



# Høgskolen i Hedmark

**Campus Elverum**

**Høgskolen i Hedmark**

**4AVS304**

**Hanne Larsen og Hilde Larsen**

**Navn på veileder: Wenke Moldjord**

## **SAMHANDLING OG KOORDINERTE SYKEPLEIETJENESTER**

**”INTERACTION AND COORDINATED NURSING PRACTICES”**

**Antall ord: 9087**

**Dato for innlevering: 02.03.12**

**Institutt for Sykepleiefag, kull 121, 6. semester 2012**  
**Sykepleie**  
**2012**

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	s. 3-5
1.1 Presentasjon av tema.....	s. 3
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	s. 3-4
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	s. 4-5
1.4 Oppgavens oppbygging.....	s. 5
2.0 METODE.....	s. 6-8
2.1 Fremgangsmåte.....	s. 6
2.2 Litteratursøk.....	s. 6-7
2.3 Kildekritikk.....	s. 7-8
3.0 TEORI.....	s. 9-17
3.1 Samhandlingsreformen.....	s. 9
3.1.1 Koordinerte tjenester .....	s. 10
3.1.2 Brukermedvirkning .....	s. 10
3.1.3 Individuell plan.....	s. 11
3.1.4 Hjemmebasert omsorg og eldre.....	s. 11-12
3.1.5 Kommunens og spesialisthelsetjenestens fremtidige rolle .....	s. 12-14
3.2 Kronisk obstruktiv lungesykdom .....	s. 14
3.3 Sykepleieteori.....	s. 15-17
3.3.1 Sykepleiefunksjon.....	s.15
3.3.2 Orem.....	s.15-16
3.3.3 Sykepleierens rehabiliterende funksjon.....	s.16
3.3.4 Sykepleiedokumentasjon.....	s.17

4.0 DRØFTING.....	s. 18-26
4.1 Kvalitet i pasientomsorgen.....	s.18-21
4.2 Samhandling og kommunikasjon.....	s. 21-22
4.3 Brukermedvirkning.....	s. 22-24
4.4 Fremtidens sykepleietjeneste.....	s. 24-26
5.0 KONKLUSJON.....	s. 27

## LITTERATURLISTE

## VEDLEGG

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Presentasjon av tema**

Tidligere helse – og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen, reiste rundt i Norge for å danne seg et inntrykk etter at han hadde presentert ideen om en samhandlingsreform. Reaksjonene han ble møtt med kan oppsummeres slik: «Mye er veldig bra, men mange mennesker får ikke den hjelpen de trenger når de trenger den. Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse – Norge», (St.meld.nr.47, 2008-2009).

På bakgrunn av gitte retningslinjer fra skolen, har vi valgt temaet om sykepleiefaglig forsvarlighet og behovet for koordinerte helsetjenester etter innføring av samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i valgte tema har vi valgt å fordype oss i hvordan man som sykepleier kan sikre sykepleiefaglig forsvarlighet til eldre hjemmeboende med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), som mottar koordinerte helsetjenester. En stor del av de eldre har behov for koordinerte tjenester grunnet at de har en eller flere kroniske sykdommer, som utgjør et behov for tjenester over tid, både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. 50% av de mellom 80 og 90 år som er innlagt i sykehus mottar samtidig kommunale tjenester, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

### **1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling**

Faglig begrunnelse for valgt tema handler om at Samhandlingsreformen nylig har trådd i kraft, og selv om man har vært forberedt på denne reformen, står utfordringene i kø for sykepleiere både i sykehus og hjemmebasert omsorg.

En personlig begrunnelse er at vi begge ble interessert i Samhandlingsreformen da vi var ute i praksis i hjemmebasert omsorg, vår-2011. Allerede da merket vi presset blant de ansatte, og det var mye snakk på utfordringer som de allerede hadde og som kom til å komme med den nye reformen. Vi fikk muligheten til å delta på et kommunestyremøte hvor Samhandlingsreformen var tema, hvor interessen tok seg videre til nye høyder. I tillegg er utfordringer av denne reformen noe vi selv vil møte som nyutdannede sykepleiere.

## **Problemstilling:**

«Hvordan kan sykepleiere sikre sykepleiefaglig forsvarlighet til eldre pasienter med KOLS, som mottar koordinerte helsetjenester?»

### **1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Når det gjelder avgrensning i forhold til målgruppe, tar vi utgangspunkt i definisjonen som beskriver eldre som «67 år eller eldre», (Halvorsen, 2010, s.193). Koordinerte helsetjenester vil i oppgaven omhandle hjemmebasert omsorg og sykehus, (spesialisthelsetjenesten). KOLS er en kronisk sykdom som vi har valgt å rette fokus mot i oppgaven, men vi kunne ha valgt andre lidelser med langvarig forløp, som leddgikt, hjertesvikt, rusavhengighet eller sykkelig overvekt.

Eldre med KOLS er et eksempel på pasienter som vil kunne ha behov for innleggelse i sykehus som følge av en akutt forverring av sykdommen, samtidig som de mottar hjemmebasert omsorg.

I samhandlingsreformen er det stor oppmerksomhet til forebyggende arbeid og tiltak i kommunen, som skal bidra til mestring av livssituasjonen for pasienter og brukere, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Vi har tenkt å belyse hvordan sykepleietjenesten vil kunne fungere i fremtiden, sett i lys av samhandlingsreformen. I oppgaven tar vi i utgangspunkt i en pasient som eksempelvis har hatt KOLS i sju år, og som opplever en stadig forverring i sin sykdomstilstand. Her velger vi å se pasienten fra perspektivet til hjemmesykepleien, og hvordan sykepleiere kan gjøre overgangen fra sykehus til hjemmet, og fra hjemmet til sykehuset, best mulig for pasienten.

Orem identifiserer åtte universelle egenomsorgskrav, hvor opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av luft, respirasjon, vil være et sentralt krav å forholde oss til i oppgaven. Svikt i dette behovet vil kunne påvirke andre egenomsorgsbehov som behovet for sirkulasjon, ernæring og trygghet, men vi velger å avgrense oss til behovet for respirasjon, (Kirkevold, 1992). En pasient med KOLS vil kunne ha behov for sykepleie på mange områder. I forhold til sykepleie tar vi utgangspunkt i Orem's egenomsorgskrav knyttet til helseavvik. Pasienten i oppgaven har sykdom knyttet til helseavvik, og vi velger å fokusere på to av disse avvikene. Vi som sykepleiere må hjelpe pasienten å søke og sikre passende medisinsk assistanse i forbindelse med sykdom, skade og patologi og på en effektiv måte utføre medisinsk forordnede diagnostiske, terapeutiske og rehabiliterende tiltak, (Kirkevold, 1992).

