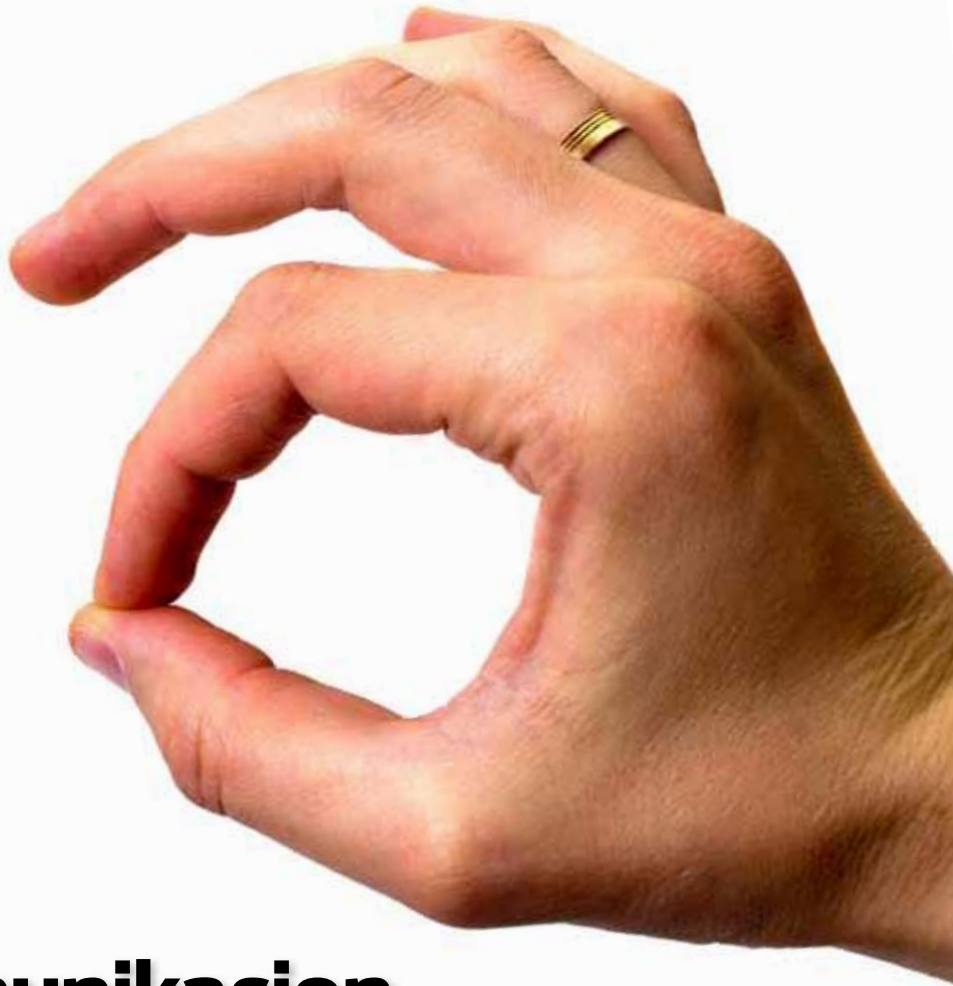




Kreftsykepleie

NR. 1-2013 • ÅRGANG 29

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE



TEMA **Kommunikasjon**

– utfordringer og muligheter

KREFTSYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds faggruppe Forum for Kreftsykepleie, i samarbeid med Sykepleien. ISSN: 0804-0567

ANSVARLIG UTGIVER
NSFs Faggruppe Forum for Kreftsykepleie
v/leder Britt Ingunn Wee Sævig
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

REDAKTØR
Marte Wolden
Tlf 95 04 61 21
marte.wolden@gmail.com

REDAKSJONSUTVALG
Marte Wolden, Åse Grøthe og Signe Øverland
Medlemsansvarlig
Synøve Revling Holm
tlf: 61 17 23 86/jobb 45 21 44 31
sy-holm@online.no

ANNONSEANSVARLIG
Sissel Hynne Moås
tlf. 74 09 84 24, mob 90 89 48 27
sissel.moaas@hnt.no

HJEMMESIDE:
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN
Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALIST
Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT
Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO:
Colourbox

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

ANNONSEPRISER

Størrelse	Enkeltann	Årsavtale*
1 1/2 side farge	kr. 12 000	kr. 35 000
1/1 side farge	kr. 8 000	kr. 25 000
1/2 side farge	kr. 6 000	kr. 15 000
1/4 side farge	kr. 4 000	kr. 10 000

* Årsavtale gjelder for 4 utgivelser.
Kontaktperson annonser: Sissel Hynne Moås, e-post: sissel.moaas@hnt.no

NESTE UTGAVE
30. mai 2013



■ **35** **HANDIKAP:** Døve får ikke alltid nok hjelp.

Innhold



10

KOMMUNIKASJON: Pasienter fra andre kulturer.

«Gjennom språk kan virkelighet endres.»

Psykolog Stian Tobiassen, side 16.

19

PASIENTNÆRHET: Marie Aakre skriver om relasjoner.



4 Søk stipend

5 **LEDER:** Britt Ingunn Wee Sævig

6 Styremedlemmer og lokallagsledere

7 **LEDER:** Redaktør Marte Wolden

10 Kommunikasjon med pasienter fra andre kulturer

16 De riktige ordene

19 Hvor nært skal vi involveres?

25 Program for landskonferansen

30 Foreslå kandidater til Årets sykepleier i kreftomsorg

32 Brosjyrer på mange språk om røyking

35 Døv pasient, hva nå?

42 Årets mottakere av stipend

44 Økt satsing på åndelig omsorg

FASTE SPALTER

8 Smånytt

29 Aktuelle bøker

Søk stipend

Ønsker du å fordype deg faglig?

I så fall kan du være heldig å få stipend av NSF's FKS i 2014

Stipend/prosjektmidler à kr 10 000

Stipendet er øremerket faglig fordypning eller utvikling/gjennomføring av prosjekt som skal utvikle kreftomsorgen. Gjelder ikke støtte til dekning av utgifter i forbindelse med studier.

Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
- Prosjektbeskrivelse.
- Søknad er fullstendig utfylt og postlagt innen tidsfrist.
- Sluttrapport.
- Presentasjon i tidsskriftet «Kreftsykepleie».

Søknadsfrist 15. desember 2013

Stipend inntil à kr 4000

Stipend til deltakelse på konferanser/ seminar innen tema kreftomsorg.

Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
- Ikke mottatt NSF's FKS stipend ved de siste 2 års tildelinger.
- Søknad er fullstendig utfylt og postlagt innen tidsfrist.
- Utbetaling av dette stipendet skjer fortløpende etter at kvittering for innbetalt beløp er mottatt.

Søknadsfrist 15. desember 2013

Slik søker du:

Søknadsskjema hentes på <https://www.sykepleierforbundet.no/fag-grupper/kreftsykepleiere>.

Søknad sendes stipendansvarlig i

NSF's FKS:

Lillian Grønsund

Sørlandet Sykehus Flekkefjord/

Onkologisk enhet, 4400 Flekkefjord

Tlf. 416 95892

E-post: lillian@norgespost.no

Hovedstyret i NSF's FKS fatter beslutning om tildeling av stipend. Styret står fritt til å prioritere mellom likevektige søkere ut ifra gjeldende retningslinjer.





LEDER:
Britt Ingunn Wee Sævig

Heftige dager i vente

2013 er allerede godt i gang og vinteren er begynt å slippe taket flere steder. Lysere og lengre dager gir oss visshet om at en ny årstid er rett rundt hjørnet og det gjelder å gripe dagene og håpe på varmere temperaturer og mange solfylte dager.

For FKS sin del betyr 2013 at tiden for Landskonferansen nærmer seg. Vi er glade for å kunne invitere til «Heftige dager med begeistring» 19. til 21. september i Tromsø sammen med lokallaget i Troms. Den lokale komiteen har gjort et grundig forarbeid og du kan lese mer om konferansens program og hvordan du melder deg på både her i Tidsskriftet og på FKs sin web side: <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere>. Parallelsesjonene er en viktig del av konferansen. Det skjer så mye bra rundt omkring i Norge, så send inn abstrakt og fortell andre om din hverdag.

Det er gledelig at vi i hovedstyret dette året har mottatt mer enn dobbel så mange søknader som i fjor på stipend. Vi er glade for å ha fordelt 20 stipend på 4 000 kroner. I år blir det i tillegg utbetalt et stipend på 10 000 kroner til et nyoppstartet prosjekt på Haukeland Universitetssykehus i Bergen. Mer detaljerte opplysninger om fordelingene, kan du lese om i dette Tidsskriftet.

Det som ikke er kjekt og som vi beklager stort, er at flere av dere har mottatt fakturaer sammen med siste nummer av Kreftsykepleie i 2012. Vi er fortsatt usikre på hva dette skyldes og vi har sammen med Sykepleien prøvd å komme til bunns i denne saken som har ført til en ubehagelig situasjon for dere berørte. Distribusjonsselskapet har beklaget og gitt oss skriftlig svar på at fakturaene ikke skal betales, så hvis noen av dere har hatt utlegg i forbindelse med dette, gi beskjed til kasserer Mona Grytten, så skal dere selvfølgelig få tilbakebetalt. Når slike situasjoner oppstår, er vi i hovedstyret helt avhengige av at dere gir oss tilbakemeldinger, så ikke nøl med å ta kontakt med oss enten på mail eller telefon.

Denne våren har vi hatt en grundig gjennomgang av alle medlemslister og sammen med NSF håper vi nå at navn og adresser stemmer. Også her er vi avhengige av din tilbakemelding hvis noe ikke fungerer. Per januar i år hadde faggruppen passert 1500 medlemmer og vårt mål er at dere alle skal føle dere ivaretatt og være stolte av å være medlem i FKS.

De siste årene er begreper som pasient og klient erstattet med det litt videre begrepet «bruker». Brukermedvirkning er et av de beste midlene for å sikre at pasienter og pårørendes stemmer blir hørt, og handler enten om den enkelte brukers mulighet til å medvirke i behandlingen eller om den enkelte brukergruppes mulighet til å uttale seg om hvordan behandling, organisering og økonomisk styring foregår. Begrunnelsen for at brukermedvirkning skal være en rettighet, er demokratiske hensyn hvor svake grupper skal ha en ekstra mulighet til å ytre seg om tjenestene de har behov for. Brukerutvalgenes hovedfunksjoner er å sikre tilbakemelding fra brukerne om erfaringer med helsetjenesten, samt å gi råd om forbedring og samhandling med andre aktører.

Som sykepleier i kreftomsorgen, møter du pasienter og pårørende med ulik bakgrunn og sykdomsforståelse. Gjennom ditt arbeid er du med på å styrke deres forståelse av egen situasjon etter at sykdom er blitt en del av livet. Dine handlinger er kanskje nettopp det som gir brukeren mot til å gi beskjed om hvordan den ønsker å bli møtt.

Jeg avslutter med å sitere dikteren Bente Bratlund Mæland: «Stundom møter vi menneske som hentar fram det beste i oss. Menneske som opnar for våre kjelder, som lokkar fram våre fargar – som aukar varmen i våre liv. Stundom møter vi menneske som ser bak våre skal så vi gløymer vi har dei og glistrar fram i vår prakt. Menneske som vi ber i oss etterpå med takksemnd.»

Britt Ingunn Wee Sævig

LEDER FKS

Lokallagsledere i Forum for kreftsykepleie

TROMS

Evelyn K-arslen
eve-karl@online.no
T: 91 80 21 90

NORDLAND

avd. Bodø/Salten

Gry Hege Bech
gry-hege.bech@nlsh.no
T: 47 31 21 42

MØRE OG ROMSDAL

Sunnmøre

Tanja Yvonne Alme
Hjemmesykepleien
Sula kommune
loevg@online.no

SØR-TRØNDELAG

Ingrid Krokan Strømsnes
Kreftavdelingen, St.Olav hospital
ingrid.stromsnes@gmail.com

NORD-TRØNDELAG

Anne Lise Olsen
olsen-dama@hotmail.com
fks-nordtrondelag@hotmail.no
T: 90 54 32 36

MØRE OG ROMSDAL

Kristiansund
Laila Merethe Andersen
marit-lerkeskogen36@
hotmail.com
T: arbeid 51 51 8 705/
mobil 92 08 47 41

ROGALAND

Marit Klævold
marit-lerkeskogen36@
hotmail.com
klma@sus.no
T: arbeid 51 46 42 80/
mobil 93 45 28 64
privat 51 59 56 93

HORDALAND

Grethe Skorpen Iversen
Kompetansesenter i lindrende
behandling, Helseregion vest
grethe.skorpen.iversen@
helse-bergen.no
T: arbeid 99 20 40 09

VESTFOLD

Karin Sjøe
Sykehuset Vestfold
karin.sjue@siv.no
T: 48 04 20 34

TELEMARK

Anne Torill Tufte
Palliativ enhet
Sykehuset Telemark
anne.torill.tufte@stfh.no

AGDER

Pia Sætra
pia.satra@sshf.no/
piasaetra@gmail.com
T: 91 88 19 64

OPPLAND OG HEDMARK

Grete Nyeggen Leonardsen
Kreftenheten S1 Gjøvik
grete.leonardsen@
sykehuset-innlandet.no

SOGN OG FJORDANE

Torill Tysse Sælen
Kreftpoliklinikken
torill.tysse.selen@helse-forde.no
T: arbeid 57 83 93 24/
privat 57 82 26 67 og
99 20 50 57

ØSTFOLD

Asborg Dammen
Kreftkoordinator Moss kommune
asborg.dammen@
moss.kommune.no
T: arbeid 95 07 83 24/
privat 91 56 61 73

OSLO OG AKERSHUS

Eva Mari Alvestad Harboe
Radiumhospitalet
evamarialvestad@hotmail.com
Tlf. 22 93 53 37/mobil 92 06 97 07

SIG-stamcelle-/

benmargstransplantasjon

Julia Vogel
Radiumhospitalet
julia.vogel@radiumhospitalet.
no
T: arbeid 22 93 43 37/
mobil 93 40 56 55

SIG-barn og ungdom

Britt Ingunn Wee Sævig
Kreftforening
Distriktsavdeling Vestlandet
britt.ingunn.saevig@
kreftforeningen.no
T: 99 24 86 15

LEDER

Britt Ingunn Wee Sævig

Bøneshøien 130, 5154 Bønes
T: 99 24 86 15
britt.ingunn.saevig@
kreftforeningen.no
Jobbadr: Kreftforening
Distriktsavdeling Vestlandet
Strandgaten 62, 5004 Bergen

NESTLEDER OG

STIPENDANSVARLIG

Lillian Rolfsen Grønsund

Lyngvn 16,
4400 Flekkefjord
T: 41 69 58 92
lillian@norgespost.no
Jobbadr: Onkologisk enhet,
Sørlandet Sykehus,
4400 Flekkefjord

KASSERER

Mona Grytten

Ullernkammen 16,
0380 Oslo
T: 98 80 72 56 / J: 22 93 40 27
monagrytten@gmail.com
mog@OUS-hf.no
Jobbadr: poliklinikken 1. etasje
Montebello, 0310 Oslo

SEKRETÆR OG

ANNONSEANSVARLIG

Sissel Hynne Moås

Holanvn 3, 7620 Skogn
T: 90 89 48 27 / J: 74 09 84 24
sissel.moas@ntebb.no
Jobbadr: kreftpoliklinikken,
Sykehuset Levanger,
7600 Levanger

REDAKTØR TIDSSKRIFT

Marte Wolden

Biskop Sigurdsgt 6,
7042 Trondheim
T: 95 04 61 21
marte.wolden@gmail.com
Marte.Wolden@stolav.no
Jobbadr: Avd. for undervisning,
Kreftklinikken, St.Olavs hospital,
7006 Trondheim

LOKALLAGSKONTAKT

Kristin Bergum

Losveien 7, 9014 Tromsø
T: 46 94 90 29
Kristin.bergum@
tromso.kommune.no
Jobbadr: Ørneveien 6, 9016 Tromsø

REDAKSJONSUTVALG

OG LOKALLAGSKONTAKT

Åse Grøthe

Ø. stadionv 76, 5161 Laksevåg
T: 99 29 53 18 / J: 55 97 93 89
abjg@haraldsplass.no
frisken@online.no
Jobbadr: Sunniva senter for
lindrende behandling,
Ulriksdal 8c, 5009 Bergen

WEBANSVARLIG OG

MEDLEMSLISTEANSVARLIG

Synøve Revling Holm

Skonhovdvn 275, 2827 Hunndalen
T: 61 17 23 86 / J: 45 21 44 31
sy-holm@online.no
Jobbadr: Søndre Land kommune,
Hov

VARAMEDLEM:

Nordisk kontakt og

annonsemedansvarlig

Ellen Rosseland Hansen

Stenrødveien 2B, 1784 Halden
T: 41 61 72 93
ellen.rosseland.hansen@halden.
kommune
elrh@halden.net
Jobbadr: Halden Sykehjem, Kjær-
lighetsstien 28, Halden

VARAMEDLEM OG

REDAKSJONSUTVALG

Signe Øverland

Gauselkneiken 43,
4032 Stavanger
T: 48 10 59 96
signeoverland@gmail.com
Jobbadr: Poliklinikk for blod- og
kreftsykdommer,
Stavanger Universitetssykehus

VARAMEDLEM, KURS OG

KONFERANSEKONTAKT

Bente Aasheim

Hølvegen 13
2680 Vågå
T: 99 77 86 47
baasheim@hotmail.com
Jobbadr: Heimtjenesta, Vågå,
2680 Vågå



REDAKTØR:
Marte Wolden

Språk, kommunikasjon og relasjon

Endelig er mars her – med «sommer i lyset, og vinter i skyggen» slik Charles Dickens så treffende har beskrevet denne måneden full av snøsmelting og løfter om lettkleddede dager. I Trøndelag er bare det å kunne legge bort isbroddene en liten seier. Og med mars kommer også årets første nummer av Kreftskykepleie. Denne gang med «språk, kommunikasjon og relasjon» som hovedtema.

Mennesker har ulike forutsetninger for å kommunisere, og det finnes mange ulike måter å kommunisere på. Kommunikasjon kan beskrives som overføring av kunnskap og informasjon mellom personer – og er et av de viktigste «redskapene» i utøvelse av sykepleie. Språket er et verktøy som virkelig kan åpne opp eller lukke for god og meningsfull relasjon. Både fysiske, mentale, språklige og erfaringsmessige faktorer er viktige for at en god og målrettet kommunikasjon skal være mulig, og av og til er det nødvendig med ekstra tilrettelegging og tilgang på relevante hjelpemidler for å nærme seg dette målet.

