



Høgskolen i **Hedmark**

Elverum

Avdeling for Folkehelsefag

4AVS304

Monica Bakken og Philip A. Mailand

Veileder: Sevald Høye

Rett veiledning, på rett måte, til rett tid

Right guidance, the right way, at the right time

Bachelor i sykepleie, kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

# Innhold

1.0 Innledning.....	s. 4
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	s. 4
1.2 Valg av problemstilling.....	s. 5
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	s. 6
1.4 Oppgavens oppbygging.....	s. 7
2.0 Metode.....	s. 8
2.1 Valg av metode.....	s. 8
2.2 Søkestrategi.....	s. 8
2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	s. 9
3.0 Teoretisk forståelse.....	s. 11
3.1 Pasienter med KOLS og deres behov for trygghet.....	s. 11
3.1.1 KOLS – patologi, symptomer og årsaker.....	s. 11
3.1.2 Utfordringer ved KOLS.....	s. 11
3.1.3 Trygghet som begrep.....	s. 12
3.1.4 Trygghet – som et grunnleggende behov.....	s. 13
3.2 Sykepleieres pedagogiske funksjon.....	s. 14
3.2.1 Hva er sykepleieres pedagogiske funksjon.....	s. 14
3.2.2 Pedagogiske verktøy og metoder.....	s. 14
3.2.3 Undervisning – planlegging og struktur.....	s. 15
3.2.4 Veiledning og dialog.....	s. 16
3.2.5 Veiledningens faser.....	s. 17
3.2.6 Undervisning og veiledning i følge Orem.....	s. 18
3.2.7 Sykepleieres erfaringer med undervisning og veiledning av pasienter med KOLS.....	s. 19
3.3 Samhandlingsreformen - et utdrag.....	s. 20
3.3.1 Hovedutfordringer.....	s. 20
3.3.2 Hovedgrep.....	s. 21
4.0 Drøfting.....	s. 23
4.1 Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien bidra til å styrke tryggheten til pasienter med KOLS?.....	s. 23

4.2 Det samlede grunnlaget for å gjennomføre pedagogiske tiltak ovenfor pasienter med KOLS.....	s. 25
4.3 Samhandlingsreformen – endringer og utfordringer.....	s. 30
5.0 Konklusjon.....	s. 34
6.0 Litteratur.....	s. 35

Antall ord: 10043

## 1.0 Innledning

Vi har i denne bacheloroppgaven valgt temaet *"Sykepleiefaglig forsvarlighet og behovet for koordinerte helsetjenester etter innføring av samhandlingsreformen"*. Dette var ett av tre hovedtemaer gitt av Høgskolen i Hedmark.

For å kunne utøve en praksis som til en hver tid møter pasienters behov, er arenaer for samarbeid og samhandling viktig. Helsetjenestens oppbygning og oppgavefordeling har endret seg gjennom tidene og er fortsatt under endring. Samhandlingsreformen er et eksempel på dette. Praksisarenaene sykehus og kommunehelsetjeneste er i endring. Sykepleieres oppgaver, inklusive de pedagogiske, må også tilpasses endringer. I følge rammeplan for sykepleierutdanningen (2008) forventes det at sykepleiere har kompetanse for faglig og tverrfaglig samarbeid som bidrar til koordinert helsehjelp, informasjonsformidling, undervisning og veiledning for pasienter. Vi ønsker derfor å belyse dette temaet nærmere i denne bacheloroppgaven. Vi fokuserer på pasienter med KOLS og deres behov for trygghet og hvordan sykepleiere kan bidra til å styrke denne tryggheten gjennom sin pedagogiske funksjon.

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Med bakgrunn i samhandlingsreformens ikrafttredelse og at praksisarenaen sykehus og kommunehelsetjeneste vil endres ønsker vi å se nærmere på hvordan sykepleiernes pedagogiske funksjon kan bidra til sykepleiefaglig forsvarlig praksis med bakgrunn i de utfordringer som samhandlingsreformen peker på. Vi har valgt å fokusere på pasienter med KOLS og deres behov for trygghet, da samhandlingsreformen poengterer at blant annet denne pasientgruppen skal få en økt andel av sitt pleie-, omsorgs- og behandlingstilbud i kommunene og særskilt i hjemmet.

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er i likhet med andre vest-europeiske land, i stor endring. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. KOLS er blant disse tilstandene og er en sykdom som er i sterk vekst (Helse og omsorgsdepartementet, 2009) KOLS er en alvorlig progredierende sykdom som

ikke kan reverseres, som i tillegg til en rekke fysiske plager kan føre til psykiske og sosiale konsekvenser for pasienter (Oksholm, 2008).

Vår erfaring som sykepleiestudenter fra hjemmebasert praksis er at disse pasientene ofte kan være utrygge i egen hjemmesituasjon. Vi har erfart at denne utryggheten er knyttet til manglende kunnskap om egen sykdom, og mangel på handlingsstrategier for å mestre sykdommen. Vi har også erfart at pasienter med KOLS ofte bruker trygghetssøkende strategier som ofte ikke er hensiktsmessige. Med dette mener vi at vi har erfart at disse pasientene ofte isolerer seg og unngår aktiviteter som krever lungefunksjon av redsel for de fysiske og psykiske symptomene. Dette samsvarer også med litteratur som omhandler sykdommen KOLS.

Vi mener derfor det kan være nyttig for hjemmeboende pasienter med KOLS som mottar hjemmesykepleie og lære løsningsorienterte strategier og øke deres kunnskap om egen sykdom. Dette fordrer bruk av sykepleieres pedagogiske funksjon, herunder undervisning og veiledning som metode.

Grunnen til at vi valgte dette temaet og denne vinklingen, er at vi ser det som lærerikt og ikke minst utfordrende å skrive om, samt at med bakgrunn i samhandlingsreformens ikrafttredelse mener vi dette er høyst aktuelt for oss å ha kompetanse om som fremtidige sykepleiere.

Vi håper at oppgaven kan bidra til økt bevissthet rundt pasientveiledning i det forebyggende/rehabiliterende arbeidet som sykepleiere daglig gjør i hjemmetjenesten.

## **1.2 Valg av problemstilling**

Vi har med bakgrunn i temaet valgt denne problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien bidra til å styrke pasienter med KOLS sin trygghet ved hjelp av veiledning sett i lys av samhandlingsreformen?*

### 1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Ut i fra det valgte temaet vil vi i denne bacheloroppgaven fokusere på sykepleieres pedagogiske funksjon og herunder undervisning og veiledning som metode. Vi vil se nærmere på hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien kan øke hjemmeboende pasienter med KOLS sin trygghet ved hjelp av veiledning. For å gjøre dette vil vi belyse ulike aspekter ved begrepet trygghet. Vi vil presentere Segestens forståelse av den indre og ytre tryggheten til pasienter, og trygghet i lys av sykepleieteoretiker Orems behovsteori.

Vi vil se nærmere på sykepleieres pedagogiske funksjon og pedagogiske verktøy og metoder. Vi vil fokusere på undervisning og veiledning som metode, og se nærmere på hvordan man kan strukturere undervisningen. I den forbindelse vil vi presentere en didaktisk relasjonsmodell. Videre vil vi fokusere på dialog som en del av veiledningen og veiledningens ulike faser. Vi vil også se undervisning og veiledning i lys av Orems sykepleieteori og presentere forskning som omhandler sykepleieres erfaringer med pasientveiledning til pasienter med KOLS.

Vi vil se nærmere på samhandlingsreformen og deler av de utfordringer og hovedgrep den skisserer. Vi konsentrerer oss om de deler av samhandlingsreformen som vi finner relevante i forhold til oppgavens tema og problemstilling og tar ikke for oss samhandlingsreformen i sin helhet. Vi vil søke å belyse samhandlingsreformens intensjoner og se den i kontrast med dagens sykepleiepraksis og egne erfaringer, samt tanker for fremtidens sykepleiepraksis.

Vi møter pasienter med KOLS på ulike nivåer i helsevesenet. Vi har valgt å ta utgangspunkt i hjemmebasert sykepleie. Dette fordi arenaene for sykepleiepraksis er i endring som følge av samhandlingsreformen og kommunen og primærhelsetjenesten er den arenaen som får nytt og økt pasientansvar. Vi vil i denne oppgaven skrive om samhandling på individnivå, altså mellom sykepleier og pasient, og noe om samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Pasientgruppen vi konsentrerer oss om i oppgaven er pasienter som mottar hjemmesykepleie og som har moderat til alvorlig KOLS. Ofte har pasienter sykdommen KOLS som en del av et sammensatt sykdomsbilde, uten at det nødvendigvis er denne som gjør dem hjelpetrengende. KOLS debuterer ofte i 50-60 årene, og pasientene vi skriver om i denne oppgaven omhandler derfor pasienter fra denne alderen og oppover som mottar hjemmesykepleie. Vi har valgt å holde oppgaven kjønnsnøytral i forhold til hvem pasientene er.

