

Anne Grete Orlie om teknologisering av sykepleieyrket

Fra: Jesperud aktivitetssenter, Bydel Stovner

Yrke: Psykiatrisk sykepleier og daglig leder



Vær et medmenneske

Klassifikasjonssystemenes inntog i sykepleieteori og -praksis bidrar til et reduksjonistisk menneskesyn. Dette fikk Anne Grete Orlie erfare da hennes sønn ble rammet av blind vold og døde etter 14 dager på sykehus.

Mitt utgangspunkt for å skrive denne artikkelen er å utfordre kollegaer, og spesielt sykepleiere i klinisk praksis som har veilederansvar: Hvordan står det egentlig til med sykepleierutdanningen? Hvilket ansvar hviler på praksisfeltet og hvilket ansvar hviler på kunnskapsfeltet? Hva ønsker vi av fremtidige sykepleiere? Jeg er bekymret for at vi i vår teknologiske tidsalder blir mer opptatt av å sikkerhetsklarere og klassifisere våre tjenester, enn faktisk å bruke tiden sammen med pasientene.

Min historie

Kunnskap alene kan aldri erstatte møtet med et annet menneske. Jeg skal utdype dette nærmere fra min egen erfaring som pårørende. Kristian, sønnen vår på 18 år, ble for snart fire år siden brutalt utsatt for blind vold, og døde av skadene 14 dager senere på sykehus. De 14 dagene står som spikret i bevisstheten min, og jeg kan når som helst ta fram minnene og reflektere over hva det gjorde med meg som mor, sykepleier og medmenneske.

Jeg hadde tilbrakt åtte timer ved sykesengen på mottak før en sykepleier kom bort til meg og spurte: Hvordan har du det? Jeg skal aldri glemme den omsorgen hun viste meg og som satte fart i den videre behandlingen. I den dypeste fortvilelse hadde jeg sittet ved min sønns seng uten å få kontakt med han. Jeg overhørte krangel på telefonen som gjaldt overføring til intensivavdeling. Der var det fullt så de kunne ikke ta ham imot. Etter mye om og men ble han likevel tatt imot. Vi ble levnet så lite håp! Hjerneskadene var så store, med knusningskader. Vi fikk spørsmål, om vi var villige til å donere organene hans ved hjernedød. Teknisk sett ble alt gjort som kunne gjøres: to operasjoner, nedkjøling. Han pendlet mellom liv og død i 14 dager. Denne vekslingen mellom alt håp ute, til full behandling, for så å avslutte all behandling, kan ingen andre enn de som gjennomgår det sette seg inn i. I denne fasen kom en sykepleier inn til oss med en lapp der det sto: «Dere er fantastiske

foreldre som har en fantastisk gutt.» Det var som å få en engel inn i en mørk nattetime. Men historien stopper ikke her. Kristian ble koblet fra respirator og pustet selv. Tiden på intensivavdeling ble avsluttet. Nå ble han sendt til sengepost. Der fikk vi oppringning midt på natten, om at vi måtte komme med en gang. Kristian holdt på å kveles i sitt eget slim. En uerfaren sykepleier klarte ikke å se de mest elementære av alle sykepleieoppgaver. Hele tre ganger ble vi tilkalt av samme årsak. Vi ble helt utslitte av å passe på

Kunnskap og medmenneskelighet

Grunnleggende sykepleie, som stabilt sengeleie og frie luftveier ble ikke godt nok ivaretatt. Sant skal sies, det var sykepleiere som gjorde en god jobb. Det var tydelig forskjell på når Kristian lå godt og de gangene vi fant ham i en krøll midt i sengen. I vår situasjon fikk de små grunnleggende handlingene frem betydningen av respekt og verdighet ved livets avslutning. For meg handler det om å kunne omsette sykepleiekunnskap til et estetisk og godt praktisk håndverk. Det vanskeligste for meg var ikke at noen var uerfarne, men

Jeg hadde tilbrakt åtte timer ved sykesengen på mottak før en sykepleier kom bort til meg og spurte: Hvordan har du det?

at de ikke selv så sine begrensninger. De visste ikke selv, hva de ikke kunne. Å erkjenne at jeg som sykepleier ikke har den nødvendige erfaring, har jeg selv kjent på i utøvelsen av faget. I all ydmykhet har jeg forståelse for at man som sykepleier noen ganger kommer til kort og gjør feil. Tilsynelatende gjorde sykepleierne som behandlet Kristian så godt de kunne, men det var ikke godt nok. Det var de verste 14 dager jeg har opplevd i livet mitt, med unntak av de gode opplevelsene

av medmenneskelighet kombinert med kunnskap. Likevel ser jeg framover. Sorgen kan jeg klare å leve med, selv om vi aldri får Kristian tilbake. Jeg skriver dette i håp om at det kanskje kan løfte fram noen etiske dilemmaer i utøvelsen av faget vårt. Det gjelder fremtidens sykepleiere. Når jeg skriver om mine erfaringer, er det fordi vi må tørre å ta et oppgjør med vår egen utdanning, holdninger og etikk i utøvelsen av faget vårt. Det handler om verdien av å utøve grunnleggende sykepleie, om å utvikle et faglig og ideologisk skjønn, som jeg mener dagens klassifikasjonssystem ikke makter å fange opp.