I dette nummeret fokuserer vi blant annet på utfordringene som oppstår når sykepleier og pasient ikke deler et felles språk. Fremmedspråklige pasienter og pårørende har krav på og rett til å informasjon, å forstå og bli forstått på samme linje som en som snakker norsk. Ingrid Hanssen viser i artikkelen «Kommunikasjon på tvers av kulturer» at i møte med folk fra andre kulturer og deler av verden er det mer å ta hensyn til enn ulikt tale- og skriftspråk. Kultur, religion og personlig erfaring påvirker hvordan en person definerer, opplever og reagerer på sykdom. For å sikre at vi lykkes best mulig i å nå frem med informasjon om sykdom og behandling må vi ta hensyn til at pasienten kan ha helt andre forventninger til og forståelse omkring sykdom og helse enn det vi er vant med i vår del av verden.

I denne forbindelse har jeg også lyst til å minne om helsebiblioteket.no som har samlet en hel rekke verktøy som sykepleiere kan benytte seg av i situasjoner der språket er ukjent – og tolk er fraværende: <http://www.helsebiblioteket.no/verktoy/spraakverktoy>

I artikkelen «Døv pasient – hva nå?» belyser artikkelforfatterne Torill Ringsø og Marita Løkken erfaringer, utfordringer, problemstillinger og mulige løsninger når helsevesenet møter pasienter som er døve og sterkt tunghørte. Et hovedbudskap her er at det verste vi kan gjøre er å gi opp eller resignere – man kan komme langt når alle parter har vilje til og et ønske om å kommunisere.

For at vi som helsepersonell skal oppnå gode resultater er det viktig at vi er tydelige i kommunikasjonen overfor våre pasienter. Psykolog tian Tobiassen beskriver i artikkelen «De riktige ordene» hvordan helsearbeidere gjennom bruk av et «bevisst språk» kan bidra til at pasienten oppnår større grad av mestring.

Etter mange års arbeid i kreftomsorg er min erfaring at sykepleiere absolutt er opptatt av og dyktige til å fokusere på kommunikasjon – og det å legge til rette for de gode relasjonene til pasient og pårørende. Balansen mellom det private og det profesjonelle er utfordrende, og det å bli følelsesmessig engasjert kan være berikende – men også vanskeliggjøre den nødvendige avstanden mellom helper – og den som trenger hjelp. «Hvor nært skal vi involveres?» spør Marie Aakre på side 19, hvor hun sterkt oppfordrer sykepleiere til å alltid stoppe opp og reflektere over egen praksis.

Dette nummeret av tidsskriftet Kreftskykepleie er det første med et utvidet sideantall. Vi i redaksjonsutvalget er stolte over å kunne tilby gode artikler med, slik vi ser det, gjennomført og relevant faglig innhold, med nyttig kunnskap vi kan bruke i vårt daglige arbeid.

God lesning, kjære kollegaer!

Marte Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

Nytt studietilbud

«Sykepleie til barn og unge med kreft» er et nytt fordypningsemne i videreutdanningen i kreftsykepleie ved Betanien diakonale høyskole. Studiet gir 60 studiepoeng, og kan tas både som heltidsstudie over ett år og deltidsstudie over to år. Dersom du allerede har videreutdanning i kreftsykepleie, kan du ta fordypningsemnet som en kurspakke. Kurspakken gir seks studiepoeng.

Kilde: betaniensykepleierhogskole.no



Nettsted om bivirkninger

Nettsiden med bivirkningsmeldinger for sentralt godkjente legemidler i EØS-land er nå kommet på norsk. På nettstedet finnes informasjon om mistenkte bivirkninger ved legemidlene. Nettstedet heter «European database of suspected adverse drug reaction reports» og er en del av EUs politikk om åpenhet rundt systemer for overvåking av bivirkninger. Det er tilgjengelig for alle, og adressen er www.adrreports.eu

Kilde: Legemiddelverket.no

SMÅNYTT

Hver åttende har tegn på kreft

12,4 prosent av pasientene som oppsøker leger i allmennpraksis har symptomer som kan være tegn på kreft, men bare et fåtall får sykdommen. Det kommer fram i en studie som professor Knut Holtedahl ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø og fire kolleger har publisert.

Tromsø-forskerne studerte sammenhengen mellom symptomer og påfølgende kreft. De gjennomførte en kohortstudie som omfattet 51 073 pasienter, som oppsøkte 283 allmennleger i løpet av en periode på ti dager. Under konsultasjonen registrerte allmennlegene syv spesifikke og tre generelle symptomer som ofte blir betraktet som tegn på kreft. Det viste seg da at 632 pasienter (12,4 prosent) hadde slike mulige tegn på kreft. Pasientene ble fulgt opp i seks til elleve måneder for å se om de virkelig fikk en kreftdiagnose. Dette var tilfellet for bare 263 pasienter. Av dem fikk 59 tilbakefall av tidligere sykdom.

Kilde: Dagens Medisin



Stadig færre røyker

Det har i lang tid vært en nedadgående trend i andelen dagligrøykere. Siden årtusenskiftet er andelen nesten halvert, og i 2012 var det 16 prosent i alderen 16-74 år som røykte daglig. Størst reduksjon i antall vanerøykere er det blant de yngste. I alderen 16-24 år var det i 2012 bare sju prosent som røykte daglig. For denne aldersgruppen er andelen dagligrøykere nå bare en fjerdedel av hva den var i år 2000.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

«Latter er et beroligende middel uten bivirkninger.»

Arnold H. Glasow

Ny metode for kreftsjekk

Nå skal Norge, som et av de første landene i verden, teste en ny måte å oppdage kreft på. Det skjer ved å måle elastisiteten til svulster. Metoden kalles elastografi. Ettersom svulster ikke har den samme elastisiteten som friskt vev, kan man oppdage svulster ved å måle elastisiteten i bløtvev. Om noen år kan elastografi bli like vanlig som røntgen.

– Med elastografi får kreftlegene enda en mulighet til å lete etter svulster. Elastografi kan bli spesielt egnet til å slå fast hvor alvorlig sykdommen er, sier radiolog og overlege Per Kristian Hol ved Intervensjonsenteret på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet til Forskningsmagasinet Appollon.

Kilde: Forskningsmagasinet Appollon

Sikrere prognoser

Antall gale kreftprognoser kan halveres med en ny metode som kalles datastyrt bildeanalyse. Den datastyrte metoden beregner kreftprognosen ved å se på hvordan DNA-strengen er pakket sammen i cellekjerner. Metoden kan om tre år bli tatt i bruk på sykehus, i første omgang på pasienter med tarmkreft, eggstokkreft og prostatakreft. Metoden er utviklet av patologer, cellebiologer og informatikere ved Universitetet i Oslo.

Kilde: Forskningsmagasinet Appollon

Kreftforeningen på fotballdrakter

Kreftforeningens logo skal pryde de hvite shortsene til Vålerengas fotballspillere denne sesongen. Kreftforeningen har fått Hafslunds reklameplass på VIF-draktene i gave, og logoen blir å se på alle spillere, fra a-laget i toppen og helt ned til breddeleagene.

Kilde: Kreftforeningen



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox



Hormonbehandling øker ikke kreftrisiko

Det er ingen klar sammenheng mellom hormonbehandling for barnløshet og økt risiko for kreft i eggstokk, bryst, livmor eller livmorhals. Det er konklusjonen i en artikkel av fire forskere ved Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse og reproduksjonsmedisinsk seksjon ved Oslo universitetssykehus. Forskerne har gjort en systematisk gjennomgang av tilgjengelige studier på kreftrisiko og egglosningsstimulerende medikamenter ved assistert befruktning.

– Vi fant ingen klar sammenheng mellom hormonbehandling for infertilitet, som er direkte rettet mot eggstokkene, og eggstokk-, bryst-, livmor- eller livmorhalskreft, sier Ritsa Storeng som er en av forfatterne av artikkelen.

Kilde: oslo-universitetssykehus.no

Angst av KOLS

En ny studie viser at KOLS-pasienter har dobbelt så høy sannsynlighet for å lide av angst eller depresjon sammenlignet med dem som ikke har KOLS, og at de psykiske plagene har sammenheng med symptomer på lungesykdommen, som pustevansker ved anstrengelse og nattlige luftveissymptomer. Det er Minna Hynninen som i sitt doktorgradsarbeid har studert dette. Hun fant også ut at pasienter som deltok i gruppebehandling med kognitiv atferdsterapi opplevde en reduksjon i symptomer på angst og depresjon.

Kilde: helse-bergen.no



Kommunikasjon på tvers av kulturer

Språk er ikke den eneste barrieren i kommunikasjonen med pasienter fra andre land. Ulik kultur, kunnskap og kommunikasjonsstil, øker faren for misforståelser.

Av **Ingrid Hanssen**, sykepleier, Dr.Polit. Professor ved Lovisenberg diakonale høgskole, Oslo

Språkforskjeller er gjerne det første man tenker på når man snakker om interkulturell kommunikasjon. Det er imidlertid viktig å være klar over at de utfordringene helsearbeidere står overfor når de skal kommunisere med pasienter med etniske minoritetsbakgrunn, dreier seg om langt mer enn eventuelle språklige problemer. Man kan for eksempel ikke ta for gitt at alle pasienter deler helsearbeidernes biomedisinske forståelseshorisont med dens tenkning om sykdomsårsaker og behandling.

Enkelte ganger er det dessuten utilstrekkelig å forstå den andre persons ord for å forstå hva han eller hun sier og hvordan vedkommende forstår situasjonen. De samme ordene kan ha forskjellig betydning i ulike sammenhenger eller når de som bruker ordene har forskjellig kulturell bakgrunn. De kan også være uten mening om mottakeren ikke forstår innholdet i hva som sies. Dess større forskjellene mellom pasientens og helsearbeiderens – i vårt tilfelle sykepleierens – kultur, tenkning, kunnskap og personlige kommunikasjonsstil er, dess større er faren for at partene vil tolke det som blir formidlet forskjellig. Det er denne siden ved det å kommunisere med pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn en selv, som vil være i fokus i denne artikkelen. Også reint språklig forståelse vil bli drøftet i relasjon til det å bruke tolk. Den nonverbale siden ved interkulturell kommunikasjon blir det ikke plass til å diskutere her.

Bakgrunn

Innvandrere er gjerne underrepresentert i helsevesenet (Dias m.fl. 2012, La Fontaine m.fl. 2007), også når det gjelder tilbudene om palliativ omsorg (Firth

2001). Dette siste kan ifølge Shanmugasundaram og O'Connor (2009, s. 8) ha sammenheng med at potensielle brukere av for eksempel hospicer, kan være engstelige for at de ikke vil motta åndelig og kulturelt tilpasset omsorg.

Flere forskere hevder at pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn generelt mottar omsorg og behandling av lavere kvalitet enn majoritetsbefolkningen (Monsivais og McNeill 2007, More og Butow 2004, Smedley m.fl. 2003). Ifølge Dias m.fl. (2012) kan dette blant annet ha med forholdet mellom pasienten og sykepleieren å gjøre, det kan også være sosiodemografiske og kulturelle grunner, deriblant de forventningene partene har til omsorgen som blir gitt, språkbarrierer og kommunikasjonsproblemer, og forskjeller mellom sykepleierens og pasientens kunnskaper, oppfatninger og holdninger. Kulturell bakgrunn kan dermed influere både på pasientens opplevelse av den omsorgen han eller hun mottar og den konkrete omsorg og behandling som blir gitt. Leininger (1990, 1994) Papps og Ramsden (1996), Gerrish og Papadopoulos (1999) og andre sykepleieteoretikere påpeker viktigheten av kulturell kompetanse og mangelen på slik kompetanse blant sykepleiere.

Med mindre man forstår at pasienten kan ha en helt annen forståelse og forventning enn de som forholder seg til biomedisinsk tenkning, og tar disse mulige forskjellene med i sine vurderinger, kan informasjonsgiving og undervisning vanskelig lykkes, noe som kan ha negativ innflytelse på behandlingsresultatet. Barkwell (2005) hevder at effektiv behandling av for eksempel smerter «kan påvirkes negativt når kulturelle perspektiver blir ignorert eller sett bort



ifra» av helsearbeidere som har et syn på sykdom som har lite til felles med pasientens (s. 455). Dessuten, dersom man ikke tar inn over seg smertens åndelige og psykososiale sider, vil dette «underkjenne andre former for kunnskap, forståelse og erfaring knyttet til sykdom og død, noe som gjør at man underkjenner mange menneskers erfaringer i livets sluttfase» (Muircroft m.fl. 2010, s. 119).

Sykdomssyn og sykdomsatferd

Kulturell bakgrunn og livssyn/religion vil i større eller mindre grad påvirke den enkeltes tenkning om sykdom og behandling og hans eller hennes atferd i forbindelse med dette. Ethvert helse- og behandlingssystem bygger på de kunnskapene som samfunnet utvikler om hvordan og hvorfor sykdom oppstår, med tilhørende behandlingsmetoder og eksperter som nyttegjør seg av disse metodene. Dersom pasient og helsearbeider stammer fra forskjellige systemer og har svært ulike sykdomsforklaringer, kan dette blant annet føre til kommunikasjonsproblemer. Den som søker behandling kan møte et uforstående helseteam som er ute av stand til å hjelpe. Og når helsearbeiderne igangsetter behandling etter vestlig mønster, kan metodene og teknologien virke fremmed og kanskje også skremmende for en pasient med en annen forståelses- og erfaringsbakgrunn.

Sykdomsforklaringer og sykdomsatferd

Kultur, utdanning og personlig erfaring påvirker hvordan en person definerer, opplever og reagerer på sykdom. Hva en mener forårsaker sykdom, innvirker på hvordan en forholder seg til helseproblemet og

oppfører seg når en selv eller en av ens nærmeste er syk. Pasienten man har med å gjøre, kan følge vestlig biomedisinsk tenkning, eller han eller hun kan anse sykdommen eller smertene som forårsaket av overnaturlige krefter gjennom magi, det onde øyet eller forfedrene. Andre kan tenke at sykdommen skyldes ulike former for fysisk ubalanse, problemer med livskraften, eller at det er Guds vilje, for å gi noen eksempler (Pandian m.fl. 2012, Schachter 2008). Et felles kjennetegn med tradisjonell medisin er en helhetlig forståelse av mennesket og menneskets samhandling med sitt miljø og til og med med universet.

Et eksempel på at det som blir sagt kan være uten mening for pasienten, selv om det er oversatt til vedkommendes språk, er ektemannen som lurte på hvorfor kona hadde måttet være to uker i fengsel. Han hadde ikke forstått informasjonen om at hun var isolert på grunn av en alvorlig infeksjon ettersom «infeksjon» og «bakterier» var ukjente begreper for ham. Han var for øvrig brukt som tolk for sin kone da legene informerte om behandlingen og grunnen til at hun måtte isoleres (Hanssen 2002). Og en sykepleier forteller at «det kan være et problem når pasienten har med seg barn – ofte svært små barn – i avde-

VIKTIG INFORMASJON:

Pasienter som ikke er vant med norsk helsevesen, kan ha andre forventninger til behandling og pleie, enn de får i Norge. Det er derfor viktig å forklare og begrunne behandlingen godt. Illustrasjonsfoto: Colourbox

«Ordene kan ha forskjellig betydning i ulike sammenhenger.»

lingen. ... det kan være vanskelig å forstå hvorfor ungene skal holdes unna mens sykepleieren utfører prosedyrer som venfloninnleggelse, sårstell etc.» (Alpers og Hanssen 2008).

Dersom man ikke er klar over at pasienten kan ha en annen forståelse av og andre forventninger enn det som tilhører biomedisinsk vitenskapelig tenkning, vil dette gå ut over både pasientundervisning og behandlingsresultat.

Familiens rolle

Norske sykepleiere er produkter av et vestlig samfunn som framviser betydelige individualistiske trekk. Ifølge Kim et al. (1994) fokuserer individualistiske samfunn blant annet på «jag»-bevissthet, autonomi, uavhengighet, selvstendighet, det individuelle initiativ og retten til privatliv (s. 2). I motsetning til dette tilhører mange av våre etniske minoritetspasienter kulturer der de er «integret i sterke, sammensvete grupper som hele livet gir dem beskyttelse i bytte for en urokkelig lojalitet» (Hofstede 1991, s. 51). Slike såkalte kollektivistiske samfunn vektlegger blant annet «vi»-bevissthet, en kollektiv identitet og følelsesmessig avhengighet» (Kim et al. 1994, p. 2).

«Innvandrere er underrepresentert i helsevesenet.»

Norske pasienter er gjerne like individualistisk oppdratt som sykepleierne med et ønske om å bestemme selv og være selvstendige i den grad det er mulig. De får gjerne få personer på besøk av gangen som vanligvis forlater rommet når pasienten får fysisk pleie. Voksne pasienter har bare familien værende hos seg døgnet rundt når tilstanden er svært alvorlig. I motsetning til dette fører fellesskapsbehov og pliktfølelse hos mange ikke-vestlige pasienter og deres familiemedlemmer til at pasientene forventer å ha familien om seg døgnet rundt, og familien ønsker å ivareta omsorgen for «sin» pasient.

De vestlige verdiene uavhengighet og autonomi fører gjerne til en mestringsstil preget av selvhjelpenhet, uavhengighet og fremming av egne behov. Dette kan skape svært annerledes pasienter å arbeide med enn pasienter som er sosialisert til et handlingsmønster preget av avhengighet av andre. Meleis og Jonsen (1983) hevder at kollektivistiske pasienters mest vanlige mestringsstil er å vende seg til andre for hjelp og råd. Når han eller hun gjør dette, blir ikke behovet for de andres hjelp kommunisert direkte; i stedet er det forstått og handlet ut ifra uten å være uttrykt med ord. Den forventete hjelp må tilbys med hardnakkethet og kraft, og tilbudet må gjentas uansett om den som søker hjelp vedkjenner seg behovet eller ikke. Det

er dessuten ikke uvanlig at familien ønsker å stille pasienten selv, selv når pasienten er på sykehus.

Sykepleier-pasient-samarbeidet

Dersom pasientens forståelse og forventninger angående sykdom og behandling er svært forskjellig fra sykepleierens, betyr det at behandling og pleie må forklares og begrunnes nøye for pasienten. Da må man sørge for at man kan kommunisere på en meningsfull måte, noe som betyr at informasjon og undervisning må tilrettelegges ut fra pasientens forutsetninger. Har man ikke noe felles språk, er det nødvendig å få hjelp av tolk. Ifølge pasientrettighetsloven skal pasienten «ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (lov om pasientrettigheter § 3–2). Denne «informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn», og «helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene» (§ 3–5).