Begrepene mestring og livskvalitet er nevnt i oppgaven, men vi har valgt å ikke gå nærmere inn på disse, selv om vi ser at de er høyst aktuelle i forhold til tema og problemstilling.

I den grad vi nevner forebygging, mener vi hovedsakelig sekundærforebygging i forhold til pasienter med KOLS. Med dette mener vi som nevnt pasienter med moderat til alvorlig KOLS og som kan ha nytte av pedagogiske tiltak.

Vi har utelatt å skrive om pårørende i denne oppgaven, selv om vi ser at dette er et viktig aspekt og en viktig ressurs i forhold til hjemmeboende pasienter med KOLS.

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Denne oppgaven er disponert med en innledning, en metode, en teori- og en drøftingsdel og en konklusjon.

I oppgavens innledning presenterer vi valg av tema og bakgrunn for dette. Vi presenterer problemstillingen og avgrensning av denne. Videre vil vi i metodekapitlet gjøre rede for valg av metode, litteratursøk og kildekritikk.

I teorikapitlet presenterer vi kort teori om sykdommen KOLS og teori om trygghet som begrep og behov. Denne delen av teorien omhandler pasienter. Videre presenterer vi teori om sykepleieres pedagogiske funksjon, herunder verktøy og metoder som undervisning og veiledning. Denne delen omhandler sykepleieres funksjon. I teoridelen har vi inkludert sykepleieteori og forskning henholdsvis delt inn etter relevans, ut ifra pasientenes perspektiv og ut ifra sykepleiernes perspektiv. Til sist i teorikapitlet presenterer vi samhandlingsreformen og deler av dens hovedutfordringer og foreslåtte hovedgrep.

I drøftingskapitlet forsøker vi å drøfte problemstillingen vår opp i mot teori.

I det siste kapitlet presenterer vi vår konklusjon og de tankene vi har gjort oss underveis i arbeidet med denne bacheloroppgaven.

## 2.0 Metode

Vilhelm Aubert formulerer hva en metoder er slik:

"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder" (Sitert i Dalland, 2007, s. 83).

Metoden forteller oss med andre ord om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap.

### 2.1 Valg av metode

Metoden for bacheloroppgaven er gitt i retningslinjene fra Høgskolen i Hedmark.

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, det vil si at vi systematisk har gjennomgått litteratur vi har funnet relevant i forhold til vår problemstilling.

Litteraturstudie som metode har både positive og negative sider. Man kan si at fordelen er at man kan benytte seg av forskning, bøker og artikler som kvalifiserte forfattere har skrevet (Dalland, 2008). Vi har også denne litteraturen lett tilgjengelig gjennom Høgskolen i Hedmark sitt bibliotek og deres databaser. En ulempe kan imidlertid være at den litteraturen vi velger kan være farget av forfatterens tolkning og at det kan være utfordrende å finne litteratur som samsvarer godt med den valgte problemstillingen i oppgaven (Ibid, 2008). Dette har ført til at vi har gjort noen egne tolkninger av valgt litteratur i forbindelse med denne oppgaven.

### 2.2 Søkestrategi

Vi har gjort flere søk i ulike databaser for å finne relevante forsknings- og fagartikler som vi ville inkludere i oppgaven vår. Vi har søkt gjennom EbscoHost; Cinahl, via høyskolens tilganger, samt SweMed+ og OvidNursing. Vi anser disse databasene for kvalitetssikret da Høgskolen i Hedmark abonnerer på tilgang fra disse. De er også en del av den skjulte weben som gjør at det kreves mer for å få publisert materiale da de gjør søk i kjente tidsskrifter, og for å få lesertilgang må man ha egne brukernavn og passord. Dette i motsetning til den åpne weben, hvor det foretas søk på hele internett. Likevel har vi vært kildekritiske i søkeprosessen



og den påfølgende utvelgelsen av forsknings- og fagartikler. Vi har benyttet søkeord som: COPD (Chronic obstructive pulmonary disease), security, safety, guiding, guidance, home care nursing, anxiety, freedom from fear, self-care og education. Vi har lest flere abstrakter og funnet relevante fag- og forskningsartikler som svarte til vår problemstilling.

Forskningsartiklene vi har valgt å inkludere er fra Sverige, men de er funnet i engelskspråklige databaser og er derfor på engelsk. Vi mener de valgte forskningsartiklene har overføringsverdi til norske forhold, da disse landene har mange like strukturer rent samfunnsmessig. Vi har inkludert en fagartikkel som er fra Norge, da den omhandler samhandlingsreformen.

### **2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk**

"Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes" (Dalland, 2007, s. 66). Vi har benyttet pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningslitteratur gjennom artikler. Vi har funnet selvvalgt litteratur ved å se på henvisninger i pensumlitteratur. Vi har benyttet oss av primærkilder og sekundærkilder. Primærkilder er den opprinnelige kilden og vi har forsøkt å benytte primærkilder så langt det lar seg gjøre. Dette for å sikre oss mot å arve andres feiltolkninger eller unøyaktigheter. Vi har brukt sekundærkilder der forfatterne er lite tilgjengelige eller hvor vi har sett at det er en fordel at det er tolket for oss. Sekundærkilder er litteratur som er bearbeidet av andre. Vi ser at det kan føre med seg feiltolkninger, men har forsøkt etter egen evne å vurdere riktighet i materialet. En fordel med sekundærkilder kan være at det allerede er oversatt fra engelsk, og på den måten gjør det mer lettfattelig for oss (Dalland, 2007).

Vi har foretatt søk i Bibsys ASK etter relevant litteratur innen temaet vi har valgt. På den måten har vi også funnet noe litteratur som vi har benyttet oss av.

Vi har kritisk vurdert litteraturen ut i fra relevans, gyldighet, forfatterskap, anerkjennelse og alder. Vi har vurdert om dataene vi har samlet har relevans og gyldighet i forhold til vår problemstilling. Vi har vurdert pålitelighet ut i fra mulighetene for feilsiteringer og feiltolkninger. Har vi sett på hvilken type tekst det er, foreksempel om det er lærebøker, fag- eller forskningsartikler eller offentlige dokumenter. Vi har sett på hvem som har skrevet teksten, og vurdert forfatterskap ut i fra om det er et kjent navn innenfor faget, om vi finner

navnet i pensumlitteratur og om forfatterens yrkesbakgrunn og erfaring. Dette for å finne ut hvilken bakgrunn og autoritet forfatteren har i forhold til emnet. Vi har sett på hvem teksten er skrevet for, dette for å se på hvilke forutsetninger forfatteren krever av leseren. Videre har vi sett på hvorfor forfatterne skriver om emnet, og hva som er formålet med teksten. Vi ser at noe av litteraturen er av eldre dato men har valgt å inkludere den da den er å anse som grunnleggende innen det aktuelle området. Vi har også måttet utelukke noe litteratur da den ikke har samsvart godt nok med valgt tema og problemstilling slik vi ser det (Dalland, 2007). I søket etter artikler har vi lagt vekt på at artiklene skulle være av nyere dato siden temaet vårt er dagsaktuelt. Vi har også lagt vekt på anerkjente databaser og tidsskrifter. Med dette mener vi databaser i den skjulte weben som baserer seg på kjente helsefaglige tidsskrifter fra nord og verden forøvrig med fagredaksjoner som sikrer kvaliteten på det som utgis. Vi presenterer valgte fag- og forskningsartikler underveis i oppgaven, henholdsvis i teori- og drøftingskapitlene.

Vi har ulik erfaringsbakgrunn og ser at dette kan påvirke vår tolkning av litteraturen. Vi har benyttet noe egenerfaring i oppgaven og har forsøkt å se den erfaringen i et nøkternt perspektiv.

## **3.0 Teoretisk forståelse**

### **3.1 Pasienter med KOLS og deres behov for trygghet**

#### **3.1.1 KOLS – patologi, symptomer og årsaker**

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en samlebetegnelse på tilstander der det foreligger en progressiv og inkomplett, irreversibel luftveisobstruksjon. KOLS utgjøres hovedsakelig av tilstandene kronisk bronkitt og emfysem, samt kombinasjoner av disse (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). Sykdommen gir fysiske symptomer som dyspné, hoste og tretthet, men har også psykiske og sosiale konsekvenser. Symptomene øker i antall og alvorlighetsgrad etter hvert som sykdommen utvikler seg. Hovedårsaken til utviklingen av KOLS er røyking, men luftforurensing og arvelige faktorer har også betydning (Oksholm, 2008).