NIC, NOC og NANDA

Første gang jeg hørte om sykepleierdiagnoser var i 2002. Senere stiftet jeg bekjentskap med NANDA (North American Diagnosis Association), NIC, (Nursing Interventions Classification) og NOC (Nursing Outcomes Classification) (1). I perioden 2001–2009 er DIPS ASA den største leverandør av elektroniske pasientjournaler i Norge. Her er det lagt til rette for at sykepleiere kan legge inn diagnoser på pasientene ved hjelp av klassifikasjonssystemet NANDA (2). På Norsk Sykepleierforbunds nettsider står det at NSF anbefaler at Internasjonalt Klassifikasjonssystem for Sykepleierpraksis, ICNP, integreres i alle elektroniske pasientjournaler knyttet til sykepleiernes dokumentasjon av helsehjelp (3). Jeg kjenner ikke til dette klassifikasjonssystemet og vet lite om hvilke fordeler det kan ha fremfor tidligere nevnte klassifikasjonssystem.

Som praksisveileder er jeg opptatt av å finne gode modeller som kan bidra til å knytte teori og praksis tettere sammen. Vi trenger en felles forståelse som kan styrke vår yrkesbevissthet og stoltheten vi har for faget vårt. Som flere før meg har påpekt, passer ikke NIC, NOC, og NANDA inn praksisfeltet psykisk helsearbeid.

«Klassifikasjonssystemene fanger ikke opp det komplekse og dynamiske mangfoldet av



NÆRHET VIKTIG: NIC, NOC og NANDA må ikke gå på bekostning av god omsorg. Foto: Colourbox

LITTERATUR

1. Johnson M, et al. NANDA, NOC and NIC linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions. (2nd ed.) St. Louis, MO: Mosby, 2006.
2. DIPS ASA: om veiledende behandlingsplaner sist oppdatert 20.06.2006. <http://www.dips.no/dips-new.nsf/> (22.02.09)
3. Norsk Sykepleierforbund (NSF). NSF anbefaler ICNP. [https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/\(01.04.09\)](https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/(01.04.09))
4. Terkelsen T. Er sykepleierdiagnoser relevant i psykisk helsearbeid? Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2009; 1: 4–13
5. Von Krogh G. Begreper i psykiatrisk sykepleie – sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner. 1. utgave. Bergen: Fagbokforlaget, 2002.
6. Dahl K. Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=667> (19.02.09)
7. Heggdal J. Kunnskap mer enn fag, publisert 21.02.09 i Aftenposten, debatt. <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article2940494> (09.04.09)

menneskelige følelser, tanker og atferd;» sier Toril Borch Terkelsen i en artikkel i tidsskrift for psykisk helsearbeid. Hun setter spørsmålsteget ved om sykepleiediagnoser er relevant innenfor psykisk helsearbeid. Bakgrunnen for artikkelen er et åtte måneders feltarbeid i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling, der hun begrunner sine standpunkter (4).

Med fare for å gjøre meg selv til skyteskive, våger jeg å komme med den påstanden at klassifikasjonssystemet NIC, NOC og NANDA, er et rigid, autoritært og gammelmodig klassifikasjonssystem. Resultatet blir et reduksjonistisk menneskesyn. Jeg skal begrunne min påstand.

Humor

Jeg kunne brukt mange eksempler, men har tatt et eksempel fra boken «Begreper i psykiatrisk sykepleie» som er et viktig bidrag for å tilpasse klassifikasjonssystemet NIC, NOC, NANDA til norsk hverdag (5). Boka er delt i fire deler. Den tar for seg sykepleieassistanse, pasientproblematikk, ønsket pasientstatus i sykepleie og til slutt sykepleieintervensjoner. Forfatteren skriver innledningsvis; «For studenter vil begrepene kunne fungere som knagger der teori og praksis bindes sammen.» (s. 13)

Jeg har valgt sykepleierintervensjon etter NIC, kode 5320, som har overskriften «Humor». En kan forstå sykepleierintervensjonen som en handling sykepleieren gjør for å løse, fjerne, eller forebygge behov hos pasienten som er problematiske å tilfredsstille som følge av pasientens helseproblem.