Det er her snakk om bruk av profesjonelle og kompetente tolker. Familiemedlemmer viser seg ofte uegnede som tolker, enten fordi de ikke har tilstrekkelig kunnskap om det norske samfunnet og norsk helsevesen til å forstå det som skal oversettes, eller de velger ut hva som skal oversettes og hvilken informasjon pasienten skal få (Spence 1999, Hanssen 2002, 2005, 2010). Profesjonelle tolker er imidlertid for det meste benyttet i forbindelse med legesamtaler, mens familien oftest trår til når det er behov for hjelp i den daglige kommunikasjonen (Alpers og Hanssen 2008, Nailon 2006, Hanssen 2002, Spence 1999). Det bestilles i mindre grad tolk til samtaler med sykepleier. Flores (2005) hevder at familiemedlemmer eller «ad hoc»-tolker lar være å oversette opp til halvparten av alle legens spørsmål, og at faren for oversettelsesfeil er større når familie blir benyttet som tolk enn ved bruk av profesjonelle tolker. I tillegg blir medisinske bivirkninger ofte ikke nevnt. Oversettelsesfeil kan ha alvorlige kliniske konsekvenser når det gjelder «hyppighet, varighet eller metode for medikamentadministrasjon og andre terapeutiske intervensjoner, og utelatte relevant klinisk informasjon angående medikamentallergier og pasientens medisinske historie» (Flores 2005, s. 271). Det å benytte ikke-profesjonelle tolker gir videre grunn til bekymring angående nøyaktighet, grundighet, upartiskhet og konfidensialitet (Nailon 2006).

Selv om informasjonen er korrekt oversatt, kan innholdet blir misforstått på grunn av mottakerens



NY OPPLEVELSE: Moderne behandlingsmetoder kan virke fremmede for en pasient som er vokst opp i et annet land. Illustrasjonsfoto: Colourbox



OMSORG: Pleie og god kommunikasjon er viktig for at pasienten skal føle seg i varetatt. Illustrasjonsfoto: Colourbox

manglende kunnskap og/eller de samhandlende parters manglende felles verdensforståelse. Å forstå det som blir sagt dreier seg som tidligere nevnt, ikke bare om å forstå betydningen av det enkelte ordet i setningen, men om meningen som ligger i ytringen. Dessuten kan manglende begrepsforståelse gjøre at informasjon ikke gir mening, som når pasienten blir informert om en infeksjon og ikke vet hva en bakterie er.

Ikke bare tolkens kompetanse og språklige dyktighet, men også tolkens holdning overfor pasienten påvirker samtalen (Nailon 2006, van der Veer 1992). Van der Veer (1992) nevner at det har stor betydning om tolken oppfattes som sympatisk, forretningsmessig, autoritær eller ovenifra-og-nedad for om pasienten oppfatter kommunikasjonssituasjonen som trygg eller ikke. At pasienten føler seg trygg og føler tillit til de som befinner seg i rommet, er viktig for at han eller hun skal åpne seg.

Bruk av profesjonell tolk blir mer og mer vanlig, men fortsatt er det mange sykepleiere som aksepterer språkproblemer som uunngåelige og derfor lar være å bestille tolk. I en studie av sykepleieres egenvurdering av sin kompetanse i arbeidet med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn (Alpers og Hanssen 2008), innrømmet de intervjuete at de benyttet familiemedlemmer som tolk for ofte. Betydningen for pasienten av å benytte kvalifisert tolk kan eksemplifiseres med følgende sitat:

«Jeg kunne ikke uttrykke følelsene mine så godt på norsk, men jeg fikk aldri tilbud om tolk. Jeg fikk ikke med nyansene i forhold til hvordan jeg hadde det. Det var mange ganger anstrengende fordi jeg prøvde å forklare så godt jeg kunne, men jeg følte at behandleren min ikke forsto meg fullt ut. Jeg tenker også på møtene jeg har hatt på kirurgisk avdeling på sykehuset, det er som om de tror at vi er barn, at vi er dumme ... Jeg følte at jeg ble unngått». (Rizvic 2005, s. 68).

Den vanskelige samtalen

Det er viktig at sykepleiere er forberedt på å snakke med pasienten om eksistensielle spørsmål og om døden, samtidig som de må være våre angående om pasienten ønsker å snakke om slike tema eller ikke. Og ønsker pasienten å snakke med en annen enn sykepleier, er det viktig å være åpen for dette. Flere sykehusprester opplever at pasienter med svært ulike livssyn ønsker å snakke med dem om eksistensielle spørsmål. For mange er det godt å snakke med en utenfor familien, en som er vant til å forholde seg til slike spørsmål og som har taushetsplikt.

Holloway (2006) framholder at sykepleiere er godt kjent med å vurdere pasientens fysiske, følelsesmessige og sosiale behov, men at de gjerne føler seg mindre komfortable med å samle data om åndelige og religiøse behov, selv om det blir mer og mer alminnelig at dette forventes. I henhold til Todd og Baldwin (2006) har behandlingen av fysiske symptomer fått prioritet i palliativ omsorg ettersom de fysiske aspektene ved palliativ omsorg er mindre skremmende enn de komplekse situasjonene som kan være knyttet til emosjonell og åndelig lidelse. Det oppleves som mye vanskeligere å gå inn i pasientens emosjonell og åndelig lidelse enn den fysiske lidelsen. Holdningen synes å være at dersom du ikke spør, unngår du å fornærme pasienten, men du gir samtidig ham eller henne ingen mulighet til å uttrykke åndelige behov som ofte er til stede hos personer som står overfor alvorlig sykdom og død.

Holloway (2006) påpeker at det ikke er nok å ha kunnskaper og være vår når man nærmer seg temaer som angår åndelige, religiøse og kulturelle sammenhenger. Ved siden av å være vår overfor den enkeltes tanker og livssyn, må sykepleieren være i stand til å oppfatte de åndelige behov som personen uttrykker, selv hos personer som i liten grad er tilknyttet et spesifikt trossystem eller som har et humanistisk livssyn. Dessuten er det viktig å være klar over at selv om en person kommer fra et samfunn som for eksempel i overveiende grad er muslimsk, betyr ikke det nødvendigvis at denne personen er muslim. Alle familiemedlemmer tilhører dessuten ikke alltid samme religion. Det er viktig å spørre pasienten selv om hans eller hennes tro og livssyn så fremt tilstanden tillater det.

Avslutning

Forskjeller når det gjelder kultur, livssyn, uttrykksformer og kunnskap påvirker de kommuniserende parters evne til å forstå hverandre. En sykepleier som ikke er klar over at pasientens forståelse av sine

symptomer kan være helt annerledes enn de hun eller han selv har, eller som ikke har kunnskap om at det finnes måter å forstå og beskrive sykdommer som er forskjellig fra vår vestlige biomedisin, har en tendens til å kommunisere med pasienten «på autopilot» og forholde seg til pasientundersvisning ut fra vane i stedet for i henhold til pasientens behov. Dette vil kunne gå ut over omsorgen som blir pasienten til del. I enkelte tilfeller ser man dessuten at pasienter som ikke snakker majoritetsspråket «godt nok» kan bli møtt med negativitet og til og med bli bebreidet for sine manglende språkkunnskaper (Dias m.fl. 2012, Hanssen 2002).

Sykepleierne kjenner «systemet» der de arbeider og er de som både kan åpne og stenge for pasien-

tens mulighet til å uttrykke seg i en samhandlings-situasjon som gir trygghet og tillit. For den som ikke kan norsk eller engelsk, kan det være vanskelig å få kjennskap til hvordan «systemet» fungerer, hvilke tiltak som planlegges, og hvilke rettigheter og muligheter hun eller han har. Kunnskap og språk er i så måte nært beslektet. Kan man ikke språket, kan man heller ikke formidle sine behov, ønsker, preferanser etc., og man har verken muligheter til å protestere eller stille spørsmål. Det å ikke forstå er i tillegg ytterst skremmende. Spørsmålet om å gjøre sitt ytterste for å bygge bro mellom sin egen og pasientens forståelse av situasjonen og alltid benytte profesjonell tolk når dette er nødvendig, er dermed like mye et etisk som et praktisk spørsmål. ■

Referanser:

- Alper L-M, Hanssen I. Sykepleierens kompetanse om etniske minoritets-pasienter. Oslo: LDHs publikasjonsserie i pdf, 2008.
- Barkwell D. Cancer pain: voices of the Ojibway people. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 30(5), 454-464. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.04.008
- Dias S, Gama A, Cargaleiro H, Martins, M. Health workers» attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Hum Resour Health*. 2012; 10(1), 14. doi: 10.1186/1478-4491-10-14
- Firth S. *Wider Horizons. Care of the Dying in a Multicultural Society*. London: The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2001.
- Flores, G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review* 2005; 3: 255-299
- Gerrisk K, Papadopoulos I. Transcultural competence: the challenge for nurse education. *Br J Nurs*, 1999; 8(21), 1453-1457.
- Hanssen I. Interpreters in intercultural health care settings. *Journal of Intercultural Communication*, 2010, issue 23
- Hanssen I. *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Revidert utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
- Hanssen I. *Facing Differentness. Ethical challenges in intercultural nursing*. Doctoral dissertation. Oslo: University of Oslo, Institute of Nursing Science, 2002
- Hofstede G. *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. McGraw-Hill, London 1991.
- Holloway M. Death as the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:833-839.
- Kim U. Individualism and Collectivism. Conceptual Clarification and Elaboration. Kapittel 2 i U Kim, HC Triandis, C Kågittcibasi, S-C Choi, G Yoon (red.): *Individualism and Collectivism. Theory, Method, and Applications*. Vol. 18, Cross-Cultural Research and Methodology Series. London: SAGE Publications, 1994.
- La Fontaine J, Ahuja J, Bradbury NM, Philips S, Oyebo J. Understanding dementia amongst people in minority ethnic and cultural groups. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 60(6), 605-614
- Leininger M. Transcultural nursing education: a worldwide imperative. *Nurs Health Care*, 1994; 15(5), 254-257.
- Leininger M. *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit: Wayne State University Press, 1990.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) med endringer, sist ved lov av 21. desember 2000 nr. 127 (i kraft 1. januar 2001) samt forskrifter. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag/Lovdata.
- Meleis AI, Jonsen AR. (1983): «Ethical crises and cultural difference». In: *Western Journal of Medicine*, 1983; 138(6), June, 889-893
- Monsivais D, McNeill J. (2007). Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignant chronic pain syndromes. *Pain Manag Nurs*, 2007; 8(2), 64-71. doi: 10.1016/j.pmn.2007.03.001
- More R, Butow P. Culture and oncology: Impact of context effects. I: R. Moore og D. Spiegel (red.), *Cancer, Culture, and Communication* (s. 15-54). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.
- Muircroft M, McKimm J, William L, MacLeod RD. A New Zealand perspective on palliative care for Maori. *Journal of Palliative Care*, 2010; 26(1), 54-58
- Nailon RE. Nurses» concerns and practices with using interpreters in the care of Latino patients in the Emergency Department. *Journal of Transcultural Nursing* 2006; 2: 119-128
- Pandian JD, Toor G, Arora R, Kaur P, Dheeraj KV, Bhullar RS, Sylaja, PN. Complementary and alternative medicine treatments among stroke patients in India. *Top Stroke Rehabil*, 2012; 19(5), 384-394. doi: 10.1310/tsr1905-384
- Papps E, Ramsden I. Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *Int J Qual Health Care*, 1996; 8(5), 491-497.
- Rizvic S. Å leve med eksilets eksistensielle smerte. Møte mellom traumatiserte flyktninger og norske helsearbeidere. Masteroppgave, Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2005.
- Schachter SC. Complementary and alternative medical therapies. *Curr Opin Neurol*. 2008; 21(2), 184-189. doi: 10.1097/WCO.0b013e3282f47918
- Shanmugasundaram S, O Connor M. Palliative care services for Indian migrants in Australia: Experiences of the family of terminally ill patients. *Indian Journal of Palliative Care*. 2009;15(1):76-83. Doi: 10.4103/0973-1075.53589, pp. 1-12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2886206/> Accessed November 9, 2011.
- Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. *Unequal treatment*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2003.
- Spence D. *Prejudice, Paradox and Possibility. Nursing People from Cultures Other than One's Own*. Doktorgradsavhandling, School of Health Sciences, Massey University, New Zealand, 1999.
- Todd J, Baldwin CM. Palliative care and Culture: An Optimistic view. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*. 2006;12:2.
- van der Veer G. *Rådgivning og terapi med flyktninger. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.

De riktige ordene

I møte med alvorlig syke pasienter er språket et viktig redskap. Velg ord som hjelper pasienten.

Språket er en av våre aller viktigste ressurser for å gjøre oss forstått. Et velorganisert språk gir oss mulighet for å skape struktur, og er et sterkt våpen i møte med negative tanker. Samtidig kan språket gi oss så mange alternative måter å forstå verden på at det skaper både maktesløshet, frustrasjon og psykiske plager. I denne kronikken vil jeg se nærmere på hvordan man som helsearbeider, ved hjelp av et bevisst språk, kan bidra til at pasienten kan oppnå større grad av mestring.

Noe av det første jeg lærte som psykolog var at jeg aldri skulle bruke ordet «hvorfor» når jeg stiller et spørsmål til en pasient. En studiekamerat av meg hadde i sitt første møte med en kvinne som nylig var blitt utsatt for en voldtekt spurt henne om «hvorfor løp du ikke?». Dette ble den første og eneste timen han hadde med denne pasienten. Ikke fordi han nødvendigvis gjorde noe galt, men fordi han brukte et språk som lukket kommunikasjonen dem imellom. I dette tilfellet handlet det om bruken av ordet «hvorfor», et ord som for denne kvinnen virket både anklagende og dømmende. Hadde min studiekamerat isteden spurt «hva er grunnen til at du ikke løp», ville han som avsender vist en større åpenhet for at det faktisk fantes en grunn for at

hun ikke løp. Han hadde samtidig vist en åpen og ikke-dømmende holdning til denne kvinnens atferd.

De aller fleste mennesker har fra tid til annen blitt fortalt at «Du må tenke positivt». Dette er som regel velmenende ord fra mennesker som vil oss det beste. Men det er også et pålegg om å tenke tanker man ikke evner på egen hånd. Jeg hører ofte fra pasienter at de kan oppleve det som belastende å bli fortalt av andre at de må tenke noe de så gjerne vil, men av ulike grunner ikke er i stand til. Jeg tror i bunn og grunn at de aller fleste faktisk ønsker å tenke positivt, og jeg tror også at vi som behandlere og medmennesker er i stand til å bidra til at våre pasienter kan klare å endre sitt tankemønster. Men kjernen i hvor godt vi lykkes ligger ikke nødvendigvis i hva vi sier, men hvordan vi sier det.

Å be noen som bruker store deler av sin daglige energi på å prøve å tenke positivt, om å tenke positive tanker, virker ofte mot sin hensikt. Disse menneskene skjønner bedre enn de fleste at de har mye å vinne på å tenke positivt, og trenger sågar ikke en formaning av andre om å gjøre dette. Derimot trenger de råd og veiledning til hvordan de på egen hånd kan klare å endre sine tanker.

Ved en anledning hadde jeg en pasient som sammenliknet hvordan han tenkte



■ Av Stian Tobiassen, psykolog

med en kopp med kaffe. Han betraktet seg selv som selve koppen, sine negative tanker som kald kaffe og sine positive tanker som varm kaffe. Som denne pasienten sa «Om jeg vil fylle varm kaffe oppi en kopp som er halvfull av kald kaffe blir det bare en lunken blanding som jeg ikke vil ha. Jeg må kvitte meg med den kalde kaffen før jeg kan helle på varm kaffe». Selv synes jeg dette er et veldig godt bilde av den innsikten som er nødvendig for å endre både egen og andres negative tenkning til det positive. Jeg er av den oppfatning at det viktigste ikke er å tenke positive tanker, for positivitetens skyld, men heller å forstå hvorfor man tenker negativt. Likeledes tenker jeg at man må kvitte seg med det som er negativt, før man kan fylle på det positive. Altså handler ikke positiv tenkning alene om å tenke positivt, men snarere om å finne ut «hva er grunnen til at jeg tenker negativt?».

Jeg møter ofte denne problemstillingen i mine daglige samtaler med kreftpasienter. Spesielt synlig blir den i møte med par eller familier, der jeg ofte observerer at de pårørende «pålegger» pasienten å tenke positive tanker. Hensikten er som regel god, men resultatet er dessverre altfor ofte at kommunikasjonen mellom familiemedlemmene svinner hen i en unødvendig konflikt. En mulig løsning på hvordan man kan unngå en slik konflikt finner man ved å se på selve kommunikasjonen og ordene som blir sagt. Det er stor forskjell på om dette blir formidlet på en måte som oppleves å være til hjelp for pasienten, eller om det blir sagt på en måte som framstår som en byrde eller et pålegg for pasienten. Som en pasient en gang sa til meg: «Skal jeg tenke positivt fordi familien min ønsker det, eller skal jeg tenke positivt fordi jeg selv skal få det bedre?».

Skal vi som helsepersonell oppnå gode resultater er det viktig at vi er tydelige i kommunikasjonen overfor våre pasienter. For noen pasienter er det nødvendig å dyrke de negative tankene en stund, før de selv ser at dette ikke har noen hensikt. Å oppnå endring i eget tankemønster, uten at man selv ønsker det, er en vanskelig oppgave. Det er derfor viktig at dette gjøres på pasientens premisser, slik at de selv får anledning til å ta initiativ til endring. Dette handler om å legge til rette for å gi pasientene valgfrihet og kontroll.

Å ta kontroll over eget liv

Alle har behov for kontroll, og de fleste av dem som opplever sykdom og tap vil oppleve å bli fratatt kontroll over flere områder i eget liv. Begrenset mobilitet

og uforutsigbarhet i behandling er ofte kilden til dette. Det å bli fratatt kontroll over grunnleggende evner og egenskaper er noe av det som i størst grad bidrar til å øke menneskets maktesløshet. Behovet for å finne noe man kan kontrollere, som man selv rår over i egen hverdag, er derfor avgjørende for mange.

Nylig hadde jeg et par i terapi, der den ene døde som følge av en medisinsk feilvurdering. Som den etterlatte sa «vi vant egentlig over kreften, selv om min mann døde, fordi vi mistet aldri håpet - eller hverandre». For dette unge paret, som hadde mistet deres egen kontroll over liv og død, på grunn av en medisinsk feilvurdering, ble behovet for å fokusere på det de kunne gjøre noe med stort. De valgte å se på det som en seier, selv om andre ville mene at de hadde tapt. For dem ble ordene de brukte om egen situasjon det avgjørende.