#### **3.1.2 utfordringer ved KOLS**

Å få en kronisk progredierende sykdom som KOLS kan være en stor belastning for pasienter. Pasienter med alvorlig dyspné og mange sykdomsforverringar kan få psykiske plager som angst. En definisjon av May (1983) sier at angst er en reaksjon på frykt som oppstår når personen opplever en trussel mot noe verdifullt som han oppfatter som sentralt i tilværelsen (Hummelvoll, 2004). Pasienter med KOLS utvikler ofte angst for å få anfall og får etter hvert nedsatt livskvalitet. De pasientene som utvikler slik angst, er mer utsatt for tilbakefall enn andre. De psykiske symptomene er ofte sterkere forbundet med livskvalitet enn lungefunksjon og varighet av sykdommen (Oksholm, 2008). Åndenød er voldsomt ubehagelig og kan derfor i seg selv medføre sterk angst. Angst forverrer dyspneen, og en ond sirkel kan derfor oppstå. Angsten blir noe pasienter er redd for i seg selv - og som truer deres trygghetsfølelse (Hummelvoll, 2004). Pasienter som har opplevd åndenød og den medfølgende angsten, vil gjøre mye for unngå å oppleve eller framprovosere en slik situasjon igjen. Dette kan føre til at pasienter begrenser sine fysiske aktiviteter til et minimum, og er ofte samtidig redd for å være alene.

En pasient som opplever dyspnoe og åndenød øker respirasjonsfrekvensen og bruker nesten all sin konsentrasjon på å puste. Pasienten blir urolig og har ikke overskudd til å si noe eller å være vennlig, og er ofte ikke i stand til å handle hensiktsmessig (Sorknæs, 2001).

### 3.1.3 Trygghet som begrep

Pasienter med KOLS kan i ulik grad føle sin trygghet som truet som følge av de fysiske og psykiske plagene sykdommen kan føre med seg. Mangfoldet i menneskers opplevelse av begrepet trygghet kan vanskelig la seg fange inn i en klar definisjon. En for teoretisk måte å definere det på kan lett føre til at en trår feil og begrepet trygghet kan da miste sin mening. Begrepet trygghet har gjennom tidene blitt forsøkt beskrevet i ulike land som blant annet pålitelig, sikker, tro, trofast og ubekymret. Trygghet er relasjonell og står alltid i forhold til noe og like lite som livet kan kvalitetsikres, kan tryggheten det (Thorsen, 2005).

Segesten skiller mellom tre hoveddimensjoner ved trygghet. Trygghet kan sees på som en følelse, en indre trygghet og en ytre trygghet. Indre trygghet er en indre tilstand, som fremkommer ved en positiv oppvekst og i en forankring i et livssyn. Den indre tryggheten påvirker hvordan man opptrer i relasjoner med andre mennesker og vice versa. Den ytre tryggheten lenkes til våre relasjoner til omverdenen. Den indre og ytre trygghet påvirker hverandre gjensidig og bør ikke sees på som separate uttrykk (Segesten, 1994).

Segesten har videre forsøkt å dele den ytre tryggheten inn i tre ulike dimensjoner; relasjonstrygghet som kan knyttes til det å oppleve fysisk nærhet, at noen holder en i hånden, at man slipper å være alene og at man opplever kontinuitet i sykepleier - pasient relasjonen. Stole-på-andre-trygghet som kan relateres til situasjoner som man ikke helt er herre over selv og hvor man må legge ansvaret over i noen andre sine hender. En side ved den dimensjonen er også vissheten om at hjelpen finnes og at den kan nås. Kunnskaps- og kontrolltrygghet handler om å få beskjed, bekreftelse og kunnskap. Det som er kjent og hverdagslig har betydning for trygghet, samt delaktighet (Segesten, 1994).

### **3.1.4 Trygghet - et grunnleggende behov**

Sentralt i sykepleieteoretiker Orems tenkning står de såkalte egenomsorgsbehovene. Hun beskriver tre ulike typer av egenomsorgsbehov; de åtte universelle som tar utgangspunkt i allmennmenneskelige behov, de utviklingsrelaterte som er knyttet til trussel mot normal utvikling og tilslutt de helsesvikrelaterte egenomsorgsbehovene som foreligger hos personer som er syke eller skadde, har ulike funksjonstap eller funksjonsbegrensninger (Kristoffersen, 2005).

Et av de universelle egenomsorgsbehovene er behovet for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære. Ifølge Orem står dette behovet i en særstilling da det må relateres til alle de andre universelle egenomsorgsbehovene. Videre vil svikt i de universelle behovene medføre helsesvikrelaterte egenomsorgsbehov, hvor blant annet behovet for å oppsøke helsetjenesten ved sykdom og helsesvikt samt behovet for å lære å leve med sykdom og konsekvenser står sentralt (Cavanagh, 2001).

## **3.2 Sykepleieres pedagogiske funksjon**

### **3.2.1 Hva er sykepleieres pedagogiske funksjon**

Sykdom og helsesvikt kan være smertefullt og skremmende, og føre til endringer i dagliglivet. Sykepleiepedagogikk er å støtte læreprosesser som fører til opplevelse av mestring i de endrede livssituasjonene (Brataas, 2011). Sykepleieres pedagogiske funksjon er av Tveiten (2008) definert slik: "Sykepleieres pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleierne har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter ..." (s. 31).

En forutsetning for å kalle en aktivitet som sykepleiepedagogisk, er at aktiviteten faller inn under sykepleieres kunnskaps- og kompetansefelt. Sykepleiepedagogikk har helsefremming som mål (Brataas, 2011).

I rammeplan for sykepleieutdanningen fra 2008 er det beskrevet at sykepleiere blant annet skal ha handlingskompetanse relatert til helsefremmende og rehabiliterende oppgaver, samt handlingskompetanse relatert til undervisning og veiledning til pasienter.

Med handlingskompetanse menes å være i stand til å reelt ta et utøvende ansvar basert på erfaring og kunnskap (Tveiten, 2008).

### **3.2.2 Pedagogiske verktøy og metoder**

Verktøy og metoder er hjelpemidler for planlegging og gjennomføring av pedagogiske tiltak. Undervisning og veiledning er to eksempler på dette og vil innebære didaktiske hva-, hvordan- og når- spørsmål. Brataas (2011) presenterer en definisjon av didaktikk av Imsen (2006): "Didaktikk betyr undervisningslære eller undervisningskunst og dreier seg om planlegging, tilrettelegging, gjennomføring og vurdering av undervisningens hva, hvorfor og hvordan" (s. 42).

Hvorfor- spørsmålet dreier seg om hva som er det samlede grunnlaget for pedagogiske tiltak. Data fra pasientene som skal lære, læringsbehov, overveielse og relevansvurdering vil utgjøre det samlede grunnlaget. Hva- spørsmålet sikter til hva som er det relevante innholdet i den pedagogiske aktiviteten. Hva skal det dreie seg om?, hva er relevant læringsinnhold?, og hva forventes som læringsutbytte? Hvordan- og når spørsmål dreier seg om pedagogiske verktøy

og metoder, samt når i pasientforløpet det er hensiktsmessig at den pedagogiske prosessen skjer.

### **3.2.3 Undervisning -planlegging og struktur**

Undervisning kan defineres helt kort som planlagt formidling av kunnskap om et bestemt tema, i en gitt sammenheng. Undervisning kan foregå en til en eller i grupper. Didaktiske undervisningsmodeller kan være nyttige verktøy dersom situasjonen kan planlegges og struktureres. En didaktisk modell utarbeidet av Bjørndal og Lierberg har fått betegnelsen didaktisk relasjonsmodell. Modellen er utviklet primært med tanke på undervisning i skolen. Forutsatt kritisk vurdering og helsepedagogisk tilpasning kan modellen benyttes som verktøy for planlegging av pasientundervisning. Verktøy betyr i denne sammenhengen at mennesker i sin tenkning, kommunikasjon og handling bruker intellektuelle redskaper. Modellen beskriver gjensidige sammenhenger mellom følgende faktorer: pasientens læreforutsetninger, rammefaktorer, læringsmål, innholdet i undervisningen, gjennomføring og vurdering av undervisningsopplegget. Det er like viktig å forstå helhet og sammenheng mellom faktorene som å ha innsikt i enkelt aspektene (Brataas, 2011). Vi mener denne modellen kan være anvendbar i planlegging og strukturering av undervisning og veiledning til pasienter. Modellen kan bidra til å tydeliggjøre og klargjøre ulike momenter i forkant og underveis i undervisning og veiledning. Dette ved at de ulike faktorene i modellen gis mening og innhold ut ifra en helhetlig datasamling fra pasienten.

### 3.2.4 Veiledning og dialog

Begrepet veiledning har mange betydninger. Anvisning, rettleiding og råd er synonymmer til begrepet. Veiledning kan bety rettleiding eller opplæring gjennom forklaring, instruksjon og råd. Informasjon til pasienter kombineres ofte med denne typen veiledning (Brattaas, 2011). Veiledning er bistand der veilederen med faglig innsikt og holdning hjelper en person til å definere sitt problem og oppnå kunnskap og ferdigheter til å løse det. Veiledningen kan foregå til enkeltpasienter eller til en gruppe. Veiledning er en pedagogisk virksomhet og hensikten er at mestringskompetansen styrkes gjennom oppdagelse og læring.

