke den tolkehjelpen de har krav på. Derfor bør en tolkeresept følge pasienten helt fra starten hos fastlegen.

KVALITETSSIKRINGSARBEID:
Artikkelen bygger på
60 % praksis
40 % teori

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2016.59420

Inger Ellen Kolbjørnsen
sykepleier og kulturveileder, Spesialsykehuset for epilepsi, Oslo universitetssykehus

Lina Engeland
sykepleier og kulturveileder, Spesialsykehuset for epilepsi, Oslo universitetssykehus

Seksjon for likeverdig helsetjeneste ved Oslo universitetssykehus (OUS) er en overbyggende seksjon som arbeider aktivt på hele sykehuset for å møte dagens og morgendagens utfordringer med en flerkulturell befolkning. Sammen med Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo kommune startet seksjonen etterutdanningen «Veiledning i flerkulturelt helsearbeid». Studiet retter seg mot flere yrkesgrupper og er aktuelt for sykepleiere. Studentene blir veiledere (1) for kollegaer i spørsmål som omhandler minoritetshelse, tradisjon, kultur, religion, språk, helseforståelse, holdninger og tradisjoner. Norske sykehus er bygget etter våre tradisjoner, og våre rutiner kan være fremmede for andre. Vi gjennomførte etterutdanningen i 2011 og 2012 og fikk i oppdrag å se på innkalling til sykehus for pasienter som ikke forstår norsk.

BAKGRUNN

Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) ved OUS har en landsdekkende funksjon for kompleks epilepsi. På tidspunktet for undersøkelsen vår ble all innkalling til sykehuset skrevet på norsk og sendt adressaten i brevform. I 2013 var det ingen oversikt over hvorvidt pasientene med minoritetsbakgrunn forsto norsk (2). Spesialistkapasiteten ble ikke utnyttet når pasienter ikke kom til planlagt innleggelse. Pasienter med behandlingstrengende epilepsi mistet også viktig behandling. Et annet problem var at pasienter som ikke forsto norsk, møtte til behandling uten at det var bestilt tolk til innleggelsessamtalen. Det sto ikke noe i henvisningen til pasienten om tolkebehov. Sykepleiere ved inntakskontoret brukte derfor mye tid på å finne ut om pasienten trengte tolk og i så fall til hvilket språk.

Arbeidet med å forbedre kvaliteten på innkallingen skulle sørge for at pasienter som ikke forstår norsk, møter til innleggelse. Det skulle også sikre at riktig tolk blir bestilt, slik at pasienten kan få snakket med lege og sykepleier. På den måten ville de sikres lovpålagt rett til likeverdig behandling.

Oppgaven vår som kulturveiledere ved SSE var å rette oppmerksomheten mot migrasjons- og minoritetshelse. Underveis i arbeidet har vi undervist på postene og ledermøte. Vi har utarbeidet en egen intranettside for kollegaer med lenker til kulturkunnskap samt opplysninger om oss og hvor vi jobber, slik at de kan ta kontakt når de opplever vanskelige situasjoner. Sykehuset arrangerte en fagdag om temaet for alle ved sykehuset.

RETT TIL INFORMASJON

Alle pasienter har rett til medvirkning og informasjon:

«Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn .... Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens eller brukerens journal.» (3).

Lovparagrafen skal sikre at pasienter kan ta informerte valg om egen helsesituasjon. Også Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (paragraf 2.4 og 3.1) skal sikre at sykepleieren møter hver pasient ut fra pasientens forutsetning (4).

KULTURKOMPETANSE

Språkproblemer og kulturelle ulikheter vanskeliggjør kommunikasjonen og fører til et behov for å tilrettelegge for likeverdige helsetjenester (5). Mange som har vokst opp utenfor Norge, og som ikke kan det norske språket, kan ha vanskeligheter med å forstå det norske helsevesenet. Ulik kultur og tradisjon gir ulik forståelse av hva som er årsaken til en sykdom, hvordan den opptrer og hvorvidt det er mulig å behandle den.

Uten et felles språk er det vanskelig for sykepleiere å identifisere kulturforskjeller, kartlegge pasientens personlige historie og vite hva vedkommende trenger. Et

Fakta

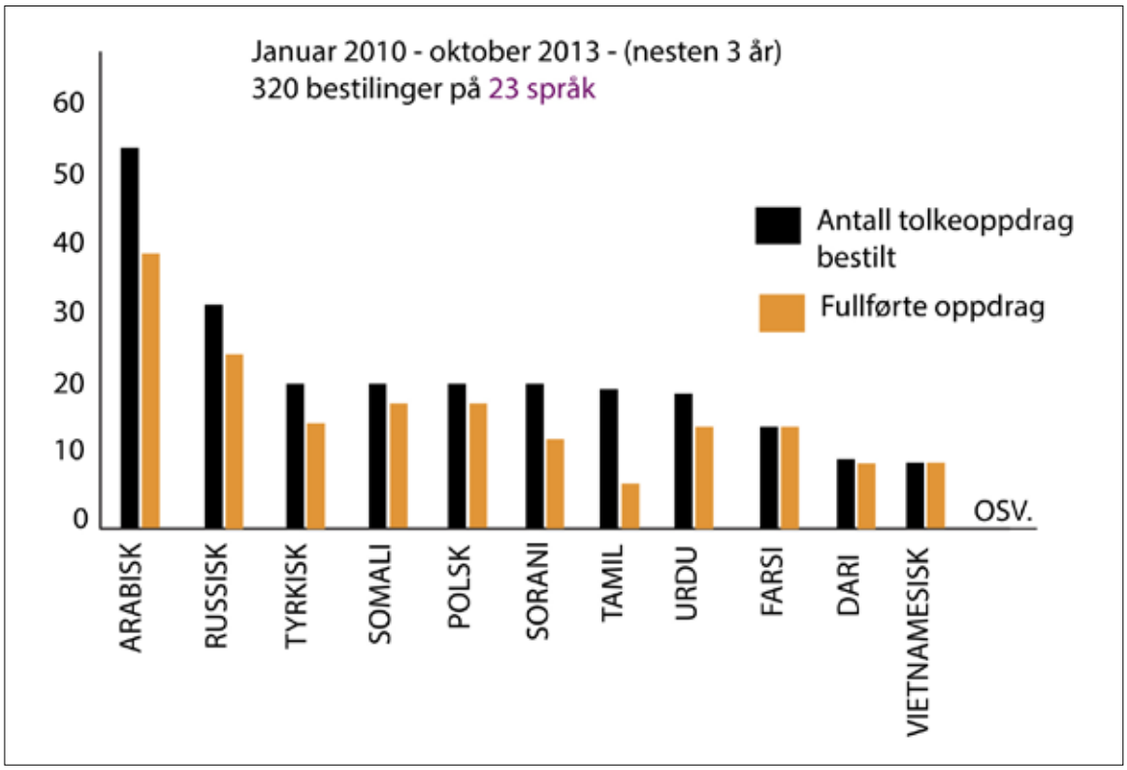
Sammendrag

Et kvalitetssikringsarbeid ved Spesialsykehuset for epilepsi avdekket at det var lite systematisk oppfølging av tolkebehov hos pasienter som ikke forsto norsk. Bruk av tolk ble tilfeldig dokumentert i henvisning og pasientjournal og gjorde innkallinger komplisert. Artikkelen beskriver det arbeidet som sykepleiere med videreutdanning i flerkulturelt helsearbeid gjorde for å bedre oppfølgingen.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
- Epilepsi
- Tolk
- Språk

Figur 1. Antall tolkeoppdrag ved SSE



manglende felles språk kan hindre at man oppdager og oppklarer misforståelser, noe som fører til ytterligere kommunikasjonsproblemer (6) og i verste fall feilbehandling.

Befolkningssammensetningen har endret seg de siste årene (7), og kulturkompetanse er nødvendig for dialog (8). Pasientgruppen med en annen språkbakgrunn rommer et stort antall minoriteter med ulike kulturbakgrunner. Pasienter kan risikere å få et dårligere tilbud dersom sykepleierne ikke identifiserer kulturell og språklig bakgrunn (9). Vi forstår begrepet kultur som noe som stadig er i endring. Kulturell identitet og kulturforskjeller påvirkes og dannes av klasse, utdanning, kjønn og alder (10) og er ikke bare knyttet til landbakgrunn.

Kultursensitivitet er en del av kulturkompetansen. Kultursensitivitet innebærer å stille seg åpen for at nettopp forskjeller i tankemåte, oppfatning, forestillinger, verdier og tro har betydning for hvordan et menneske kan nyttiggjøre seg den behandlingen som tilbys (11). Kulturkompetanse ser ikke ut til å være noe man får automatisk på bakgrunn av erfaring og praksis (12). Mange av de tiltakene som skal øke kulturkompetansen til sykepleiere, er ikke i tilstrekkelig grad bygget på forskning. Derfor anbefaler vi videre forskning på sykepleiere og kulturkompetanse (13). Både sykepleiere og leger mangler utdanning i minoriteters rettigheter og tilgang til helsetjenester (14). Vi anbefaler at utdanningene må ta mer tak i dette området (15).

EPILEPSI

Epilepsi er en kronisk sykdom. I mange land er sykdommen befengt med tabuer og fordommer fordi folk mangler kunnskap (16). Det er essensielt å ha innsikt i hva som forårsaker anfall, hvordan anfallene arter seg og hvordan lære å takle dem. Hvordan pasienten oppfatter årsaken til anfallene, har betydning for hvordan vedkommende tar til seg og følger opp behandlingsråd og medisinering. Forebyggende medisinering kan være et ukjent fenomen, og dermed tar pasienten kun medikamentet når vedkommende har anfall.

«Pasienten var kommet inn til nok et mislykket opphold.» (Sitat fra legejournal.)

Riktig medisin til riktig tid kan være avgjørende (17). Denne forståelsen deles ikke nødvendigvis av pasienter og pårørende som har en annen forståelse av sykdomsårsaken. Mange pasienter med epilepsi har dessuten tilleggsutfordringer som kognitive problemer forårsaket av anfall og/eller nødvendig antiepileptisk medisinering (18). Pasienter som ikke forstår norsk eller som ikke kan lese og ikke har nettverk som kan hjelpe, blir ekstra sårbare. Minoritetstilknytning disponerer også for lav sosioøkonomisk status. Det kan føre til ukontrollert anfallssituasjon, flere bivirkninger, økt stigmatisering og redusert livskvalitet (19, 20).

BRUK AV TOLK

Retten til likeverdige helsetjenester er innarbeidet i Nasjonal strategi for innvandreres helse (21) og i samhandlingsplanen til OUS (22). Riktig tolkebruk og respekt for andres helseforståelse er veier til likeverdige helsetjenester for befolkningen (23). Når minoritetspasienter ikke forstår skriftlig informasjon på norsk, må kommunikasjonen tilrettelegges (24).

Riktig tolkebruk er uvurderlig for pasienten og bidrar til økt selvbestemmelse, større ansvar for egen helse og færre komplikasjoner (25). Når helsearbeidere samarbeider med tolker, må de være oppmerksomme på kompleksiteten i det å tolke (26). Tolkebruk i behandling er en ferdighet som må læres (27). Det å ha en tolk til stede er ingen garanti for at pasienten skal få fullgod behandling (28). Kvaliteten på behandlingen kan avhenge av tolkens kvalifikasjoner (29). Lie anbefaler at tilgangen på tolker settes inn i et system og journalføres (30).

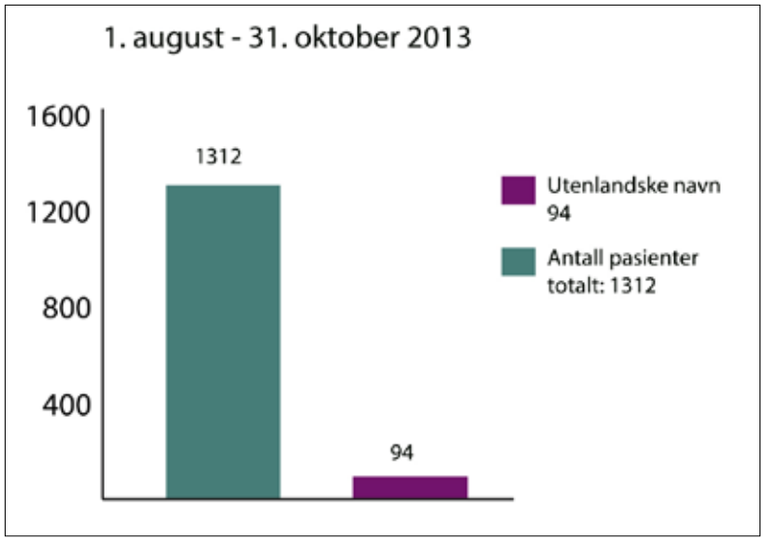
KARTLA ERFARING

I 2012 kartla vi ved hjelp av en spørreundersøkelse sykepleieres erfaring med tolkesamtaler. Undersøkelsen viste at nær halvparten, 20 av de 44 som svarte på spørsmålene, ikke hadde erfaring med å samtale med tolk. Vi fikk i oppgave av ledelsen ved SSE å se spesielt på innkalling til sykehus og kvalitetssikring av tolkebehov. Ved SSE i årene 2010–2013 var det bestilt tolk til 307 samtaler på 23 språk. Av disse var 41 blitt avbestilt (figur 1).

Deretter kartla vi hvor mange pasienter som bare hadde utenlandske navn. Denne kartleggingen ga ingen svar på tolkebehovet til gruppen, men en antydning om hvor mange som kunne ha et behov (figur 2, neste side).

Som nevnt over var det et problem at pasienter

Figur 2. Antall pasienter ved SSE



ikke kom til lenge planlagte innleggelser. Det er et kjent fenomen at mange ikke møter ved innkalling til sykehus og polikliniske timer (31). En hypotese ved inntakskontoret var at noen pasienter ikke kom fordi de ikke forsto innkallingen. Det var vanskelig å oversette innkallingsbrevet til mange språk. En slik praksis garanterte heller ikke å treffe pasientens språk så lenge dette var ukjent. Sykepleierne ved inntakskontoret erfarte at tolkebehov ikke alltid var dokumentert i henvisningen til pasienten. De brukte mye tid på å nå pasienter på telefon før innleggelse. Dersom de ikke forsto hva pasientene svarte, stoppet kommunikasjonen opp. Vi utformet derfor et nytt vedlegg, der vi oversatte en kort informasjonstekst til tolv språk: «Viktig beskjed – Du kan få tolk på sykehuset, ring tlf. 67 50 14 15.» (figur 3). Dette vedlegget ble lagt ved innkallingsbrevet til de pasientene som bare hadde utenlandske navn. Likevel var det ingen som ringte og ba om tolk.

Pasientene har flere konsultasjoner før de henvises til spesialisthelsetjenesten. Hvis det svikter på et tidlig trinn, må hvert nye kontaktpunkt gjenoppta utredningen av tolkebehov. Vi utarbeidet derfor en «tolkeresept» (figur 4) etter modell fra Lovisenberg Diakonale Sykehus. Denne resepten kan pasienter selv bruke i kontakt med helsevesenet. Den kan tas i bruk i starten av pasientløpet og følge pasienten helt til spesialisthelsetjenesten. Både førstelinjetjenesten, folkeuniversitet og mottak kan ta tilsvarende i bruk.