Sykepleiere har flere viktige funksjoner, blant andre en helsefremmende og forebyggende funksjon, en behandlende og lindrende funksjon. I oppgaven velger vi å avgrense oss til sykepleierens rehabiliterende funksjon, som retter seg mot mennesker som har akutt eller kronisk helse – eller funksjonssvikt, noe som gjenspeiler seg i valgte pasientgruppe, (Kristoffersen, et.al, 2008).

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

For å belyse hvordan sykepleietjenesten vil kunne fungere i fremtiden, omhandler det første kapittelet i teoridelen samhandlingsreformen. I forhold til temaet vi har valgt for oppgaven, ser vi det relevant å ta med litt om koordinerte tjenester, brukermedvirkning og individuell plan i teoridelen. Innholdet videre blir bestemt ut i fra oppgavens avgrensning og målgruppe, og vil derfor ta for seg hjemmebasert omsorg og eldre. Som et videre utspring fra samhandlingsreformen vil vi se nærmere på kommunens og spesialisthelsetjenestens fremtidige rolle. Vi har valgt å benytte oss av KOLS som en lidelse knyttet til vår målgruppe, og mener derfor at det er naturlig å tilføre teoridelen kunnskaper rundt denne sykdommen. Sist men ikke minst, vil et sykepleieperspektiv med fokus på sykepleierens funksjon og faglige forsvarlighet være et tema i oppgaven. Her vil vi knytte inn aktuelle sykepleieteoretikere som Virginia Henderson og Dorothea Orem. Videre vil oppgavens problemstilling, vår teoretiske plattform, faglitteratur, samt aktuell forskning og erfaringer fra praksis danne grobunn for drøftingen. Konklusjonen følger i oppgavens struktur til slutt.

## 2.0 METODE

### 2.1 Fremgangsmåte

Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare, (Dalland, 2010). Validitet kan forklares som noe som uttrykker i hvilken grad og med hvilken pålitelighet et sett resultater viser det de er ment å vise, herunder i hvilken grad konklusjonene som kan trekkes fra dem, er generaliserbare. Reliabilitet viser i hvilken grad gjentatte målinger under identiske forhold gir samme resultat samt refererer til i hvilken grad resultatene man oppnår, kan reproduseres, (Nortvedt, et.al, 2008).

I retningslinjene fra høgskolen er det definert at denne oppgaven er et litteraturstudie. Vi har brukt litteratur funnet fra pensumlitteratur og anbefalt litteratur fra forelesninger. I tillegg har vi benyttet oss av internettsider for å finne relevant informasjon rundt hvert tema. Nettsider som er benyttet er lovdata.no, regjeringen.no, samt sykepleien.no.

### 2.2 Litteratursøk

Ved søk etter forskningsartikler har vi i hovedsak benyttet oss av skolens – og bibliotekets databaser. Vi gikk gjennom Helsebiblioteket og søkte på databasene Ovid Nursing, Cochrane Library, Cinahl og PubMed. Vi brukte søkeordene: «home based nursing», «care», og «home based care». *Den første forskningsartikkelen* fant vi på Cochrane Library. Vi brukte søkeordene «home based care» og «rehabilitation», og benyttet oss av «advanced search». Totalt ble det vist 73 treff, hvorav vår artikkel stod som nr.3; Shepperd, et.al, 2008. «Hospital at home early discharge». *Den andre forskningsartikkelen* fant vi via Ovid Nursing. Vi brukte søkeordene «home based nursing» og «care». Totalt fikk vi 7 treff, hvorav artikkelen kom som nr.2. For å få denne artikkelen i fulltekst gikk vi via EBSCOhost full text. Deretter fant vi en link på siden hvor det stod PDF full tekst; Tønnessen, Nortvedt & Førde, 2011. «Rationing home – based nursing care: professional ethical implications». *Den tredje forskningsartikkelen* fant vi gjennom Ovid Nursing. Vi benyttet «advanced search» med søkeordene «home based nursing» og «care». Totalt kom 20 treff, hvorav gjeldende artikkel stod som nr.5. Artikkelen var ikke tilgjengelig i fulltekst i skolens – og bibliotekets databaser (BIBSYS), så vi fikk hjelp av biblioteket til å bestille denne fra et annet bibliotek: Tønnessen, Førde & Nortvedt, 2009. «Fair nursing care when resources are limited; the

role of patients and family members in Norwegian home – based services».

*Den fjerde forskningsartikkelen* ble lokalisert på Cochrane Library. Vi benyttet advanced search og søkeordene «home based nursing», «care» og «COPD». Søket ga 106 treff hvorav vår valgt stod som nr.10; Effing, et.al, 2007. «Self – management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease». *Den femte forskningsartikkelen* fant vi gjennom sykepleien forskning. Vi benyttet søkeordet «samhandlingsreformen», og fikk 18 treff hvorav valgte artikkel stod som nr.18; Danielsen & Fjær, 2010. «Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune».

Se vedlegg for forskningsartikkel nr, 1, 2, 3 og 4.

## 2.3 Kildekritikk

*Den første forskningsartikkelen* kan ha en svakhet ved seg, ved at vi brukte uspesifikke søkeord og derfor fikk et såpass høyt resultat som 73 treff. I forhold til artikkelens validitet, kan den ha en svakhet ved seg i forhold til at artikkelen inkluderte 26 studier i deres systematiske gjennomgang, hvorav kun 13 endte opp med å være valide for deres gjennomgang. Konseptet som blir presentert i studien, har sine røtter tilbake til Frankrike i 1961, noe som kan svekke studiens originalitet. Vi ser allikevel at denne artikkelen kan være reliabel i form av overføringsverdi til Norge, på grunnlag av at konseptet i studien allerede har blitt utprøvd i europeiske land som Frankrike og Nederland, som kan ha noen av de samme kulturelle verdiene som Norge. I tillegg har konseptet blitt utprøvd i USA og Australia. *Den andre forskningsartikkelen* finner vi å være svært reliabel i forhold til at studien er utført i Norge, og at utvalget er basert på sykepleiere med ulik arbeidserfaring i antall år og alder. En mulig svakhet kan være at det er 17 sykepleiere som er intervjuet i utvalget, og at dette kanskje kunne ha vært noe flere med tanke på å få et sikrere resultat.