Veiledning er ikke ett entydig begrep og ordet brukes i mange sammenhenger, både med eller uten bevisst begrepsinnhold. For å vite at det veiledes når det er pedagogisk hensiktsmessig, kan det være nyttig å være seg bevisst hva tilgrensende metoder innebærer. Ett grenseområde er undervisning. Det er ikke uvanlig i en veileder rolle å ha ekspertkunnskap på det området man veileder i. Sykepleiere har foreksempel ekspertkompetanse på pasienters sykdom og symptomer. Det er da nærliggende å formidle egne kunnskaper til pasienter, heller enn å legge til rette for at pasienten oppdager selv (Tveiten, 2008).

Hensikten med veiledning til pasienter med KOLS kan være at mestringskompetansen i det å leve med sykdommen styrkes. Dette kan innebære at disse pasientene tilegner seg ny kunnskap, nye holdninger og ferdigheter som gjør at de forholder seg på en ny måte til sin sykdom og sine symptomer. I tråd med oppgavens problemstilling kan dette være en måte sykepleiere ved hjelp av veiledning bidrar til å styrke pasienter med KOLS sin trygghet.

Dialogen er hovedformen i veiledning. Dialogen mellom sykepleier og pasient har stor betydning for å finne frem til hva veiledningen skal dreie seg om, og for at fokuspersonen reflekterer, oppdager, erkjenner og lærer. Dialog er samtale mellom to eller flere. Begrepet samtale er mere brukt og mange bruker nok begrepene synonymt. En god dialog kjennetegnes av likeverdighet mellom partene, selv om veilederen har mer kunnskap enn fokuspersonen. En god dialog betegnes av gjensidig respekt og aksept. I veiledning dreier dialogen seg i stor grad om utvikling, læring og mestring. Dialogen påvirkes av situasjonen og omgivelsene, altså konteksten. Dialog skal legge tilrette for at pasienter selv oppdager, lærer og utvikler seg i retning av å ta ansvar for egen helse og eget liv. I enkelte veilednings situasjoner kan det være nærliggende for sykepleiere å være oppdragende, det vil kunne ha betydning for dialogen (Tveiten, 2008).



Pasientveiledning kan være handlingsorientert instruksjon, rådgiving eller samtale som hjelp til å håndtere eller forstå en situasjon. Veiledning kan også være mestringsorientert. Slik veiledning har til hensikt å hjelpe og støtte pasienter som strever med å takle reaksjoner på sykdom, varig lidelse eller funksjonssvikt. Ofte er pasientveiledning en kombinasjon av handlings- og mestringsorientert veiledning som hjelp til å takle følelsesmessige reaksjoner og lære eller velge hensiktsmessige handlemåter (Brataas, 2011). Å iverksette sykepleiepedagogiske tiltak til pasienter med KOLS mener vi kan fordre bruk av både handlings- og mestringsorientert veiledning som bidrag til å styrke deres trygghet.

### **3.2.5 Veiledningens faser**

Enhver veiledning vil bestå av ulike faser. For å oppnå hensikten med veiledningen er det nødvendig å være seg bevisst de ulike fasene eller strukturen i veiledningen.

Planleggings- eller forberedelsesfasen er tiden før veiledning skal finne sted. Veilederen må foreta vurderinger og valg i denne fasen. Hvem den lærende er har betydning for valg og vurderinger. Det kan også være aktuelt å vurdere hvem som skal veilede dersom det ikke er gitt. Det kan være aktuelt å vurdere hvor og når det er hensiktsmessig at veiledningen finner sted. Veilederen bør reflektere over hvordan man kan legge til rette for tillit og hvordan legge til rette for å møte den lærende der den er. Når man skal veilede pasienter er det nødvendig å reflektere over egen motivasjon og grunnlaget for å veilede. Hvis sykepleiere opplever at veiledning er noe man bør gjøre, men ikke føler seg kompetent eller mener å ha tid til, vil dette kunne ha konsekvenser for opplevelsen av kvaliteten på veiledningen (Tveiten, 2008).

Bli kjent- / bli trygg fasen starter når veileder og pasient møtes. Å oppleve å bli sett, hørt og tatt på alvor og ha veilederens oppmerksomhet, har betydning for om pasienten får tillit til veilederen. At partene i et veiledningsforhold blir kjent med hverandre kan skape trygghet. Trygghet kan i neste omgang legge til rette for at man våger å reflektere og formulere egne behov. I denne fasen kan det være hensiktsmessig å klargjøre de forventningene veilederen og pasienten har til hverandre og til samarbeidet, og hva som er hensikten med veiledningen. I bli kjent- / bli trygg-fasen kan veilederen legge til rette for at pasienten blir veiledbar gjennom å finne ut hvem pasienten er i vid betydning, klargjøre roller, forventninger, rammer og hva veiledning innebærer (Tveiten, 2008).

Arbeidsfasen er fasen der selve veiledningen foregår, der det arbeides med det som er innholdet og det som gjøres til gjenstand for refleksjon og bearbeidelse. Det er dette som kan føre til at pasienten oppdager, lærer og erkjenner hva han eventuelt ønsker å forandre og hvordan forandringen kan skje. Innholdet i veiledningen kan være relatert til noe som er erfart, til her og nå-situasjonen, eller det kan være fremtidsrettet ved at pasienten gjennom veiledning foreksempel forbereder seg til fremtidige utfordringer. Arbeidsfasen er den fasen som oftest varer lengst. Underveis i arbeidsfasen er det viktig å legge tilrette for evaluering av veiledningens innhold og metoder, samarbeidet og læringsutbytte, slik at eventuelle endringer kan gjøres (Tveiten, 2008).

Til sist kommer avslutningsfasen i veiledningen. Her trekkes eventuelle konklusjoner, man oppsummerer læringsresultater og læringsprosessen og ser på mulige veier videre (Tveiten, 2008). Når sykepleiere skal veilede pasienter med KOLS ser vi at disse fasene ikke er helt statiske og ikke nødvendigvis har noen tydelig start og slutt. De ulike fasene kan gjelde under hver enkelt veiledningssituasjon, men også over lengre perioder. Med dette kan det forstås at en enkelt veiledningssituasjon kan bestå av alle fasene, men det kan også tenkes at de ulike fasene, spesielt arbeidsfasen, kan vare over en lengre tidsperiode på uker eller måneder. Da KOLS er en kronisk progredierende sykdom, er det sannsynlig at veiledningen foregår over en lengre tidsperiode.

### **3.2.6 Undervisning og veiledning ifølge Orem**

Sykepleieteoretiker Orem beskriver at sykepleiere kompenserer for svikt i pasienters egenomsorgskapasitet der det er nødvendig, og utvikler den der det er mulig.

Sykepleiere bidrar til å kompensere for misforholdet mellom egenomsorgskapasitet og terapeutiske egenomsorgskrav. Orem beskriver at sykepleie er rettet mot forholdet mellom menneskets egenomsorgskapasitet og de krav til terapeutisk egenomsorg som er nødvendig for å fremme normal funksjon, helse og velvære. Sykepleiens mål og hensikt, er i følge Orem, at mennesket skal få dekket terapeutiske egenomsorgskrav med egen eller andres hjelp. (Kristoffersen, 2005).

Sykepleiere kan utføre flere funksjoner for å hjelpe pasienter. Orem presenterer flere hjelpemetoder, hvorav det å veilede en annen og undervise står som to sentrale metoder.

En metode sykepleieren fremmer egenomsorg gjennom er det støttende og undervisende system, der sykepleieren hjelper pasienten til å overvinne sine egenomsorgsbegrensninger (Cavanagh, 2001). Dette kan passe for pasienter med KOLS som kan trenge å lære å tilpasse seg nye situasjoner, men som trenger assistanse fra sykepleiere i form av undervisning og veiledning. Sykepleieres funksjon kan ifølge Orem innebære å hjelpe pasienter med å ta avgjørelser og å formidle kunnskaper og ferdigheter (Cavanagh, 2001).

### **3.2.7 Sykepleieres erfaringer med undervisning og veiledning av pasienter med KOLS**

Vi har valgt å inkludere en forskningsartikkel av Zakrisson og Hägglund (2010), som er publisert i *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Artikkelen heter: *The asthma/COPD nurses' experience with educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care*. Den tar for seg det økende antallet av pasienter med KOLS. Disse pasientene trenger sykepleie, inkludert undervisning i egenomsorg, som de mener vil ha en positiv effekt på pasientenes fysiske og psykoemosjonelle velvære. Hensikten med studien var å beskrive erfaringene sykepleiere i primærhelsetjenesten hadde med å veilede og undervise pasienter med KOLS. Artikkelen er en kvalitativ studie. 12 sykepleiere i Sverige, som arbeidet med pasienter med KOLS har blitt intervjuet. Funnene i studien er delt i to temaer. Det første var at når sykepleierne fikk støtte fra kollegaer og overordnede resulterte dette i en økt følelse av trygghet hos sykepleierne. Dette muliggjorde videre utvikling og planlegging av pasientveiledning og undervisning. Det andre dreide seg om det motsatte. Når sykepleierne fikk manglende støtte fra kollegaer og overordnede resulterte dette i en følelse av utrygghet hos sykepleierne. Dette gjorde det vanskelig å utvikle og iverksette videre pasientveiledning og undervisning. Konklusjonen i artikkelen peker på at sykepleiernes erfaringer svingte mellom en følelse av trygghet og utrygghet. Sykepleiernes følelse av utrygghet i forhold til pasientveiledning og undervisning kan styrkes gjennom økt kollegial støtte og support fra deres overordnede. Den konkluderer også med at økt kunnskap om pasientveiledning og undervisning er viktig.