FUNN OM DOKUMENTASJONEN

Da vi gikk gjennom henvisninger i to perioder – før og etter at vedlegget ble sendt ut – så vi få endringer i dokumentasjon av tolkebehov. Det var bestilt 44 tolkesamtaler den første perioden. Behov for tolk var dokumentert i ni henvisninger – altså et misforhold mellom bestilling og behov (figur 5). I den andre perioden, etter at vedlegget ble sendt ut, var antallet tolkebestillinger 40. Likevel var det bare ti av henvisningene som beskrev et behov for tolk. Vi gikk derfor gjennom dokumentene til pasientene i den andre perioden for å se om det var dokumentert et tolkebehov andre steder. Det viste seg at dokumentasjon om språkforståelse og tolkebehov svært ofte var utelatt (figur 6). Det var mer enn tolv steder i journalen og andre skriftlige kommunikasjonspunkter fra fastlege til spesialisthelsetjenesten der dette behovet kunne ha vært dokumentert. Da ville det også ha vært tilgjengelig for neste ledd i behandlingen.

MULIGE ÅRSAKER

Når pasienter som ikke snakker norsk, uteble fra innleggelse, kunne det ha flere årsaker: Pasientene forsto ikke innkallingsbrevet på norsk eller de hadde manglende kjennskap til hvordan det norske helsevesenet er organisert med tanke på ventelister, henvisninger med mer. Det kunne også være at den kulturelle koden ved å utebli fra innkalling til spesialisthelsetjenesten var ukjent. En annen årsak var at brev fra det offentlige ikke er vanlig kommunikasjonsmiddel for denne pasientgruppen, eller de forsto ikke hensikten med brevet. Det kan også være at de har en annen innstilling til epilepsibehandling.

Det vil være svært ressurskrevende å oversette alle innkallinger til pasientens eget språk. Når språket ikke er oppgitt i henvisningen, er det heller ingen garanti at man treffer riktig språk. I spørreundersøkelsen vi utførte, svarte mange sykepleiere med å foreslå å oversette til engelsk. I og med at mange migranter ikke forstår engelsk, har dette ingen hensikt. Vedlegget vi sendte, ble derfor en prøve på om vi kunne treffe pasientens språk tilfeldig og om flere tok kontakt for å få tolk. Grunnen til at ingen ringte kan være språkproblemer og viser at andre tiltak må gjøres.

«Kvaliteten på behandlingen kan avhenge av tolkens kvalifikasjoner.»

Det at en pasient har et utenlandsk navn, behøver ikke bety at vedkommende trenger tolk. Vi foretok samtaler med pasienter i tiden etter at vedlegget var sendt. Disse samtalene viste at mange likevel syntes det var bra å få den knappe informasjonen på sitt eget språk. De følte seg dermed mer ivaretatt. Innkalling via SMS er nå tatt i bruk i tillegg til brev.

TOLKESENTRALEN

Vår undersøkelse gir ikke svar på hvorfor tolkebehov ikke ble dokumentert. I dag er det lettere å dokumentere behovet i et nytt journalsystem, DIPS. Likevel gjenstår det utbedringer: Språkvalgene er fastlagt i en nedtrekksmeny som ikke omfatter alle språk. Det skal spesifikk kunnskap til for å vite om ulike språk i forskjellige land, og mange kan flere språk enn sitt morsmål.

SSE har samarbeidet med den nyopprettete Tolkesentralen ved OUS og har nå innredet to nye rom med utstyr til videotolkning. Utstyret er knyttet opp mot Tolkesentralen. Ved å bruke Tolkesentralen har det blitt enklere å skaffe tolk med rett språk, og antall bestillinger har økt. Fra 1. januar, 2015 til 19. mai, 2016 mottok SSE totalt 276 bestillinger av tolk, gjennomsnittlig 16 hver måned. Til sammenlikning var det i en periode over tre år forut for dette et gjennomsnitt på ni per måned. Tallene er ikke justert for feriestenging. Planlagte tolkesamtaler inkluderer nå alle i det tverrfaglige behandlingstilbudet.

SYKEPLEIERE KURSES

Rapporten «Når er ‹litt norsk› for lite?» tar opp helsepersonells kunnskap om bruk av tolk (32). I dag er det helsepersonellets ansvar å sørge for tolkebruk. Det krever vurdering av pasienters språkforståelse, men helsepersonell har ofte utilstrekkelig kunnskap (33). Vi anbefaler at dette arbeidet videreføres. Vi har så langt lagt vekt på å øke sykepleiernes kunnskaper om bruk av tolk gjennom forelesninger og informasjon på intranettet.

Flere sykepleiere ved SSE har gått på kurs om samtale ved hjelp av tolk. Praktisk opplæring må tas på alvor. Like viktig er det med forståelse for at det er nødvendig å skape god nok kommunikasjon på tvers av språk. Både daglige rutiner og prosedyrer blir påvirket når det ikke er tilrettelagt for minoritetspasienter som ikke behersker norsk språk. Kulturkompetanse på organisasjonsnivå kan gi god tilrettelegging, som har betydning for sykepleiernes arbeidsdag (34).

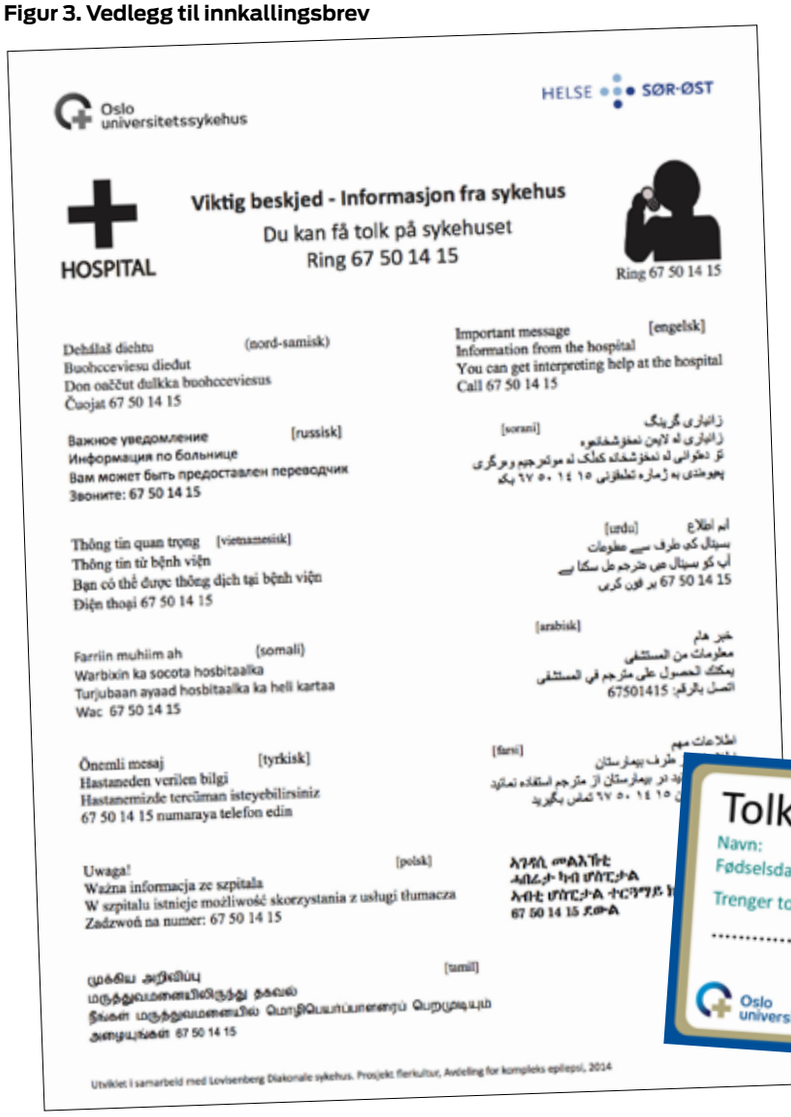
KONSEKVENSER FOR PRAKSIS

Erfaringene med manglende dokumentasjon av tolkebehov må formidles til fastleger for å sikre at opplysninger om behov for tolk starter der og følger pasienten videre. Dette er svært viktig for å hindre at ansvarlige på flere trinn i pasientløpet må gjenta samme arbeid med å identifisere tolkebehov og språk. Dagens dokumentasjonssystem ved SSE, DIPS, er bedre tilrettelagt for dokumentasjon av tolkebehov. DIPS benyttes i Helse Sør-Øst, og derfor når dokumentert informasjon ut til mange.

Bestilling av tolk har blitt enklere med Tolkesentralen. De har satset på kvalitetssikring av tolker med kvalifikasjoner innenfor helse. Som beskrevet over, har bruken av tolk økt ved SSE. Sykepleiere har fått tilgang til lenker til språkgrupper og språkverktøy, og de har fått kunnskap om det å samtale med tolk. Undervisning om tolkebruk er gjennomført på postene med oppmerksomhet på hvor viktig det er med tolkebruk, og at pasienter med minoritetsbakgrunn får informasjon som de kan forstå.

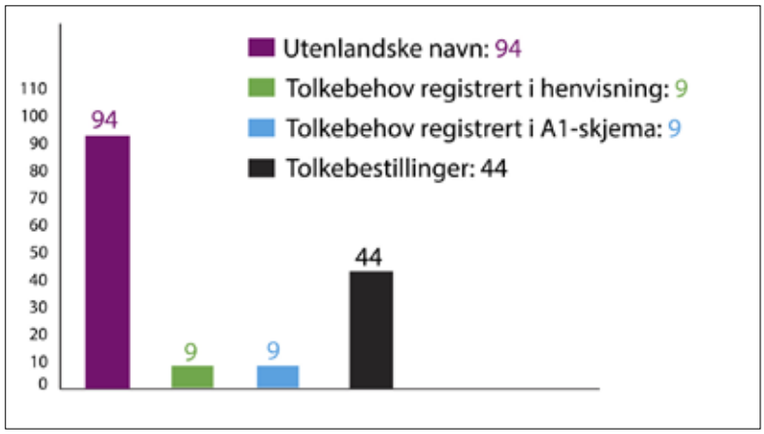
Sykepleiere må dokumentere språktilhørighet og opplevd språkforståelse i elektronisk journal. De kan også dokumentere videre tolkebehov. Ved første tolkesamtale kan pasienter instrueres om at de selv kan be om tolk med riktig språkbakgrunn ved videre behandling. Flerspråklige helsearbeidere kan bidra i sin daglige kommunikasjon. De kan bidra til bedre kulturell forståelse, men de kan ikke erstatte en tolk. Bedre multimedieløsninger i elektroniske verktøyer for å oversette enkle ord, bilder og illustrasjoner kan lette språklige utfordringer i hverdagen. Slike multimedieløsninger er i stadig utvikling. For å bruke dem er det nødvendig med kunnskap om mediets begrensninger, da språkforskjeller i seg selv hindrer oppklaring av misforståelser.

Figur 3. Vedlegg til innkallingsbrev

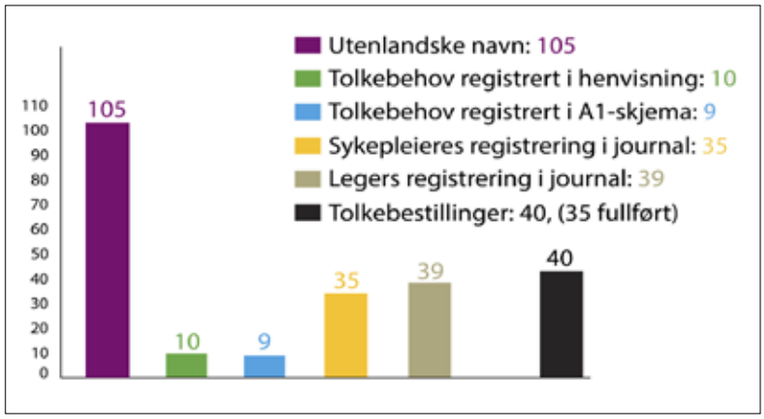


Figur 4. Tolkeresept

Figur 5. Tolkebehov registrert på SSE høsten 2013



Figur 6. Tolkebehov registrert på SSE våren 2014, 3,5 mnd



KONKLUSJON

I samtaler med pasienter har vi lært at skriftlig innkalling ikke er en naturlig kommunikasjonsform for alle. Nytenkning, kreativitet og god vilje må tilføres innkallingssystemene (34). Organisasjonsmessige endringer, som bruk av endringsagenter og rollemodeller, er nødvendig for å etterkomme behovene for økt mangfold i helsetilbudet (35).

Dypt forankret i sykepleieres faglighet ligger en forståelse for hvor viktig det er å kunne kommunisere med pasienten. Når opplysninger om språktilhørighet og forståelse ikke dokumenteres, oppstår språklige kommunikasjonsproblemer på hvert kontaktpunkt i pasientforløpet. Spesialisthelsetjenesten skal behandle kompliserte sykdommer, og det krever bred innsikt.

Når sykepleiere i dag skal ivareta behovet til pasienter som ikke snakker norsk, har de en sikkerhet ved at de har tilgang til å bruke tolk med medisinskfaglig forståelse. Pasienter som ikke forstår norsk, kan miste viktig behandling dersom helsepersonell ikke har bevissthet om og dokumenterer nødvendige språkkunnskaper og tolkebehov og viderefører disse som viktige opplysninger gjennom pasientløpet. Pasienter gis i dag mulighet til å ta større ansvar for sin behandling, men ikke alle grupper klarer det. Noen trenger særbehandling. ●

REFERANSER:

1. Sandbæk ML, Hjelde I, Rogstad J. Det står mye på spill. Fafo-rapport 2012;44.
2. Statistisk sentralbyrå. Wilhelmsen M, Holth B, Kleven Ø, Risberg T. Minoritetsspråk i Norge. Notater 8/2013. Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/100940?_ts=13d3a8c3cf0. (Nedlastet 31.05.2016).
3. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter. 2. juli 1999; nr.3. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63. (Nedlastet 12.11.2015).
4. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. 2011. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf. (Nedlastet 15.11.2016).
5. Olsen CR. Likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning: En kvalitativ studie av pasienter med innvandrerbakgrunn og det norske helsevesenet. Oslo: Universitetet i Oslo. 2011. Tilgjengelig fra: https://www.duo.uio.no/handle/10852/15392. (Nedlastet 15.11.2016).
6. Smith WR, Betancourt JR. Recommendations for teaching about racial and ethnic disparities in health and health care. Ann Intern Med 2007;147:654–65.
7. Oslo universitetssykehus. Intranettside. (Nedlastet 03.04.2015).
8. Betancour JR, Green AR, Carillo JE. Cross-cultural care and communication. UpToDate. Oktober 2016.
9. Sandhu S, Bjerre NV, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Greacen T. Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. Soc Psychiatry. Psychiatr Epidemiol 2013;48:105–16.
10. Dellenborg L, Skott C, Jakobsson E. Transcultural encounters in a medical ward in Sweden: experiences of health care practitioners. J Transcult Nurs 2012;23:342–50.
11. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. Transcultural Psychiatry 2012;49:149–64.
12. Alpers LM, Hanssen I. Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus og Lovisenberg diakonale høgskole. 30.06.2008.
13. Hallberg, IR. Sykepleieforsknings betydning for fremtidens sykepleieutøvelse. Foredrag ved Sykepleiekonferansen 9. juni 2015. Universitetet i Oslo og Norsk Sykepleierforbund. 2015.
14. Dæhli TW. Hva lærer fremtidige leger om migrasjon og helse? – En kartlegging av medisinstudiet i Oslo. Oslo: Universitetet i Oslo, 2011.
15. Mancuso L. A customized, integrated approach to cultural competence education. J Nurses Staff Dev 2011;27:170–80.
16. Bartolini E, Bell GS, Sander JW. Multicultural challenges in epilepsy. Epilepsy Behav 2011;20:428–34.
17. Wilson E, Chen AH, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. J Gen Intern Med 2005;20:800–6.
18. Nakken KO. Epilepsi. Oslo: Cappelen Akademisk. 2010.
19. Nakhutina L, Gonzalez JS. Margolis SA, Spada A, Grant A. Adherence to antiepileptic drugs and beliefs about medication among predominantly ethnic minority patients with epilepsy. Epilepsy Behav 2011;22:584–6.
20. Begley C, Basu R, Lairson D, Reynolds T, Dubinsky S, Newmark M. Socioeconomic status, health care use, and outcomes: persistence of disparities over time. Epilepsia 2011;52:957–64.
21. Helse- og omsorgsdepartementet. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse, 2013–2017.
22. Oslo universitetssykehus HF. SAK 65/ 2011 – Strategi for samhandling 2011–2015.
23. Ngo-Metzger Q, Massagli MP, Clarridge BP, Manoccia M, Davis RB, Iezzoni L. Linguistic and cultural barriers to care. J Gen Intern Med 2003;18:44–52.
24. Johnson A1, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. Australia: Department of Public Health. 2003.
25. Ryan M, Sinha MS. Informed consent. UpToDate. Oktober 2016.
26. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. Patient Education and Counseling 2013;91:131–40.
27. Alpers LM, Hanssen I. Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus og Lovisenberg diakonale høgskole 2008;44–50.
28. Ngo-Metzger Q, Sorkin DH, Phillips RS, Greenfield S, Massagli MP, Clarridge B. Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use. J Gen Intern Med 2007;22 Suppl 2:324–30.
29. Green AR, Ngo-Metzger Q, Legedza AT, Massagli MP, Phillips RS, Iezzoni LI. Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. J Gen Intern Med 2005;20:1050–6.
30. Le C. Tolkebruk i helsetjenesten. Ett skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning. Oslo: Universitetet i Oslo. 2011.
31. Mehus LB. Har pasientene lav oppmøtemoral? Sykepleien 2003;91:32–6.
32. Le C. Når er «litt norsk» for lite? En kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse. NAKMI-rapport 2/2013.
33. Sagli G. Når trenger jeg å tilkalle tolk? Forskning om tolking i helsetjenesten. FLEX Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice 2015;2 Nol.
34. Adamson J, Warfa N. Bhui K. A case study of organisational Cultural Competence in mental healthcare. BMC Health Services Research 2011;11:218.
35. Norsk Designråd. Designet bort helsekøen. Norsk Designråds jubileumsmagasin. 2013.
36. Karmali K, Grobovsky L, Levy J, Keatings M. Enhancing cultural competence for improved access to quality care. Healthc Q 2011;14:3:52–7.

GODE ERFARINGER MED BRUKERMEDVIRKNING

Sykepleiere som følger standardiserte anbefalinger for pasientundervisning, legger mer til rette for brukermedvirkning.

BACHELOROPPGAVE:
Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2016.59391

Julie Hansen
tidligere student i prosjekt ved revmatologisk avdeling, nå sykepleier ved St. Olavs Hospital

Eva K. Lyngvær
seksjonsleder ved revmatologisk avdeling, St. Olavs Hospital

Kjersti Grønning
førsteamanuensis/ph.d., NTNU

I Norge lever mer enn 300 000 mennesker med en revmatisk sykdom. Personer med en inflammatorisk leddsykdom sliter ofte med langvarige og tilbakevendende plager. De må lære seg å leve med sykdommen og konsekvensene den medfører i dagliglivet (1). Symptomene arter seg forskjellig avhengig av hvilken diagnose man har, men noen av de vanligste plagene er smerter og stivhet i ledd samt mangel på energi. I tillegg kan sykdommen påvirke pasientens tilstedeværelse på skole, jobb og trening. Den kan også påvirke pasientens delaktighet i sosiale sammenkomster (2).

TAR DEL I BEHANDLINGEN

Det finnes en del forskning som viser at pasienter med inflammatoriske leddsykdommer har behov for informasjon og undervisning slik at de kan leve gode liv på tross av sykdommen. Pasientene er også mer fornøyde med undervisningen når sykepleieren har en helhetlig tilnærming og når informasjonen og undervisningen er basert på pasientenes individuelle behov (3). Det fremheves også at det er viktig at pasientene er aktive deltakere i egen behandling. Sykepleieren bør legger til rette for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning kan forstås som en prosess hvor pasienten selv – og eventuelt pårørende – er med på å utforme behandlingen som blir gitt av helsetjenesten.

Brukermedvirkning kan foregå på flere nivåer. På systemnivå påvirker pasienten helsetjenesten generelt, utover sin egen situasjon. Brukermedvirkning på individnivå handler om at pasienten påvirker sitt eget behandlingstilbud. Brukermedvirkning er en rettighet forankret i pasient- og brukerrettighetsloven (4).

MOTIVERER TIL LÆRING

Ifølge Dorothea Orem er sykepleie en kunstform som handler om å hjelpe pasienten med å oppfylle kravene for egenomsorg (5). Det innebærer blant annet at sykepleieren gir pasienten fysisk og psykisk støtte. Sykepleieren skal også motivere til læring og mestring ved å undervise og veilede pasienten (6). Sykepleiernes selvstendige funksjon for å undervise og lære opp pasienter er også fremhevet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie (7), i rammeplanen for sykepleierutdanning av 2008 (8) og i spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 (9).

I 2013 ble det igangsatt et tverrfaglig forskningssamarbeid mellom pasienter, sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer og revmatologer i Europa for å fremskaffe mer kunnskap om undervisning til pasienter med revmatiske sykdommer (10). Prosjektet ble støttet av European League Against Rheumatism (EULAR). Resultatet ble et sett med standardiserte anbefalinger for pasientundervisning til personer med inflammatoriske leddsykdommer.

De anbefalingene som ble valgt som grunnlag i dette prosjektet, var følgende:

- Helsepersonell må gi individuelt tilpasset informasjon til pasienten.
- Det må legges til rette for at pasienten skal være delaktig i egen læring (10).
- Pasientundervisningen må være en integrert del av standard behandling og oppfølging.

UNDERSØKELSENS METODE

I dette prosjektet valgte vi å utarbeide et enkelt spørreskjema til sykepleiere ved revmatologisk avdeling på St. Olavs Hospital. Skjemaet var del av et pågående samarbeid mellom Institutt for sykepleievitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), og revmatologisk avdeling på St. Olavs Hospital. Institutt for sykepleievitenskap og revmatologisk avdeling samarbeider om

Fakta

Sammendrag

Brukermedvirkning er helt essensielt for at sykepleieren både skal identifisere pasientens behov for undervisning og tilrettelegge undervisning som er tilpasset pasientens individuelle behov. Undervisningen som tilbys, må være forankret i forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og pasientens preferanser.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

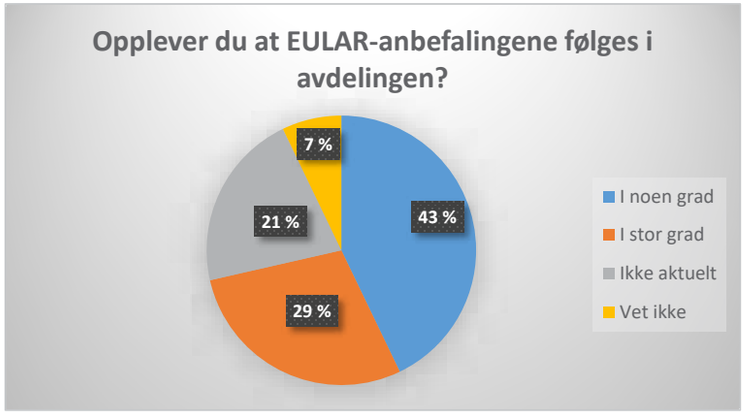
- Brukermedvirkning
- Kronisk sykdom
- Undervisning

EGENOMSORG: Sykepleieren skal motivere til læring og mestring ved å undervise og veilede pasienten. Illustrasjonsfoto: Therese Borge

ulike prosjekter for å utvikle sykepleiefaget og øke oppmerksomheten rundt kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten.

Som et ledd i dette samarbeidet kan sykepleierstudenter delta i prosjekter i forbindelse med skriving av bacheloroppgaven i sykepleie. Denne artikkelen er basert på et prosjekt som handlet om pasientundervisning og brukermedvirkning. Hensikten med prosjektet var å utforske sykepleierens erfaringer med EULAR-anbefalingene når det gjelder pasientundervisning til personer med inflammatoriske leddsykdommer.

Figur 1. Bruk av EULAR-anbefalingene i avdelingen

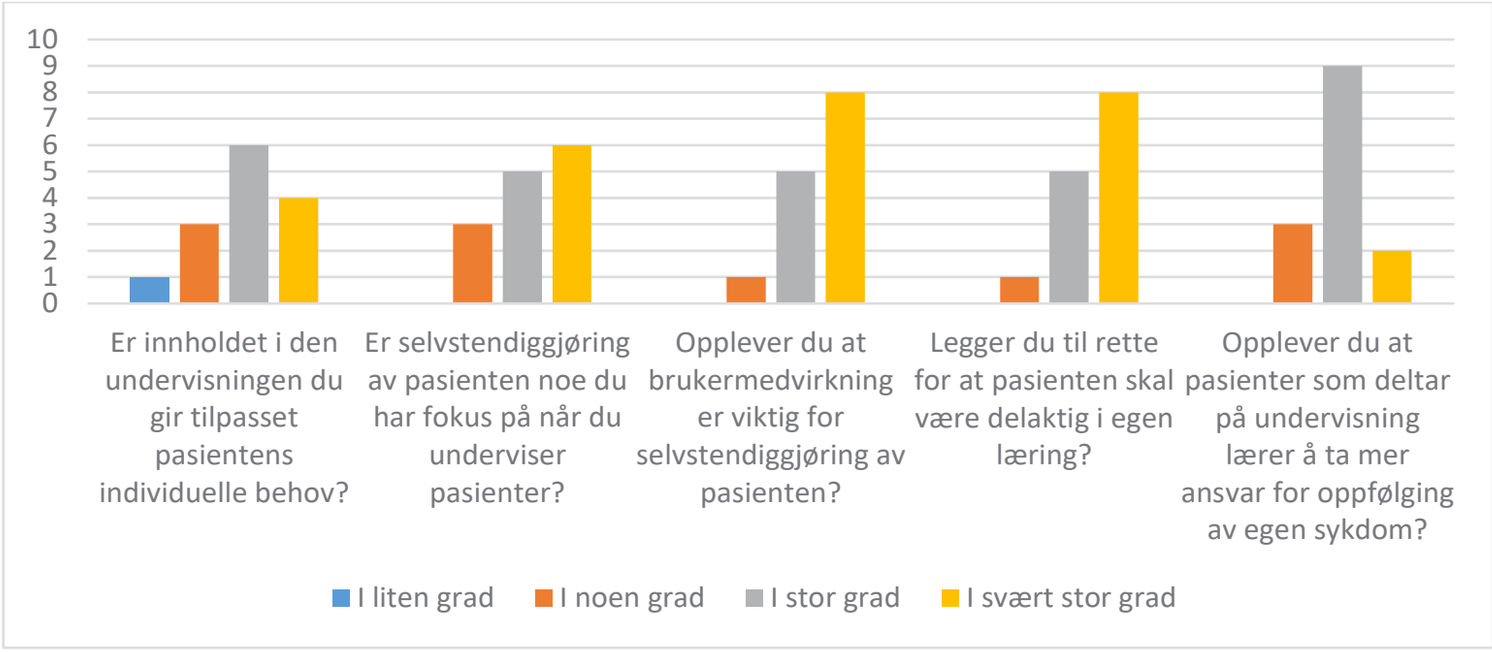


Spørsmålene i spørreskjemaet dreide seg om hvorvidt sykepleierne benyttet EULAR-anbefalingene aktivt i pasientundervisningen og om hvorvidt sykepleierne la til rette for brukermedvirkning i pasientundervisningen. Spørsmålene omhandlet også hvilke metoder sykepleierne benyttet i undervisningen.

DELTAKERE I STUDIEN

Totalt 14 sykepleiere deltok i

Figur 2. Brukermedvirkning i pasientundervisning



undersøkelsen. De representerte både poliklinikken, dag- og døgnenheten og Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer (NKSR). Majoriteten av sykepleierne oppga at de hadde arbeidet ved avdelingen i mer enn ti år.

De fleste sykepleierne svarte at de hadde kjennskap til EULAR-anbefalingene for pasientundervisning, og at avdelingen fulgte anbefalingene (figur 1).

TILPASSET UNDERVISNING

Samtlige sykepleiere oppga at de hadde benyttet ulike metoder da de underviste pasienter. Alle hadde hatt individuelle samtaler eller konsultasjoner og benyttet brosjyrer og nettsider. I tillegg hadde ni av sykepleierne hatt undervisning til pasienter i grupper.

Figur 2 viser at de fleste sykepleierne mente at de var oppmerksomme på brukermedvirkning da de underviste pasientene. Ca. 70 prosent oppga at de i stor eller svært stor grad tilpasset undervisningen til pasientens individuelle behov. 11 av 14 svarte at de i undervisningen fokuserte i stor eller svært stor grad på å gjøre pasienten mer selvstendig. Nesten alle sykepleierne opplevde at brukermedvirkning var viktig for å selvstendiggjøre pasienten. De fleste sykepleierne mente at de i stor eller svært stor grad la til rette for at pasientene skulle ta del i egen læring.

Sykepleierne erfarte også at de pasientene som deltok på undervisning, lærte å ta mer ansvar for å følge opp egen sykdom.

FAGLIG KUNNSKAP

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie (7) understreker at sykepleie skal bygge på forskning. Sykepleieren skal ha et faglig, etisk og personlig ansvar for å holde seg oppdatert på forskning. Retningslinjene sier også at sykepleieren har ansvar for å anvende denne kunnskapen i praksis. Vår undersøkelse er på ingen måte generaliserbar. Den omfatter et lite utvalg, og validiteten av spørsmålene ble ikke undersøkt i forkant av undersøkelsen. Resultatene er likevel interessante å reflektere over i lys av faglig kunnskap, pasientundervisning og brukermedvirkning.

«Pasienter er mer fornøyde med undervisningen når sykepleieren har en helhetlig tilnærming.»

Vår undersøkelse viste at 10 av 14 sykepleiere kjente til EULAR-anbefalingene for pasientundervisning. EULAR som organisasjon er en hovedplattform for forskning relatert til pasienter med revmatiske sykdommer. Derfor bør sykepleiere som arbeider med revmatiske sykdommer, ha kjennskap til forskning som er forankret i EULAR. Samtidig erfarer sykepleiere i klinikken at det kan være utfordrende å holde seg faglig oppdatert i en travel hverdag med et utall forskjellige gjøremål. Det er uansett viktig at ledelsen og de ansatte har et felles ønske og mål om å skape en kultur hvor anvendelse av ulike kunnskapskilder er grunnlaget for å yte god sykepleie til pasienten.