*Den tredje forskningsartikkelen* er også utført i Norge, med tilsvarende utvalg av sykepleiere. I forhold til artikkelens reliabilitet og overføringsverdi, vil vi konkludere med at den er stor grunnet at artikkelen tar opp aktuelle, etiske problemstillinger som vi selv har erfart i praksis i hjemmebasert omsorg. En svakhet kan være at tilgangen til artikkelen i fulltekst er noe begrenset.

*Den fjerde forskningsartikkelen* har svakheter ved seg ved at de ulike studiene som er inkludert i oppsummeringsartikkelen er forholdsvis like, i den forstand at funnene som har blitt gjort ikke holder mål til å være valide. Allikevel setter den lys på et viktig tema i forhold til egenmestring og KOLS: at det å lære seg å ta grep og kontroll om egen sykdom så langt det går, kan bidra til å styrke pasientens livskvalitet.



*Den femte forskningsartikkelen* finner vi å ha stor verdi for vårt tema i oppgaven, med tanke på at artikkelen tar opp en sentral del av samhandlingsproblematikken. En svakhet ved artikkelen er at søk på sykepleien er noe uoversiktlig, og vanskelig å rette seg inn etter treff. Allikevel, vi finner denne artikkelen å være gunstig for vår oppgave. Etter at vi endret søkeordene fra «samhandlingsreformen» (18 treff) til «samhandlingsreformen», «eldre», «kommune», ble det redusert til 5 treff.

Litteraturen vi har benyttet oss av i oppgaven, er for det meste sekundærlitteratur. En ulempe med å bruke denne type litteratur, kan være at det allerede eksisterer en fortolkningsverdi som andre forfattere har foretatt på forhånd. Allikevel har vi valgt forfattere og bøker som har blitt anbefalt og som vi finner relevant å benytte i vår oppgave. Når det gjelder primærkilder, har vi brukt en bok fra Henderson som er på engelsk. Vi har valgt å oversette valgte elementer på egenhånd etter beste skjønn, noe som kan ha en viss fare for mistolkningsverdi. Dette vil også gjelde for flertallet av forskningsartiklene vi har brukt.

## 3.0 TEORI

### 3.1 SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen ble vedtatt våren 2010, med planlagt iverksetting fra januar 2012. Mange var kritiske, og er det kanskje fremdeles, og hevdet at den aldri ville bli gjennomført. Målet med samhandlingsreformen er å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som skal dekke pasientens behov for koordinerte tjenester, samt å oppnå god og effektiv ressursbruk gjennom å sørge for at det skal lønne seg for kommuner og sykehus å samarbeide, (Synnes & Thoresen, 2011).

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen har det skjedd en endring i flere lovverk. Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven erstattes av helse- og omsorgstjenesteloven. I denne loven reguleres kommunens plikter. I tillegg har lov om folkehelsearbeid tredt i kraft fra januar 2010. Denne loven tar sikte på å gi kommunene mer ansvar for sine innbyggers helse, (helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Ordet samhandling kan defineres som; «Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for å oppnå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte», (St.meld.nr.47, 2008-2009, s.13).

Kjernen i samhandlingsreformen er å forsøke i gi svar på tre hovedutfordringer: 1) Fram mot år 2050 vil man kunne se en betydelig økning i antall eldre. Andelen av yrkesaktive i samme periode vil ikke øke betraktelig. Antall eldre over 67 år vil fordobles fram mot år 2050. 2) Såkalte aldersrelaterte sykdommer, som KOLS, hjertesvikt, demens og kreft vil øke i antall som følge av økt alder i befolkningen. 3) Det er også grunn til å tro at antall yngre brukere vil fortsette å øke i fremtiden. I tillegg kan man se en stor økning i sykdommer som kan være knyttet til levevaner og helseatferd som folk vil leve med livet ut. Eksempler på sykdommer i sterk vekst er KOLS, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser. Disse utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Et viktig element i samhandlingsreformen er forebygging. Med utgangspunkt i fremtidens helseutfordringer innenfor sykepleietjenesten, er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målsetningen vil være å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring samt redusere risikoen for sykdomsutvikling, (St.meld.nr.47,

2008-2009).

### **3.1.1 Koordinerte tjenester**

Mange pasienter og brukere i helse – og omsorgstjenesten har behov for koordinerte tjenester i den forstand at tjenesten leveres fra ulike tjenestesteder, og ofte også over en kortere eller lengre tidsperiode. Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. En slik person kan for eksempel være en sykepleier, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Ansvar og oppgaver er i dag fordelt på to forvaltningsnivåer; kommunene forvalter primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene, og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten; sykehusene. I forhold til koordinering er det viktig å legge til rette for god samhandling mellom helse – og omsorgstjenesten og andre sektorer, som for eksempel mellom hjemmebasert omsorg i kommunen og sykehus. Et område med behov for koordinering er forholdet mellom helsetjenester og arbeidsrettede tjenester, både i overgangen fra sykdom til arbeid og ved bruk av helsetjenester parallelt med arbeid. I arbeidet med å øke samhandlingen i helsetjenesten lokalt, er apotek en viktig innsatsfaktor, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

### **3.1.2 Brukermedvirkning**

Det er lovfestet at pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2011, § 3-1).

Vedkommende som mottar helsetjenester skal oppleve å få innvirkning på tjenestetilbudet, og den enkelte tjenestemottakers behov for hjelp skal settes i sentrum. Et krav til tjenestene er at de er lett tilgjengelige, helhetlige og tilpasset tjenestemottakerens individuelle behov, ønsker, levesett og evner. I tillegg skal den enkelte bli gitt et realistisk bilde av hjelpen som skal gis, bli hørt og få medvirke i gjennomføringen. Tjenesteytere må legge til grunn at pasienter har rett til å bli møtt med respekt for sine ulike synspunkter og ønsker. Dagens pasient er langt mindre passiv enn tidligere, og er mer aktivt medvirkende, til dels etterspørrende og krevende. Pasienter har blant annet gjennom internett fått større tilgang på kunnskaper rundt egen helse og behandlingsmuligheter. Pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, er i bedre stand til å mobilisere egne ressurser, noe som kan bedre prognosen for gode resultater, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

### **3.1.3 Individuell plan**

Individuell plan er et viktig tiltak for å gi pasienter og brukere koordinerte tjenester, og utviklings- og forbedringsarbeidet av tiltaket vil fortsette, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Sykepleiere har plikt til å informere pasienter og brukere om individuell plan, og dette er lovfestet i Helsepersonelloven § 10, (Lov om helsepersonell, 2011). I følge Pasientrettighetsloven § 3-2 har pasienten rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, (Lov om pasientrettigheter, 2011).