### **3.3 Samhandlingsreformen – et utdrag**

I samhandlingsreformen står dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer i fokus. Hovedutfordringene reformen peker på er knyttet til både et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Samhandlingsreformen retter fokus på at bedre samhandling innen helse- og omsorgssektoren bør være et av de viktigste utviklingsområdene framover sett i lys av disse perspektivene. Reformen peker på at det er en god helse- og omsorgstjeneste som skal gjøres bedre. Sterk satsing på bedre samhandling skal dog ikke fjerne oppmerksomheten fra kvalitets- og utviklingsarbeid som mer isolert er rettet inn mot det enkelte tjenestestedets ytelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Vi har i dette kapitlet gjort et utdrag av noen av de hovedutfordringer og hovedgrep som blir beskrevet i samhandlingsreformen, og som vi finner mest relevant i forhold til vår problemstilling.

#### **3.3.1 Hovedutfordringer**

Samhandlingsreformen peker på tre hovedutfordringer. Den første utfordringen belyser pasientens behov for koordinerte tjenester og at disse ikke besvares godt nok, tjenestene oppleves som fragmenterte. En økende andel pasienter og brukere har behov for koordinerte tjenester som strekker seg over kortere eller lengre tidsperiode samt i den forstand at tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder. Per i dag er det få systemer som er rettet inn mot helheten i koordineringen av de tjenestene, som foreksempel pasienter med KOLS, har behov for. Det er også slik at det er ulik forståelse for hva som er målet for tjenesten.

Spesialisthelsetjenesten preges av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten derimot har et langt større fokus på pasienters funksjonsnivå og mestringsevne. For pasienter er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Denne forskjellen i målforståelse kan bidra til samhandlingsproblemer, da det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges. Dette kan føre til dårlig koordinerte tjenester som også er dårlig og lite effektiv ressursbruk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Den andre utfordringen reformen belyser er at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Det er i helsetjenesten stort fokus på å behandle sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud rettet mot å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Det viser seg at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de

mer spesialiserte og eksponerte tjenestene når det kommer til de praktiske prioriteringssituasjonene.

Den tredje utfordringen omhandler demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet som gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Dette må møtes med dyptgripende og langsiktige tiltak, mer effektiv drift og det politiske miljøet må være forberedt til å ta nye og mer krevende prioriteringsbeslutninger. Det blir flere eldre og flere med kroniske sammensatte sykdomstilstander som følge av den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

### **3.3.2 Hovedgrep**

Kjernen i reformen er å søke svar på de tre påpekte utfordringene. I samhandlingsreformen vurderes en rekke hovedgrep som skal bidra til å svare på disse.

Det første hovedgrepet dreier seg om en klarere pasientrolle. Pasientmedvirkning er i dag i stor grad styrt inn mot de oppdelte systemene innenfor helsetjenesten. Gode helhetlige pasientforløp bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører innen helsetjenesten. Forløpstenkingen har som ønsket mål å bidra til at alle systemer og tjenester vinkles inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad. Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt slik at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en kontaktperson for tjenestene. Samtidig vil det bli en viktigere del av helsepolitikken å legge til rette for det ansvar som befolkningen må ta for egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Det andre hovedgrepet omhandler den nye fremtidige kommunerollen. Kommunens rolle vurderes endret slik at den i større grad enn i dag kan oppfylle målene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlig pasientforløp kan ivaretas i størst mulig grad innenfor beste effektive omsorgsnivå. I implementeringen av samhandlingsreformen må det være oppmerksomhet mot de ulike fagprofesjoner. Man bør benytte seg av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte gruppe og evne å utvikle dette til en samlet tjeneste. Kommunen får et økt ansvar for å løse omsorgsoppgaver på sitt nivå. Oppgavene vil måtte løses ut i fra lokale forhold og vil avhenge av tilgjengelig kompetanse. Det legges opp til et forpliktende avtalesystem om

oppgavefordeling og samarbeid mellom kommuner og helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Det tredje hovedgrepet omhandler etablering av økonomiske insentiver. For å understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasient tilbud og gode kostnadseffektive løsninger etableres det økonomiske virkemidler. De viktigste virkemidlene er kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter. Hensikten med de økonomiske ordningene er at kommunen kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene, herunder riktigere bruk av sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

## **4.0 Drøfting**

Vi vil i dette drøftingskapitlet søke å gi svar på og diskutere vår problemstillingen opp i mot teorifundamentet i denne oppgaven. Vi har valgt å organisere drøftingskapitlet i tre underkapitler.

### **4.1 Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien bidra til å styrke tryggheten til pasienter med KOLS?**

Hjemmeboende pasienter med KOLS står ovenfor en rekke utfordringer og faktorer som truer deres behov for trygghet i hverdagen. Dette dreier seg om de fysiske symptomene, og i tillegg de psykiske og sosiale konsekvensene sykdommen har. Pasienter med alvorlig dyspnoe og mange sykdomsforverringar får ofte plager som angst og depresjon (Oksholm, 2008).

Pasienter med KOLS er derfor utsatt for faktorer som truer både deres indre- og ytre trygghet. Det vil si både den indre tilstanden og deres relasjoner til omverdenen slik Segesten (1994) beskriver det. Sett i lys av Orems tenkning står behovet for trygghet i en særstilling da det må relateres til de andre universelle egenomsorgsbehovene. For eksempel vil en pasient med KOLS som ikke opprettholder tilstrekkelig tilførsel av luft, naturlig nok føle sitt behov for trygghet mot farer som truer liv, menneskelig funksjon og velvære som truet.

Den enkelte pasients indre trygghet vil avhenge av egen oppvekst og deres ervervede livssyn slik Segesten (1994) beskriver det. Dette er faktorer som vil påvirke hvordan pasienten vil takle eget liv og det kan være utfordrende for sykepleieren å kunne påvirke den indre tryggheten i noen særlig grad. Den indre tryggheten kan påvirke hvordan pasienter opptrer i relasjon med sykepleiere. Dette mener vi er viktig for sykepleiere å ha reflektert over i forkant av møte med den enkelte pasient, selv om det er vanskelig å påvirke forhold som oppvekst og livssyn.

Slik vi ser det har sykepleiere større mulighet til å påvirke og styrke pasienters ytre trygghet. Som tidligere beskrevet kan den ytre tryggheten deles i tre dimensjoner. Pasienters relasjonstrygghet kan styrkes ved at pasientene opplever kontinuitet i sykepleier pasient relasjonen. Det andre aspektet med stole-på-andre-trygghet kan styrkes ved at pasienter har visshet om at hjelpen finnes og kan nås som Segesten (1994) skriver. Kunnskaps og kontrolltryggheten er en dimensjon som delvis griper inn i de andre ytre dimensjonene. Den

handler om å ha kunnskap og vite hva som gjelder, hvordan rollene ser ut, hva som forventes og hvordan ting henger sammen. Kunnskaps og kontrolltrygghet hos pasienter kan styrkes ved å avsløre hva pasientene ser på som truende og hjelpe dem til å finne ut at det kanskje ikke er så farlig (Segesten, 1994). Hos pasienter med KOLS kan dette dreie seg om pasientenes egne overbevisninger om egen sykdom og begrensninger. Her kan det å øke pasientenes kunnskapsnivå ved hjelp av undervisning og veiledning kanskje få pasientene til å lære og oppdage om egen sykdom slik at de på sikt kan få endrede holdninger til egen sykdom. Vi mener imidlertid at det er viktig at undervisning og veiledning tilpasses pasientenes tilstand, ellers kan angstnivået til pasientene øke. Dette er viktig å ta hensyn til for at man skal få en positiv effekt av undervisning og veiledning, og kan sees i sammenheng med alle de vurderinger sykepleiere må gjøre av den pedagogiske funksjonen for at undervisning og veiledning skal bli hensiktsmessig. Uansett er det viktig og kartlegge pasientenes kunnskapsnivå og holdning til egen sykdom, for hvis ikke kan det i verste fall utvikle seg til uhensiktsmessige overbevisninger og begrensninger for pasientene. Et eksempel på dette som vi har erfart fra egen praksis er at en pasient med KOLS drikker litervis med vann daglig, i den overbevisning om at dette tynner slimet i luftveiene. Mens forskning viser at å innta store mengder væske, altså mer en det som er daglig anbefalt, ikke har noen slimløsende effekt. Tvertimot kan det å drikke uhensiktsmessig mye vann være uheldig for en pasient som kanskje har andre sykdommer i tillegg til sin KOLS. Dette er et eksempel på noe som kanskje oppleves som kunnskaps- og kontrolltrygghet for pasienten, men er basert på uriktig kunnskap. Det er dog viktig at sykepleiere viser varsomhet og respekt hvis man forsøker å korrigere den kunnskapen pasienter besitter. Hvis ikke kan det være lett å virke oppdragende og formanende ovenfor pasienter, noe som kan være uheldig for sykepleier - pasient relasjonen.