Alle sykepleieintervensjoner har sin egen kunnskapsbase og stiller krav til kompetanse for utøvelse, uansett om de er selvstendige eller ordinære. (ibid. s.184.) Humor vil i praksis si å peke på forhold ved situasjoner som er humoristiske, slik at pasienten kan smile, le og oppføre seg løssluppet og lekent. (ibid. s. 231) I siste avsnitt kan vi lese: «humor må ikke brukes i forhold til pasienter med former for kognitiv svikt, som regressive psykoser

og demenstilstander (ibid. s. 231)».

I tillegg til spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie, har jeg en videreutdanning innen faget aldersdemens, og sju års erfaring fra en spesialenhet for aldersdemente. Jeg tror ikke jeg kunne klart den oppgaven uten å være bevisst på bruken av humor. Selvsagt skal ikke humor brukes på bekostning av pasientens tilstand. Men brukt med vennlighet, kan man nå mye lenger med et smil og en god latter enn med alvor og et reservert kroppsspråk.

Et eksempel

Jeg skal i det følgende bruke et eksempel fra et møte med en vakker, eldre dame, som jeg skulle hjelpe med morgentoiletet. Hun så ned på sine tunge nakne bryst, tok et godt tak under hvert av dem, og deklamerte; «Fader vår, kopp og skål». Det utløste latter og morgenstellet gikk som en lek. For å bygge videre på denne gode stemningen, brukte jeg bevisst budskapet hun prøvde å formidle. En sterkt religiøs dame med velutviklet sans for humor som kunne kommunisere godt, på tross av sin demensdiagnose. Humor kan kombineres med alvor uten at det blir vulgært eller nedlatende, hvis man vet å bruke situasjonen. Det jeg ønsker å få frem er at det ikke er sykepleierintervensjonen som er avgjørende, men pasientens utspill. Gjennom mitt kjennskap til hennes historie, visste jeg at denne damen kunne sin bibel og sitt fadervår. Vi delte en felles forståelse, og sammen fikk vi frem det gode i øyeblikket. Kjernen og innholdet i det hun sa fortalte meg hvem hun egentlig var. Vi kan ikke lese oss til denne unike historien gjennom et klassifikasjonssystem. Svakheten ved NANDA, NIC og NOC slik jeg ser det, er at systemet ikke fanger opp enkeltmenneskets historie, det er sykepleierintervensjonen som er styrende. Skulle jeg holdt meg til boka ville det være helt feil i dette tilfellet, overfor en person med demensdiagnose, å bruke humor. Men for meg var det essensielt å

bygge videre på de menneskelige følelsene, som kom til uttrykk gjennom humor og gudstro, i et møte med et medmenneske. Vi står i stor fare for å skape tapere ved å tilpasse mennesker til vårt klassifikasjonssystem, fordi det er vi, som eksperter, som definerer problemområder og resultater. Hvilke resultater og for hvem?

Avslutning

Florence Nightingale (1820–1910) hadde stor innflytelse på det vestlige tenkesett langt inn i det 20. århundre. Sykepleierfaget ble styrt av moralske plikter, sykdomslære og praktiske retningslinjer og prinsipper. Den rådende sykepleieideologiske forankring fant man i medisinsk terminologi, etter en naturvitenskapelig tradisjon. I tillegg kommer selve skjønnets i utøvelsen av faget, noe Kari Martinsen forklarer som en fenomenologisk vitenskapstradisjon. Kari Martinsen har vært kritisk til selve tenkningsgrunnlaget som sykepleierprosessen bygger på (6).

Jomar Talsnes Heggdal, sier vi må beholde målet om å skape kritiske studenter som kan relatere faget sitt til andre områder enn akademia, i en debatt med overskriften: «Kunnskap er mer enn fag». Alle utdanningsløp fordrer at en må ha kunnskap om det feltet man skal studere. Men det viktigste er at man evner å kombinere kunnskapen med en dypere forståelse (7). Alt henger sammen. Som sykepleiere er vi nødt til å ha kjennskap til religion, naturens oppbygning, samfunnsproblemer, globalisering, språk, filosofi og etikk. Målet er å utdanne kloke og dyktige sykepleiere som bruker evnene sine til samfunnets beste, i møte med den dypeste respekt for livet.

Helt til slutt vil jeg takke mine studenter som har oppmuntret meg til å skrive denne artikkelen, jeg har skrevet den også for dem. Min innfallsvinkel har vært å vise erfaringer fra praksis sett opp mot et klassifikasjonssystem. Hva jeg tenker om NANDA, NIC og NOC? Svaret må bli, svada – ikke godt nok.