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan om dette er av personens ønske. Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, samt mellom de ulike tjenesteyterne.

Formålet med individuell plan er at den skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, hvorav en av tjenesteyterne har hovedansvar for jevnlig oppfølging. Et eksempel på en tjenesteyter er en sykepleier. Sykepleieren skal ha kunnskaper og funksjoner som trengs for å se pasienten i sin helhet og hjelpe pasienten til å få dekket sine grunnleggende behov. Sykepleieren har i tillegg behov for å samarbeide med andre, som for eksempel lege og ergoterapeut. Tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares. Den individuelle planen skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter, tjenestemottaker og eventuelt pårørende, (Helsedirektoratet, 2011).

### **3.1.4 Hjemmebasert omsorg og eldre**

Hjemmesykepleie er et tilbud til alle som har behov for nødvendig helsehjelp i eget hjem.

Alderdom, svekket helse, sykdom eller livssituasjon kan gjøre at mennesker har behov for hjelp til pleie og omsorg i kortere eller lengre tid. Hjemmesykepleie er en generell og omfattende tjeneste med helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjoner. Det er ingen begrensninger knyttet til alder eller sykdom, men skal være et tilbud til alle med behov for nødvendig helsehjelp i hjemmet. Et overordnet mål for hjemmesykepleiens arbeid er at brukeren skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem, som blant annet kan gå ut på å veilede personer med KOLS i forhold til det å passe på kosthold og ernæring, samt bruk av hjelpemidler, (Fjørtoft, 2009).

Et annet overordnet mål er at den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Dette innebærer blant annet at vedkommende skal få dekket sine grunnleggende behov og

ikke være i fare for å bli påført skade eller unødig lidelse.

Når det gjelder den hjemmeboende har han eller hun krav på å få dekket sine grunnleggende behov og muligheten til selv å ivareta sin egenomsorg, (Fjørtoft, 2009).

Tidligere ble hjemmesykepleie ansett som en tilleggsbehandling til sykehus, noe som har endret seg radikalt. Hjemmesykepleie har i dag en sentral plass i helsetjenestetilbudet til befolkningen, noe som har medført at en økende andel av helsetjenester skjer utenfor institusjoner. Endringer i helsepolitikken, samfunnet og helsetjenestene har medvirket i at stadig flere bor hjemme og mottar sykepleie. Etter midten av 1970 – tallet har eldreomsorgen endret seg og det har skjedd en gradvis nedbygging av institusjonsplasser for eldre. Målet i eldreomsorgen er trygghet i eget hjem, i stedet for trygghet i institusjon, slik det var før. De eldre bor lenger hjemme før det blir aktuelt med sykehjem, (Fjørtoft, 2009). I dag har kommunene ansvaret for eldreomsorgen. Målet for eldreomsorgen er et likeverdig tilbud, uavhengig av sosial status, bosted og inntekt. At eldre så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, er også et mål. Den kommunale eldreomsorgen omfatter blant andre hjemmebaserte tjenester, (Halvorsen, 2010).

### **3.1.5 Kommunens og spesialisthelsetjenestens fremtidige rolle**

Et av de mest grunnleggende momenter i samhandlingsreformen er å gi kommunene en ny fremtidig rolle. Kommunene har sin organisatoriske, kompetansemessige og rollemessige styrke gjennom nærheten til sin befolkning og ved at den i tillegg til helse- og omsorgsoppgavene også har ansvaret for mange andre oppgaver som skole, sosiale tjenester, barnevern, osv. Dette er med på å påvirke hvor godt helse- og omsorgstjenesten lykkes i nå sine mål, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Målet med samhandlingsreformen er å flytte en større del av helsetjenesten ut i kommunene. Befolkningen skal kunne få flere spesialiserte helsetjenester i sitt nærmiljø. Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, er det mye som tyder på at organisering, samhandling og ressursfordelingen ikke er god nok, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Et eksempel er at i dag skrives mange pasienter dessverre ut fra sykehusene uten tilstrekkelig oppfølging. Mange av de oppgavene som tidligere var spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, vil nå bli overført til kommunene. Dette betyr at samhandlingsreformen får spesielt store konsekvenser for tjenestetilbudet til syke eldre, psykisk syke og KOLS-, kreft-, og diabetespasienter.

Et sentralt punkt i reformen er at det skal lønne seg å forebygge sykdom i forkant i stedet for å reparere i etterkant. Regjeringen vil satse mer på å unngå at folk blir syke og sørge for at det lønner

seg for kommuner og sykehus å samarbeide, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). En forutsetning for at man skal klare oppgavene i kommunehelsetjenesten er at fastlegen og allmennlegetjenesten integreres på en bedre måte enn i dag, (St.meld.nr. 47, 2008-2009).

Aktuelle fremtidige kommunale oppgaver kan deles inn i kompetansekrevende funksjoner og administrasjons – og systemoppgaver. De kompetansekrevende funksjoner går ut på kommunale lærings – og mestringstjenester, tidlig intervensjon ved for eksempel KOLS, tverrfaglig team (herunder ambulante, med særskilt fokus på kroniske sykdommer, rehabilitering/habilitering og lindrende behandling). Behandling av pasienter før, i stedet for og etter en sykehusinnleggelse vil være en fremtidig funksjon, som kan inkludere pasienter med: funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av KOLS, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer og personer med psykiske lidelser. Observasjon for å avklare behovet for sykehusinnleggelse samt etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem, kan også være aktuelle, fremtidige kommunale oppgaver. Eksempler på oppgaver knyttet til administrasjons- og systemarbeid er: helseovervåking, folkehelsearbeid, arbeid med kommunale planer og arbeid med samarbeidsavtaler, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Fra 2012 vil regjeringen overføre ansvaret for og ressurser knyttet til utskrivningsklare pasienter til kommunene. Dette innebærer at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklare. Poenget med dette er ikke å avstraffe kommuner, som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter, men å etablere en mer riktig insitamentssituasjon for kommunene. I forbindelse med innføringen av denne ordningen, vil kommunesektoren få tilført midler som svarer til kostnadene for de utskrivningsklare pasientene, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