## 4.2 Det samlede grunnlaget for å gjennomføre pedagogiske tiltak ovenfor pasienter med KOLS

For at sykepleiere i hjemmesykepleien skal kunne bidra til å styrke pasienter med KOLS sin trygghet kommer nettopp sykepleiernes pedagogiske funksjon inn i bildet. For å planlegge og gjennomføre pedagogiske tiltak er det viktig å velge rett verktøy og metode. Undervisning og veiledning er ofte brukt og egnet i sykepleiepedagogisk praksis. Undervisning og veiledning vil som tidligere nevnt innebære didaktiske hvorfor-, hva-, hvordan- og når-spørsmål. Dette er spørsmål som kan være nyttige for sykepleiere å stille i planleggings- og forberedelsesfasen av pasientveiledning.

Hvorfor spørsmålet dreier seg om å klargjøre hva som er det samlede grunnlaget for å gjennomføre pedagogiske tiltak ovenfor pasienter med KOLS. Her må sykepleierne vurdere data fra pasientene som skal lære og vurdere pasientenes læringsbehov slik Brataas (2011) beskriver det. Det er viktig å vite noe om forberedtheten eller hva pasientene vet fra før. Det er viktig å klargjøre og danne seg et bilde av pasientenes kunnskapsgrunnlag og læreforutsetninger. For en pasient med KOLS, som er en voksen kronisk syk pasient kan det foreksempel være aktuelt å vite hva han eller hun vet om sin sykdom fra før. Det vil man antagelig få et grunnlag for å vurdere gjennom samtaler og samvær med pasienten. Vi mener det er viktig at det settes av litt tid til dette, både i planleggings- og forberedelsesfasen og i bli kjent- /bli trygg fasen. Når tiden er begrenset kan det være lett å tenke at det er enklest å korte ned disse fasene, men det er viktig å bli kjent med pasientene for å skape den nødvendige tryggheten. Trygghet kan i neste omgang legge til rette for at pasientene våger å formulere egne behov og refleksjoner slik Tveiten (2008) beskriver det. Dette er viktig for det er ikke sikkert pasientene vet hva slags og hvilken kunnskap de trenger fra før. Sykepleiere har derfor ansvar til å hjelpe pasienter med å se sine behov og til å forstå hvordan behovene kan møtes. Hvis ikke sykepleiere vurderer hvilke læreforutsetninger pasientene har kan det være fare for at pedagogiske tiltak blir lite hensiktsmessig.

Videre må sykepleiere stille seg spørsmålet om hva som skal være det relevante innholdet i undervisningen og veiledningen. Innholdet kan være kunnskapsformidling, ferdighetslæring og samtaler med klare hensikter. Hvis en pasient med KOLS har lite kunnskap rundt egen sykdom kan det være aktuelt å undervise om sykdommen og konsekvenser for mestring av

dagliglivet (Tveiten, 2008). Dette kan være å undervise om enkel anatomi, fysiologi og sykdomslære og hensikten med den medisinske og sykepleiefaglige behandlingen pasienten får. Dette er eksempel på kunnskapsformidling til en pasient med KOLS. Fordelen med å øke pasienters kunnskapsnivå om egen sykdom og hvordan den kan mestres er at det kan gjøre det lettere for pasientene å leve med en kronisk sykdom (Brataas, 2011). Dette harmonerer også med den kunnskaps- og kontrolltrykgheten som Segesten (1994) presenterer. Dette er et eksempel på hvordan sykepleiere kan øke trykgheten til pasienter med KOLS ved hjelp av veiledning. Når sykepleiere har klargjort hva som skal være innholdet i undervisningen og veiledningen er det viktig å tenke over hvordan det skal formidles. Det er viktig å ikke overlesse pasienter med informasjon og kunnskap, da dette kan medføre at pasientene ikke får det med seg eller i verste fall misforstår eller feiltolker innholdet. Foreksempel kan det tenkes at det i det tidligere nevnte eksempelet med pasienten som drakk litervis med vann, en gang har fått informasjon av helsepersonell som sa at det er viktig å drikke tilstrekkelig med vann for å unngå tykt slim i luftveiene. Pasienten kan ha oppfattet og tolket dette som at han burde drikke så mye vann som mulig for på den måten å unngå å bli tett i luftveiene. Det kan tenkes at dette kan skyldes for mye informasjon på en gang eller at den informasjonen som ble gitt var mangelfull. Dette sier noe om viktigheten av å vurdere læreforutsetninger, forberedthet og innholdet i undervisningen og veiledningen opp mot hverandre.

Det kan være at pasienter med KOLS trenger å lære seg ferdigheter. Da kan aktuelle innholdskomponenter være; hva skal læres?, hva er hensikten med prosedyren?, hvordan den utføres?, hva er det særlig viktig å være oppmerksom på?, når og hvor det kan utføres og hva som kan gå galt (Tveiten, 2008). Dette er eksempel på pasientveiledning som er handlingsorientert, som nevnt av Brataas (2011). Dette kan eksempelvis være å veilede pasienter i bruk av inhalator, PEP- fløyte eller bruk av forstøverapparat.

Pasientveiledning til pasienter med KOLS kan også være samtale som hjelp til å håndtere eller forstå en situasjon. Dette kan dreie seg om veiledning for å relatere den generelle kunnskapen pasientene har fått til seg og sin situasjon. Veiledningssamtale kan også fokusere på pasientenes holdninger for å bevisstgjøre dem når det gjelder deres eget syn på ansvar for egen helse. Dette kan være en del av arbeidsfasen. Men på en annen side er det ikke sikkert at det er gjort i en hånd vending å endre pasienters holdninger eller bevisstgjøre de når det gjelder syn på ansvar for egen helse. Dette kan tenkes om pasienter med KOLS som fortsatt røyker til tross for sin sykdom. Det kan være at noen av disse pasientene ikke forstår forholdet mellom

røyking og sykdommen men det kan også være at noen velger å fortsette å røyke selv om de vet hvordan røyking kan påvirke lungesykdommen. Dette er noe vi selv også har erfart i praksis og vi har kjent på utfordringen rundt det å veilede disse pasientene i forhold til sin egen helse.

Hensikten med undervisning og veiledning av pasienter med KOLS kan altså være å legge til rette for at mestringskompetansen når det gjelder egen sykdom og symptomer styrkes, eller det kan være mestring av ferdigheter eller prosedyrer knyttet til sykdommen. Det er viktig å samarbeide med pasienter når det gjelder hva som er hensikten og målet med undervisningen og veiledningen (Tveiten, 2008). Å samarbeide med pasienter om mål for veiledning og undervisning er også med å legge til rette for medvirkning fra pasientenes side. Målene for undervisning og veiledning kan inngå i pasientenes pleieplaner på linje med andre målområder (Ibid., 2008). Dette mener vi er viktig, slik at det legges opp til å dokumentere at undervisning og veiledning har funnet sted, hva som foregikk, hva effekten var og at kontinuiteten kan opprettholdes. Dette er også nødvendig for å kunne ha god oppfølging å evaluere de pedagogiske tiltakene. Slik vi ser det vil undervisning og veiledning også være en del av de daglige besøkene av hjemmesykepleiere og selve arbeidsfasen vil strekke seg over kortere eller lengre tid.

Didaktiske oppgaver og pedagogiske planer skal i likhet med annen sykepleiepraksis utvikles og dokumenteres i plan- og dokumentasjonssystemer som er vedtatt benyttet, dette er nedfelt i lov om helsepersonell fra 1999 (Lovdata, 2012). Som vi ser er dette egentlig lovpålagt, men vår egen erfaring fra praksis i hjemmebasert omsorg er at didaktiske og pedagogiske planer sjelden utvikles og dokumenteres i det dokumentasjonssystemet som brukes.