Behovet for å gjøre noen valg, og se at de kan ha en konsekvens, er av uvurderlig betydning. Å være i stand til å ta valg som får det utfallet man selv ønsker, er kjernen i enhver form for kontroll. I psykologien omtaler man dette som indre kontrollplassering. Kort fortalt handler det om å flytte kontrollen fra det ytre til det indre rom, der det er du som enkeltmenneske som bestemmer utfallet av de handlingene du tar del i.

«Språk er et sterkt våpen i møte med negative tanker.»

Når man mister muligheten til å påvirke og kontrollere egen hverdag, må denne kontrollen gjenvinnes og kompenseres for på andre områder i livet. For noen kan det være så enkelt at de selv får bestemme når de skal ha besøk, når plantene på rommet skal vannes eller hva de skal spise til middag. Det finnes psykologiske studier som viser at pasientens medbestemmelse har stor betydning for pasientens psykiske tilstand. I noen tilfeller har det også avgjørende fysisk betydning. Kjernen i god pasientkommunikasjon ligger i at vi som helsearbeidere forstår disse mekanismene, og ikke undervurderer pasientene våre i de enkle, men likevel så avgjørende tiltakene som har så stor betydning i deres daglige liv.

Ord er makt, blir det ofte sagt. Som helsearbeider er det viktig å være den kraften som ligger i hvert enkelt ord bevisst. En tidligere kollega pleide å si at «det er aldri for seint å skaffe seg en dårlig barndom



– det handler bare om hva du fokuserer på». Gjennom språk kan virkelighet endres, og for dem som i liten grad er i stand til å gjøre fysiske endringer i eget liv, blir de narrative eller språklige nyansene ofte viktige verktøy i å kontrollere hverdagen.

Endring av perspektiv

Innenfor psykologien har man et begrep som heter «framing», på norsk kalt perspektivtaking. Dette handler om at opplevelsen av virkeligheten endres som følge av ordene man bruker. Et godt eksempel på dette er en ung pasient jeg jobbet med for et par år siden. Han slet med tretthetslidelsen «fatigue» etter langvarig behandling for sarkom. Som en

«Gjennom språk kan virkelighet endres.»

konsekvens av dette maktet han i liten grad å gjennomføre de aktivitetene han tidligere hadde gjort med den største selvfølgelighet. For å forsøke å endre denne pasientens perspektiv på egen sykdom satte vi opp et kapasitetsbarometer. Her ble det skissert hvor mange prosent av hans energi som ble brukt når han utførte noen ganske enkle aktiviteter etter skoletid, som å gjøre lekser, være sammen med kamerater og gå på kino. Vi kom frem til at disse aktivitetene krevde omtrent 90-100 prosent av guttens energi. Tilsvarende satt vi opp et kapasitetsbarometer for meg, hvor vi kom frem til at de samme aktivitetene omtrent ville kreve 40 prosent av min kapasitet. Da jeg spurte denne gutten hva forskjellene på oss to var, kom det ganske raskt at «jeg blir dobbelt så sliten som deg». Dette er naturligvis en måte å se forskjellen mellom oss to på. Denne gutten ble langt mer sliten enn meg av å gjennomføre disse aktivitetene. Likevel sa jeg meg uenig i hans påstand, da jeg hevdet at det også fantes en annen måte å se dette på. Min påstand er nemlig at denne gutten yter sitt maksimale nesten hver dag. Dette er en like riktig påstand, som at han blir sliten nesten med en gang. Den objektive virkeligheten er ikke endret, men måten man ser på seg selv og sine egne muligheter endres. For det er nemlig slik at svært få 13 år gamle gutter gjør sitt beste hver eneste dag. Når denne pasienten først blir sliten, vet han at han har gjort sitt beste – og han vet også at det finnes ingen som kan klare å yte mer enn 100 prosent hver eneste dag. Selv ikke Petter Northug klarer det.

Perspektivtaking er en teknikk som ofte brukes av

reklamebransjen. I en av de siste reklamekampanjene til flyselskapet Norwegian blir forskjellene mellom SAS og Norwegian brukt som eksempler på hvordan ord ofte er avgjørende for hvilket produkt vi som konsumenter benytter oss av. SAS har stort sett alltid framstilt seg selv som et flyselskap der man kan ha med bagasje uten å måtte betale ekstra, mens man hos Norwegian og andre billigselskaper må betale ekstra om man skal ha med bagasje. Nå har Norwegian snudd på dette, og sier i sin siste kampanje at hos dem betaler du kun ekstra om du skal ha med bagasje, mens man hos SAS betaler selv om du ikke har med bagasje. Praksisen er akkurat den samme som før, mens ordene man bruker om denne praksisen er endret, noe som igjen endrer hvordan vi som forbrukere oppfatter tilbudene til de ulike flyselskapene.

Vi som helsearbeidere har mye å lære av reklamebransjen når det gjelder kommunikasjon. Det å bruke de riktige ordene i vår daglige kommunikasjon med pasienter er en nøysom øvelse. Faren for å trække feil og bruke de uriktige ordene, er stor. Og resultatet er ofte at man ikke lykkes med å skape de endringene man ønsker. Når jeg formidler diagnoser til mine pasienter er jeg alltid opptatt av å ikke formidle dem på en slik måte at de oppleves som absolutte sannheter. Jeg sier for eksempel aldri til en pasient at «du er depriment». Derimot sier jeg heller at «du har en depresjon». Blant psykologer blir depresjon ofte omtalt som en «psykisk forkjølelse». Dette er en av de vanligste psykiske lidelsene, og har det til felles med en forkjølelse at den hvert år rammer store deler av befolkningen. Å være depriment er ikke noe man er. Derimot er det mange som har en depresjon, som en midlertidig, vikarierende tilstand. De faktiske forskjellene er ikke så store, men ordene man bruker om tilstanden er likevel avgjørende for om man identifiserer seg med lidelsene som en egenskap, eller opplever den som en midlertidig og forbigående tilstand.

Avslutning

Man kan ikke alltid endre det som er belastende i egen hverdag. Derimot kan man endre hvordan man forholder seg til dette. Ved å endre ordene man bruker om egen tilstand, endrer man også hvordan man ser på seg selv. Og på den måten endrer vi også virkeligheten slik den framstår for oss. I møte med alvorlig syke pasienter blir derfor språket et viktig redskap, som kan bidra til større endringer enn vi i utgangspunktet skulle tro. For oss som helsepersonell handler det derfor om til enhver tid å velge de riktige ordene. ■

Hvor nært skal vi involveres?

Sykepleie skal være pasientnær, kompetent og profesjonell. Følelsesmessig involvering kan berike og trøste, men det kan også vanskeliggjøre nødvendig avstand til pasienten.

Sykepleie er normativt i sin eksistens. Faget utøves i nære relasjoner og kvalitet avgjøres i møtet. Kommunikare betyr «å gjøre felles». Å komme hverandre i møte er et etisk prosjekt, der forvaltning av personlige og faglige forutsetninger for nærvær blir avslørt (1).

Sykepleieren er til stede der liv og helse er utfordret. I historisk perspektiv startet sykepleieutøvelsen nært de mest sårbare og hjelpetrenende mennesker. De var velkommen i nonnens «homes», der de fikk hjelp med sine grunnleggende behov, lindring og trøst.

Respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet er fortsatt sykepleiens verdigrunn-

lag. Barmhjertighet formulerer vårt normative og altruistiske fundament. Sykepleiere viser både pasient og nære pårørende respekt og omtanke, deler fakta og forståelse, og formulerer sitt faglige ansvar med tydelighet.(2)

Kjernen i sykepleierens profesjonsutøvelse er kompetent, profesjonell tilstedeværelse. Profesjonsetikken begrunnelse ligger nettopp i intimitetsarbeidet. Sykepleie utøves pasientnært, sansende, deltakende og empatisk. Relasjonskompetanse preges av den intuitive varheten i møte med «det fortrolige», der den andres urørlighetssone respekteres (3,4).

Jeg fristes til å sitere et berørende eksempel;



Av Marie Aakre, rådgiver etikk og ledelse, St. Olavs Hospital

Sammendrag: Tilstedeværelse er nødvendig men ikke alltid behagelig eller lett å forvalte. Relasjonskompetanse krever kunnskap, personlig klokskap og brukerkompetanse som bevisstgjøres og modnes gjennom reflekterende verdibevisste dannelsesprosesser over tid. Klok forvaltning av nærhet, avstand, medbestemmelse og åpenhet må sta-

dig utvikles og etterprøves. Berørte hjelpere utfordres og beskyttes av sitt fagansvar. Hverdagslederens tydelighet og tilgjengelighet, og hverdagskulturens handlingsrom er av særlig betydning. Personlig egnethet og faglig profesjonalitet bør sikres modigere og tydeligere. Det moralske stress bør få større oppmerksomhet.

Ger Wackers skriver om sykepleien ved sin kones dødsleie hjemme (5): «Etter hvert får vi også hjemmesykepleie to ganger om dagen. Når de kommer for å stelle Truus, prøver jeg å gi dem arbeidsro. Men ved en anledning får jeg av Truus ikke lov til å forlate rommet. Jeg holder meg allikevel litt i bakgrunnen og har da anledning til å observere, som en flue på veggen, hjemmesykepleierne i arbeid. Det jeg ser gjør dypt inntrykk på meg. Jeg leter etter ord. Rolige bevegelser, berøringen, kroppsligheten, tålmodigheten, nærheten, tilstedeværelsen. Det ser ut som en dans. Et ord fester seg i mine tanker, skånsomhet. Jeg vil skrive om dette, men har ikke funnet ut hvordan ennå. Dette er sykepleie fra øverste hylle. Når de er ferdige, takker de oss for at de fikk lov til å komme inn i vårt hjem.»

Skånsomhet er kanskje et ord vi burde bruke oftere. Det favner jo både noe av det lindrende nærværet, det gode stellet med varsomt håndverk og rytmen i samhandlingen. Det må være noe av dette Aristoteles kalte «kunstnerens kunnen» (6, side 49).

«Skånsomhet er kanskje et ord vi burde bruke oftere.»

Det enkelte menneskets ukrenkelige verdi kan tilskrives og avskrives i praksis, og er avhengig av å komme til *uttrykk* for å ikke bli en abstrakt størrelse. Selv den mest autonome tilskrives sitt verd fra andres anerkjennende hender og blikk. Disse markørene forteller oss hvem vi er (7, kap. 1 Det sårbare menneske. S. Roaldkvam).

Sykepleiens kunnskapsgrunnlag må være bredt, både forstått som forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerbasert kompetanse (2). Alle de tre fagområdene er avgjørende for praktisk klokskap. Det anslås at ca. 50 prosent av sykepleiefaget bør være fakta og forskningsbasert (7, kap. 2,8,9).

Erfaringskompetanse utvikles og dannes gjennom reflektert, veiledet praksis i hverdagskulturer som setter språk på taus kunnskap, og stadig skaper rom for å dele inntrykk, gi tilbakemeldinger og utvikle personlig faglig identitet. Både spontan og systematisk etisk refleksjon og modige kollegiale tilbakemeldinger er avgjørende for å oppøve dømmekraft (10,11,12).

Ettertanker og tilbakemeldinger er bevisst-

gjørende; Ser jeg godt nok forskjellen på ditt og mitt? Hvor setter jeg grenser for mitt behov for å hjelpe og den andres behov for hjelp? Hva lukker jeg opp for og hva lar jeg være usagt? Hva ønsker jeg å vite og hva trenger jeg å vite? Hva formidler jeg om inntrykkene til mine kolleger og hva holder jeg for meg selv? Hvordan forvalter jeg tid og tilstedeværelse? Hvem trenger meg mest og hva styrer mine og våre prioriteringer? Hva heter våre statusområder og hvilke verdier preger egentlig vår hverdagskultur? Hvordan identifiserer og møter jeg de etiske dilemma, når melder jeg avvik, og hvordan bruker vi etiske og faglige dilemma til læring?

Brukerperkompetanse handler om lydhørhet for pasientens livshistorie, kultur- og forståelsemessige forutsetninger og pasientens situasjonsforståelse og forventninger her og nå. Også lydhørhet og respekt for brukerens tilbakemeldinger om hvordan relasjonen oppleves er sentralt.

Reell brukermedvirkning handler om å søke den andres livsverden, med bevissthet om at det aldri er mulig å se alt eller fullt ut kunne forstå hva den andre forstår. I brukerperspektivet bygger vi på antakelsene om at enhver lidelse er individuelt utformet, enten den passer inn i en kjent diagnostisk kategori eller ikke. Lidelsen er utfoldet i et individuelt og unikt livsløp som former en persons selvforståelse, lidelsesform og mestringsmønster.

Vi er altså avhengige av pasientens medvirkning og fortelling i vår fagutøvelse – der dette er mulig. Språket er veien fra alenehet til relasjon, fra angst til deltakelse. Kroppsspråket og sansningen er viktige deler av kommunikasjonen der vi søker å skape kontakt, å forstå, fordele ansvar, og bekrefte og myndiggjøre den sårbare. Det handler om å gi og motta tillit (1,3,4).

Kreftsykepleie utøves nær andres lidelse, med fokus på menneskets helhetlige smerteopplevelse. Best mulig livskvalitet og optimal lindring og trøst er sentralt. Både sykdomslidelsen, behandlingstilstanden og omsorgslidelsen bør lindres (13).

Vi har lært at den fysiske smerten kan «lamme» personligheten, og vi søker å lindre for å dempe det skremmende og krenkende uten at palliasjonen sløver på en uverdlig måte. Den åndelig/eksistensielle smerte beskrives som den mest totale smerte forbundet med det å være menneske (14). Det vi har felles er å møte tap og avmakt. Men lidelse og smerte kan også oppleves som tilværelsens ekte nærvær, og vi har vel alle møtt kreftsyke men-



NÆRHET: Det er naturlig å bli emosjonelt involvert, men uheldig sterk involvering kan gå ut over faglig forsvarlighet i sykepleien. Illustrasjonsfoto: Colourbox



KOLLEGASAMTALE: Det er viktig med tilbakemeldinger fra kollegaer. Ved å dele erfaringer kan sykepleiere utvikle sin dømmekraft og kompetanse. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

nesker som sier de ikke ville vært sine erfaringer foruten. Alvorlige livshendelser kan forløse «åndelig overskudd» når vi må være «mer enn oss selv». Noen ganger er det viktig å bevare dette overskudd framfor å sløve.

Betryggende tilstedeværelse kan være lindrende. Å bli møtt på sine eksistensielle spørsmål knyttet til lidelsen, døden, meningsløshet og alenehet kan gi ny innsikt til selvforståelse og erkjennelser om egen menneskelighet i tilværelsen (14,15). God helhetlig tilnærming er ikke mulig uten empatisk tilstedeværelse, som ofte berører og utfordrer. Den følelsesmessige berørtheten i nærværet kan påvirke små og store handlingsvalg. Dette relasjonelle fagarbeidet har ikke tydelige grenser (1,3).

Privat – personlig – profesjonell

Sykepleie kan ikke standardiseres eller utøves likt av alle eller til alle. Løgstrup har i sin etiske fordring lært oss om talens åpenhet, barmhjertighet og den grunnleggende tillit, og minner oss om posisjonsmaktens innflytelse som kan gjøre «ferdende meget» med den andre (16). Forvaltning av makt og avhengighet er alltid på prøve.

Var jeg for personlig?

«Jeg skulle stelle venekateteret på den unge moren som var så alvorlig syk. Hun hadde nettopp fått informasjon om nye metastaser tross intensiv kjemoterapi. Jeg visste at hun hadde en liten datter på alder med min egen, og vi hadde delt mye fortrolighet. Jeg syntes hele situasjonen var sterkt berørende.

Hun lå på siden i senga med ryggen mot meg, og da jeg var ferdig med prosedyren og masserte ryggen hennes fikk jeg lyst til å fortelle henne at jeg var gravid. Vi fikk en god samtale om å være mor, men jeg kjente på en avstand. I ettertid har jeg lurt på om jeg var for personlig – og hva som styrte mitt valg?»

En dyktig fagperson møter hele mennesker. Det er alltid ønskelig at sykepleiere er både personlige og profesjonelle i sin yrkesutøvelse. Det er naturlig å bli emosjonelt involvert, og dette er i utgangspunktet ikke feil. Den følelsesmessige involvering kan berike og trøste, men også vanskeliggjøre oversikt (metaperspektivet) ved nødvendig avstand, og empatisk nærvær (4). Barmhjertig praksis innebærer en altruistisk tilnærming der vi evner å stå i det uegennyttige. Appellen i møtet med den andre kan invitere oss inn i nærvær der vi mister oversikten og selvinnsikten.

Uheldig sterk identifikasjon og involvering kan true krav til faglig forsvarlighet. Samtidig kan nettopp det faglige ansvaret være beskyttende for overinvolvering og uprofesjonell tilnærming.

Anders Kjær formulerer fagansvarets risikable balansepunkt (foredrag København 2011):

«Uten at vi selv har forståelsens avstand til vår sansning av medmennesket kan vi ikke hjelpe den andre til å legge forståelsens avstand til de voldsomme bevegelser som tar pusten fra dette menneske og slår vedkommende helt ut. Vi blir i så fall så overveldet av bevegelsen fra den andre at vi ikke er til virkelig hjelp. Vår forståelse har anelsens karakter. Vi forstår ikke fullt ut hvordan og hvor hardt vedkommende kan ha det. Vi kan kun ane det. Det pålegger oss en aktende tilbakeholdenhet i nærværet som må komme til uttrykk i vår forståelse og det vi sier med kroppsspråk og verbalt språk.

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere heter det (2, punkt 2): *Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger og unngår relasjoner som kan føre til utnyttelse av pasienten.*

Tydelig selvforståelse i rollen bidrar til å trygge tilstedeværelsen og unngå relasjoner som gjør profesjonsrollen umulig. Det er viktig å innse forskjelle på det nære nærvær, den respektfulle distanserte tilstedeværelse og ansvarlig tilgjengelighet. Fastvakt er ikke det eneste som er truet eller misforstått. Å være dedikert, ansvarlig og tilgjengelig er ikke det samme som å sitte fast hos den syke, og verdighet bekreftes med ansvarlige og tilgjengelige personer som ser og vet (18).

Noen ganger utvikles det nære vennskaps- eller

kjæresteforhold med pasient eller pårørende. Dette er av privat karakter og uforenlig med faglig ansvar. Det kan i relasjoner som har utviklet seg uheldig bli nødvendig å endre ansvarsrolle. Eksemplene er særlig mange fra små kommuner der «alle kjenner alle». Både forforståelser, slektskap og nært vennskap kan skape etiske dilemma som betinger en særlig våkenhet for hvordan fagansvaret forvaltes.

«Betryggende tilstedeværelse kan være lindrende.»