En ny fremtidig kommunal rolle betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men at rollene og oppgavene endres. Det blir en tyngdepunktsforskyvning over fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten. For spesialisthelsetjenesten vil reformen innebære en tydeliggjøring av oppgavene, ved å vektlegge ansvaret for de mer spesialiserte tjenestetilbudene. Dette vil være oppgaver som krever høy, spesialisert kompetanse og som oftest også krever avansert og kostbart utstyr, samt medisinsk spesialkompetanse. En framtidig situasjon kan innebære at sykehusene i større grad enn i dag benytter en spisskompetanse, som gir nye muligheter for strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten. Dette gir sykehusene bedre muligheter til å prioritere

og videreutvikle sine faglige og organisatoriske konkurransefortrinn, som innebærer å levere spesialiserte helsetjenester av høy internasjonal kvalitet. Spesialisthelsetjenesten bør også ha utrednings- og veiledningsansvar, dersom det foreligger komplikasjoner eller tilleggdiagnoser. En av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten er å bidra til utveksling og oppbygging av kompetanse i en forsterket kommunehelsetjeneste. Ved at sykehusene benytter dagbehandling og poliklinikk mer hyppig enn i dag, vil dette kunne bety kortere liggetid på sykehus, behov for færre senger og dermed mindre ressursbruk i sykehusene. Dette vil igjen kunne gi bedre mulighet for å behandle flere pasienter uten tilsvarende økning i ressursene, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

### **3.2 KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM**

KOLS er en folkesykdom som ca. 5% av befolkningen her i landet er rammet av, (Giæver, 2002; Oksholm, 2010). Ved kronisk lungesvikt har pasienten varig nedsatt lungefunksjon og evne til å få tilfredsstilt kroppens oksygenbehov. KOLS skyldes kronisk betennelse, nedbrytning av de elastiske bindevevsfibrene og arraktige forandringer i luftveiene. Sykdommen er en samlebetegnelse for kronisk astma, kronisk obstruktiv (innsnevring av luftveiene) bronkitt og emfysem. KOLS er en alvorlig, kronisk tilstand med et progredierende, irreversibelt forløp og høy dødelighet. Sykdommen forverres med økende alder og er vanligst i aldersgruppen 60-74 år. Flertallet av pasientene er kvinner. Den vanligste årsaken til KOLS er røyking. Andre årsaker kan være langvarig yrkeseksponering for støv og kjemikalier, utendørs luftforurensning, samt at arvelige egenskaper kan ha betydning, (Brodtkorb, 2008).

Årsaken til sykdomsutviklingen er stadig tilbakevendende luftveisinfeksjoner, (Gulsvik og Bakke, 2004; Oksholm, 2010). KOLS har forskjellige alvorlighetsgrader, og sykdommen deles inn i fire stadier. Ved stadium 0 (risikopasient) er hoste og ekspektorat ofte de eneste symptomene. Ved stadium 1 (mild KOLS) har pasienten en liten luftstrømobstruksjon som ofte er kombinert med slim og kronisk hoste. I stadium 2 (moderat KOLS) og stadium 3 (alvorlig KOLS) blir pasientene stadig mer tungpustet og får stadig flere symptomer fra luftveiene. De får etterhvert også andre plager, som utmattelse, nedsatt aktivitet, ernæringsproblemer og psykososiale problemer, (Giæver, 2002; Andenæs, 2001; Oksholm, 2010). Opplevelsen av ikke å få nok luft er en stor påkjenning som preger disse pasientene. De blir kraftløse og slitne, og kan lett bli irritable og følelsesmessig labile. Uro, redsel, angst og håpløshet er følelser som preger mange av disse pasientene. Selv om tilstanden ikke kan kureres, kan sykepleieren bidra til å behandle symptomene og forebygge en uheldig sykdomsutvikling,

(Bergbom og Nilsson, 2000; Giæver, 2002; Brodtkorb, 2008).

### **3.3 SYKEPLEIETEORI**

#### **3.3.1 Sykepleiefunksjon**

Allerede i 1955 presenterte Virginia Henderson den første utgaven av sin sykepleiedefinisjon, (Harmer og Henderson, 1955; Kristoffersen, et.al, 2008, Bind 4): «Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredfull død), noe det ville ha gjort uten hjelp dersom det hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje og å gjøre dette på en slik måte at pasienten gjenvinner uavhengighet så fort som mulig, (Henderson, 1997, s.22).

Sykepleiens verdigrunnlag defineres som: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal videre bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket», (Kristoffersen, et.al, 2008, s.15).

#### **3.3.2 Orem**

Dorothea Orem baserer sin teori på Henderson sin teori. På samme måte som Henderson, ser Orem sykepleie som erstatning for helserelevante aktiviteter (egenomsorg) i situasjoner hvor pasienten ikke er i stand til selv å ivareta disse. På lik linje med Henderson understreker også Orem, at sykepleiens mål er å hjelpe pasienten til uavhengighet i disse aktivitetene i den grad det er mulig. Orem har videreutviklet ideene om hvilke aktiviteter (egenomsorgskrav) som er nødvendige for å fremme funksjon og helse, og har identifisert problemer som kan oppstå i forhold til disse aktivitetene, (egenomsorgssvikt), (Kirkevold, 1992).

Orem definerer egenomsorg som «utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære», (Kirkevold, 1992, s.84). Disse aktivitetene er «frivillige» og «bevisste», samt at de også er formålsrettede, i det de har til hensikt å møte personens «egenomsorgskrav». Egenomsorgskrav er definert som «generalisasjoner om hensiktene som individer har eller skulle ha når de er beskjefteget med egenomsorg», (Kirkevold, 1992, s.84). Orem deler egenomsorgskravene inn i tre kategorier; de universelle, de utviklingsmessige og de som er forbundet med helseavvik. De universelle egenomsorgskravene er knyttet til antagelsen om



at mennesket må iverksette handlinger (egenomsorg) for å opprettholde mennesker i funksjon. Egenomsorgskravene er formulerte handlinger (mål) som må til for å sikre menneskelig funksjon. Ett av de åtte universelle egenomsorgskravene som Orem identifiserer handler om opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av luft. For en pasient med en forverring av sin KOLS vil dette egenomsorgsbehovet være truet, noe som gjør at man som sykepleier må hjelpe til med å sikre den menneskelige funksjonen med behov for respirasjon, når individet selv ikke lenger klarer å opprettholde dette på egenhånd, (Kirkevold, 1992).