For at sykepleiere i hjemmesykepleien skal kunne bidra til å styrke pasienter med KOLS sin trygghet ved hjelp av veiledning må man se nærmere på hvordan og når veiledningen skal foregå. Det å veilede og undervise pasienter krever at sykepleiere har kunnskap og kompetanse innen feltet. I følge rammeplan for sykepleierutdanningen fra 2008 er det beskrevet at sykepleiere skal ha handlingskompetanse relatert til undervisning og veiledning av pasienter. På en annen side er det neppe slik at alle sykepleiere har reell handlingskompetanse på dette området. Dette vil avhenge av type praksiserfaring og om man er nyutdannet eller har lengre erfaring. Slik vi ser det vil det være en fordel at det er sykepleiere med erfaring og reel handlingskompetanse relatert til undervisning og veiledning

som er med på å planlegge og iverksette sykepleiepedagogiske tiltak. Her ser vi at det kan ligge en begrensning i forhold til bemanning og kompetanse. Det er ikke sikkert at det er nok sykepleiere på jobb til enhver tid til å drive med pedagogisk virksomhet. Og det er heller ikke sikkert at alle sykepleierne har kompetanse og føler seg trygge på å iverksette og gjennomføre pedagogiske tiltak. I forskningsartikkelen av Zakrisson og Hägglund (2010) som vi tidligere har presentert pekes det også på at det var viktig at sykepleiere fikk støtte fra kollegaer og overordnede når det gjaldt undervisning og veiledning. Dette resulterte i økt trygghet hos sykepleierne, noe som muliggjorde utvikling og planlegging av pasientveiledning og undervisning. Dette viser at det er viktig at sykepleiere med lite erfaring på området får kollegial støtte og mulighet til å utvikle sin handlingskompetanse. Studien konkluderer også med at det trengs økt kunnskap blant sykepleiere generelt om pasientveiledning og undervisning.

Undervisning og veiledning til pasienter med KOLS kan gjøres på ulike måter. En måte er å drive en til en veiledning og undervisning hjemme hos den enkelte pasient. En annen måte er å drive gruppeundervisning og veiledning for de pasientene dette kan egne seg for. Ved planlegging av slik undervisning bør en ta hensyn til hvem pasientene er og hvilke læreforutsetninger de har. Språk, kommunikasjonsferdigheter, leseferdigheter, syn og hørsel hos pasientene er av betydning i læringssituasjoner (Brataas, 2011). For å vurdere hvilken måte man skal undervise og veilede på må sykepleiere ta hensyn til rammefaktorer slik som tid, rom, ressurser og økonomi. En må ta hensyn til hva pasientene trenger å vite, forstå, oppdage, lære eller mestre. Dette danner grunnlag for utvelgelse av undervisningens innholdsmessige sammensetning og hvilken måte man velger å undervise og veilede på. Her ser vi noen begrensninger i forhold til hvordan hjemmesykepleien er organisert i de fleste kommuner i dag. Vår egen erfaring fra praksis i hjemmesykepleien er at det er lite fokus på sykepleiefaglig pedagogisk virksomhet. Vi ser at undervisning og veiledning av pasienter med fordel kunne fått større fokus, dette for å muliggjøre planlegging og iverksetting av pedagogiske tiltak i større grad og øke handlingskompetansen til sykepleiere på området. En alternativ måte å undervise og veilede pasienter med KOLS på kan være å ha en form for sykepleieledet helseklinikk i kommunen. Dette for å ha en arena i kommunen for å drive undervisning og veiledning til pasienter med KOLS. I en forskningsartikkel av Efraimsson, Hillervik og Ehrenberg (2008) fra Sverige ser de nærmere på effekten av egenomsorgsundervisning til pasienter med KOLS ved en sykepleieledet helseklinikk i

primærhelsetjenesten. De fant at vanlig konvensjonell pleie alene ikke hadde noen effekt på pasienters livskvalitet og livsstil. Funnene i studien tydet derimot på at strukturert undervisning i egenomsorg er nødvendig for å motivere pasienter til livsstilsendringer. Ut ifra deres funn, mener de at en slik måte å organisere pasientundervisning og veiledning i kommunen på er kostnadseffektivt. Men de understreker at for å kunne organisere det på denne måten trengs det sykepleiere med spesialkompetanse på KOLS og pasientveiledning. Dette vil også trenge i Norge. Vi mener en slik måte å organisere pasientundervisning og veiledning på kan være et godt alternativ for å møte den økende andelen av pasienter med KOLS i norske kommuner i fremtiden, og da særlig i hjemmebasert i omsorg. Det kan være en god måte å koordinere pasientundervisning og veiledning på innad i hjemmetjenesten. Det at det er kostnadseffektivt harmonerer også med de økonomiske insentiver som har trådt i kraft i forbindelse med samhandlingsreformen.

Ser vi sykepleieres pedagogiske funksjon i lys av Orem's tenkning er det å veilede og undervise to sentrale metoder sykepleiere kan benytte for å hjelpe pasienter til å overvinne sine egenomsorgsbegrensninger. Sykepleiere kan kompensere for svikt i pasienters egenomsorgskapasitet ved å formidle kunnskaper og ferdigheter gjennom undervisning og veiledning. Uansett hvilke universelle egenomsorgsbehov som er truet hos pasienter med KOLS, vil det at sykepleiere hjelper pasienter til å overvinne eller kompensere for denne svikten, være med å styrke deres trygghet slik vi tolker Orem. Dette fordi behovet for trygghet mot farer som truer liv, menneskelig funksjon og velvære står i en særstilling da det kan relateres til alle de andre egenomsorgsbehovene. Orem's sykepleieteori sier at svikt i ett eller flere av de universelle egenomsorgsbehovene vil medføre helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov (Cavanagh, 2001), vi tenker da spesielt på behovet for å lære og leve med sykdom og konsekvenser av denne. Dette er igjen noe sykepleiere kan kompensere for ved hjelp av sin pedagogiske funksjon.

### 4.3 Samhandlingsreformen - endringer og utfordringer

Samhandling kan forstås på ulike nivåer, vi vil i dette kapitlet fokusere på samhandling på individ nivå, altså mellom sykepleier og pasient, men også mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, altså mellom omsorgsnivåene.

Samhandlingsreformens tre hovedutfordringer peker blant annet på bestemte pasientkategorier, med særlig vekt på eldre og kronisk syke, og at disse skal få en større del av sitt pleie-, omsorgs- og behandlingstilbud i kommunene. Intensjonen er at pasientene skal ut av sykehusene og mer skal skje på det laveste effektive nivå, det vil si at kommunen får økt ansvar. Dette vil i stor grad gjelde pasienter med KOLS. I en fagartikkel av Opsahl, Solvoll og Granum (2012) som tar for seg samhandlingsreformen og dens nye krevende oppgaver for kommunehelsetjenesten, påpekes det at sykepleiere utgjør den største pleie- og omsorgintensive gruppen helsetjenesten. Det vil bli økt forventningspress i kommunene på oppfølging av kronisk syke og eldre, som pasienter med KOLS, mens sykepleieårsverkene fortsatt er sterkest representert i spesialisttjenesten. Slik vi ser det betyr dette at det vil bli økt behov for oppfølgings- og forebyggingsarbeid i hjemmesykepleien. Her mener vi sykepleierens pedagogiske funksjon vil måtte komme mer på banen og tydeliggjøres. Dette krever for det første nok sykepleiere i hjemmetjenesten og at de sykepleierne som er der har reell handlingskompetanse relatert til veiledning og undervisning. Det krever også at rammefaktorene er på plass, at sykepleiere faktisk har tid til å planlegge og iverksette pedagogiske tiltak. Her ser vi altså en rekke begrensninger. Hvis det ikke er nok sykepleiere til å drive den pedagogiske virksomheten og som ikke har nok kompetanse på området, kan det tenkes at det blir vanskelig å få til bedre oppfølging og forebygging blant kronisk syke, som pasienter med KOLS i kommunene og hjemmebasert omsorg spesielt. Vi mener altså at man i kommunene kan stå i fare for å både ha mangel på sykepleiere og kanskje særlig sykepleiere med spesialkompetanse. Dette vil jo også gjelde andre kroniske sykdomsgrupper. Her mener vi at styrking av sykepleiernes veiledningskompetanse vil være nyttig for alle kroniske sykdomsgrupper som får økt behov for oppfølging fra hjemmesykepleien. Men for å kunne planlegge og iverksette hensiktsmessige pedagogiske tiltak vil det også kreve kunnskap om den kroniske sykdommen. Men det kanskje viktigste er å ha reell handlingskompetanse relatert til pasientundervisning og veiledning. Slik vi ser det legger også de rammefaktorene som er per i dag noen begrensninger. Samhandlingsreformen fører med seg noen økonomiske insentiver for å understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud

og kostnadseffektive løsninger. De viktigste virkemidlene er kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter. Hensikten med disse ordningene er at kommunen kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene. Det er altså ikke slik at reformen legger noen absolutte føringer på at bemanning og kompetanse skal økes blant helsepersonell, herunder også sykepleiere, som er å anse som den største pleie og omsorgsintensive gruppen i kommunene. Uansett om det blir flere sykepleiere i kommunen og hjemmesykepleien eller ikke, mener vi det å øke fokus og kompetansen på sykepleiepedagogisk virksomhet på lengre sikt vil være en god investering. Dette sett i betraktning av det økte ansvaret kommunene får etter innføringen av reformen og den forventede demografiske utviklingen. Eksempelvis vil det å drive pasientundervisning og veiledning i egenomsorg til pasienter med KOLS på lengre sikt kunne være lønnsomt både med tanke på økonomi og med tanke på disse pasientenes livskvalitet og trygghet.