Hensikten med vår undersøkelse var ikke å avdekke hvorfor EULAR-anbefalingene ikke var kjent for alle. Noe av forklaringen på hvorfor ikke alle kjente til EULAR-anbefalingene, kan være at sykepleierne i klinikken ikke er like vant til å søke etter forskning i databaser og liknende som nyutdannete sykepleierne muligens er. Nyutdannete sykepleiere har gjennomgått en utdanning med bakgrunn i Kvalitetsreformen for høyere utdanning, som ble innført i utdanningen høsten 2003 (11, 12). Kvalitetsreformen har lagt vekt på kjennskap til og anvendelse av forskning i yrkesutøvelsen av sykepleie. Faglitteratur innen sykepleie understreker også hvor viktig det er med kunnskapsbasert praksis. Fagutøvelsen skal være basert på forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og pasientens preferanser (13). Forskningsbasert kunnskap har innvirkning på fagutøvelsen. Derfor må faglig oppdatering prioriteres.

PASIENTUNDERVISNING

Vår undersøkelse viste at alle sykepleierne hadde erfaring med undervisning av pasienter eller pårørende i en individuell samtale eller konsultasjon. De hadde også erfaring med å gi ut brosjyrer med informasjon. Eide og Eide (14) skriver at individuelle samtaler er en god metode for å bli kjent med pasienten og for å finne ut hvilken informasjon pasienten har behov for.

Pasienter med revmatiske sykdommer opplever sykdommen forskjellig (2). Hva de trenger av informasjon og undervisning, avhenger av hvor de befinner seg i sykdomsforløpet (3). Behovet for informasjon og kunnskap er dermed ulikt. En individuell konsultasjon kan derfor være gunstig for å dekke pasientens individuelle behov. Eide og Eide påpeker også nytten av å supplere muntlig informasjon med skriftlig informasjon. Mye muntlig informasjon kan virke overveldende og kan derfor lett glemmes (14).

Det var færre sykepleiere som hadde erfaring med å undervise pasienter i grupper eller holde kurs. Forskning relatert til gruppeundervisning hvor pasienter deler erfaringer med hverandre, er nyttig på flere områder (15). Samtidig kan det også ha negative konsekvenser for noen (16). Pasienter beskriver at ved å prate om hvordan de mestret sykdommen, lærte de av hverandres erfaringer. Utfordringen med kurs eller undervisning i grupper er å ta hensyn til pasientens individuelle behov. For noen kan det være en barriere å stille spørsmål og delta aktivt sammen med folk de ikke kjenner.

«Det er viktig at pasientene er aktive deltakere i egen behandling.»

Pasienter som har deltatt på sykepleieledet undervisning, lærte å bli mer åpne om sykdommen. De aksepterte begrensningene bedre og fant strategier for å håndtere smerter og andre symptomer. De ble mer bevisste på hvordan sykdommen påvirket dagliglivet, og de følte seg tryggere på hvordan de skulle håndtere medikamentene sine (16). Forskningen viser at pasientundervisning er nødvendig for at pasienten skal ta mer ansvar for egen sykdom og oppfølging. De fleste sykepleierne i studien vår bekreftet mye av det denne forskningen viser.

BRUKERMEDVIRKNING

Etter at pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft i 2001, har det vært en sterk økning i antall lærings- og mestringssentre (LMS) tilknyttet helseforetakene i landet. Grunntanken for LMS-ene er å fremme brukermedvirkning ved at brukerorganisasjoner og helsepersonell sammen utvikler og gjennomfører ulike kurs til personer med langvarige eller kroniske sykdommer og/eller funksjonsnedsettelser (17). EULAR-anbefalingene er i tråd med LMS-tankegangen når det gjelder brukermedvirkning. De fleste sykepleierne i undersøkelsen vår svarte også at de la til rette for brukermedvirkning og selvstendiggjøring av pasienten i undervisningen. De var opptatt av pasientens individuelle behov.

I sykepleie generelt er også brukermedvirkning helt essensielt for å utforme en individuelt tilrettelagt behandling (2). Orem vektlegger hvor viktig det er at sykepleieren identifiserer pasientens læringsbehov (5) ved å kartlegge pasientens bakgrunn, sykdomstilstand, erfaringer, vaner, livsstil, ønsker og behov. Når sykepleieren kjenner til pasientens utgangspunkt, kan undervisningen tilpasses den enkelte slik at pasientene kan medvirke i egen behandling.

KONKLUSJON

Denne undersøkelsen viste at sykepleiere med kjennskap til EULAR-anbefalingene for pasientundervisning stort sett fulgte anbefalingene ved at de la til rette for brukermedvirkning, de tilpasset undervisningen til pasientens individuelle behov og de fokuserte på å gjøre pasienten selvstendig. Sykepleiere som ikke kjente til anbefalingene, var mindre oppmerksomme på brukermedvirkning. ●

FAGARTIKLER:

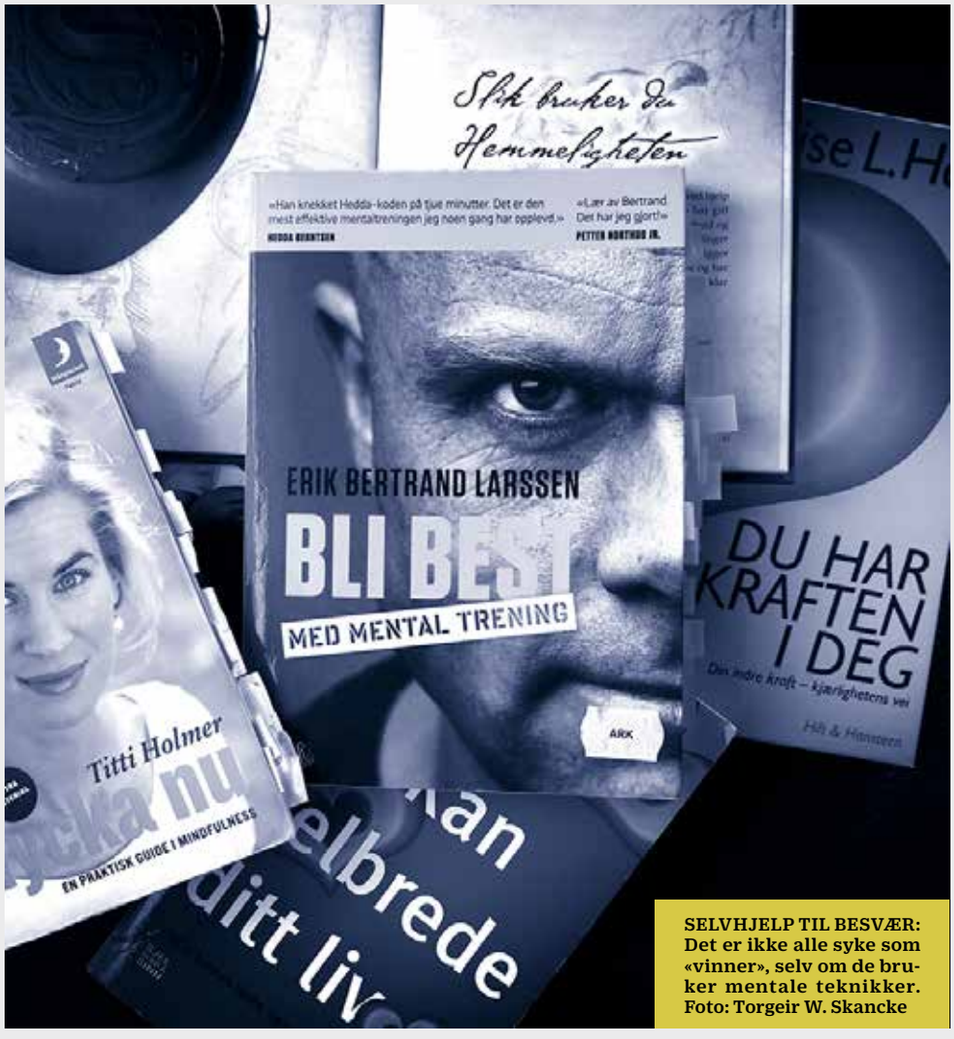
Fagartikler kan sendes til
fagartikler@sykepleien.no

REFERANSER:

1. Grønning K, Lomundal B, Koksvik HS, Steinsbekk A. Coping with arthritis is experienced as a dynamic balancing process. A qualitative study. Clinical Rheumatology 2011;30:1425–32.
2. Ostlie IL, Johansson I, Moller A. Struggle and adjustment to an insecure everyday life and an unpredictable life course. Disability and Rehabilitation 2009;31:666–74.
3. Makelainen P, Vehvilainen-Julkunen K, Pietila AM. Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. J Clin Nurs 2009;18:2058–65.
4. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter. 24. juni 2011 nr. 30 (pasient- og brukerrettighetsloven) Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?qLov%20om%20pasientrettigheter. (Nedlastet 11.11.2016).
5. Orem D. Essential Requirements for the practice of nursing: An Analysis. I: Renpenning KM, Taylor SG (red.) Self-care theory in nursing. New York: Springer Publishing Company. 2003;1–9, 56–68, 98–108.
6. Kristoffersen, NJ. Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Skaug, EA (red.) Grunnleggende sykepleie, bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2011.
7. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf. (Nedlastet 11.11.2016).
8. Rammeplan for sykepleierutdanning. Kunnskapsdepartementet; 25.01.2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf. (Nedlastet 10.05.2016).
9. Lovdata. Lov om spesialisthelsetjenesten. 18 des 2009 nr. 137 (spesialisthelsetjenesteloven) Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?qLov%20om%20spesialisthelsetjenesten. (Nedlastet 11.11.2016).
10. Zangi HA, Ndosi M, Adams J, Andersen L, Bode C, Bostrom C et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. Annals of the Rheumatic Diseases 2015;74:954–62.
11. Norsk Sykepleierforbund. Sykepleierutdanning og forskning- mangfold og muligheter. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/158920/NSF. (Nedlastet 10.05.2016).
12. Store Norske Leksikon. Kvalitetsreformen. Tilgjengelig fra: https://snl.no/Kvalitetsreformen. (Nedlastet 11.11.2016).
13. Kristoffersen, NJ. Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Skaug, EA (red.). Grunnleggende sykepleie, bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2011.
14. Eide H, Eide, T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2007.
15. Grønning K, Rannestad T, Skomsvoll JF, Rygg LO, Steinsbekk A. Long-term effects of a nurse-led group and individual patient education programme for patients with chronic inflammatory polyarthritis – a randomised controlled trial. J Clin Nurs 2014;23:1005-1017
16. Grønning K, Midttun L, Steinsbekk A. Patients' confidence in coping with arthritis after nurse-led education: a qualitative study. BMC Nurs 2016;15:28.
17. Hvinden K. Etablering av lærings- og mestringssentra. Historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering. I: Lerdal A, Fagermoen MS (red.) Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.

M

Meninger



SELVHJELP TIL BESVÆR: Det er ikke alle syke som «vinner», selv om de bruker mentale teknikker. Foto: Torgeir W. Skancke

Lykkeboble

For enkelt. «Er det slik at hvis du bare tenker positivt nok, så vil du bli frisk?», spør Torgeir W. Skanche. **92**

By. «Helse må få sin rettmessige plass i valgkampen.» **90**

«Mange tror at de er det de gjør. Det er vranglære!» Anne Marie Saxlund. **97**

Språk. «Den overeksponerte jakta på eigen identitet kan bli ein hemsko.» **91**

Hvert år spør TNS Gallup nordmenn om hva som er de viktigste utfordringene Norge står overfor. Fra 2010 til 2014 har de svart «utfordringene i helsevesenet». Siste måling var helse nede på tredjeplass, forbigått av innvandring og arbeidsledighet.

Pasientene trenger et sykepleierløft nå!

Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Vi skal gjøre vårt for at helse får sin rettmessige plass i valgkampen 2017. Ikke fordi andre områder ikke er viktige, men tvert imot fordi helse griper inn i alle andre områder i samfunnet. Helsen har vi bokstavelig talt med oss fra vugge til grav. Og 2017 blir et viktig år for å få øynene opp for de utfordringene det norske helsevesenet står foran. Det skylder vi pasientene, brukerne og de pårørende.

Et økende antall eldre som trenger helsehjelp og sykere pasienter enn før stiller kommunene på prøve. Helsesøstre som jobber forebyggende med våre unge er den beste investeringen samfunnet kan gjøre. Og helsevesenet er i rask endring, det er mer effektivt, med mer poliklinisk behandling og med kortere liggetid. Det er en utvikling som krever flere spesialsykepleiere.

Innovasjonen er ikke noe vi venter på, det er noe som skjer nå. Nylig ble de første 36 spesialsykepleiere ved Høgskolen i Oslo og Akershus med master uteksaminert.

Det er sykepleierkompetanse som kan løse morgendagens velferdsoppgaver. Stadig mer av sykehusbehandlingen skjer på poliklinikker eller dagbehandling. Sykepleiere har fått nye roller der vår ekspertkompetanse brukes på nye måter, som eksempel hjertesviktpoliklinikker og diabetespoliklinikker. Dette er en utvikling vi ønsker velkommen.

«2016 har særlig synliggjort sykepleiermangelen i kommunene.»

Samtidig som vi etterspørres i nye roller med mer ansvar, må det være nok sykepleiere og kompetanse til å fylle de rollene vi har i dag. Det betyr ikke at alle skal løpe fortere eller få mer ansvar. Men etablering av nye roller er nødvendig og vi skal ta den jobben sammen med andre viktige faggrupper, slik som helsefagarbeidere og leger.

Det kan ikke være de ansatte i sektoren som alene skal løse så store utfordringer. Arbeidsgivere og myndigheter har et stort ansvar og det ansvaret må adresseres i den kommende valgkampen. Det helsepolitiske bildet er komplekst og i endring.

Det er godt dokumentert at den kompetansen norske kommuner etterspør mest og har størst problemer med å skaffe, det er nettopp sykepleierkompetansen. Da må man starte med å anerkjenne det ansvaret vi tar i velferdstjenestene, og gjøre det attraktivt å stå i yrket og gi oss mulighet til å utvikle kompetansen og rollene vi har. Våre medlemmer har flere ganger, senest i Nova-rapporten som ble lagt fram i høst, gitt klar beskjed om hva som skal til for å rekruttere flere: det handler om hele stillinger, faglig oppdatering, godt arbeidsmiljø og ikke minst lønn.

2016 har særlig synliggjort sykepleiermangelen i kommunene. Kommunal Rapport skrev nylig om kommuner som overbyr hverandre for å få tak i de sykepleierne de er så avhengige av å få tak i for å tilby pasientene et godt tilbud i hjemmesykepleien og sykehjemmene.

Men mens det allerede i dag meldes om 2.500 sykepleierstillinger årlig helt uten kvalifiserte søkere, vil problemene bare øke hvis det ikke tas tak i nå. SSB har anslått at arbeidskraftsbehovet i 2025 vil øke med henholdsvis 70 og 200 prosent i hjemmetjenesten og i sykehjem.