Orem sier videre at alle profesjonelle sykepleiere benytter seg av fem sykepleiesystemer, hjelpemetoder. En pasient med KOLS vil kunne ha behov for ulike typer hjelp. Selv om vedkommende befinner seg i en hjelpetrengende situasjon, er pasienten likevel fungerende til en viss grad, slik at det kan være viktig for sykepleieren å ikke overstyre situasjon og pasientens handlinger. Hovedpoenget med Orems hjelpemetoder er nettopp at sykepleieren skal bidra til en økende evne til egenaktivitet hos pasienten. Hos en pasient med KOLS kan sykepleieren bidra til å øke denne evnen ved å rettlede og undervise pasienten i forhold til kosthold og pusteteknikker. En pasient med KOLS vil kunne ha behov for støtte av sykepleier, både fysisk og psykisk, i forhold til at pasienten bedre kan mestre situasjoner hvor angst og redsel lett kan oppstå. Sykepleieren kan også sørge for et utviklende miljø, som kan innebære et samarbeid med pasienten og annet helsepersonell, (Kirkevold, 1992).

### **3.3.3 Sykepleierens rehabiliterende funksjon**

Sykepleierens rehabiliterende funksjon retter seg mot mennesker som har akutt eller kronisk helse – eller funksjonssvikt. Sykepleierens rehabiliterende funksjon er rettet mot å styrke pasientens egne muligheter til å ivareta sine grunnleggende allmennmenneskelige behov. Pasienten befinner seg i en situasjon hvor sykdom eller skade har ført til behov for ny kunnskap og/ eller oppøving av ferdigheter, for å mestre livssituasjonen. Sykepleietiltak som kan iverksettes er rettet mot å styrke pasientens ressurser og mot å tilrettelegge omgivelsene, (Kristoffersen, et.al, 2008).

Paragraf 4 i lov om helsepersonell beskriver krav til helsepersonells yrkesutøvelse: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig....», (Lov om helsepersonell, 2011, § 4). Som helsepersonell har man videre en plikt til å dokumentere og å føre journal for hver enkelt

pasient, (Lov om helsepersonell, 2011, § 39).

### **3.3.4 Sykepleiedokumentasjon**

Å dokumentere betyr å legge fram dokumenter som bevismateriale, eller for å understøtte en oppfatning. Pasientjournalen skal gi et bilde av det som skjer med pasienten gjennom et pleie – og behandlingsforløp. Dokumentasjonen skal bidra til pasientens sikkerhet samt å sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleie og behandling. Dokumentasjon av sykepleie skal synliggjøre sykepleiens bidrag i behandlingsforløpet og synliggjøre verdifull, klinisk erfaringskunnskap.

Det som er nedskrevet fungerer som et juridisk dokument og synliggjør faglig ansvar.

Videre er dokumentasjon et viktig kommunikasjonsmiddel og gir grunnlag for ledelse og ressursstyring. Målet med all dokumentasjon i pasientjournalen er å ivareta pasientens liv og helse, (Dahl, et.al, 2008).

## 4.0 DRØFTING

I oppgaven vår skal vi drøfte problemstillingen som er: «Hvordan kan sykepleiere sikre sykepleiefaglig forsvarlighet til eldre pasienter med KOLS, som mottar koordinerte helsetjenester?» Dette vil bli drøftet i forhold til vår teoretiske plattform, faglitteratur, aktuell forskning og erfaringer fra praksis.

### 4.1 Kvalitet i pasientomsorgen

Spørsmålet om god samhandling eller ikke, handler om respekt for pasientens integritet og behov, om kvalitet, og i verste fall om forsvarligheten av tjenestene. Sett fra pasientens ståsted er det neppe viktig om ansvaret er delt mellom en kommune – og en spesialisthelsetjeneste. Et mål må være at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og helhetlige behandlingsskjeder, samt et pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Sentralt i arbeidet med samhandlingsreformen vil være å utvikle prosesser som legger bedre til rette for medvirkning fra alle berørte aktører. Hensikten med denne prosessen vil være at det i større grad enn i dag utvikles felles forståelse om hva som er gode pasientforløp, og hva dette medfører av krav til samarbeid mellom aktørene. Ulike hovedgrep vil kunne innebære: *Klarere pasientrolle. En ny fremtidig kommunerolle* med ambisjoner om forebygging og intervensjon tidlig i sykdomsforløpene. *Etablere økonomiske insentiver* som understøtter den ønskede oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Med insentiver menes her å legge forholdene til rette slik at aktørene gjennomfører handlinger som er i tråd med samfunnets interesser. *Spesialisthelsetjenesten skal utvikles* slik at de i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. *Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer*, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Når pasienter har behov for sammensatte helse – og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, er ikke gode deltjenester bra nok; man må også forutsette god samhandling. Hva innebærer dette for en pasient med KOLS, dersom samhandlingen svikter? Dårlig eller manglende samhandling, kan gjøre at pasienten opplever tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige, og opplever overgangen mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten som problematisk. Ved en svekket samhandling er det pasienten som blir den tapende part og påføres unødige lidelser, som økte ventetider og unødvendige komplikasjoner,

(St.meld.nr.47, 2008-2009).

En norsk studie har vist at pasienter med akutt sykdomsforverring opplevde situasjonen før innleggelse som svært stressende; de hadde angst, var redde og følte seg utrygge og usikre, (Andenæs, 2001; Oksholm, 2010). Dette er eksempler på symptomer/kjennetegn som en pasient med forverring av sin KOLS kan oppleve. Ved en akutt forverring av KOLS vil pasienter kunne oppleve symptomer som økt slimproduksjon, piping, tetthet i brystet og økt pustebevis. Disse symptomene, i tillegg til en opplevelse av angst og redsel, vil gjøre at en svikt i respirasjonen blir enda større. En god samhandling mellom sykepleietjenesten vil kunne bidra til at pasienter med KOLS kan unngå en forverring av de nevnte symptomene, samt en forverring av økt pustebevis, (Oksholm, 2010).