Profesjonalitet defineres gjerne som ekspertise og spesialisert kunnskap i det feltet man utøver, som fremragende manuelle og praktiske ferdigheter i tilknytning til profesjonen, som faglig arbeid av høy kvalitet. Profesjonalitet kjennetegnes av en høy standard av profesjonell etikk, atferd og arbeidsaktiviteter. Den profesjonelle skylder klienter høyere plikt, ofte et privilegium av konfidensialitet, i tillegg til plikten om å ikke forlate klienten bare fordi han eller hun ikke er i stand til å betale. Den profesjonelle må ofte sette klientens interesse foran sine egne interesser. En profesjonell er en ekspert som er en mester på et spesielt fagfelt, og bør kunne skille mellom rollen som privatperson og rollen som profesjonell fagansvarlig utøver (Wikipedia).

«Jeg har ansvar for en kreftpasient som inspirer og berører meg veldig. Han er musiker og kunstner og har en overflod av kreativitet som han daglig ønsker å dele med meg når jeg kommer. Mine hovedoppgaver er å vurdere og administrere smertebehandlingen og stelle et sår han har på ryggen, men jeg må innrømme at besøkene hos han krever tid. Han bor alene og har noen venner som jeg ikke har møtt. Nå har han invitert meg med på en konsert og restaurantbesøk etterpå, og jeg har veldig lyst til å bli med. Men blir dette uprofesjonelt?»

Det er avgjørende at ikke andre mennesker gjøres til objekter. Gode fagfolk kan samhandle med andre på en måte som bidrar til å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt og anerkjennelse, som fremmer selvstendighet og medvirkning. (3, s. 12).

Berørte hjelpere, hva koster det å arbeide nært?

«Jeg, sykepleieren, er ikke en sten. Jeg kan aldri kvitte meg med meg selv i det profesjonelle. Hvis ikke jeg er der blir det jo ingen å møte for den andre. Jeg tar plass som et likeverdig menneske og

som den jeg er, så jeg synes, merkes og teller med. Jeg stiller meg ikke som en utydelig figur i skyggen av systemene, travelheten, inkompetansen, eller de trange handlingsrom. Jeg observerer, lytter, tar imot og reagerer.» (ukjent)

«Den profesjonelle må ofte sette klientens interesse foran sine egne.»

Personfaktoren i utøvelsen av faglig profesjonalitet underkjennes ofte. Mennesker som arbeider med mennesker skal forvalte både desentrert empati og tydelig erkjennende selvinnsikt. Dannelse av praktisk klokskap er stadig avhengig av veiledet erfaring og reflektert hverdagsmoral. Vi bør erkjenne at ikke alle egner seg til yrkesutøvelse i nære empatiske relasjonsprosesser. Det tilligger lederansvaret å rekruttere, utvikle og evaluere egnethet i dette sårbare fagfelt.

I møte med den andre møter vi oss selv. Pasienten etterspør tilstedeværelse og ro og ledere etterspør og måles på aktivitet. Skvisen i møte med kompleks faglighet, distansert hverdagsledelse, utydelige verdier, lite ressurser, trange handlingsrom, berørende sterke inntrykk og høyt tempo er velkjent. Det er ikke bare arbeidet som presser, men det moralske ansvaret. Det moralske stress gir velbegrunnet uro for tilstedeværelsens muligheter i våre tjenester, og bør få større oppmerksomhet (11,20).

Erfaringer fra langvarig etikkarbeid i pleie og omsorgstjenester gjør inntrykk. Det drøftes stadig om det er frivillig eller obligatorisk å delta i systematisk etisk refleksjon og personlig veiledning. Det er bekymringsfullt å se ringvirkninger av tause hverdagskulturer med utydelig og hemmende forsiktighet i ledelse og refleksjonsarbeid. Det ser ut til å være mer tilfeldig enn alminnelig at sykepleiere bidrar aktivt til utvikling av tydelige læringskulturer og kollegial profesjonalisering i praksis.

Hvem danner dannelsen i praksis? Hva kjenner tegner vår hverdagskultur og hvordan myndiggjøres vi til felles etisk og faglig ansvarlighet og kvalitet? Profesjonskulturer må ledes og veiledes verdibasert og verdibevist, langsomt, langsiktig og langvarig. Svaret ligger i tydelig og tilgjengelig ledelse der tjenestene utføres (10,11,17).

Den profesjonelle skal både reflektere og beslutte under handlingspress. Reflektert praksis fremmer

moralsk praksis og arbeidsglede (19,20). Inntrykene og berørtheten kan språksettes, reflekteres og fremme ny innsikt om oss selv og hverandre.

Det er fristende å jukse med erfaringsklokskap, men det finnes ingen lettveit og rask vei til personlig dømmekraft. Den dannede søker aktiv forståelse. Profesjonalitet og faglighet fremmes ved langsiktig veiledet trening i åpne nysgjerrige hverdagskulturer, tenketanker og kommunikasjonslaboratorier, og ikke minst i systematiske refleksjonsrom og fortrolige veiledningsrom nær praksis. Var det ikke noe lignende Florence Nightingale skrev om sykepleie som kunst;»Hvis den skal bli det kreves det en like energisk forbedelse som noen malers eller billedhuggers verk. Hva kan man gjøre med kold marmor eller med et dødt lerret sammenliknet med det sykepleieren kan gjøre med det levende mennesket? Sykepleie er en av de fineste kunster, jeg hadde nær sagt; den fineste av de fine kunster!» ■

Referanser:

1. Falk, Bent Å være der du er, – samtale med kriserammede. Fagbokforlaget Bergen 1999.
2. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. NSF 2011.
3. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo Aschehoug 1996.
4. Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per-Halvard. Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. Fagbokforlaget 2011.
5. Ger Wackers. Ukeavisen Morgenbladet okt. 2012.
6. Vetlesen. A.J Hva er etikk? Side 49. Universitetsforlaget 2010.
7. Johannesen, Molven, Roaldkvam, Aakre. Godt, rett, rettferdig. Akribe 2007.
8. Inger Margrethe Holter, foredrag NSF 2011.
9. Kari Martinsen og Katie Eriksson Å se og å innse. Om ulike former for evidens. Akribe 2009.
10. Schön DA, The reflective practitioner; How professionals think in action. New York Basic Books 1983.
11. Alvsvåg, Herdis. På sporet av et dannedt helsevesen. Akribe 2010
12. Aakre Marie: Liv og ledelse Kap 1 Hverdagsledelse og moralsk praksis. Nord-Norsk Lederutvikling 2011.
13. Katie Eriksson: Den lidende menneskiskan. Liber utbildning 1994.
14. Rasmussen Jens: Livsanskuelse, filosofi, etik og religion Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk forlag Arnold Busck 2012.
15. Schmidt Heidi: Har du tid til det da? Om åndelig omsorg i sykepleien. Polio Forlag 2009.
16. Løgstrup KE Den etiske fordring København: Nyt Nordisk Forlag 1989.
17. Aakre Marie: Helsehjelp til mennesker med rusproblemer. Kap 4 Etske utfordringer og etisk kompetanse. Akribe 2012.
18. Marie Aakre Hvorfor er det så vanskelig å sitte ned? Omsorg nr. 2/1998.
19. Profesjonsetikk. Svein Aage Kristoffersen, Universitetsforlaget 2005.
20. Severinsson, E Moral stress and burnout. Nursing Health Science Mars 2003.



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE



Bli med på landskonferansen

Forum for Kreftsykepleie inviterer til Den 16. norske landskonferanse i kreftsykepleie «Heftige dager med begeistring», 19. –21. september 2013.

Helsevesenet er mangfoldig, der endringer og nyheter kommer fortløpende. Konferansen vil ha fokus på det som rører seg i tiden. Gjennom forelesninger, posterpresentasjoner og parallellsesjoner med presentasjoner og diskusjoner tilbyr vi et program som er

både heftig, og som vi håper vil begeistre.

Påmelding skal gjøres online. Du finner utfyllende informasjon og påmeldingsskjema på sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere. Der vil det også komme oppdateringer om konferansen, i tillegg

til informasjon i tidsskriftet Kreftsykepleie.

Konferansen finner sted på Radisson Blu Hotel, Tromsø. Hotellet ligger i sentrum av byen, i gangavstand til flybuss og andre hoteller.

Mere informasjon om Tromsø finner du på visittromso.no

Program for landskonferansen

Årets landskonferanse har vi kalt «Heftige dager med begeistring». Det er Den 16. norske landskonferanse i kreftsykepleie, og arrangementet finner sted i Tromsø 19.-21. september 2013.

Program med forbehold om endringer. Oppdateringer kommer fortløpende på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Torsdag 19. september 2013

	<p>Registrering fra kl. 10.00 + på onsdag kveld. Utstillingen åpner kl. 10.30 Åpning av konferansen kl. 11.00-12.00</p>
12.00-13.00	<p>«Stige mot Lyset» er en film om Åsa og hennes liv, og om mestring av kreftsykdom. Ved filmskaper Tor Edvin Eliassen, Tromsø. «Møtet med Åsa og utfordringer ved å være kreftsykepleier i en liten kommune». Ved kreftsykepleier Anita B. Brendefjord, Vågan kommune.</p>
13.00-14.30	<p>Lunsj/Utstilling</p>
14.30-15.15	<p>«Den nærmeste legen.» Hva kan fastlegen bidra med ved kreftsykdom? Ved May-Lill Johansen, førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø og spesialist i allmennmedisin.</p>
15.15-16.00	<p>«Hverdagslivet med prostatakreft, utfordringer for menn, ektefeller og samlivet.» Ved Kreftsykepleier/Ph.d. Bente Ervik, Kreftavdelingen, Universitetsykehuset i Tromsø/ Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø.</p>
16.00-16.30	<p>Pause/utstilling</p>
16.30-17.15	<p>Brukerperspektivet</p>
17.15-18.45	<p>Generalforsamling NSF's FKS</p>
20.00	<p>«Kom og la deg begeistre.» Vi inviterer til en hyggelig sammenkomst.</p>



Fredag 20. september

08.30-08.45	Velkommen/kulturelt innslag og presentasjon av nytt styre i FKS.
08.45-09.30	«Tid og sjukepleie til alvorleg sjuke: Eit filosofisk perspektiv». Ved Professor i sjukepleie Ingun Elstad, Universitetet i Tromsø.
09.30-10.00	Pause/utstilling.
10.00-11.30	Paneldebatt. Med utgangspunkt i den nye kreftstrategien – bedre kreftomsorg. Hvor er vi? Mere informasjon kommer, følg med på nettsiden.
11.30-12.00	Pause/utstilling
12.00-12.45	NAFKAM – Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling. Ved direktør Vinjar Fønnebø, Universitetet i Tromsø.
12.45-13.30	Unik behandling for unike kvinner - skreddersydd brystkreftbehandling. Ved Professor Erik Wist, leder av Norsk Bryst Cancer gruppe, Oslo.
13.30-15.00	Lunsj/utstilling
15.00-16.15	Parallellsesjoner
16.15-16.45	Pause/utstilling
16.45-18.00	Parallellsesjoner
20.00	Du inviteres til «Heftig festaften» på Radisson Blue Hotell. Egenandel kr 450,-

Lørdag 21. september

08.30	Velkommen
08.45-09.30	«Det gode stellet samspill mellom kropp og livserfaring». Ved Førstelektor/sykepleier Toril Agnete Larsen, Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø.
09.30-10.00	Pause/utstilling
10.00-11.00	«Kunsten å dø». Ved Audun Myskja, faglig leder Senter for Livshjelp, overlege/Ph.d., Spesialist i allmenmedisin.
11.00-11.15	Pause/utstilling
11.15-12.30	«Att vårda och orka i det svåraste». Ved Yvonne Wengström. Onkologisjukskøterska og forsker, Seksjon for omvårdnad, Karolinska institutt, Stockholm.
12.30-13.30	«Venteværelset, en døendes fortelling om livet». Ved klinisk sygeplejespecialist og forfatter Rita Nielsen, Diakonissestiftelsens Hospice, Danmark
13.30-14.00	Avslutning
14.00	Lunsj

Dette kan du bidra med

Den 16. norske landskonferanse i kreftsykepleie «Heftige dager med begeistring» inviterer til innsendelse av abstracts/sammendrag.

Hold foredrag

Programkomiteen inviterer til å holde korte foredrag, 15 - 20 min, på parallellsesjonene.

På Parallellsesjonene er det ønskelig å ha fokus på:

- Barn og ungdom
- Flerkulturelt perspektiv
- Rehabilitering/mestring

- Sykepleie fag
- Hjelperperspektivet
- Pasient/pårørende
- Frivillighet
- Pasientforløp.

Sammendrag til foredrag sendes: 16landskonferanse.kreftspl@gmail.com

Posterpresentasjoner

Programkomiteen inviterer også til presentasjon av prosjekt/utviklingsarbeid eller ideer fra deres arbeidssted.

Sammendrag til poster sendes: 16landskonferanse.kreftspl@gmail.com

Sammendraget/abstracts:

Teksten skal være på max 250 ord. Navn på forfatter, tittel og arbeidssted kommer i tillegg. Det skal inneholde bakgrunn for og formål med undersøkelsen, problemstilling, metodisk tilnærming, kort om hovedfunn/resultater, konklusjon og anbefalinger.

Utfyllende informasjon om hvordan skrive postere/abstracts vil bli lagt ut på FKS hjemmeside: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Frist for innsendelse: 01.05.13

Tilbakemelding gis til alle innen 01.06.13.



Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Lær om smerte

Hva er smerter, egentlig? Kortversjonen er at det er vondt. Boken beskriver fenomenet medisinsk og supplerer med anonymiserte smertepasienthistorier. Forfatteren belyser også arv og miljø, smertemekanismer, reguleringsystemer, hvordan smerten har vært forstått gjennom historien og dens bruk som straff og funksjon i ulike kulturer. Boken er skrevet av Egil Andreas Fors, som er overlege ved Smertesenteret, St. Olavs Hospital. Han har bred erfaring med smerteproblematikk fra indremedisin, psykiatri og allmennpraksis.

Hva er smerte, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Kjempet for brystrekonstruksjon

Lise Askvik er programleder i P4. Hun frontet i fjor kampen om midler til brystrekonstruksjon for alle kvinner som har hatt brystkreft. I denne boken forteller hun om sitt år med brystkreft, og om hvordan det var å kjempe for retten til brystrekonstruksjon.

I P4 leder Askvik programmet «Meggene», i tospann med Astrid Gunnestad. Sammen opprettet de Facebook-gruppen «Vi venter fanden meg ikke på ny pupp etter kreft», som er blitt et forum alle som er opptatt av brystkreft.

Kreft ga meg kraft, Aschehoug

BOKOMTALE



Skriver om oppveksten

Moren til Ruben Bolme Aune fikk brystkreft da han var ni år gammel. Nå er han 15 år, og forteller i denne boken om oppturer og nedturer med en kreftsyk mamma. Morens kreft har spredd seg, og det har vært mange runder med behandling.

Aune ble intervjuet av NRK i fjor høst, og fortalte da om sine lese og skrivevansker, som har gjort det ekstra vanskelig for ham å få realisert bokplanene. Men han har klart det, og boken kan være nyttig å lese for andre ungdommer i samme situasjon.

Jeg har en mamma med kreft, Snøfugl forlag

BOKOMTALE



Tekstar av alvorleg sjuke

Doktoravhandlingen til Oddgeir Synnes er basert på hans arbeid og resultat fra skrivekurs med alvorleg sjuke. Doktorgraden omfattar 450 tekstar av 51 deltakarar i alderen 43 til 95 år.

Synnes gjennomførte seks skrivekurs for alvorleg sjuke der pasientane skreiv kva dei var opptekne av eller noko dei ville fortelje vidare. Alle deltakarane fikk lindrande behandling ved sjukeheim og sjukehus, og var tilknytta palliative avdelingar.

Vil du kjøpe avhandlingen «Forteljing som identitetskonstruksjon ved alvorleg sjukdom», kontakt: odggeir.synnes@betanien.no

Omtalen er skrevet av Åse Grøthe



Norsk pris 2013:

Årets sykepleier i kreftomsorg

Forum for kreftsykepleie (FKS) deler årlig ut pris til en sykepleier som utmerker seg spesielt i kreftomsorgen. FKS oppfordrer sine medlemmer og lesere av tidsskriftet Kreftsykepleie til å sende inn forslag på en sykepleier som har gjort en spesiell innsats innenfor fagfeltet.

Hvem kan bli nominert:

- Vedkommende arbeider innen klinisk sykepleie, fagutvikling eller forskning.
- Vedkommende gjør en innsats som utmerker seg – overfor pasienter med kreftsykdom, pårørende eller overfor kollegaer.

Send kandidatens navn, arbeidssted, telefonnummer samt begrunnelse for nomineringen til:

FKS NSF's Faggruppe v/ Lillian Rolfsen Grønsund
Lyngveien 16, 4400 Flekkefjord
Telefon: 416 95892 / E-post: lillian@norgespost.no

Frist 1. september 2013



Nyttig på nett!

Her er nettsider med mye aktuell informasjon:

Helsebiblioteket – et offentlig nettsted gratis for helsepersonell. Inneholder tidsskrifter i fulltekst, medisinske databaser, retningslinjer og nyttig fagstoff. www.helsebiblioteket.no

Oncolex – et nettbasert oppslagsverk for kreftdiagnostikk, -behandling og -oppfølging. Her kan helsepersonell hente fram relevant og alltid oppdatert informasjon. Innholdet er utarbeidet i samarbeid med fagspesialistene på hvert fagområde ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Prosedyrene er rikt illustrert med foto, video og animasjoner. Oncolex har gode rutiner for revidering. www.oncolex.no

Kreftregisteret – Kreftregisterets nettsted inneholder informasjon om kreft i Norge – forekomst, overlevelse og geografiske variasjoner. www.kreftregisteret.no

Kreftforeningens hjemmeside gir informasjon om siste nytt innen kreftforskning, forebyggelse og behandling, hjelp til kreftpasienter og pårørende, spørsmål, svartjeneste og fagstoff om kreft for forskere. www.kreftforeningen.no



Caruurta gurigooda iyo gawaaridooda oo bilaa sigaar ah

Hidaha loya cabiro, dhawrka waan ku fadhiiso. Haddii aya marri naqsoo, aabe

Maabbi na marri

Haye

Amiga waaxaa leya yiraahdaa georg. Maxaa yeelay anigu waaxaan ahay gurri oo waaxaan leeyahay qoor dhacir, faas oo i saamaayaya maan caadka qasaa kor u dhaciro. Waan ka xumaayaya caruurta ku neefsata qasaa sigaar ka ma awoodaan faas. Waxaan rabaa, addiga iyo caruurta kale oo dhacir maad ku kortaan hawo aan laheyn qasaa sigaar, haddii hadday gurriiga gaariga iyo meelkasta oo caruur joofta

Salaan gariirte, Georg

ExtraStiftelsen



KREFTFORENINGEN

FLERSPRÅKELIG: Høydemåleren Georg måler høyden på mange språk.