Verken vi, pasientene eller myndighetene kan leve med at sykehjem og hjemmesykepleien i økende grad blir taperne i konkurransen om utdannet arbeidskraft innen helsesektoren. Vi trenger et sykepleierløft nå, og jeg lover at NSF skal gjøre det vi kan for å ta den kampen på vegne av pasientene inn i 2017. ●

Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.

Eg gjesta mitt første landsmøte i Norsk Sjukepleiarforbund i 1989. Sidan den gongen har sjukepleiarane fasinert meg. Eller, det er helst sjukepleiaryrket som fasinerer.

Språk og smykke

Fakta

Anders Folkestad

Tidligere UNIO-leder.
Frilanser, bosatt i Volda

På den eine sida finst det knapt ein fagorganisasjon som er meir sentralstyrt enn NSF. Direktiva frå hovudkvarteret når raskt ut til det minste pauserom. Og sjukepleiarar finst i kvar by og bygd – heldigvis.

På den andre sida er det neppe ei yrkesgruppe som diskuterer seg sjølv meir intenst – oftast med seg sjølv. Eg hugsar at eg i helsingstalen til landsmøtet i 1989 kommenterte: Der det er to sjukepleiarar samla – høyrer du minst tre, kanskje fire meiningar, om same sak. Delegatane lo, og var visst sjølvironisk einige.

Frå skrivepulten min ser eg bort på NSF sitt historieverk. «100 år i kamp for kvalitet i sykepleietjensten», er overskrifta til forordet. Og i sanning – det har vore ein ærerik kamp mot og med mange.

Så kikkar eg på talrike nettoppslag i Sykepleien. Det er lett å sjå at kampen, i alle fall debatten, om kvalitet rasar vidare. Det kryr av meiningar om sjukepleiarar og sjukepleiefaget, eller «tenesta» som det visst heiter.

Språk er makt. Språk er identitet, også for ei yrkesgruppe.

«Språk er makt. Språk er identitet, også for ei yrkesgruppe.»

Litteraturkritikar og sjukepleiarstudent Cathrine Krøger har med skarp penn kritisert det ho meiner er eit utflytande teorispråk i sjukepleiarutdanninga. Ho fornærma mange med å hevde at utdanningsspråket skaper avstand til praksis.

Redaktøren i Sykepleien skriv i nr 11, 2016 om «sykepleiersk», om fagspråket som manglar, og som endar opp i bableprosa i journalar og andre stader. Leitinga etter fagspråket, etter fagidentiteten, vil ta lang tid, trur han.

«Engel eller idiot», er ei slåande overskrift. Skribenten, ein samvitsfull sjukepleiar, finn seg sjølv bak begge karakteristikkane. Ei anna overskrift er «Av og til helbrede, ofte lindre, men alltid trøste». Og her kan også sjukepleiarane finne trøyst: debattane er «et sunnhetstegn for sykepleieprofesjonen», skriv leiaren i Rådet for sjukepleieetikk. Sikkert eit klokt standpunkt, men det illustrerer samstundes ein debatt som lett blir så mangfaldig og ufokusert at den faglege profilen blir utydeleg. I så fall kan ein svekke det evige målet: Status og fagleg respekt.

Då ligg det ei tydelegare melding i overskrifta «Dropp parfyme, sykepleiere». For øvrig godt supplert med «Ringen min får du aldri». Ei historie om smykke, smitte og sjukepleie.

Få saker er så hyppig klikka, ser det ut til, som dei som blir fanga opp under praksisnære vignettar. Dei handlar om «meg» og min situasjon.

Trass i meir enn 100 år i kamp for faget, trur eg den overeksponerte jakta på eigen identitet kan bli ein hemsko nettopp for status og respekt.

For det er vel ikkje i så mange fagblad ein finn overskrifter som «sykepleie – hva det er og hva det ikke er». Etter 100 års kamp skulle ein kanskje tru at dette nærma seg avklaring, eller? «Det er enkeltindividene sykepleien skal hjelpe, assistere, behandle eller yte omsorg til», blir det presisert.

Javel, men eg vil heller ha hjelp frå ein fagsterk sjukepleiar enn frå «sykepleien». Og heldigvis er det nettopp det vi som pasientar oftast får: Sjukepleiaren som har kunnskap og erfaring å dele, som talar tydeleg, der legen verken har tid eller talent.

Så lenge slike sjukepleiarar dominerer, er det mindre viktig om eg blir kalla sjuk, eller om eg er ein person med symptom eller diagnose, som visst nok er ein del av dagens teorisjanger.

Køyr debatt, og jakt på identiteten! Men ikkje gløym kvardagssjukepleiaren! Det er i den daglege praksisen at status og respekt blir skapt. ●

Fakta

Fast skribent

Anders Folkestad
er fast skribent i Sykepleien.

I dag er du selv ansvarlig for din egen lykke: Du skal vinne!
Men hva hvis du taper?

Ulykken er din egen skyld

Fakta

Torgeir W. Skancke

Journalist og forfatter av boka «I Mikkels lys»

For to år siden sto jeg i bokhandelen med den nyutgitte boka «Lykkekoden» i hånda. På dette tidspunktet var familiens liv en ekstremtilværelse som handlet om å overleve. Vi visste at gutten vår, som hadde vært alvorlig syk i 15 år, snart skulle dø. Helt fra Mikkel var liten, gjorde vi alt for å redde ham – og oss selv. I tillegg til den medisinske behandlingen forsøkte vi alternative metoder. Dessuten leste jeg selvhjelpsbøker: Hvordan klare å stå i situasjonen? Jeg var desperat. Var det virkelig slik det sto beskrevet i noen av bøkene, at Mikkel kunne bli frisk hvis jeg bare tenkte positivt nok?

På omslaget av Lykkekoden var det et bilde av forfatteren, May-Bente Høiland-Lode, smilende i hvit bluse. Jeg begynte å lese forordet: «Uansett hvilken situasjon du står i nå, er det mulig å skape positiv forandring. Jeg har i de siste årene delt mine øvelser og redskaper med mange hundre kursdeltakere, og de har virkelig skapt utrolige forandringer i sine liv (...) Vi trenger ofte bare gjøre små justeringer, så endres kursen, og vi havner et annet sted. Det er like magisk hver gang.»

Trenden i dag er at det bare er deg som er ansvarlig for din egen lykke: Du skal se mulighetene, tenke positivt, være en vinner i ditt eget liv.

«Hvis du bare tenker positivt nok, så vil du bli frisk?»

ENTUSIASME OG BEGEISTRING

Opp gjennom årene har jeg vært på en rekke motivasjonsforedrag. Noen av motivatorene er tidligere toppidrettsutøvere, andre hjemkomne ekspedisjonsdeltakere. Noen har gått på en smell i livet, før de har kommet til hektene igjen. Nå vil alle sammen gi salen den rette oppskriften på suksess.

Jeg kan ennå høre ekkoet runge: entusiasme og begeistring! Ordene falt på et foredrag i Speilsalen på Grand Hotel, holdt av en motivator fra Olympiatoppen. Idrettslegen strødde rundt seg med navnene på kjendiser han hadde jobbet med. Det lød imponerende. Hva var innholdet? Bortsett fra de morsomme historiene, var det viktigste å finne vinnerfølelsen.

Jeg har liten grunn til å betvile Olympiatoppens resultater. Jeg har også stor tro på betydningen av tankens kraft. Det er heller ingenting galt med å få påfyll i hverdagen. Problemet starter når motivatorene, mentaltrenerne og coachene beveger seg fra idrett og næringsliv til mennesker i livskrise. Også i en akutt sykdomssituasjon skal du tenke som en toppidrettsutøver: Du skal vinne! Men er det virkelig slik at hvis du bare tenker positivt nok, så vil du bli frisk?

HEMMELIGHETEN

I 2007 kom ei bok på norsk som skulle trone på toppen av bestselgerlistene: «The Secret – Hemmeligheten» av Rhonda Byrne. Hovedpåstanden er at våre tanker er «magnetiske», og vil materialisere seg i det virkelige liv. Boka lover simpelthen lykke, bare du er flink nok: «Begynn straks å rope til universet: Livet er så enkelt! Livet er så bra! Alle goder kommer til meg!»

Boka gir konkrete råd om hvordan du skal bli frisk fra sykdom: «Sykdom kan ikke eksistere i en kropp som har harmoniske tanker. (...) Ufullkomne tanker er opphavet til alle menneskehetens lidelser, blant dem sykdom, fattigdom og manglende lykkefølelse.»

Hvis du derimot ikke lykkes med å oppnå suksess, er det din egen skyld – noe som uttales eksplisitt. Hvis vi skal følge denne teorien – hva da med de barna som blir født alvorlig syke? Er det deres egen skyld? Og hva med de barna som vokser opp i Syria?

IKKE POSITIV NOK

For de fleste er det mye å hente i selvhjelpsteknikker i hverdagen: Du kan komme deg ut av offerrollen, dempe tanker om at «skjebnen» er ute etter deg, og øke troen på egne evner. Problemet oppstår når positiviteten blir en quick fix, en kjapp foundation man smører over sykdom og sår. Livet består av opp- og nedturer. I hvilken grad gir «prestasjonssamfunnet» også rom for nederlag?

For det er ikke alle syke som «vinner», selv om de bruker mentale teknikker. Eksempelvis Anne Kollbotn, som fikk brystkreft som 35-åring. Hun valgte å tenke så positivt som mulig. Det virket fantastisk: I fire år var hun symptomfri. Deretter kom sjokket: Kreften var tilbake, denne gangen med spredning. Hvordan kunne det skje? Hun beskriver det selv i en artikkel: «Til tross for at

jeg hadde meditert og til tross for alle forsøkene på positiv tenkning. Min verden ble et kaos av dødstanker, slitenhet og en svær skyld: Jeg har ikke vært flink nok!» Baksida av selvhjelpstrenden er det dobbelte nederlaget. Anne Kollbotn døde i 2002, 45 år gammel.

BUSI-MINDFUL-NESS

Jeg har brukt meditasjon i mange år selv, blant annet for å finne indre ro. Min erfaring er at daglig meditasjon kan – til en viss grad – gi lindring i en vanskelig situasjon. De siste årene har metoden mindfulness vært på alles lepper.

I dag, noen år etter at mindfulness ble kjent i Norge, hagler uttrykket mot oss. Brått florerer det av «eksperter» på området. Med mindfulness har de visstnok mestret det meste av nedturer i livet. Dessuten er de blitt enda mer effektive som ledere og ansatte. Paradokset er at selvhjelpslitteraturen, coachene og motivatorene er i ferd med å gjøre meditasjon – altså ingenting – om til business.

Mange av coachene viser til buddhismen som inspirasjon til deres metoder. Men buddhismen setter i liten grad fokus på jeg og meg. Buddhismen handler i vesentlig grad om relasjoner: Om hvordan vi kan oppøve medfølelse med andre, om empati og nestekjærlighet.

ELITISME

For fire år siden kom Erik Bertrand Larssen med boka «Bli best med mental trening». Det meste av innholdet i Betrands metode er kjent fra en rekke tidligere selvhjelpsbøker. For egen del fattet jeg spesiell interesse for kapittelet «Å takle motgang»: «Hvis du er forberedt på det verste, kan en tøff periode oppleves som en utfordring. Jo større helvete du opplever da, desto mer engasjert og motivert kan du faktisk bli.» Og: «Det er fullt mulig å lære seg å like motgang. Det er noe positivt i det ubehagelige, i det å kjempe. Det er i det rommet man viser karakter og styrke.»

Det er mulig Bertrand ikke har mennesker i virkelige kriser som målgruppe. Problemet er at motivatorer som ham stadig beveger seg inn på området. Ofte med en selvsikker tone, drodlende rundt en nedtur de selv har hatt, som de nå har lagt lykkelig bak seg. Vet virkelig mentaltreneren hva et «helvete» er? Noen ganger tenker jeg at han burde besøkt Rikshospitalets barneintensiv, der barn dør.

Jeg har to spørsmål: Har de selvlærte coachene den kompetansen som skal til for å veilede mennesker i alvorlig livskrise?

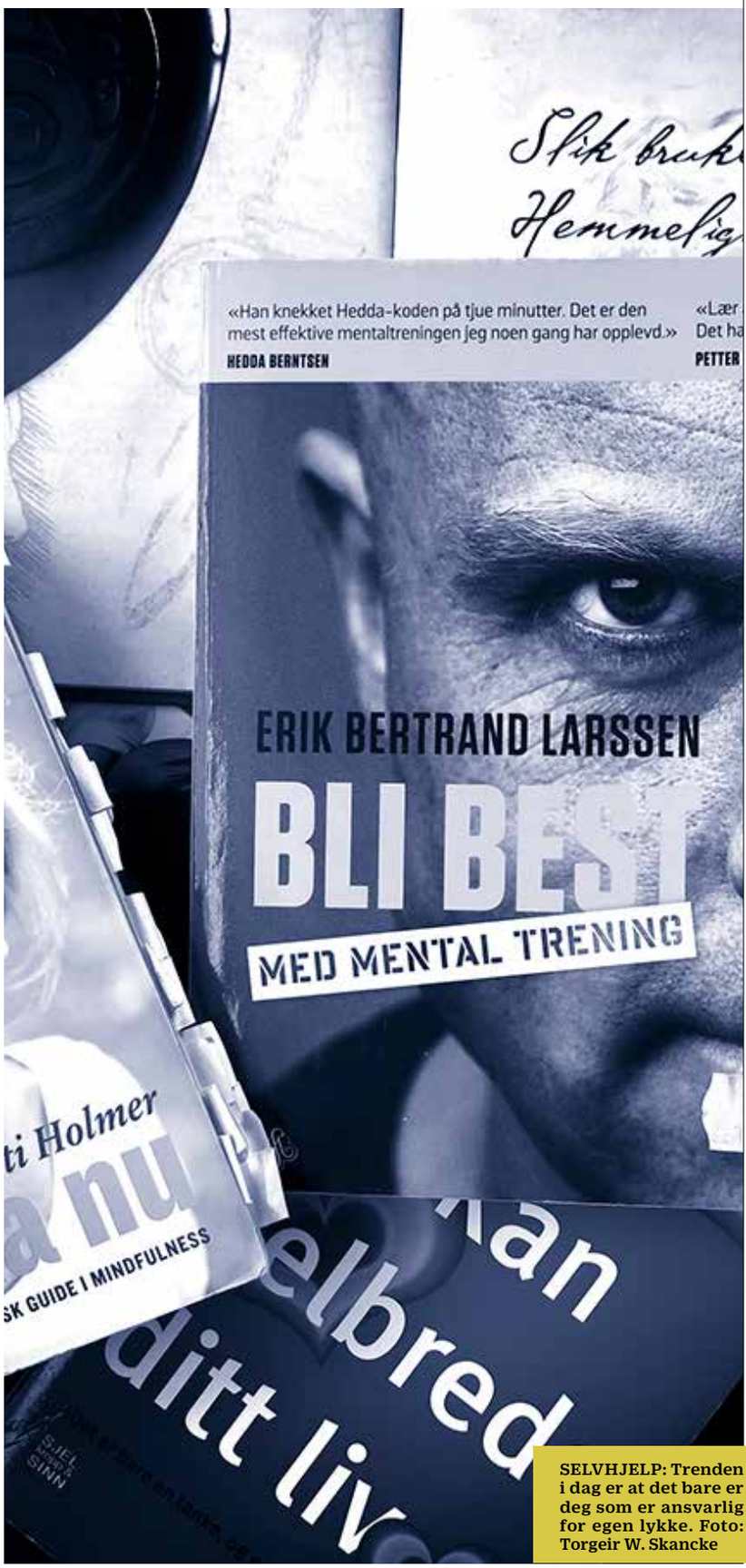
Og hva med de menneskene som ikke lykkes? Som kjemper mot sykdom og traumer, som prøver så godt de kan, men som likevel «taper». Som kjenner skammen over det dobbelte nederlaget. Hvor er rommet for at deres verdi som mennesker ikke er avhengige av prestasjon?