Fra vår erfaring i praksis i hjemmebasert omsorg, var vi flere ganger på besøk hos ei eldre hjemmeboende dame med KOLS. Grunnet hennes stadig tilbakevendende lungebetennelser, gjorde det at hun hadde gjentatte innleggelser på sykehus. Siden hun bodde alene og hadde en alvorlig KOLS, følte hun seg ofte svært engstelig og redd. Hun var underernært og måtte bruke det lille hun hadde av krefter til å opprettholde respirasjonen. Når hun hadde behov for sykehusinnleggelse opplevde hun det som veldig stressende og utmattende. For å øke hennes trygghet og grunnleggende behov som behovet for ernæring, respirasjon og sirkulasjon, ble det søkt om et rulleringsopphold på sykehjem som hun fikk innvilget. Fra vår erfaring med denne pasienten, ser vi nytten av et samarbeid mellom sykepleiere som jobber i henholdsvis sykehus og kommune, og at en best mulig samhandling vil kunne bidra til kvalitet i behandlingen til pasienten, særskilt i dette tilfellet hvor koordinerte tjenester involverer tre instanser.

For en eldre hjemmeboende pasient med KOLS kan det å motta mest mulig hjelp i eget hjem, være pasientens ønske og vilje. Pasienten i denne oppgaven opplever en forverring av sin KOLS, og det medfører at man ofte ikke kan unngå innleggelser på sykehus. Når pasienten uttrykker at han eller hun vil tilbringe mest mulig tid i eget hjem, hvordan kan så sykepleiere bistå vedkommende i dette? En forskningsartikkel fra Storbritannia har sett på et konsept som går ut på «sykehus i eget hjem». Pasienter som blir behandlet ut i fra et slikt konsept kan unngå akutt sykehusinnleggelse ved å få en vurdering i eget hjem av fastlegen, eller som et alternativ at pasienter blir skrevet ut tidligere fra sykehus for å motta tilsvarende pleie og behandling i hjemmet. Dette kan være med å skape trygghet for pasienten, og på lengre sikt bidra til å unngå hyppige sykehusinnleggelser, (Shepperd, et.al, 2008).

Hvis man så skal forsøke å benytte seg av dette alternativet i Norge, hvordan skal man få til det på en sykepleiefaglig forsvarlig måte til en pasient med KOLS? For eksempel vil det kunne være

aktuelt å få tilsyn fra sykepleier i hjemmebasert omsorg, eller at man har tilgang på spesialiserte KOLS - sykepleiere i kommunen. Dette for å kunne observere grunnleggende behov og pasientens tilstand. Når pasienten har behov for sykehusinnleggelse kan en trygghetsfaktor være at det er den samme sykepleieren som er med på å følge pasienten inn og ut fra sykehuset. For å gjøre overgangen til sykehus lettere for pasienten, kan vedkommende bli lagt inn på en avdeling med kjente omgivelser, i forhold til sykepleiere og helsepersonell som pasienten har forholdt seg til ved tidligere innleggelse.

En pasient som opplever en forverring av sin KOLS, vil i følge Orem ha en svikt i egenomsorgskravet knyttet til helseavvik. Orem definerer det som egenomsorgskrav som «eksisterer for personer som er syke, er skadede, har spesifikke typer patologi, inklusive defekter og handikap, og som er under medisinsk diagnose og behandling, (Kirkevold, 1992, s.85).

I Orem's teori er det viktig å søke og sikre passende medisinsk kompetanse, i forbindelse med sykdom, skade og patologi, og at man på en effektiv måte skal utføre medisinsk forordnede diagnostiske, terapeutiske og rehabiliterende tiltak, (Kirkevold, 1992). Et mål for sykepleiere i forhold til KOLS – pasienter vil kunne være å sikre det grunnleggende behovet for respirasjon, og unngå reinnleggelser i sykehus. Orem beskriver videre sykepleiens mål og hensikt som at det innebærer å opprettholde menneskelig strukturell og funksjonell integritet og velvære gjennom hele livssyklusen og å fremme normal utvikling. Et mål er at pasienten selv utfører de funksjonene som møter hans eller hennes egenomsorgskrav og fremmer helse og velvære, (Kirkevold, 1992).

Pasienten i denne oppgaven som opplever en forverring av sin KOLS vil fremdeles være like fullt bevisst og kompetent til å fatte avgjørelser om sin egenomsorg, men utførelsen av motoriske handlinger kan være noe redusert grunnet en svekket respirasjon som gjør at pasienten får nedsatt energi til å utføre handlinger på egenhånd. Her kan det derfor være viktig at sykepleieren støtter pasienten, både fysisk og psykisk. En fare kan være at sykepleier tar for mye kontroll i stedet for at rollefordelingen blir fordelt mellom et delvis kompenserende system, og at både pasient og sykepleier utfører pleiehandlinger. I et slikt system kan pasientens ressurser og egenmestring bedre ivaretas, (Kirkevold, 1992).

Hvordan kan sykepleietjenesten bedre samhandlingen for å unngå at pasienter med KOLS opplever unødvendige belastninger?

Ved innleggelse fra kommune til sykehus kan sykepleiere sikre rutiner i hjemmebasert omsorg, ved at sykehuset informeres om brukerens funksjon og status. Sykepleiere i kommunen kan vurdere alle utskrivningsklare pasienter på sykehus i forhold til nødvendige tilbud i kommunen. Et sentralt tiltak for spesialisthelsetjenesten er å sørge for at det alltid følger med epikriser og eventuelle resepter ved

utskrivning. For å unngå en forsinket utskrivning kan sykepleiere bestille hjelpemidler tidlig. En pasient med forverring av sin KOLS vil kunne oppleve å få økt behov for oksygen, og vil kunne ha behov for et O2 apparat i eget hjem, noe som må være i orden før utskrivelse. Sykehuset kan etablere en «utskrivningssykepleier» på de avdelingene som har størst pågang av pasienter som i tillegg mottar kommunale tjenester. For eksempel kan denne sykepleieren være den samme som tar i mot pasienten ved en innleggelse. Hos en pasient med KOLS kan dette være med på å skape kontinuitet og trygghet, samt redusere angst og stress. I tillegg vil disse sykepleierne få ansvar for den løpende kontakten med kommunen, (St.meld.nr.47, 2008-2009).