Røykfritt på

Nå kan barn og voksne som ikke forstår norsk, lære om passiv røyking i brosjyrer på sitt eget språk.



Tekst Anne Lise Ryel, generalsekretær i Kreftforeningen

Kreftforeningen tilbyr nytt informasjonsmaterieell om passiv røyking som er tilpasset for minoritetsspråklige foreldre. Det nye materialet er todelt med en ny informasjonsbrosjyre til foreldre og foresatte og en ny Georg-høydemåler, og er oversatt til polsk, tyrkisk, somali, arabisk, urdu, engelsk og norsk. Kreftforeningen vil vurdere å oversette informasjonsmaterialet til flere språk dersom helsepersonell formidler et behov for dette.

Tobakksfri barndom

Kreftforeningen har i 2012, med støtte fra ExtraStiftelsen, gjennomført prosjektet «Tobakksfri barndom for minoritetsspråklige barn». Bakgrunnen for prosjektet er Kreftforeningens ønske om å nå bedre ut til minoriteter med informasjon om skadene forbundet med passiv røyking.

Helsedirektoratet hadde i år 2012 en opplysningskampanje der en satte fokus på skadevirkningene ved passiv røyking. Mange vet ikke at minst 80 prosent av den helseskadelige tobakksrøyken er usynlig. Alle som blir utsatt for passiv røyking, har økt risiko for de samme sykdommene som den som røyker selv. Barn er spesielt sårbare for andres tobakksrøyk, siden lungene og immunsystemet deres ikke er ferdig

utviklet. Dessuten puster de fortere enn voksne og får dermed i seg mer røyk.

Passiv røyking og barn

Om lag 100 000 barn eksponeres daglig for passiv røyking i Norge, ifølge anslag fra Statens institutt for rusmiddelforskning. Det er grunn til å anta at det i denne gruppen også finnes mange barn med minoritetsbakgrunn. Ikke alle som er nyinnflyttet til landet har den nødvendige kunnskapen om skadevirkningene ved passiv røyking. Bakgrunnen for dette er gjerne at en ikke har hatt så mye fokus på temaet i de landene som minoriteter ofte kommer fra.

Språkbarriere

I møte med helsesøstre i flerkulturelle bydeler kommer det frem at informasjonsarbeidet på helsestasjonen ofte blir opplevd som krevende og utfordrende på grunn av språkbarrierer. De erfarer at foresatte ofte sliter med språkforståelse, noen er analfabeter og mangler kunnskap om kropp og helse, noe som blir en tilleggsutfordring.

Videreutviklet materieell

I en artikkel (18.10.12) i Norges flerkulturelle avis «Utrop», sier Alka Kaur som er ernæringsfysiolog og har jobbet

mange språk



Do rodziców i wychowawców

Polsk

POLSK: Kreftforeningens nye brosjyre er oversatt til sju språk. På plakaten står det på polsk: «Tobakksrøyk er farlig for barn. Ikke røyk i nærheten av barn.»

mye med helseinformasjon i Norge, at vi lager mye informasjon om helsen til innvandrere. Vi trykker mange brosjyrer og oversetter mye. Men informasjonen kommer ikke frem til dem som trenger det. Med det nye materialet håper Kreftforeningen at informasjon om skadevirkningene ved passiv røyking i større grad skal kunne nå frem til minoriteter der dette er et behov.

For at det nye informasjonsmaterialet faktisk skal være en hjelp for

helsepersonell i konsultasjonen, og for at budskapet i materialet skal nå frem til brukergruppen, har Kreftforeningen evaluert tidligere utgitt mate-

«Barn er spesielt sårbare for andres tobakksrøyk.»

riale. Vi har oppsøkt helsestasjoner i flerkulturelle bydeler i Oslo (Gamle Oslo, Søndre Nordstrand og Stovner),

og fått konstruktive tilbakemeldinger fra helsesøstre i forhold til behov og ønsker. Vi har også fått gode råd fra NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet

for minoritetshelse) og LMS-barn (Lærings- og mestringssenter/ barn) ved Ullevål universitetssykehus.



التوضيح والتصميم: الزايريت مونغ،
www.illustratorene.no · Elisabeth Moseng

نحتاج إلى المساعدة للتوقف؟

- اتصل على رقم التدخين Røyketelefonen (80040085) المجاني
- اطلع على www.slutta.no
- اطلع على www.helsenorge.no ("passiv røyking" ال بحث)
- اتصل بهاتف السرطان 80057338 (مجانا من الهاتف الأرضي)
- اطلع على www.kreftforeningen.no
- اتصل بالمرضة في المركز الصحي
- أو طبيبك الثابت

 **ExtraStiftelsen**
Helse og Rehabilitering

 **KREFTFORENINGEN**

NYTTIG INFORMASJON: I brosjyren finnes nummer til røyketelefonen og tips om nyttige nettsteder.

Dette har fått konsekvenser for videreutvikling av det nye informasjonsmateriellet.

Bruksområde

Informasjonsbrosjyre til foreldre og foresatte på ulike språk:

Hovedbudskapet i brosjyren er «Tobakkfrie hjem og biler for barn». Målet er at de som snakker dårlig norsk eller er analfabeter skal forstå helsebudskapet om passiv røyking. Vi har vektlagt bruk av fargerike illustrasjoner med et klart budskap. Språket er enkelt uten for mye tekst. Hensikten er at helsepersonell skal kunne bruke brosjyren som et hjelpemiddel i en samtale om passiv røyking i familier hvor det røykes enten hjemme hos barnet eller hos slektninger. Brosjyren

kan deles ut ved første hjemmebesøk, 4-års kontrollen, skolestartundersøkelsen, og ellers når det er naturlig å ta opp temaet passiv røyking i samtaler med foreldre/familier som røyker.

Georg-høydemåler til barn på ulike språk:

Hensikten med høydemåleren er at barn med ulik etnisk bakgrunn skal kunne identifisere seg med barna på høydemåleren og få et eierforhold til denne. Den skal kunne bidra til at familien får et bevisst forhold til skadene som er forbundet med passiv røyking.

Høydemåleren passer til litt større barn, og kan brukes som et supplement når det informeres om passiv røyking og informasjonsfolderen deles ut til foresatte. Den kan også deles ut

uavhengig av informasjonsbrosjyren. Høydemåleren kan barnet fargelegge på baksiden, henge opp på veggen og på den måten følge med på sin egen høydeutvikling. ■

■ Ta kontakt

Vi ønsker tilbakemeldinger og kommentarer om det nye materiellet vårt.

Ta gjerne kontakt for tilbakemeldinger, eller ønske om mer informasjon.

Vår kontaktperson er spesialrådgiver/helsesøster Åse Mary Berg – telefon 95 06 46 17, mailadr.: ase.mary.berg@kreftforeningen.no.

Leder for prosjektet om passiv røyking har vært Kristin Sønderland (helsesøster, kreftsykepleier og med videreutdanning i studiet «Flerkulturell forståelse» ved Høgskolen i Oslo).

Døv pasient, hva nå?



Møtet med helsevesenet kan være utfordrende for døve og tunghørte, og de får ikke alltid tolk selv om de har krav på det.

I denne artikkelen forsøker vi å belyse utfordringer, problemstillinger og mulige løsninger når helsevesenet møter pasienter som er døve og sterkt tunghørte. På bakgrunn av ulike situasjoner, som er selvopplevde og refererte, vil vi stille spørsmål som kan bidra til refleksjon hos kreftsykepleiere som møter disse pasientene. Vi tror også at det vi beskriver kan overføres til andre pasientgrupper, som for eksempel minoritetsspråklige pasienter. Til syvende og sist handler dette om kommunikasjon mennesker imellom. Så enkelt, men ofte så vanskelig. Vi sitter ikke med alle svarene, men gjennom å stille spørsmålene håper vi å kunne bidra til at møtene mellom døve pasienter og helsepersonell i større grad kan bli gode møter.

Rettigheter

Forskrift om stønad til tolkehjelp for hørselshemmete er hjemlet i Lov om folketrygd § 10-7, som stadfester at utgifter til tolkehjelp, herunder skrive-tolking, kan dekkes for at den hørselshemmete blant annet skal kunne motta helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel fem og poliklinisk undersøkelse og behandling gitt av helseforetak. Utgifter dekkes i den utstrekning de er nødvendig (www.nav.no/tolk).

Folketrygden dekker tolking ved lege- og helse-tjenester ved polikliniske tilbud og til dagpasienter, men ved innleggelse og opphold på sykehus er det helseforetaket som dekker tolking, dette er hjemlet i Lov om pasient- og brukerrettigheter, kapittel tre (www.nav.no/tolk; Lov om pasient- og brukerrettigheter).

En viktig faktor for en pasients trygghetsfølelse er at en opplever å motta god og forståelig informasjon om sin tilstand og behandling. I Pasientrettighetsloven § 3–5 kan vi lese at «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene».

Det er to spørsmål som melder seg når man leser formuleringene i regelverket; når kan helsepersonell være helt sikker på at informasjonen er tilstrekkelig tilpasset? Det neste er; hvilke hensyn blir mest tungtveiende når man skal avgjøre om en döv pasient trenger tolk på sykehus? Økonomiske eller menneskelige?

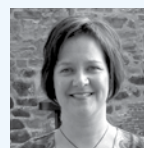
Personellet skal så lang som mulig sikre seg at mottakeren har forstått, står det i Pasientrettighetsloven. Det skjer ikke alltid i praksis, og her er et eksempel: «Pasienten var innlagt på sykehus, han hadde kreft og var synlig fysisk preget av kreften. Han var mager, kreften var langtkommen med metastaser. En morgen, på dagvakt i avdelingen, gikk tegnspråklig sykepleier inn til pasienten og

«De forteller at de gir opp.»

spurte hvordan det hadde gått siden forrige gang vedkommende var på vakt, som var kvelden før. Pasienten sa han ikke hadde sovet særlig godt den natta. Videre fortalte han at han hadde ringt på alarmen for å varsle sykepleieren på nattevakt om

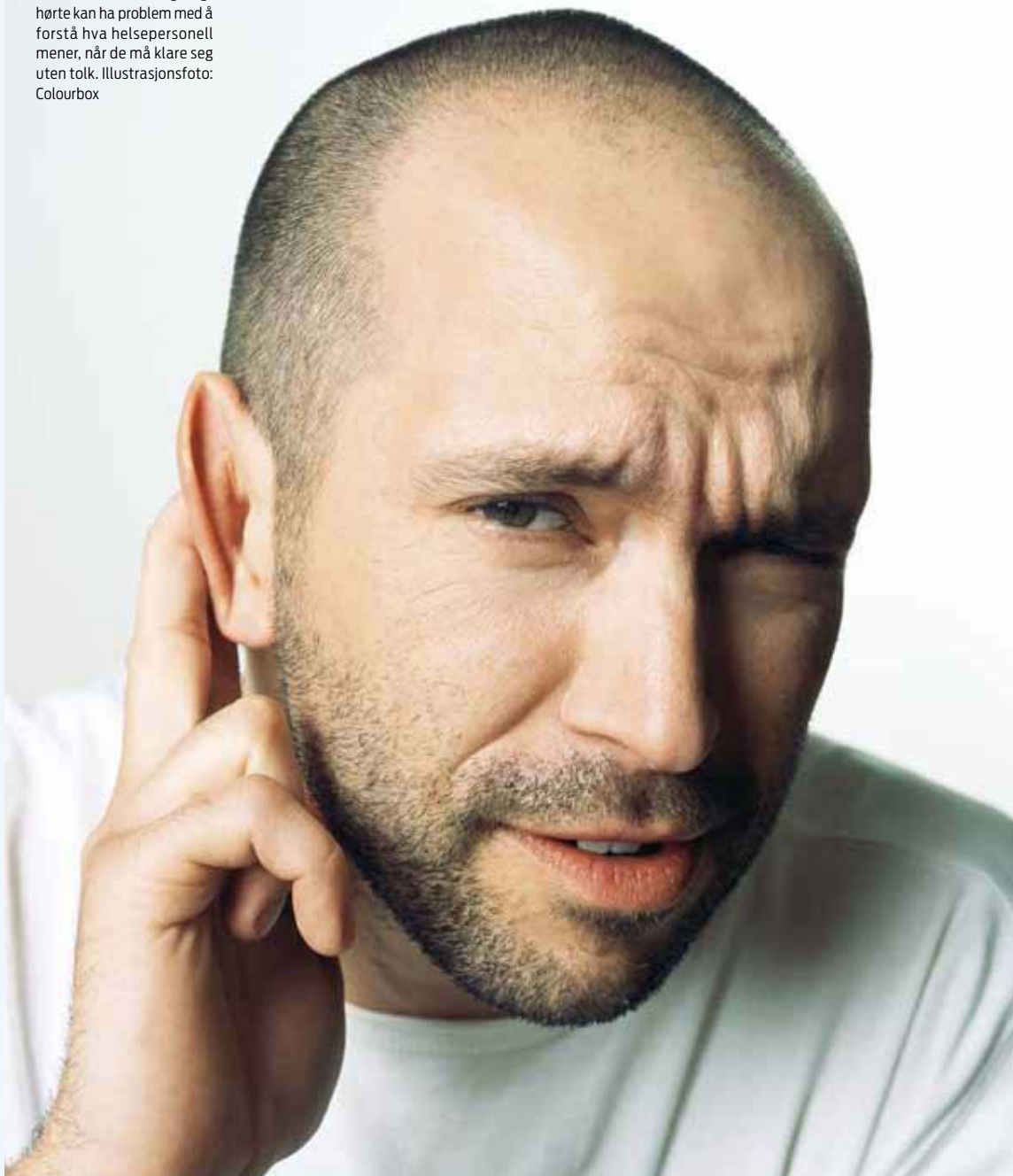


Av **Marita Løkken**, Løkken er sykepleier og tar mastergrad i Funksjonshemming og samfunn ved NTNU. Hun er sterkt tunghørt.



Av **Torill Ringsø**, høgskolelærer på Høgskolen i Sør-Trøndelag hvor hun underviser studenter som skal bli tolker for døve, døvblinde og døvblitte. Tar nå mastergrad i språklig kommunikasjon.

HØRER IKKE: Døve og tung-hørte kan ha problem med å forstå hva helsepersonell mener, når de må klare seg uten tolk. Illustrasjonsfoto: Colourbox



■ Hvordan kommunisere med en döv?

Her er noen praktiske tips som kan hjelpe hvis det ikke er tolk til stede.

- For å få kontakt med pasienten, ta forsiktig på arm eller skulder, eller vink i pasientens synsfelt slik at dere får øyekontakt.
- Sitt slik at pasienten ser ansiktet ditt. Ikke stå med ryggen til vindu eller sterkt lys – da blir ansiktet ditt mørkt og det er ubehagelig med sterkt lys bakfra.
- Ta deg god tid. Snakk rolig og tydelig, ha ansiktet vendt mot pasienten slik at pasienten kan se ansiktet ditt.
- Du trenger ikke snakke veldig høyt eller overdrevet sakte.
- Bruk penn og papir eller mobiltelefon – alt som kan skrives med og på.
- Prøv å tenk visuelt og bruk kropp (pek for å vise) og ansikt (for å bekrefte eller avkrefte eller understreke det du sier).
- Du har mange naturlige tegn som er en del av kroppsspråket ditt, som for eksempel sove, drikke, spise. Visuell kommunikasjon er lettere enn du tror.

at han hadde vondt i magen. Han fikk da en talerken med et par brødskeer.»

Dette er et klassisk tilfelle av kommunikasjonsvikt, og vi kan se for oss at pasienten har pekt på magen og gitt uttrykk for ubehag, som da er blitt tolket som sult, noe som er helt naturlig. Sykepleieren har oppfattet sult og hentet brødskeive, pasienten fortviler, men prøver kanskje ikke å forklare mer, av frykt for enda flere misforståelser.

Når du er pasient, er du en del av et asymmetrisk maktforhold. Kermit refererer til sosiologen Max Weber, som mener at makt er noe som kommer til syne i relasjoner mellom mennesker. Weber skiller mellom de tilfellene der makt er uregulert og de tilfellene makten er regulert, eller legitimert. Termen herredømme beskriver makt som utøves legitimt og som er regulert av en demokratisk stat, og denne innehas typisk av personer som utøver profesjoner hvor man stilles overfor en motpart som i en eller annen grad oppgir noe av herredømmet man normalt har over seg selv og sin person. Kermit understreker at de som kalles klienter, pasienter, studenter/elever, bruker etc. har til felles at de stilt overfor sin motpart – kurator, behandler, lærer, tolk – er nødt til å ha tillit til at de får sine behov ivarettet (Kermit 2004).

Vi mener ikke med dette at sykepleieren som ga pasienten brødskeive i stedet for å undersøke magesmerter, misbrakte sin makt, men dette er med på å illustrere avmaktfølelsen pasienten kan føle når kommunikasjonen ikke fungerer. Dette kan resultere i sinne og fortvilelse eller resignasjon. Mange tunghørte og døde opplever ofte situasjoner som den vi har beskrevet her. De forteller at de gir opp og noen ganger unnlater å si fra om ting som er vanskelig, fordi de er engstelig for nye misforståelser.

Askeland skriver at vi gjennom språket kan skape skiller, selvtillit eller mindreverd ved måten vi snakker på. Samtidig kan vi stemple, kategorisere og konstruere motsetninger. Språket kan brukes til å bryte ned og bygge opp dette. Videre skriver hun at når sosialarbeidere ikke forstår andres språk, er faren stor for at relasjonen blir overflatisk og bryter sammen. Dette kan få konsekvenser når sosialarbeideren og brukeren har ulike førstespråk. Hennes refleksjoner kan også trekkes inn i situasjonen døv pasient og hørende helsepersonell.

Resignasjon og passivitet i kommunikasjonssituasjon er for oss den verst tenkelige respons, samtidig er den fullt forståelig. Denne resignasjonen

kan nok oppstå hos både pasient og helsepersonell. Det er ikke vanskelig å forstå at leger og sykepleiere kan velge å resignere i en kommunikasjonssituasjon i redsel for å bli misforstått eller føle seg dum og utilstrekkelig. Men hva kan gjøres for å unngå dette?

Tolken - svaret på alle utfordringer?