Det de kanskje hører rundt seg er billige utsagn fra Bertrands bøker, som «Det er bare å gunne på!» Gutse! Slå deg som en gorilla på kassa og si høyt: «I´m the Man!»

VI TRENGER HVERANDRE

Jeg savner et større fokus på relasjonell lykke: Den følelsen du får når du ligger på knærne, og andre kommer for å bry seg. For når alt kommer til alt, trenger vi hverandre. Vi trenger medmennesker som ser, som lytter, som er til stede.

Jeg anser meg for å være en viljesterk og utholdende kar. Og likevel, de siste fire årene av Mikkels liv var jeg svært nær ved ikke å greie det. Det som reddet meg, var støtten fra menneskene rundt meg – familie og helsearbeidere. De som ga noe spesielt av seg selv, langt ut over det som sto i jobbinstruksen deres, for en gutt og en familie som ikke kunne vinne den aller siste kampen. ●



SELVHJELP: Trenden i dag er at det bare er deg som er ansvarlig for egen lykke. Foto: Torgeir W. Skancke

Minneord
Torunn Myhre

(1955-2015) Den 28. desember blir det ett år siden vår kjære venninne og kollega Torunn Myhre sovnet stille inn, etter at hun måtte gi tapt for alvorlig sykdom.

Torunn ble født i 1955 på Rognan i Nordland.

Sin sykepleieutdanning og videreutdanning innen operasjonssykepleie, tok hun i Tromsø. Hun jobbet på universitetssykehuset i Tromsø som operasjonssykepleier i mange år, og de siste 5 årene jobbet hun på Svalbard.

Hun var en aktiv operasjonssykepleier som var tillitsvalgt på operasjonsavdelingen, og satt i styret i lokalgruppen av operasjonssykepleiere i Tromsø. Der var hun kasserer, og hadde dette vervet i mange år.

Torunn hadde stor faglighet i sitt arbeid og delte gjerne sin kunnskap med andre. Hun var en god teamarbeider og hadde stor respekt i miljøet.

Hun var en livsnyter og omfavnet livet, en sosial og positiv person, og hadde en egen evne til å se sine medmennesker.

Til stor glede for Torunn ble hun mormor i oktober 2014 og tilbragte mye av sin fritid sammen med datter Vårinn, svigersønn Martin og lille Albert.

Torunn hadde og sterk tilknytning til venner og familie i Saltdalen.

Hun har etterlatt seg et stort savn hos mange.

Vi lyser fred over Torunns minne.

På vegne av venner og kollegaer
Inga, Anita og Edel

Hva med medlemmer i Norsk Sykepleieforbund som ikke er sosialister?

I LIKHET MED artikkelforfatteren som vil være anonym i sykepleien 07/16, med overskriften «Må alle sykepleiere stemme Arbeiderpartiet?» reagerte jeg også kraftig på at det så klart skinner gjennom et politisk standpunkt i artikkelen til Barth Tholens om integrering i Sykepleien 02/16. Jeg velger og ikke gå inn på momenter i artikkelen spesielt, men ønsker en debatt om partipolitiske ytringer i Sykepleierforbundet generelt.

Mitt inntrykk er at representanter i Norsk sykepleierforbundet i for stor grad ikke opptrer som partipolitiske nøytrale. I ulike debatter spesielt i riksdekkende medier, men også i tidsskriftet Sykepleien, oppfatter jeg at det ofte veldig klart skinner gjennom et politisk ståsted, som hører til på venstre fløy. Dette mener jeg er problematisk, da det også er mange medlemmer som ikke identifiserer seg politisk på venstre siden av norsk politikk. Vi ikke-sosialister betaler vår kontingent og forventer ikke at våre penger skal brukes til profilering av politiske synspunkter på en slik måte at vi like gjerne kunne organisert oss i eks. Fagforbundet. Det er et bevisst valg at jeg i sin tid, for 20 år siden meldte meg inn i Sykepleierforbundet. Dette blant annet for at dette ikke var under LO eller skulle være politisk profilert. Jeg vet at det er flere sykepleier som er medlem av Fagforbundet pga. politisk tilhørighet.

Som et lite eksempel, kanskje et dårlig eksempel fordi jeg ikke husker konkret saken, men for noen få år siden så hadde Anders Folkestad i egenskap Unio – leder en ytring i Aftenposten om sykepleiere som jeg oppfattet som veldig venstrevridd. Jeg kommenterte dette på FBsiden til Sykepleierforbundet og stilte spørsmål om den partipolitiske nøytraliteten. I løpet av få timer var kommentaren min slettet.

Som ikke- sosialistisk medlem håper jeg at sykepleierforbundet tar en debatt både innad og utad om dette temaet. Jeg håper i fremtiden at Sykepleierforbundet først og fremst er opptatt av faget. Videre håper jeg at den til tider politiske unyanserte vinklingen blir mer balansert.

Med vennlig hilsen
Jarnfrid Gjerdalen Nørstelien – Høyre velger

Løsning på kryssord i nr. 11/2016. (se side 100.)

Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

NSF er optimistiske med tanke på fremtiden

I SYKEPLEIENS LEDER **«Sykepleie for viderekomne» om å ta i bruk et felles, internasjonalt klassifikasjonssystem for sykepleiepraksis (ICNP) i Norge skrives det at «Sykepleiernes organisasjoner har brukt mye tid på å lete etter definisjoner av faget som kan gi sykepleierne den plassen i helsetjenesten de mener de fortjener».**

NSF er ikke så opptatt av at definisjoner av sykepleiefaget skal gi oss den plassen vi fortjener, som vi er av å få gode elektroniske pasientjournalsystemer (EPJ-systemer) som understøtter våre arbeidsprosesser til det beste for våre pasienter. I dette ligger behovet for et felles språk, eller en terminologi, som kan bidra til at EPJ-systemene blir bedre.

Det er gjennom flere utredninger og prosjekter identifisert mangler i de eksisterende EPJ-systemene som benyttes i Norge. EPJ-systemene understøtter ikke arbeidsprosesser og helhetlige pasientforløp. Det er dokumentert gjennom forskning og tilsyn i helsetjenesten at mangelfulle EPJ-systemer kan medføre manglende og feil behandling, problemer knyttet til legemiddelbehandling, unødvendige innleggelser og reinnleggelser, mangelfull dokumentasjon og problemer med å finne informasjon. Dette er en trussel mot pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i tjenestene.

EPJ-systemene må gi god oversikt over pasientene, deres problemer og behov. Systemene må gi støtte til å planlegge helsehjelp og til å ta beslutninger som gir god kvalitet på og resultater av helsehjelp. For å oppnå dette er det nødvendig at EPJ-systemer inneholder strukturert informasjon og et felles språk, terminologi. NSF mener at terminologier vil sikre en entydig begrepsbruk og gjensidig forståelse mellom helsepersonell. I tillegg vil strukturert informasjon og felles språk bidra til mer gjenbruk og effektivisering av dokumentasjons- og informasjonsprosesser, og til aggregering av data til ledelses- og styringsformål, kvalitetsutvikling og forskning.

NSF mener derfor at Internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis (ICNP) må innføres i sykepleietjenesten. ICNP er en terminologi eller ordliste med termer som beskriver sykepleie. Terminologien legger til rette for et ensartet språk for sykepleierne til å planlegge, dokumentere og rapportere helsehjelp. ICNP inneholder sykepleiediagnoser, -tiltak og -mål i ett og samme system, og er dekkende for alle deler av sykepleiepraksis, på tvers av spesialiteter, språk, land og kulturer.

ICNP kan også benyttes som grunnlag for beslutningsstøtte og kunnskapsbasert praksis ved at det utvikles standardiserte planer for behandling og oppfølging. I samarbeid med Sandefjord kommune og utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold har NSF igangsatt et prosjekt for å utvikle og teste ut standardiserte veiledende planer kodet ved hjelp av ICNP i et EPJ-system. De fem kommuner Sandefjord, Stokke, Nesodden, Sokndal og Stavanger deltar. Det ble i første omgang utviklet planer for fem områder knyttet til pasientsikkerhetsprogrammets satsingsområder; risiko for underernæring, risiko for fall, risiko for trykksår, risiko for urinveisinfeksjon og risiko knyttet til legemiddelhåndtering. Grunnlaget for valget av disse temaene er at dette er relativt vanlige utilsiktede og uheldige hendelser som det må arbeides systematisk med for å unngås. Planene er basert på oppdatert kunnskap på hvert av områdene, og de ikke bare kan, men skal individualiseres med bruk av fritekst.

Resultatene så langt viser at sykepleiere og annet helsepersonell rapporterer at bruk av planene gir bedre oversikt over pasientens status og behov, og at planlegging og dokumentasjon av helsehjelp har bedre kvalitet. Utsagn fra sykepleiere som deltar i prosjektet som: «veiledende planer gir mye bedre pasientsikkerhet», «grunnleggende for forsvarlig helsehjelp» og «veiledende planer er tidsbesparende – mer tid til pasientene» viser at de opplever at planene med ICNP er gode verktøy i arbeidet med pasienter.

I tillegg oppleves planene som enkle å bruke og forstå, og at det er nyttig med et felles begrepssett (ICNP). Funksjonaliteten er etterspurt, og erfaringen viser at arbeidsprosessene effektiviseres. Pilotkommunene er også klare på at de ønsker veiledende planer for flere områder. Det er derfor satt i gang arbeid med å utvikle flere veiledende planer. Når vi oppnår integrasjon av ICNP i alle EPJ-systemer vil dette gjøre det mulig å samle pålitelig helseinformasjon som kan brukes lokalt, regionalt og nasjonalt til kvalitetsforbedringsarbeid, ledelse og styring. Vi vil kunne vite om vi gjør de riktig tiltakene og hvilke resultater vi oppnår. Vi vil kunne vite hvor mange problemer vi har forebygget. Vi vil kunne vite hva vi gjør bra og hva vi ikke gjør bra.

Redaktør Barth Tholens skriver at det er et godt stykke frem før vi har dette på plass. Vi i NSF er optimistiske. Målet vårt er at både myndigheter, virksomheter og sykepleierne selv skal etterspørre de gode erfaringene som er gjort med veiledende planer og ICNP. Da vil vi lykkes med dette arbeidet.

Eli Gunhild By
Forbundsleder

Snirklete og høytidelig språk gjør ikke artikkelen bedre. Det å skrive tydelig er avgjørende for god kommunikasjon.

Slik skriver du gode forskningsartikler

Fakta

Marit Leegaard

Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og redaktør i Sykepleien Forskning.

Vi har heldigvis fortsatt en jevn strøm av nye artikler som norske sykepleie- og helseforskere ønsker å publisere i Sykepleien Forskning. Det setter vi stor pris på. Kommunikasjon av forskningsresultater er helt sentralt for å kunne dele ny kunnskap med andre sykepleiere og helsearbeidere.

GOD AKADEMISK TEKST

I redaksjonen til Sykepleien Forskning lurer vi ofte på hvorfor mange skriver så «snirklete» når de skal publisere sine forskningsresultater. Dette innspillet er derfor en fortsettelse av innspillet mitt i Sykepleien nr. 10/2016, der jeg tok opp temaet «Avslag på publisering?». Selv om vi ikke avslår artikler på grunn av utydelig og vanskelig språk, så gjør det ofte kvalitetsvurderingen tungrodd. Tydelig formidling av forskning krever at språket er presist. I blogginnlegget «Godt akademisk språk» av Mari Pettersvold og Solveig Østrem fra januar 2016 fant jeg følgende eksempler på normer for hva som kjennetegner en god akademisk tekst:

Den er leservennlig og bruker ikke for lange setninger med innskutte bisetninger. Forfatteren anvender et direkte og aktivt språk. Her er et eksempel på passivt språk: «Det foretas mange kartleggingsstudier av eldre pasienter i hjemmesykepleien». Samme setning med aktivt språk kan se slik ut: «Hjemmesykepleien utfører mange kartleggingsstudier av eldre pasienter».

«Bruk en aktiv skrivemåte når det er mulig.»

Videre skal språket være klart og presist. Som hovedregel bør du ha ett budskap i hver setning. Vi prøver å unngå begreper og fagtermer som ikke er definert entydig. Teksten bør være velstrukturert og ha en tydelig «rød tråd». Forfatteren oppsummerer poenger og resultater som hjelper leserne.

Vi oppfordrer derfor våre forfattere til å bruke en mer aktiv skrivemåte når det er mulig.

NÅ UT TIL FLERE LESERE

Når vi bruker passiv form, skjuler vi subjektet i setningen. Mange gjør dette fordi de ønsker å unngå «jeg» eller «vi». Ved publisering av forskningsresultater vil ikke bruken av «jeg» være det samme som et privat eller personlig «jeg», men da representerer «jeg» forfatteren av teksten i artikkelen.

Det å skrive godt og tydelig er avgjørende for god kommunikasjon. Når dere er mange som skriver sammen, vil kanskje en av dere være bedre til å skrive enn de andre. Jeg vil anbefale å bruke mer tid på intern språkvask blant medforfatterne. En annen kjent metode er å la noen som ikke er på innsiden av fagterminologien, lese gjennom og gi kommentarer. Nøkternt språk uten unødig bruk av kompliserte uttrykksformer og fremmedord kan gjøre artikkelen lettere tilgjengelig for flere lesere. Dette er til det beste både for pasientene og helsetjenesten.

Og når vi kommer til den engelske versjonen av artikkelen, fører et godt og tydelig norsk språk til færre misforståelser og feil i oversettelsen. Da blir forskningsartiklene våre enklere og mer tilgjengelige for et internasjonalt publikum. Lykke til med skrivingen!

Fakta

Fast skribent

Marit Leegaard er fast skribent i Sykepleien.

Noe på hjertet? ● Send din mening på e-post til ● redaksjonen@sykepleien.no
eller som brev til ● Sykepleien, p.b. 456 Sentrum, 0104 Oslo

Er jeg god nok? Som veileder for sykepleiere får jeg ofte det spørsmålet. Hvem har svaret? Deg selv eller andre?

Kunsten å være god nok

Fakta

Anne Marie Saxlund

Den grunnleggende mistanken om at jeg ikke leverer godt nok kan kværne mye i bakhodet. Det er slitsomt og tappende. Selvbildet dannes i oppveksten. Noen av oss har med oss arr fra barndommen som gir ekstra næring til usikkerhet og en indre kritiker. Psykologspesialist Sondre Risholm Liverød kaller dette en form for forgiftning. Motgiften er en dypere forståelse om meg selv og hvordan psyken fungerer.