Sett i lys av samhandlingsreformen og dens intensjon om en klarere pasientrolle, hvor målet er at den enkelte pasient kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad, mener vi det er viktig at pasienter med KOLS sin trygghet blir styrket. Slik vi ser det er det innlysende at pasienter med KOLS som skrives hurtigere ut fra sykehus og mottar mer pleie og omsorg i hjemmet kan stå i fare for å føle sin trygghet som truet. Man kan lett se for seg pasienter med KOLS som har lite kunnskap rundt egen sykdom og hva de kan gjøre for å forebygge og bedre symptomer, samt hva som kan forverre sykdommen. I en slik situasjon er det nærliggende å tro at pasientene vil kunne føle seg utrygge i hjemmesituasjonen. Ut i fra vårt perspektiv vil undervisning og veiledning, som tar utgangspunkt i hva pasientene føler de trenger hjelp til, kunne hjelpe pasientene med å få økt kunnskap, innsikt og handlingskompetanse rundt sin egen situasjon. På sikt mener vi dette vil kunne bidra til å styrke pasienter med KOLS sin trygghet.

Dersom pasienter føler relasjonstrygghet, stole-på-andre-trygghet og føler kunnskaps- og kontrolltrygghet slik Segesten (1994) beskriver det, vil det kunne føre til at pasienter vil oppleve seg selv i bedre stand til å kunne ta vare på egen helse. Dette harmonerer også med samhandlingsreformens intensjon om å legge til rette for at befolkningen skal kunne ta mer ansvar for egen helse. Dersom pasienter ikke føler trygghet kan det føre til at pasienter ikke

ser egne behov og ressurser og bli mindre selvstendig og blir i dårligere stand til å nyttiggjøre seg av bedre koordinerte helsetjenester.

I samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) står det at regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt slik at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en kontaktperson for tjenestene. Samhandlingsreformen er profesjonsnøytral i forhold til hvem denne kontaktpersonen skal være, men det er nærliggende å tro at det er sykepleiere i kommunen og kanskje spesielt hjemmesykepleien som vil inneha mange av disse rollene. Her vil i tilfellet sykepleiernes pedagogiske funksjon også komme til sin rett, da dette vil kunne kreve undervisning og veiledning for å klargjøre pasientenes behov.

I samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2009) står det at samhandling og informasjonsflyt mellom nivåer, for eksempel mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er en utfordring, og pasienters behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok. Dette dreier seg blant annet om kontinuitet i informasjonsformidling og andre pedagogiske oppgaver overfor den enkelte pasient. Brataas (2011) mener at informasjonsformidling, undervisning og veiledning for den enkelte pasient på rett måte og til rett tid gjennom hele pasientforløp, er vesentlige kvalitetsaspekter ved koordinerte helsetjenester. Arenaer for samarbeid og samhandling er vesentlige for å kunne utøve en praksis som til en hver tid møter pasientenes behov. Disse arenaene er under endring som følge av samhandlingsreformen. At praksisarenaene sykehus og kommunehelsetjeneste endres innebærer at sykepleietjenester inklusive pedagogiske oppgaver også må tilpasses endringer. Dette byr på utfordringer slik vi ser det og krever bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste nivået, men også på individnivå og fordrer bruk av pasientveiledning.

Det gjenstår å se hva slags virkninger samhandlingsreformen får for den daglige praksisen for sykepleiere som arbeider i hjemmetjenesten. Samhandlingsreformen mangler en vurdering av de ulike helseprofesjonenes rolle i fremtiden og reformen er utydelig på hvilken kompetanse framtidig helsetjeneste trenger. Den påpeker bare at de ulike helseprofesjonene skal samhandle bedre om oppgavefordelingen. Vi er redd for at samhandlingsreformen kan skape urealistiske forventninger om bedre tilgang til gode helsetjenester som er godt koordinerte. Uansett om forventningene innfris eller ikke vil det kreves profesjonelle sykepleiere med pedagogisk kompetanse som kan være med å håndtere det økte presset i kommunene. Vi tror ingen er imot bedre samhandling og oppgavefordeling både på individnivå og mellom ulike



omsorgsnivåer, men hvordan det faktisk vil bli gjenstår å se. Uansett vil det at sykepleiere i hjemmesykepleien bidrar med pasientveiledning til pasienter med KOLS og andre kroniske sykdomsgrupper være et riktig steg på rett vei mot å styrke tryggheten til pasienter. På sikt vil dette, slik vi ser det, kunne være med på å sette pasienter med KOLS i bedre stand til å ta vare på egen helse slik reformen skisserer.

## 5.0 Konklusjon

For at sykepleiere i hjemmesykepleien skal kunne bidra til å styrke tryggheten til pasienter med KOLS, har vi gjennom arbeidet med denne oppgaven sett at det er en rekke aspekter å ta hensyn til. Disse aspektene dreier seg om hvem pasienten er i vid forstand, hvilken kompetanse sykepleieren innehar og hvilke rammefaktorer som ligger til grunn for å planlegge, iverksette og gjennomføre pedagogiske tiltak. Vi har i arbeidet med denne oppgaven lært mye om sykepleieres pedagogiske funksjon og hvordan denne kan bidra til å styrke pasienter med KOLS sin trygghet gjennom pasientundervisning og veiledning. Vi har skrevet og diskutert mye om hva de pedagogiske tiltakene kan inneholde og hvilke måter sykepleiere kan drive pasientundervisning og veiledning på. Men vi ser til slutt at kanskje det viktigste sykepleiere kan bidra med gjennom sin pedagogiske funksjon er å få pasienter med KOLS til å se at det kan være en annen tilværelse, og å få disse pasientene til å tenke over hva som er det beste for de. Vi ser også at pasientundervisning og veiledning ikke er noe nytt fenomen, det har vært en del av sykepleieres praksis og ansvarsområde i lang tid. Dette bekreftes også av Orems sykepleieteori ved at hun beskriver undervisning og veiledning som en sentral metode innen sykepleieres virke.

Vi har skrevet og diskutert om samhandling på individplan og mellom ulike omsorgsnivå. Vi mener at god samhandling på alle nivåer vil være nødvendig for å få til en bedre oppgavefordeling og koordinering av helsetjenester. Vi ser at intensjonene til samhandlingsreformen er gode, men vi har også påpekt en rekke begrensninger. Siden reformen er utydelig på hvilken kompetanse framtidig helsetjeneste trenger har vi også kommet med noen betraktninger rundt dette, og her mener vi at sykepleieres pedagogiske funksjon kommer til sin rett, ved at de pedagogiske siktemål er med å støtte opp om pasienter med KOLS sin helsefremmende adferd og å styrke deres egenomsorg og dermed også deres trygghet. Vi tror pasienter med KOLS som mottar hjemmesykepleie ønsker å leve i sine hjem med så god helse og livskvalitet som mulig. Her mener vi pasientundervisning og veiledning vil være et vesentlig sykepleiefaglig bidrag. Pasientundervisning og veiledning til pasienter med KOLS er og blir i fremtiden en viktig oppgave som hjelp for å styrke egenomsorg og alle aspektene ved tryggheten til disse pasientene.

## 6.0 Litteratur

- \* Brataas, H., V. (2011). *Sykepleiepedagogisk praksis – Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

• \* Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Dalland O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- \* Efrainsson, E., Ø., Hillervik, C., & Ehrenberg, A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 178–185.

- \* Helse- og Omsorgsdepartementet. *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet

- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Jacobsen, D. , Kjeldsen, S. E. , Ingvaldsen B. , Buanes T. , Røise O. (2009) *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kristoffersen, N., J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), (2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- \* Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64. (2012). Lokalisert på: <http://www.lovdatab.no>

- Oksholm, T. (2005). Sykepleie til pasienter med lungesykdommer. I Knutstad, U. (Red.). (2008). *Klinisk sykepleie: Bind 3. Sykepleieboken*. Oslo: Akribe.
- \* Opsahl, G., Solvoll, B.-A., & Granum V. (2012). Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien 100 (03): 60-63*.
- \* *Rammeplan for sykepleierutdanningen (2008)*. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no>
- \* Segesten, K. (1994). *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K & K Segesten Forlag AB
- \* Sorknæs, A. D. (2001) *Spesiell sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom*. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie, Bind 1.(3. Utg., s. 338-365)*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.
- Thorsen, R. (2005). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), (2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- \* Zakrisson, A-B., & Hagglund, D., (2010). The asthma/COPD nurses experience of educating patients whit chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 147-155.