Hva er en tolk, og hva gjør en tolk? I denne artikkelen er vårt fokus på døve, og døves førstespråk er tegnspråk. Tolk i denne sammenhengen er en tegnspråktolk, som oversetter fra talespråk til norsk tegnspråk, og omvendt. Berg og Söderström skriver at «Tolking vil i mange sammenhenger være avgjørende for å få til god og gjensidig kommunikasjon». Vi ser i lys av dette at bruk av tolk også er

«Døv pasient blir lett isolert.»

et middel til kvalitetssikring av kommunikasjonen mellom involverte parter. Tolken er ikke en person som skal erstatte helsepersonell, men formidle det helsepersonellet sier – og omvendt. Tolken skal tolke for både helsepersonellet og pasienten, begge parter har behov for tolk når de ikke forstår hverandres språk. Det er lett for at man legger behovet for tolken på den døde, men vi har tidligere skrevet om hvem som har ansvaret for at pasienten forstår, og med det utgangspunktet er det for oss helt klart at behovet for tolk er like stort for helsepersonell som for pasient.

Tolkens oppgaver og begrensninger

Tolken har ikke den kunnskapen som helsepersonell innehar. Og her er det gunstig å bruke noen minutter i forkant av en samtale til å forberede tolken på hva som skal tas opp i samtalen slik at tolkingen får best mulig kvalitet. Tolken formidler det helsepersonellet sier til pasienten og vice versa.

Hvis en pasient går til kreftbehandling med cellegift og stråling, kan det være en fordel for sykehuset, som er ansvarlig for å bestille tolk, å varsle tolketjenesten om at det er ønskelig med et team med to, tre faste tolker. Da er disse tolkene til enhver tid oppdatert på pasientens situasjon, og de kjenner også til de faste legene, sykepleierne og radiografene som følger pasienten gjennom behandlingsforløpet. Dette er med på å skape trygghet og forutsigbarhet for både pasient, helsepersonell, tolker og andre involverte i avdelingen, som andre pasienter og pårørende.

■ Lær tegn

- Her kan du lære mer om kommunikasjon med hørselshemmete: <http://www.acm.no/faginno/forstaardu/index.htm>
- Hvis du vil lære noen tegn, så kan du se på: www.tegnordbok.no, denne finnes også som app til mobil- og telefon, søk på tegnbok på app store.
- www.acm.no/sorg: Informasjonsmaterieell om døde barn og sorg. Hvordan snakke om sorg på tegnspråk? Dette verktøyet kan være veldig nyttig hvis pasienten har døve barn. Dette materialet tar også opp tema tolk i sorgsamtale.

Som nevnt tidligere er det i utgangspunktet et asymmetrisk forhold mellom behandler og pasient. En døv pasient som i tillegg har med tolk i behandlingssituasjon, blir stående i en dobbel avmaktssituasjon (Kermit 2004) og kan føle seg underlegen. Det er naturlig at pasienten kan føle seg utrygg i en slik situasjon og det kan føre til at vedkommende ikke vil gi uttrykk for at det er vanskelig å forstå den informasjonen han eller hun mottar gjennom tolk. Derfor kan det noen ganger være bra for pasienten å ha med seg en venn eller et familiemedlem som kan fungere som en slags alliert, og som kan bidra til at pasienten i større grad våger å be om oppklaring. Medisinsk informasjon og terminologi kan være vanskelig eller uforståelig for både hørende og døve pasienter, og det er viktig at den døve pasienten vet dette og føler det er greit å spørre om detaljer rundt sin situasjon.

«Pasienten prøvde å stille krav, men ble avvist.»

Utgifter dekkes i den utstrekning de er nødvendige, men likevel er det ikke alltid det bestilles tolk. Her er et eksempel: «En døv kvinne oppsøker legevakten på kveldstid med en hoven fot. En tolk kommer på kort varsel og bistår ved konsultasjon. Kvinnen legges umiddelbart inn på sykehus med mistanke om blodpropp. Tolken må etter hvert dra hjem. Kvinnens døve ektemann får lovnad fra sykepleieren om at de skal bestille tolk fra tolketjenesten.

Dette skjer imidlertid ikke. Kvinnen ber gjentatte ganger om tolk, men blir avvist med følgende sitat «det er vanskelig å få tolk på dagtid». Legen som går visitt er ikke norsk, og kvinnen synes det er vanskelig å forstå hva han sier, hun ber ham gjenta, noe han avviser irritert. Sykepleieren som følger med er tydelig ubekvem med situasjonen og prøver å forklare hva legen sa i etterkant. Da har pasienten mistet sin sjanse til å spørre legen spørsmål. Kvinnen får sprøyter, er til røntgen og den eneste informasjonen hun får er en røntgenlege som smiler og viser tommel opp. Neste dag kommer legen tilbake og sier at hun kan dra hjem. Hun får ingen forklaring på hva hennes tilstand er. Kvinnens pårørende tar kontakt med tolketjenesten som bekrefter at sykehuset ikke har bestilt tolk.

I denne sammenhengen er det ikke godt å si hvorfor det aldri ble bestilt tolk fra sykehusets side, men det er nærliggende å tro at det kan handle om økonomi. Helsepersonell har jamfør Pasientrettighetslovens paragraf 3-5 ansvar for å sørge for at pasienten forstår informasjonen som blir gitt. I dette tilfellet tok verken lege eller sykepleier ansvar for kommunikasjonen. Pasienten prøvde å stille krav, men ble avvist. Dette kan derfor karakteriseres som et lovbrudd.

Vi vil igjen fremheve den utbredte misforståelsen at det kun er den døve som har behov for tolk. Alle parter i en kommunikasjonssituasjon skal fungere sammen, dermed har alle behov for tolk om de ikke deler språk, eller ikke forstår hverandres språk. Vi deltar i ulike kommunikasjonssituasjoner hver dag

og når vi møter utfordringer bør vi spørre oss selv: «Hvem eier egentlig kommunikasjonsproblemet her?».

Husk at dere som er helsepersonell også kan kreve bruk av tolk. Noen er ikke så begeistret for å bruke tolk, eller de vil ikke være til bry for noen. Da er det et viktig signal at lege eller sykepleiere også gir uttrykk for at de føler seg tryggere med tolk til stede.

Når trengs tolk?

Prinsipielt sett bør det være tolk tilgjengelig i enhver kommunikasjonsituasjon, men dette er utopi når det gjelder sykehusinnleggelse. Ofte ser vi at det er tolk ved legevisitt og undersøkelser, men døgnet har 24 timer og for eksempel en kreftpasient kan det bli lange, ensomme timer med vonde tanker og bekymringer som de ikke klarer å dele med noen.

Det er viktig nok at det er tolk til stede ved for eksempel legevisitt, men helsepersonell bør også være bevisst på at mye kommunikasjon foregår i avdelingen hele tiden. For eksempel hvis pasienten er frisk nok til å spise måltider i fellesarealer med andre pasienter. Hørende pasienter småsnakker med hverandre, kanskje deres pårørende også er til stede ved noen måltider og holder sine med selskap. Døv pasient blir lett isolert i en slik situasjon, det kan være godt å også småprate med sine hørende medpasienter om sine opplevelser, situasjoner og erfaringer fra avdelingen. Da er det godt at det er en tolk til stede ved måltider eller i fellesarealer, slik at hørende pasienter lettere kan ta kontakt med døv pasient og omvendt. Det er like godt for døve å dele erfaringer med andre pasienter, som det er for hørende pasienter. Snakk med pasienten om dette, spør hvor ofte pasienten ønsker tolk, og vurder sykehusets behov for tolk før tolk bestilles.

Det er mulig å få tolk via billedtelefon. Teknologien utvikles stadig og tolkene blir dermed lettere tilgjengelig. Spør pasienten om han eller hun er vant til å bruke tolk via billedtelefon, kanskje har pasienten en maskin med et program som gjør det mulig å ringe tolketjenesten. Med nåværende teknologi kan bildetelefontolk også lastes ned som applikasjon til mobiltelefon, kanskje pasienten har dette på sin mobiltelefon. Om ikke pasienten bruker denne tjenesten, så kan sykehuset ta kontakt med tolketjenesten og spørre hvilke muligheter som finnes. Mulighetene kan være større enn dere tror. Ofte



vil det være best om tolken er til stede i situasjonen, men når ikke det er mulig så kan det være en veldig god løsning for å oppklare misforståelser eller gi korte beskjeder.

Kan pårørende tolke?

Døve kan ha hørende pårørende og de vil ofte være til stede sammen med pasienten når de kan, og de kan ofte ta på seg å tolke om de behersker tegnspråk bra. Dette kan være en grei løsning i noen situasjoner, men det er viktig at ikke pårørende blir pålagt «jobben» med å tolke. Når noen du er glad i er alvorlig syk, så er det en belastning i seg selv, og det kan oppleves veldig vanskelig å måtte meddele egne familier tunge beskjeder. Noen ganger er det eneste utvei, fordi det ikke er tolk tilgjengelig, men snakk med familien og pasienten om det og gi gjerne uttrykk for at dere som helsepersonell ønsker tolk, det kan hjelpe familiemedlemmer å frasi seg et ansvar de kanskje føler seg forpliktet til å ta. Hvis en sykepleier eller lege henvender seg direkte til den pårørende som tolker, blir den pårørende stående i en dobbeltrolle. Erfaringsmessig er det vanskelig å både tolke og delta i en samtale på samme tid. Nok et argument for å bestille tolk.

Hva kan jeg gjøre uten tolk?

Det kan kanskje synes som vi mener kommunikasjonen mellom helsepersonell og døv pasient er umulig uten at de deler språk eller bruker tolk, men man kommer langt med vilje til og ønske om

SPILL PÅ LAG:

Det kan være nyttig å bruke litt tid sammen med tolken før en pasientsamtale, for å forberede tolken på hva du skal snakke med pasienten om. Illustrasjonsfoto: Colourbox



TELEFONHJELP: Bildetelefontolk kan lastes ned som applikasjon til mobiltelefon. Illustrasjonsfoto: Colourbox

å kommunisere. Husk også at tolken ikke trenger å stå i veien for naturlig kommunikasjon mellom deg og pasienten, kanskje tolken kan fungere som en støtte som trør til når dere ikke helt forstår hverandre?

Tilpasset informasjon – også en rettighet

En tenkt situasjon:

«En døv dame får brystkreft. Hun må fjerne begge brystene. Hun har kanskje mange tanker og følelser rundt dette som hun vil snakke med noen om. Sykepleier eller lege som jobber med pasienten kan mest sannsynlig ikke tegnspråk, hvordan opplever pasienten situasjonen før, under og etter operasjonen? Hun er alene som døv og tegnspråklig, og hun har mange tanker og følelser, hun er usikker og redd for å fjerne brystene. Kanskje hun

«Den gode samtalen kan være like god sammen med en tolk.»

sitter med en følelse av tap av kvinneligheten sin, angst for operasjonen og livet etter operasjonen? Hva skjer etter operasjonen, hvor lang tid tar det før hun blir utskrevet, når får hun proteser? Hvordan er prognosene og framtidsutsiktene? Er det andre døve kvinner i nærheten som har hatt brystkreft som hun kan snakke med?»

Kreftforeningen har samtalegrupper for personer med kreft, hvordan fungerer dette for døve

pasienter eller pårørende? Det er gjort noen erfaringer fra samtalegrupper, som kommer frem i en rapport av Dahl og Isakka. Disse erfaringene tilsier at det er utfordrende for døve pasienter å oppleve tilhørighet til hørende medpasienter. Videre skriver de: «I gruppeterapisammenheng kan det bli problematisk å kunne snakke fritt og uhindret om sine opplevelser og erfaringer som døv rusmisbruker. De andre pasientene og hørende terapeuter vil ofte ikke kunne forstå situasjonene man forteller om, og den døve pasienten velger heller å være passiv enn å ikke bli forstått» (Dahl og Isakka 2012:19). Tilbake til det tenkte eksemplet med den døve damen som har kreft; det finnes mange brosjyrer om kreft, men noen døve har ikke optimale lese- og skriveferdigheter på grunn av mangelfull skolegang. Det ideelle hadde vært om disse brosjyrene var tolket til tegnspråk på dvd, cd eller tilgjengelig via en internettside. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse har utarbeidet flere brosjyrer på blant annet albansk, engelsk, farsi og fransk, men foreløpig finnes det ikke informasjon på tegnspråk. Vi kan håpe at ansvarlige instanser tar ansvar for å utvikle materiell om kreft på tegnspråk, noe som også kan være et godt hjelpemiddel både for helsepersonell, tolk og pasient som er involvert i behandlingsforløpet.

Den gode samtalen

Den gode samtalen med en kreftsykepleier kan være like god sammen med en tolk, det er helt klart. Du kommer langt hvis du har et genuint ønske om å kommunisere og bruke de hjelpemidler du har til rådighet. Noen ganger kan det likevel være fint å ha en person til stede, som ikke er en tolk. Vi har tidligere nevnt betydningen av å ha med en «alliert». I den forbindelse er det mulig å kontakte døvekirken, som er en kirke med rom for flere religioner og ulike livssyn og hvor mange ansatte kan tegnspråk. De tilbyr samtaler i mange av livets faser, blant annet ved alvorlig sykdom. Døve som trenger noen å snakke med kan oppsøke kirken, eller be om hjemmebesøk. Kirken tar også imot bekymringsmeldinger og tar da kontakt med døve som kan ha det vanskelig om de mener eller ser at det er behov. Sykehusprester er ansatt ved de fleste sykehus, det går selvsagt an å be om samtale med sykehuspresten og bestille tolk til denne samtalen, men døvekirken kan også være en samarbeidspartner. Kontaktinformasjon finner du på www.dovekirken.no.

Døve som pårørende

Vi har frem til nå kun skrevet om den døve pasienten, men noen ganger er det de pårørende som er døve. De fleste døve får hørende barn. Når den døve ikke er pasient, kan ikke pasientrettighetsloven brukes i denne sammenheng. Døve barn eller døve foreldre som er pårørende til pasienten har behov

for informasjon om pasientens tilstand. Pårørende som er døv kan da bestille tolk selv via NAV tolketjenesten og tolketutgifter dekkes gjennom Folketrygdloven, som nevnt innledningsvis. Her er det også viktig at helsepersonellet tilrettelegger for god kommunikasjon med pårørende, både med og uten tolk til stede. ■

Referanseliste:

1. Askeland, G. A. (2011). «Kvifor reflektera kritisk?» I: Askeland, G. A. (red). *Kritisk refleksjon i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
2. Berg, A. (2004). «Legens møte med døve pasienter». I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 12, 17.06.2004. [Online] Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/1036248/> [22.11.2012 kl. 13:43]
3. Berg, B. og Söderström, S. (2012). «Bruk av tolk i vanskelige kommunikasjonssituasjoner». I: Berg, B. (red.), *Innvandring og funksjonshemming. Minoritetsfamilier i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Universitetsforlaget.
4. Kermit, P. (2004). «Yrkesetikk og annen etikk: Om hva yrkesetiske retningslinjer bør handle om.» I: *Tolkeavisa: Medlemsblad av og for tolker tilknyttet tolkeforbundet*, (2), s. 15–17.
5. Svinndal, E. (2002). Døve og sterkt tunghørtes norskkunnskaper – en analyse av grunnskoleelevers skriftlige tekster ved hjelp av andrespråk-teori. Oslo: Skådalen Kompetansesenter
6. Dahl, T.H. og Isakka, M. (2012). *Døve pasienter i TSB*. Oslo universitetssykehus, senter for rus og avhengighet, avdeling avhengighetsbehandling voksne. [Online] Lastet ned fra: www.acm5.com/kompendier/Doeve%20pasienter%20i%20TSB%20med%20vedlegg.pdf [08.02.13 kl. 09:53]
7. Den norske kirke – Døvekirken: www.dovekirken.no
8. Lovdata: Lov om pasient- og brukerretektigheter (pasient- og brukerretektighetsloven) (1999). [Online] Lastet ned fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> [15.02.2013 kl. 10:42]
9. Lovdata: Lov om folketrygd (folketrygdloven) (1997). [Online] Lastet ned fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19970228-019.html> [15.02.1013 kl. 10:54]
10. NAV Tolketjenesten [Online] Lastet ned fra: www.nav.no/tolk [15.02.2013]

Disse får stipend



NSFs FKS faggruppe har fordelt ett stipend á kr 10 000 og 20 stipend på inntil á kr 4000 for 2013.

Stipend på kr 10 000.

Stipendet på kr 10 000 er tildelt fagsykepleierne Paula Mjelde, Anne Berit Skjerven, Kari Simensen og Gina Teigum ved Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk ved Haukeland Universitetssykehus. Stipendet skal brukes til fagringsarbeidet «Obstipasjon hos pasienter som får kjemoterapi og antiemetika – tiltak og behandling».

Stipend på inntil á kr. 4000 er tildelt:

1. Solveig Bysting, kreftsykepleier/undervisningssykepleier ved St. Olavs hospital, Trondheim – FKSS landskonferanse i Tromsø.
2. Ingunn Eikeland, spesialsykepleier ved Haukeland Universitetssykehus, Bergen – FKSS landskonferanse i Tromsø.
3. Laila Marie Grøthe, avdelingssjef/kreftsykepleier ved St. Olavs Hospital, Trondheim – FKSS landskonferanse i Tromsø.
4. Anne-Britt Hauge, kreftsykepleier i Bergen kommune – FKSS landskonferanse i Tromsø.
5. Hilde Gretha Hauge, seksjonsleder ved Haukeland Universitetssykehus, Bergen – FKSS landskonferanse i Tromsø.
6. Evy-Ann Helle, kreftkoordinator i Sandnes kommune – FKSS landskonferanse i Tromsø.
7. Marit Klævdold, Stavanger Universitetssykehus – FKSS landskonferanse i Tromsø
8. Marian Hvarnes, kreftsykepleier ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø – FKSS landskonferanse i Tromsø.
9. Bodil Inderhaug, kreftsykepleier i Fransiskushjelpen, Oslo – EAPC Congress, Praha.
10. Kari Synnøve Kristensen, kreftsykepleier ved Sørlandet sykehus Kristiansand – FKSS landskonferanse i Tromsø.
11. Trude Kristiansen, kreftsykepleier ved Nordlandssykehuset, Bodø – FKSS landskonferanse i Tromsø.
12. Cathrine Thori Lima, kreftsykepleier ved Stavanger Universitetssykehus – FKSS landskonferanse i Tromsø.
13. Audhill Naglestad, kreftsykepleier ved Sørlandet sykehus Flekkefjord – FKSS landskonferanse i Tromsø.
14. Anne Lise Hovstad Olafsen, kreftsykepleier ved Sørlandet sykehus Arendal – FKSS landskonferanse i Tromsø.
15. Heidi Ous, sykepleier ved Sykehuset Innlandet Lillehammer – FKSS landskonferanse i Tromsø.
16. Margrete Ronge, kreftsykepleier ved Akershus Universitetssykehus – FKSS landskonferanse i Tromsø.
17. Karlien De Schuyteneer, avdelingsleder i Drangedal kommune – FKSS landskonferanse i Tromsø.
18. Frøydis Stubhaug, koordinator i Grimstad kommune – FKSS landskonferanse i Tromsø.
19. Turid Thorbjørnsen, kreftsykepleier i Tolga kommune – FKSS landskonferanse i Tromsø
20. Jorid Torgvær, kreftsykepleier i Øksnes kommune – FKSS landskonferanse i Tromsø.