Det gjelder å få tak i min indre dialog. Hva sier jeg til meg selv når skuffelsene og kritikken kommer? Hva føler jeg når jeg ikke innfrir forventningene rundt meg? Lar jeg motstand ramme meg og grubler over det i dagevis?

DET SUNNE SELVBILDET

Hvordan måler jeg om jeg er god nok?

Det sunne selvbildet kommer innenfra, men vil påvirkes negativt utenfra – om jeg tillater det. Det er naturlig at vi alle speiler oss i reaksjoner fra andre – og dermed gjør oss sårbare og mottakelige for å redusere eget opplevd selvbilde. Utfordringen er å kuppe den evige vurderingen av meg selv. Og godta at det vil være noe jeg er god til og noe jeg ikke er god til. Når jeg behersker å stå frem med egne svakheter, fører det til at jeg er langt mindre påvirkelig for hva andre mener om meg. Det gir meg også mer energi til å se andre som de er. Jeg ser menneskene – istedenfor å vurdere dem.

SELVTILLIT OG SELVFØLELSE

For min egen del har det vært svært nyttig å skjelne mellom selvfølelse og selvtillit for å kunne følge bedre med på meg selv. Noe falt på plass da jeg fikk større grep om dette.

Det er vanlig å beskrive selvbildet som summen av selvtillit og selvfølelse.

Selvtillit er det jeg gjør. Den er avgrenset og situasjonsbetinget. Jeg klarte å stikke en veneflon, jeg nådde inn til de pårørende, jeg håndterte en hjertestans. Selvtillit er derfor påvirket av konkrete gjøremål. Den styrkes av at jeg lykkes med det jeg går løs på. Den kan variere fra dag til dag og er ofte kortvarig. Sykepleiere forteller at det er andre elementer enn det de trodde som faktisk økte selvtilliten:

- å godta at du ikke får til alt du vil
- å bli mer komfortabel med ukomfortable situasjoner
- å lære deg kunsten å ta imot kritikk

«Mange tror de er det de gjør. Det er vranglære.»

Selvfølelse handler om den jeg er. Den verdi jeg tillegger meg selv som menneske – uavhengig av mine prestasjoner. Cluet er å akseptere meg selv som jeg er. Det kan være avslørende. Samtidig er det en invitasjon til nyttig manøvrering gjennom livet. Åpenheten bidrar til at jeg tåler motstand bedre – indre trygghet gjør meg robust.

FLINK PIKE ER UT

Å jobbe med egen utvikling er nødvendig og hensiktsmessig når jeg jobber med andre. Å vedstå mine egne rammer og hva jeg trenger som menneske, er sentralt for å kunne skille ut mine egne reaksjoner fra andres.

Mange tror de er det de gjør. Det er vranglære. Et eksempel er «flink pike syndromet» – hvor vi presterer og presterer og får høyere, kortvarig selvtillit, men at driveren bak er dårlig selvfølelse. Å stå frem med egne svakheter, fører til at du er mindre opptatt av hva andre synes.

Det er stor forskjell på å akseptere at du ikke mestrer en teknisk prosedyre og å oppleve deg selv som ubrukelig. Og det er stor forskjell på å innrømme en feil og å kjenne seg mislykket eller mindreverdig.

Da er veien kort til å tro at du ikke er god nok. Men det er du!! ●

Man kan si mye om en relasjon skapt på bakgrunn av at én er pasient og den andre en hjelper. Men én ting kan man ikke si; at den er betydningsløs eller verdiløs for de(n) det gjelder.

Men skal vi aldri sees igjen?

Fakta

Anna Log

Skriv, Anna, sa hun. «Sett deg ned og skriv, om hvordan du har det, hva du føler og hva du tenker!»

Skrive? Det var det siste jeg tenkte på. Jeg hadde akkurat snakket med henne om avslutningen av vår relasjon, og hun ba meg om å skrive?

BEDRE ENN Å RUSE SEG

Den barnlige delen av meg hadde mest lyst til å gå og legge seg og aldri stå opp, men den voksne delen av meg, den tok oppfordringen. Så da satte jeg meg ned for å skrive. Å skrive er vel på alle måter en bedre måte å håndtere vonde følelser på enn for eksempel å grave seg ned i sorg under dyna, eller enda verre; dra rett bort og ruse seg.

Men trist og leit er det uansett. Man kan si mye om en relasjon skapt på bakgrunn av at én er pasient og den andre en hjelper. Man kan si at den er kunstig, at den er profesjonell, at den er tidsbestemt. Men én ting kan man ikke si, og det er at den er betydningsløs eller verdiløs for de(n) det gjelder. For det er den nødvendigvis ikke.

HUN ER SYKEPLEIER, JEG ER PASIENT

Relasjonen var dømt til å avsluttes på et eller annet tidspunkt. Men jeg vet ikke helt hvor forberedt jeg var på det, likevel. Kan man forberede seg til noe sånt? Jeg, som sjelden gråter, hadde plutselig en saltvannsdråpe i øyekroken. Jeg måtte svelge et par ganger. Det var ikke lett å høre fra en person jeg har ansett som så viktig for meg i mitt liv, at vi nå ikke skal møtes noe mer. Behandlingsrelasjonen var over. Jeg visste at det var uunngåelig, men likevel føltes det som om noen gned sandpapir på hjertet mitt.

«Det er jo til syvende og sist jeg som skaper livet mitt – men også med litt støtte fra gode hjelpere.»

KLARER Å RISTE AV MEG DET TRISTE

Jeg kunne godt ha dratt og ruset meg. Brukt avslutningen som en unnskyldning for å gi faen. For det ville ikke vært første gang jeg ruser meg på grunn av vonde følelser. Men ærlig talt, hadde jeg gått og ruset meg nå, så hadde det ikke handlet om dette. Da hadde det nok vært en serie med dårlige avgjørelser i forkant. Og da hadde det vært et tegn på at ting har gått galt en god stund i forveien. Men ting har gått bra, lenge. Jeg føler at jeg har overskudd og at jeg har kommet så langt at jeg kan tåle det triste, være i det, og riste det litt av meg når jeg er klar for det. Og tenke at dette er det mye selvomsorg i.

KAN KNYTTE MEG TIL ANDRE

Å kjenne at det gjør vondt er tross alt bedre enn at man ikke kjenner noen ting. For hadde relasjonen vært like god om man ikke hadde følt et snev av eller ganske mye vondt når den skal avsluttes? For meg er det jeg føler akkurat nå et tydelig bevis på at jeg evner å knytte meg til andre mennesker. Jeg evner å skape og gå inn i en (god) relasjon, og jeg evner å kjenne på de vonde følelsene når den avsluttes. Uten å gå i oppløsning, uten å gå i stykker.

Man skal ikke kimse av relasjoner. De kan bringe mye godt med seg. Relasjonen til denne sykepleieren vitner også for meg om at det faktisk finnes mange gode mennesker der ute, i en verden som jeg for ikke mange år siden tolket som uforutsigbar, skremmende, ustabil og farlig. Verden kan visstnok være det også, men møtene med de gode personene viser at verden også er noe helt annet. Det er omsorg, pålitelighet, gode samtaler, fine møter, humor og mye mer.

FULGTE MEG I MANGE ÅR

Vi har vært gjennom mye, og hun har fulgt meg gjennom mange år. Hun har sett meg på mitt dårligste, vært med på nedturene, vi har til sammen snakket timevis over telefon. Hun har strekt seg, alt for å gjøre krasjlandingene litt mykere. Hun har brydd seg om meg. Men hun har også sett, og vært med på, oppturene. Jeg har vært i behandling, kjøpt meg leilighet, jeg har jobb, jeg er nykter. Jeg har evnet å skaffe meg nye gode relasjoner blant hjelpere. Og akkurat det er med på å lindre litt av sorgen over å miste

en relasjon som har betydd og fortsatt betyr veldig mye for meg. Jeg er ikke alene, og jeg er langt fra forlatt. For jeg har andre betydningsfulle relasjoner i livet mitt. Det at jeg har erfart at hun var til å stole på, har gitt god grobunn for å skape nye, gode relasjoner. Jeg er virkelig ikke alene. Det er trygt å vite. En dose separasjonsangst kanskje, men ikke verre enn at det kan håndteres.

DU KJENNER MEG

Relasjoner kommer og går, men noen setter ekstra dype spor. Livet er så fattig uten gode relasjoner. Og selv om relasjonen avsluttes, så har man minnene, og de forsvinner ikke. Og for det om man har avsluttet en relasjon, så vet man aldri om veiene krysses igjen. Oslo er ingen stor by.

Idet jeg skriver dette, må jeg trekke på smilebåndet. Hun kjenner meg godt når hun ber meg om å sette meg ned å skrive om tankene og følelsene mine. For det er som terapi.

Å skrive ut de vonde følelsene, å få satt ord på hva som er vondt, men også hva som er bra, gir meg en ro som er vanskelig å forklare. Det setter ting i perspektiv.

VIDERE I LIVET

Jeg er uendelig takknemlig for at hun har fulgt meg gjennom alle disse årene. Hun har vært uvurderlig for meg, og jeg håper hun skjønner hva slags innvirkning vår relasjon har hatt på livet mitt og livskvaliteten min. Jeg er usikker på om jeg hadde kommet dit jeg er i dag uten hjelpen fra henne og teamet hun er en del av. Det sier mye. Det sier alt. Men noen dører lukkes og andre åpnes. Det er vondt og vil nok gjøre vondt en god stund. Men jeg tar med meg det jeg har fått og fortsetter på livet mitt. For det er tross alt det jeg skal, fortsette på livet mitt. Og hver dag gir nye muligheter. Det er kanskje en floskel, men det er sant! Det er jo til syvende og sist jeg som skaper livet mitt – men også med litt støtte fra gode hjelpere. Jeg kommer til å komme over det, samtidig som hun kommer til å bli savnet. Jeg unner alle å ha en sykepleier som henne, for meg har det vært GULL!

Men skal vi aldri sees igjen?

Vel. Ingen løfter gitt. Ingen avslag fått. ●

Innlegget er skrevet under pseudonym.

Illustrasjon: Monica Hilsen

Tekst **Eivor Hofstad**

Quiz

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva styres av nucleus suprachiasmaticus i hjernen vår?
A Følelsene
B Døgnrytmen
C Motorikken

2 Hva er hjernedelen hippocampus spesielt viktig for?
A Aggresjonskontroll
B Læring og sortering av minner
C Temperaturreguleringen

3 Hva har hjernedelen hippocampus fått navnet sitt fra?
A Stigbøyle
B Minnebok
C Sjøhest

4 Hva kan skje med hippocampus ved langvarig depresjon?
A Den krymper
B Den forstørres
C Den får økt sukkerbehov

5 Hva kan hjelpe mot hikke ifølge Norsk medisinsk ordbok?
A Smertestillende (paracetamol)
B Antihistamin (cetirizin)
C Antipsykotikum (klorpromazin)

6 Hva heter hikke på latin?
A Singultus
B Hickupulus
C Saggitarius

7 Har videregående skoler lov å rusteste elever?
A Nei
B Ja
C Ja, men kun hvis eleven samtykker

8 Hva står SANKS for?
A Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus
B Sikkerhetsansvarlig nettverk for kompetanseheving i sykepleien
C Statlig anbudsenhet for natt- og kveldsarbeidende sykepleiere

9 Hva betyr fissur?
A Gammelnorsk for vagina
B Kløft eller dyp revne
C En type sting ved kirurgi

10 Hva er hyppigste dødsårsak ved sykehjem og andre pleie- og omsorgsinstitusjoner?
A Hjerte- og karsykdom
B Kreft
C Demens

FISSUR: Er denne lappet sammen ved hjelp av fissur-søm? Foto: Colourbox

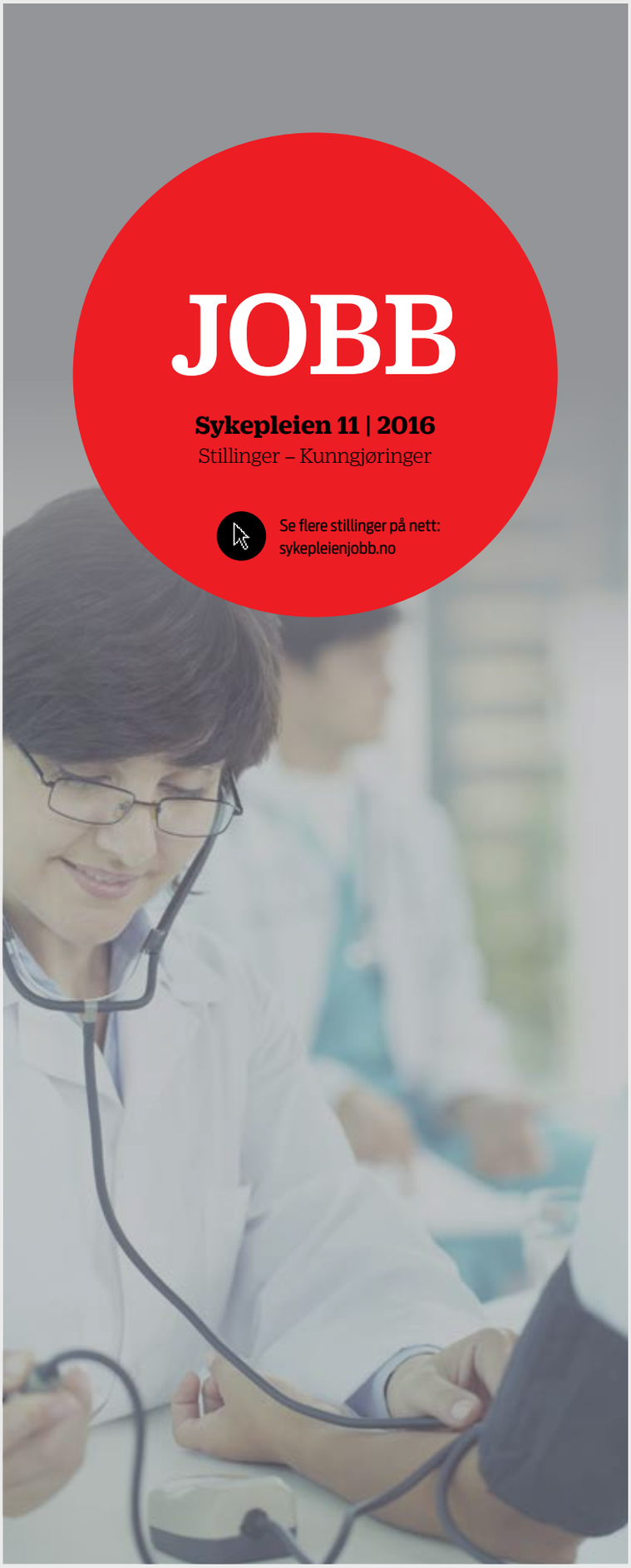
0 poeng Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?
1 poeng Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.
2 poeng Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og lat som du dokumenterer.
3 poeng Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
4 poeng Ikke så verst. Og du er sikkert god til å steke vafler.
5 poeng Bra. Med litt selvdisiplin kan du sikkert bli like god som kommuneoverlegen.
6 poeng Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.
7 poeng Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.
8 poeng Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!
9 poeng Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?
10 poeng Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

Svar: 1B, 2B, 3C, 4A, 5C, 6A, 7C, 8A, 9B, 10B

Randis hypokonderkryssord

GOD JUL	BAK-VERK		LYS-KILDE / SYKD.	FUGL / INSTR.		FUG-LER	DYR	DRIKK	GOD JUL	INJEK-SJON	FISK / HAR		SKIPS-FORK.		ORKER	MANN	VØRE		SKYLLE-ROM / DEN GANG	
MARIA / PYNT																				
									TALL / SKIPS-FORK.			YTRET / HOS-PITAL			GOD JUL		TING / UT-HUSET			
BY		GOD JUL	HVILTE		STOP-PE		SYK-DOM	AMMES					RETT / SKRIVE-REDSK						GOD JUL	
								ROSE / BARK							UTHUS			TITTE		
KJAS		PLAGG		GÆL-EREN					TYDE		BEHA-NDLING				FUGLEN / APO-PLEXIA			AMMET	HJEM-ME	
			UKJENT			DYR	BYGE			MYNT	PS			STOFF		GOD JUL	TÅKE / ENER			
VET				ORGAN / BYRDE							GENU VARUM									
LEVER / POL			VENE				PS				GOD JUL		TIL-LATE			ORGAN				

Se løsning på kryssord side 94.