Tekst: Lillian Grønsund, stipendansvarlig FKS

Økt satsing på åndelig omsorg

For å gi helhetlig omsorg til alvorlig syke pasienter som bor hjemme, samarbeider prester og sykepleiere i Nesodden kommune. Prosjektet startet i 2009.



Av **Christian Rosef**, prosjektleder og kreftsykepleier i Nesodden kommune



Av **Grete Wærriø**, fagutviklingssykepleier i Nesodden kommune, kandidat i sykepleie-vitenskap

Prosjektet «Ivaretagelse av eksistensielle behov hos alvorlig syke og døende i hjemmet» hadde fokus på samarbeid mellom hjemmesykepleien og prestedtjenesten i Nesodden kommune.

Kommunene skal i følge Samhandlingsreformen (1) ha større ansvar for behandling og omsorg for sine syke innbyggere. Dette innbefatter alvorlig syke og døende pasienter med behov for lindrende behandling (palliasjon). Kreftforekomsten i Norge er økende, flere behandles og lever lenger med sin kreftsykdom. Nyere tall viser at 70 prosent av de som får kreftdiagnose lever etter fem år. Nesodden kommune har omlag 17800 innbyggere, og vi registrerer et økende antall pasienter med behov for hjemmesykepleie ved alvorlig sykdom og behov for lindrende behandling. Lindrende omsorg integrerer åndelig og eksistensiell støtte i møte med døden, dette er i tråd med Verdens helseorganisasjons definisjon av palliasjon (2). De fleste med alvorlig sykdom ønsker å være hjemme så lenge som mulig og ofte frem til den siste tiden. Erfaring viser at stadig flere uheldelig syke har et ønske om å få avslutte livet hjemme. På Nesodden er kreftsykepleier i kontakt med tre til fem pasienter pr år som dør hjemme.

Denne artikkelen presenterer prosjektet, støttet av Helsedirektoratet, hvor kreftsykepleier og hjemmesykepleien har etablert samarbeid med prestedtjenesten.

Bakgrunn

FNs erklæring om den døendes rettigheter omhandler mange av de sentrale verdier i livets slutfase. Dette sitatet illustrerer en av verdiene: «Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og åndelige opplevelser uansett hva de måtte bety for andre». Ansatte i pleie og omsorgsavdelingen etterspurte undervisning og prosedyrer

omkring stell og pleie av alvorlig syke og døende. Kreftsykepleier og fagutviklingssykepleier tok initiativ til internundervisninger blant annet med tema som administrasjon av legemidler i livets siste fase, smertepumpe, ESAS og stell av VAP. Innholdet i undervisningen var hentet fra prosjekt ved Søbstad sykehjem samt Havstein sykehjem i Trondheim: Omsorg og behandling for sykehjemspasienten i livets slutfase. I tillegg til alle praktiske tiltak, kommer pasientens behov for å få ivare tatt åndelige og eksistensielle spørsmål.

Kreftsykepleier opplever at behovet for åndelig omsorg ofte kommer sterkere frem i forbindelse med uheldelig sykdom og mot livets slutt. Den enkeltes tro og livssyn har betydning for hvordan pasienten opplever og tolker sin situasjon, de grunnleggende verdier og tanker om hva som gir livet mening, religiøse eller ikke-religiøse verdensbilde. I spesialisthelsetjenesten er samtaler med sykehjemsprest en del av det helhetlige tilbudet til alvorlig syke og døende pasienter. Et slikt tilbud er ikke organisert når pasienten skrives ut for å tilbringe sin siste tid hjemme. Dette var utgangspunktet for et samarbeidsprosjekt mellom hjemmesykepleien og prestedtjenesten i Nesodden kommune.

Hensikten med samarbeidsprosjektet var å bidra til å møte eksistensiell og åndelig bekymringer hos pasienten, gi økt trygghet og ferdigheter til å mestre belastningene i livet og bidra til en verdig avslutning. I tillegg at samarbeidet ville kunne gi økt kompetanse på tvers av faggruppene, og en mer helhetlig og individuell omsorg for pasient og pårørende.

Hva har vi gjort?

Det ble søkt tilskudd hos Helsedirektoratet, til kompetansehevende tiltak til lindrende behandling og omsorg

ved livets slutt. Det ytes tilskudd til prosjekter som bidrar til å styrke kvaliteten på tilbudet til befolkningen, sikrer god fagutvikling og kompetanseheving. Vårt prosjekt ble tildelt midler.

Kreftsykepleier kontakten kommunens preste-tjeneste oktober 2009. Soknepresten i kommunen var positiv til et samarbeid og til å være med å utvikle et tverrfaglig tjenestetilbud på Nesodden.

Det ble foretatt litteratursøk med nøkkelordene åndelighet, eksistens, verdi og livssyn. Vi erfarte at flere studier referert i Kronikk i Tidskrift for Den norske legeforening (4) konkluderte med at en åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter, og at pasienter med langt kommet sykdom ønsker at spørsmål om tro blir tatt opp i samtale med helsepersonell. Blant funnene i litteratursøkene om åndelige og eksistensielle utfordringer innen palliasjon var fagartikler skrevet av tidligere sykehusprest ved Hospice Lovisenberg, Tor Johan Grevbo (5). Grevbo har bidratt i prosjektet med fagkompetanse i forhold til åndelige og eksistensielle behov hos alvorlig syke og døende. Han har vært en stor inspirator og ressurs i det tverrfaglige prosjektet. Han har innledet på flere fagdager, gitt råd og veiledning til prosjektgruppen og delt litteraturhenvisninger.

De tildelte midlene er benyttet til fagdager og veiledningsforum for hjemmesykepleien og prestatjenesten. Det er arrangert fire veiledningsforum i løpet av prosjektåret med veiledning av Grevbo og Susanne Carlenius, som er teolog og sykepleier ved Hospice Lovisenberg (6). Fokuset for disse møtene var:

- Åndelig omsorg, hva er det og hvor viktig er det?
- Formidling av åndelig omsorg ved livets slutt, hva kan vi bidra med?
- Det åndelige aspektet som omhandler eksistens, verdi og livssyn.
- Eksistensielle spørsmål.
- Hvordan kartlegge pasientens åndelige bakgrunn.
- Kriterier for en god samtalepartner på det åndelige/eksistensielle felt.

Et forum for refleksjon rundt felles pasientcase ble avholdt, dette i forhold til erfaringer vi har gjort underveis, utfordringer, hva som opplevdes godt og når vi opplever at vi lykkes. Det har vært forespørsel fra hjemmesykepleien om veiledning i forhold til hvordan snakker vi med pasient og pårørende om døden? Et fagmøte har derfor hatt fokus på hvordan vi kan støtte, trøste og snakke



PÅ BESØK: Det betyr mye for enkelte pasienter at en prest kommer hjem til dem. Kreftsykepleiere formidler kontakt mellom pasient og prest i Nesodden kommune. Illustrasjonsfoto: Colourbox

med pasient og pårørende om at livet går mot slutten.

Det å arbeide med alvorlig syke og døende pasienter og deres pårørende, er både følelsemessig og faglig utfordrende, derfor er god ivaretagelse av personalet viktig. En forelesning hadde temaet «personlige utfordringer i møte med alvorlig syke og døende – hva gjør det med oss – hvordan ta vare på oss selv?» Det koster å være tilstede i lidelsen – men vi erfarer at det også gir rikdom og dyp mening for den enkelte hjelper.

På et veiledningsforum holdt avdelingssjef for pasientstøtte i Kreftforeningen, Heidi Brorson, innledning om henvendelser Kreftlinjen mottar. Dette for å få et bilde av hvor aktuelt eksistensielle spørsmål er for de som rammes av uhelbredelig sykdom. Kreftlinjen får mange henvendelser og spørsmål av eksistensiell art, noe som bekrefter vår erfaring.

«Vi har begynt å samle noen enkle bønner, tekster og musikk.»

Vi har innført ESAS som kartleggingsverktøy i møte med pasientene våre, og får på den måten avdekket blant annet behov i forhold til angst og depresjon. Slik er det blitt mer naturlig å tilby støttesamtale med prest, og kontakten formidles fortløpende gjennom kreftsyrkepleier. Kreftsyrkepleier og prest har ofte et formøte før den første samtalen, slik at nødvendig informasjon er kjent. Noen ganger er det hensiktsmessig å gjennomføre samtalen sammen, andre ganger har presten samtalen alene med pasienten.

I tillegg har vi erfart at faste møtepunkter med diskusjon og refleksjon er nyttig for å fortløpende evaluere tjenestetilbudet vårt.

Resultater

Med erfaringer fra prosjektperioden kan det se ut til at et formalisert tverrfaglig samarbeid mellom prestedtjenesten og hjemmebaserte tjenester gir hjemmeboende uhelbredelig syke pasienter et mer helhetlig tilbud. Pasientutsagnet er et eksempel på dette: «Så godt at dere samarbeider med prestedtjenesten og at vi har et slikt tilbud i kommunen». For noen ser det ut til å skape en ro og trygghet bare å vite at en prest kan komme på hjemmebesøk ved behov. Soknepresten har delt raust av sine erfaringer og fagkunnskap og på den måten styrket hjemmebaserte tjenester. Tilbakemeldinger viser at flere føler de står «stødigere» i møte med alvorlig syke og døende i forhold til å åpne for eksistensielle samtaler. Hjemmesyrkepleierne opplever at det ikke alltid er behov for å henvise til prest, for det

er kanskje nettopp deg pasienten valgte å snakke med. Det å gripe den muligheten der og da når pasienten inviterer til en slik samtale er god helhetlig omsorg. Det å ta stilling til hvilken tro eller hvilket livssyn en har selv, og ha mot til å møte sine egne åndelige og eksistensielle spørsmål og svar, kan være god ballast å ha med seg inn i disse samtalen. Men det viktigste er kanskje det lindrende nærværet, våge å være tilstede i smerten – også når du ikke kan gi direkte svar, våge å møte de sterke følelsene, møte spørsmålene, angsten og håpet. Noen spør: «Kan det for eksempel kreves at jeg leser Fader Vår eller fra religiøse skrifter for pasienten dersom jeg ikke deler samme tro?» Vi har kommet til at dersom det ikke oppleves naturlig for den enkelte skal det henvises til noen som er komfortable i denne rollen. Vi har begynt å samle noen enkle bønner, tekster og musikk, som skal bli en del av et «åndelig skrin» som kan benyttes i slike situasjoner.

I prosjektperioden har utfordringene ofte vært å tilby samtale med prest på rett tidspunkt, og kreftsyrkepleier har ved flere anledninger formidlet kontakt for sent i forløpet, kanskje i redsel for å frata pasienten håpet og påføre mer lidelse? For noen ganger blir kreftsyrkepleieren møtt med: «Er jeg så dårlig nå at jeg trenger prest?». Noen av pasientene vi har hatt i prosjektperioden, har blitt innlagt på sykehus på grunn av komplikasjoner og blitt værende der. Forhåpentligvis har de fått tilbud om samtale med prest på sykehuset. Andre har gått inn i en tilstand av økende forvirring mot slutten som vanskeliggjør en slik åndelig og eksistensiell samtale.

Prosjektleder/kreftsyrkepleier har henvist til prest fortløpende ved behov. I etterkant ser vi at en fastere struktur på samarbeidet kunne bidratt til at man ikke så lett kom i etterkant med å formidle kontakten.

Våre erfaringer viser at tidlig kartlegging av åndelig ståsted er av stor betydning for å kunne imøtekomme behov senere i forløpet. Det er viktig å gjøre seg kjent med pasientens verdier og kulturelle eller religiøse bakgrunn slik at det blir enklere og mer naturlig å henvise til prest når det er aktuelt. Vi er ofte så gode på å kartlegge pasientens behov på alle andre plan i livet, men mange kvier seg og kan føle det invaderende å spørre pasienten om åndelig bakgrunn i en kartleggingssamtale, før man har blitt særlig godt kjent. Spørsmål som: «Hva gir deg kraft og styrke i livet?» kan være det som åpner for en samtale rundt temaet. Åndelige og eksistensielle tema handler gjerne om relasjon til andre mennesker, til livet eller til en høyere makt. En kan nærme seg de eksistensielle temaene ved hjelp av spørsmål, som for eksempel:



Hva er viktig for deg nå? Hva håper du på? Hva er du bekymret for? Det er viktig å være klar over at pasientens behov kan endre seg i prosessen. Det ser ut til at de fleste dør slik de har levd i forhold til tro og livssyn, men samtidig blir det ofte aktuelt på nytt, når livet går mot slutten. Ofte stiller de spørsmål om det finnes en mening med livet, om det finnes en gud, et liv etter døden.

Kreftsykepleier tilbyr etterlattesamtale fire til seks uker etter at pasienten er død, hvor pårørende får en mulighet til å si noe om den siste tiden. Dette er viktige samtaler som bidrar til utvikling av tilbudet. Samtalene avdekker av og til at det er behov for noe mer oppfølging i forhold til sorgbearbeiding og sorgprosessen. I prosjektet diskuterer vi muligheten for å etablere sorggruppe. Vi har mulighet til å henvise til prestetjenesten for oppfølgingssamtale dersom etterlatte har behov for dette, det ser vi gir en helhetlig kontinuitet i det tverrfaglige tilbudet vårt.

Veien videre

Prosjektet «Ivaretagelse av eksistensielle behov hos alvorlig syke og døende i hjemmet» ble avsluttet høsten 2011. Det har vært et ønske om å videreføre samarbeidsprosjektet og videreutvikle tilbudet til pasientene og deres familier. Nesodden kommune gjennomførte i 2012 et prosjekt for å etablere et palliativt team. På nytt tildelte Helsedirektoratet midler. Teamet er tverrfaglig bestående av kreftsykepleier, onkolog, prest, ergoterapeut og fysioterapeut. I tillegg knytter vi til oss tjenester fra sosionom, ernæringsfysiolog og psykiatrisk sykepleier ved behov. Det ambuleringe fagteamet er tenkt i forhold til hjemmeboende pasienter med behov for lindrende behandling.

I videreføringen av prosjektet er vi avhengig av alle fagpersonene i hjemmesykepleien. Det palliative teamet vil fungere som ressurs for pasienter, pårørende og fagpersoner. I prosjektet ser vi at kunnskap om de andre yrkesgruppenes kompetanse er avgjørende for at tilbudet til pasient og pårørende skal fungere godt. Det synes nødvendig å etablere arena for faglig utvikling og veiledning.

Oppsummering

Med midler fra Helsedirektoratet har prosjektet bidratt til:

- Mer fokus på helhetlig omsorg til pasient og pårørende, tilbudet er utvidet og forsterket gjennom økt tverrfaglig samarbeid.
- Fagutvikling for personalet.
- Kompetanseoverføring mellom helsepersonell og prestetjenesten. Prosjektet ble presentert på en fagdag i april i fjor, i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Akershus.
- Fra 2013 er palliativt team et etablert tilbud i Nesodden kommune. ■

Referanser:

1. St.meld.nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rettsted – til rett tid.
2. WHO, Verdens helseorganisasjon NOU, i 1999:2 kap. 5, verdier og holdninger.
3. Søbstad Undervisningssykehjem, Trondheim. «Omsorg og behandling for sykehjemspasienten i livets sluttfase».
4. Magelssen, M. og Fredheim, O. M. S: En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter. Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 2, 2011; 131:38-40.
5. Grevbo, Tor Johan: «Viskninger och rop». Åndelige utfordringer innenfor palliasjon. Omsorg 2/2008.
6. Carlenius, Susanne: «Omsorg ved livets slutt» Fagbokforlaget, 2008.

TRO: Pasienter som tror på bibelens lære, kan ha behov for å snakke med noen som deler troen med dem. Det er derfor viktig å kartlegge pasientenes religiøse bakgrunn. Foto. Colourbox

Skriv – og vinn 1000 kroner

For å stimulere deg til å sende ditt bidrag til Kreftsykepleie, har styret i NSF's faggruppe FKS besluttet at alle som publiserer i Kreftsykepleie, deltar i trekningen av et gavekort på kr. 1000 pr. forfatter.

Det trekkes ett gavekort i året.

Og vinneren er ...

FKS' s hovedstyre foretok på siste styremøtet en loddtrekning blant alle bidragsyterne i Kreftsykepleie 2012 – og den heldige vinner ble Ingunn Eikeland med artikkelen «Kva tyder naturen for pasientane?» i nr 3-2012.



Ingunn Eikeland ble svært glad og overraska, og sier at hun ikke har som vane å vinne noe som helst i lotterier. Vi gratulerer vinneren med flott artikkel og 1000 kroner!



Bli medlem i Forum for kreftsykepleie

Forum for kreftsykepleie er en av Norsk Sykepleierforbunds faggrupper, og har som formål å spre kunnskap om utviklingen av kreftsykepleie til sykepleiere. Forum for kreftsykepleie har 19 lokalgrupper spredt over hele landet og samarbeider med nasjonale og internasjonale organisasjoner. Les mer om oss på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Medlemsfordeler

- Du vil kunne søke stipendmidler som tildeles kreftsykepleiere fra interne og eksterne fond for deltakelse på seminarer og konferanser.
- Du vil få rabatt på Norsk konferanse i kreftsykepleie som FKS arrangerer hvert 2. år.
- Deltakelse i lokalgruppe av FKS.
- Du får tilsendt «Kreftsykepleie».

Kontingenter

- Individuelt medlemskap kr 252,- per år (kun for medlemmer av NSF).
- Individuelt abonnement: Ikke medlemmer av NSF kr 300,- per år. Pensjonister kr 150,- per år.
- Høgskoler og helseinstitusjoner kr 500,- pr år
- Firma kr 800,- per år.

Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider med kreftpasienter, eller som er interessert i kreftsykepleie og er medlemmer av NSF.
- Medlemskap oppnås ved å betale kontingent.
- Sykepleiere som ikke er medlemmer av NSF kan tegne abonnement på tidsskriftet Kreftsykepleie.
- Sykepleierhøgskoler, helseinstitusjoner og firma kan også tegne abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie».

Send din påmelding til:
FKSblimedlem@gmail.com