Är du vår nya kollega?

Vill du som röntgensjuksköterska möta utmaningar, ha varierande arbetsuppgifter och få möjligheten att växa inom radiologin? Det kan du få hos oss i Skövde.

Vi är en arbetsplats där vi tror på att ditt engagemang och din kunskap skapar ett bättre liv. Du är viktig, inte bara för våra patienter, utan också för oss och vår framtid!

Läs mer och sök tjänsten som röntgensjuksköterskor (ref.nr. 2016/6513) på www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SKARABORGS SJUKHUS

VIKNA KOMMUNE

Rørvik helsesenter

HELSESØSTERSTILLING

• 100 % fast stilling ledig fra 01.01.2017.

Vi søker etter en faglig dyktig helsesøster med engasjement og interesse for å arbeide med målgruppen og som kan skape gode relasjoner til brukerne.

Kontaktinfo:
Ledende helsesøster Grete Johansen,
tlf. kontor: 74 39 33 38 / mobil 907 66 037.

Søknad vedlagt vitnemål, attester og CV sendes Vikna kommune v/ rådmannen,
Boks 133 Sentrum, 7901 Rørvik.

Søknadsfrist: 16. desember 2016

frantz.no

En helt ny **leseopplevelse**

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

_ engasjert for mennesker

Spennende lederstilling på Vinderen

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker enhetsleder til Allmennpsykiatrisk poliklinikk. Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 02 98 00/920 32 854

Les mer om stillingen på **www.diakonhjemmetsykehus.no** hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 2.1.2017

Diakonhjemmet Sykehus

frantz.no

Egen stillingsportal for sykepleiere

Få varsling om stillinger som er relevante for deg.
Lag CV og søk jobber på en enkel måte.

Det er enkelt å komme i gang!

Finn flere jobber på nett!

Sykepleienjobb.no

NON-VERBAL KOMMUNIKASJON

For dere som arbeider med mennesker

Endagskurs 9. og 16. februar 2017 (10 – 15)

Når vi kommuniserer følelser og holdninger oppfattes over 90 % gjennom kroppsspråk. Non-verbal kommunikasjon er en nøkkel til utvikling av styrket relasjonskompetanse i våre relasjoner – både i arbeid og privat. Det skal ikke så mye til for å skape endring.

Kurset består av et foredrag og en workshop.

Pris: kr. 2.200 inkludert mat og drikke.
Sted: Forskningsparken (rett ved Blindern sentralt i Oslo).
Påmelding: boman2boman@gmail.com / 992 26 453. Frist 19.januar 2017.
Kursholder: Åge Boman Homleid. Teaterinstruktør og pedagog.

Kurset skaper en arena for å:

- Tolke og forstå.
- Bli klar over egne signaler.
- Skape et positivt kroppsspråk.
- Forstå helheten.
- Oppnå kontakt.

Les mer om kurset på www.movements.no

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES
The global voice of nursing

Barcelona
CONGRESS, SPAIN
27 May-1 June
ICN 2017

Nurses at the forefront
transforming care

www.icncongress.com
@ICNurses

Møter du mennesker som har det vanskelig?

Da kan din kunnskap om selvhjelp være til stor nytte.

Selvhjelpsgrupper et sted der mennesker møtes for å jobbe med problemene sine, dele erfaringer og utforske muligheter. Det handler ikke alltid om å bli kvitt problemene, men om å finne nye måter å håndtere dem på. Menneskers erfaringer er den viktigste kunnskapen i dette arbeidet. Selvhjelp er gratis.

Selvorganisert selvhjelp tar utgangspunkt i mennesker som på egen hånd ønsker å gjøre noe med problemer de sliter med. For noen er slike selvhjelpsgrupper et selvstendig alternativ, for andre et supplement til nødvendig behandling. Eller det kan være en del av en forebyggende eller rehabiliterende aktivitet for bedre å sette seg i stand til å håndtere livet.

Helsedirektoratet har satt selvhjelp på dagsorden gjennom Nasjonal plan for selvhjelp (IS-2168). Planens visjon er at alle mennesker skal vite hva selvorganisert selvhjelp er, og hvordan vi kan ta dette verktøyet i bruk når livsproblemer oppstår. Selvhjelp Norge er et nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Møter du mennesker i jobben din som kan ha nytte av å snakke med andre i en liknende situasjon som dem? Kontakt oss for mer informasjon eller besøk eller bestill materiell på våre nettsider. Vår kunnskap og bistand er kostnadsfri.

Finn selvorganiserte selvhjelpsgrupper i Norge her: selvhjelp.no/grupper

SELVHJELP NORGE

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon **mediyoga.no**
+46 85 40 882 80

MEDIYOGA® Forskning - Kunnskap - Utdanning

LIKER DU INDISK MAT?

Aftenposten

Hva med å prøve en ny restaurant? Vi får mye skryt for maten, og Aftenposten har anmeldt oss til 5 og skrev «hit skal vi igjen».

Klipp ut annonsen for en overraskelse når du spiser hos oss!
Vi leverer mat til store og små selskaper.

Welhavens gate 2, 0166 Oslo,
Tlf.: 22 20 96 08
dollybal73@gmail.com

IndiSpice

STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til

Stressmestringskurset Arbeid og avspenning

14. - 16.pril 2016

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris; **kr 4.950,-** inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: www.fagakademiet.no eller www.acem.no

Ring: 417 86 400 eller 23 11 87 00 for info/påmelding.

NETTBASERT

masterutdanning i Klinisk helse- og omsorgsvitenskap

Vil du øke din kompetanse og dine karrieremuligheter?

Høgskolen Stord/Haugesund, lokalisert mellom Bergen og Stavanger, tilbyr en helse- og sosialfaglig masterutdanning. Utdanningen er i hovedsak nettbasert, men har noen samlinger på kampus hvert semester.

Omfang:	120 studiepoeng (deltid/heltid)
Organisering:	Nettbasert/ukesamlinger
Søknadsfrist:	15. april 2017
Oppstart:	Høst 2017
Les mer på:	**www.hsh.no/masthelse**

HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

6. NASJONALE KONFERANSE OM

HJERNESLAG

Oslo Kongressenter, 09. - 10. februar 2017

PROGRAM OG PÅMELDING
www.hjerneslag.no

Sykepleiere ønskes velkommen

Bli kosmetisk dermatologisk sykepleier hos oss!

Senzie Akademiet er en hudpleieskole som satser spesielt på videreutdanning av sykepleiere til kosmetisk dermatologiske sykepleiere. Vi har et tett samarbeid med Høgskolen i Sørøst-Norge, og er de eneste i Norden som tilbyr kosmetisk dermatologisk hudpleieutdanning med studiepoeng. Studiene gjøres på deltid over ett år og gir 30 stp. Studiested er på høgskolen, som ligger sentralt og vakkert til på Papirbredden i Drammen.

Mange undervisningsinstitusjoner i Norge tilbyr kurs innen hudpleie og kosmetiske behandlinger. Vi ser at det blir mer og mer viktig å ha en formell utdannelse i faget – for å skape tillit og trygghet når man etter hvert skal praktisere.

Les mer på www.senzie.no, eller kontakt Senzie Akademiet på tlf 911 007 99.

senzie akademiet

HSN Høgskolen i Sørøst-Norge

Behandling av svært overvektige barn og unge ved Jens Christian Holm

Jens-Christian Holm tilbyr kurs for behandling av svært overvektige barn og unge.

Kursene er en introduksjon til en pedagogisk metode som fører til vekttap hos 75 - 85 prosent av svært overvektige barn. Ikke bare mister de vekt, de får også redusert høyt blodtrykk, kolesterol og fettlever. Metoden er effektiv og gir resultater raskt. Årsaken til dette er den effektive kommunikasjonen som tar for seg årsaker bak problemstillingene, og som også inneholder omsorg for den som behandles.

Kurs 1: Introduksjonskurs. Vektregulering, Komplikasjoner ved overvekt, behandlingsmetode og pedagogikk.

Kurs 2: Oppfølgingskurs. Forventninger til behandlingsforløp, kroppssammensetning, justering av behandling, tilbakefall, droppe ut, normalisering og avslutninger.

Kurs 3: Nyansering, empati, kommunikasjonsflyt, autentisitet, selv-identifikasjon, utfordringer, etikk og behandlingens direkte og indirekte resultater.

Vist på Generation XL på DR1 og BBC World Health Check

Sitater fra kursdeltakere, bydel Alna, september 2016:

"Ekstremt profesjonelt. Tydelig i forhold til gjennomføring."
"Faglig godt kurs. Troverdig. Gode eksempler."
"Dette er med på å endre måten jeg møter pasienten på."

Se: **www.jenschristianholm.dk** – Mail: **overvaegt.behandling@gmail.com** Facebook: **Jens-Christian Holm** – Twitter: **JC_Holm**

P22
avrusning og motivasjon

starten på et bedre liv

Vi tilbyr:

- Avrusing (3 – 5 dager), fase 1 (over 18 år)
- Stabilisering etter abstinensfasen, fase 2 (inntil 4 uker)
- Motivasjon og oppfølging i påvente av behandling, fase 3 (inntil 3 måneder)

Lange ventelister?
Ta kontakt med oss i dag på 23 29 05 00 eller p22.no

P22 - avrusning og motivasjon siden 1979.

Adresse: Lovisenberggata 11, 0456 Oslo - **Telefon:** 23 29 05 00 - **Epost:** p22@p22.no - **Web:** www.p22.no

Sykepleien Forskning er blitt digital!

– Å jobbe for Dedicare er et eneste stort eventyr!

"Da jeg hadde fullført bachelorgraden i sykepleie, ønsket jeg å reise og oppleve Norge. Samtidig ville jeg utvikle min sykepleierfaglige kompetanse og få erfaring fra flere områder i helsevesenet. Etter å ha lest utallige stillingsannonser, falt valget mitt på Dedicare. Nettopp fordi de kunne tilby en variert og spennende jobb som omreisende sykepleier. Som sykepleier i Dedicare får jeg ikke bare muligheten til å være «turist i eget land», men også i resten av Skandinavia. Jeg har hatt en bratt læringskurve, og får god kompetanse innenfor flere sykepleierfaglige områder.

Jeg er blitt godt tatt imot og inkludert – både i avdelingene jeg har jobbet og på fritiden.

Som sykepleier i Dedicare føler jeg meg trygg og godt ivaretatt, ikke minst takket være min formidable bemanningskonsulent. Jeg får bygget opp CVen min, får allsidig erfaring og kan jobbe så mye og når jeg vil. Jeg anbefaler Dedicare på det varmeste, enten du er nyutdannet eller erfaren. For meg har det å jobbe for Dedicare vært et eneste stort eventyr!"

– Kristian Imingen Skjellet, Sykepleier i Norge.

Ta kontakt med oss i dag!
www.dedicare.no/nurse
+47 07480 – rekruttering@dedicare.no

God jul og godt nytt år!

DEDICARE
Nurse

USA – the Best of the West

En odyssé gjennom nasjonalparker og storbyer i den vestlige delen av USA

Gå på oppdagelse i San Francisco, Los Angeles og Las Vegas og opplev alt fra berømte museer og fantastiske bygninger til fengsels-øya Alcatraz, spennende etniske bydeler, sjarmerende viktorianske kvarterer, verdenskjente forlystelsesattraksjoner – og høy stjernefaktor!

I USAs store nasjonalparker venter kontrasten til storbylivet. La deg oppsluke av enestående naturopplevelser som Monument Valley, Grand Canyon, Bryce Canyon og Yosemite. Stå mellom verdens største trær, nyt synet av klodens rødeste ørken og kikk ned i verdens største juv!

Dagsprogram
Dag 1 Avreise og San Francisco **Dag 2** San Francisco. Byrundtur, Golden Gate Bridge og Alcatraz **Dag 3** San Francisco–Monterey–Carmel–Santa Maria **Dag 4** Santa Barbara, Getty Center eller Getty Villa i Los Angeles **Dag 5** Los Angeles. Byrundtur og tid på egen hånd **Dag 6** Los Angeles–Calico–Laughlin **Dag 7** Laughlin, Route 66 og Grand Canyon **Dag 8** Grand Canyon, Lake Powell og Kanab **Dag 9** Kanab–Bryce Canyon **Dag 10** Bryce Canyon–Zion nasjonalpark–Las Vegas. Kveldsutflukt **Dag 11** Las Vegas og Hoover-demningen **Dag 12** Death Valley og Visalia Dag 13 Visalia–Yosemite nasjonalpark–Modesto **Dag 14** Modesto–San Francisco. Hjemreise **Dag 15** Ankomst til Norge

Avreise fra Oslo 14/4 2017

Avreise fra Oslo, Stavanger og Bergen
12/5, 25/8, 8/9, 15/9 & 16/10 2017

fra 29 998,–
(Opplys reisekode SYK)

Prisen inkluderer:
- Norsk/svensk reiseleder
- Fly Norge–San Francisco t/r med SAS
- Utflukter ifølge program
- Innkvartering i delt dobbeltrom
- Frokost daglig
- Alle skatter og avgifter

Sør-Englands kultur og historie

Avreise fra Oslo og Bergen

Bli med på denne reisen til Sør-Englands høydepunkter fra imponerende slott til idylliske landsbyer. Vi skal se noen av de vakreste stedene i dette hyggelige landet som Oxford, Stonehenge og Cotswolds og selvfølgelig blir det også tid til å titte på engelsk hagekunst komplett med te og scones!

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo/Bergen– London t/r, utflukter og transport ifølge program, innkvartering i delt dobbeltrom, halvpensjon (frokost og middag), afternoon tea, aktiviteter og entreer ifølge program (verdi ca. 1455,–), skatter og avgifter

Avreise fra Oslo 10/5, 31/5, 14/6, 30/8, 6/9, 20/9 og 27/9

Fra 11 998,–

Avreise fra Bergen 26/5 og 2/6

Fra 12 498,–
(Opplys reisekode SYK)

Kvalitetsrundreiser i over 30 år
www.albatros.no | 21 98 45 45
Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger

Albatros