## **4.2 Samhandling og kommunikasjon**

Å bedre kommunikasjonen mellom kommunen og sykehus, vil kunne være et tiltak for å bedre samhandlingen for sykepleietjenesten til KOLS – pasienter som mottar koordinerte helsetjenester. En norsk studie utført i Bergen i 2008 har påpekt nettopp dette. De undersøkte erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Å bedre samhandlingen mellom første og andrelinjertjenesten i helsevesenet blir oppfattet som en stor og viktig oppgave.

Konklusjonen i studien viser til problemer rundt den praktiske kommunikasjonen med sen postgang og dårlige telefonrutiner, som kan gi grobunn for risikofylte overganger, som angst og økt pustebesvær som man som sykepleier vil forsøke å unngå hos pasienter med KOLS.

Det er sykepleiernes fleksibilitet og gode skjønnsutøvelse som gjør at kommunikasjonen likevel fungerer. Den faglige utfordringen ligger i å tilegne seg større forståelse av organisatoriske betingelser på begge nivå, og i en større grad formidle pasientens tilstand og hjelpebehov.

For å oppnå god samhandling er det viktig med god kommunikasjon mellom sykepleiere på sykehus og i hjemmebasert omsorg. Det innebærer et samarbeid mellom sykepleietjenesten i spesialist – og kommunehelsetjenesten, hvorav dokumentasjon vil være en sentral kilde for kommunikasjonen. Som norsk forskning viser, kan det tyde på at det foreligger en svikt i denne kommunikasjonen, som igjen kan få en uheldig konsekvens for samhandlingen, (Danielsen & Fjær, 2010).

I forhold til dagens utfordringer med samhandlingsreformen, kan en faktor for å bedre samhandlingen være god kommunikasjon mellom sykepleiere, men også i stor grad mellom sykepleier og pasient. Når en pasient med forverring av sin KOLS opplever overføring fra eget hjem til sykehus, og fra sykehus til hjemmet ser man viktigheten i at sykepleiere i både spesialist – og kommunehelsetjenesten får rapport om det samme og viderefører dokumentasjonen. Like viktig er det at pasienten opplever å bli hørt og sett. Når en pasient mottar koordinerte tjenester, er det

viktig at sykepleier lytter til pasienten og hva han eller hun uttrykker om sin egen situasjon, (St.meld.nr 47, 2008-2009).

Vi lever i dag i et teknologisk samfunn med stadige nyvinninger. Sykepleiere har mange viktige oppgaver, hvor en av de er relatert til dokumentasjon. All journalføring foregår i dag via et elektronisk system, og det finnes flere dokumentasjonssystemer. En utfordring for sykepleiere er at kommune – og spesialisthelsetjenesten i dag benytter seg av ulike dokumentasjonssystemer, noe som kan medføre en svikt i samhandlingen mellom koordinerte tjenester. For å bedre dokumentasjonen og kommunikasjonen i fremtiden, stilles det større krav til at sykepleiere må tilegne seg større kunnskap og kompetanse til ulike dokumentasjonssystemer, (St.meld.nr. 47, 2008-2009).

Hva kan gjøres for å styrke kommunikasjonen? I en fagartikkel funnet på Sykepleien, har man tatt for seg den svenske samhandlingen opp i mot den norske. I Sverige er det utviklet et formelt og detaljert regelverk for samhandling. I Sverige kalles metoden for «Samordnad Vårdplanering». Dette er et mer presist begrep enn «samhandling» siden helsepersonell arbeider på hver sin side av «gjerdet», med klart definerte arbeidsoppgaver og tilhørende personell. I forhold til en pasient med KOLS vil den svenske formen for samhandling kunne komme til nytte i Norge, ved at kommune, pasient og pårørende har en sterkere rolle og ved at de er mer aktivt involvert i utskrivningsprosessen.

Ut i fra Sveriges metode for samhandling, ser vi nytten av at samhandlingen her i landet bør i sterkere grad baseres på en samordning, hvor kommunene skal ha hovedansvaret i vurderingen av hvilke tjenester som skal gis etter utskrivning, mens sykehuset bestemmer utskrivningsdato. For at kommunene skal kunne gi et best mulig tilbud til hver enkelt pasient, ser vi her et stort behov for samhandling og samarbeid mellom de ulike helsepersonell i kommunen, (Otterstad, 2011).

### **4.3 Brukermedvirkning**

Begrepet «empowerment» kan oversettes med myndiggjøring eller bemyndigelse. Å bemyndige en person betyr å sette vedkommende i stand til noe bestemt og innebærer videre å styrke hans eller hennes kompetanse, selvtillit og evne til aktivt å medvirke, samt ta ansvar når det skal formuleres mål, tas beslutninger og utføres handlinger knyttet til behandling og pleie.

En definisjon av bemyndigelse ut i fra et helseperspektiv er: «bemyndigelse er en prosess hvor en hjelper mennesker til å oppnå kontroll over faktorer som påvirker deres helse, (Gibson, 1991; Kristoffersen, 2008).

Når en hjemmeboende pasient med KOLS opplever en forverring av sin tilstand og får et akutt

behov for en sykehusinnleggelse, hvordan kan dette påvirke pasientens medbestemmelse?

Først og fremst er pasientens rett til medansvar og medbestemmelse som mottaker av helsetjenester, fastslått i lovverk, blant annet i lov om pasient – og brukerrettigheter, (§ 3-1). Blir denne retten bevart i praksis?

Under en sykehusinnleggelse kan en pasient med KOLS befinne seg i et nytt og ukjent miljø. Pasienten kan oppleve å være i en underlegen og avhengig posisjon, i tillegg til at pasienten vil kunne være svekket av sykdom og plager som gjør det vanskelig for vedkommende selv å ivareta sine rettigheter. Dette kan gjelde de fleste eldre pasienter, men for pasienter med KOLS kan de ha andre tilleggslidelser som for eksempel angst. De kan oppleve å bli svært redde, noe som igjen kan forverre et allerede økt pustebesvær og tetthet i brystet. I en slik situasjon er det kanskje lite sannsynlig at pasienten har krefter og overskudd til å tenke på sin medbestemmelse, i forhold til at mangelen på oksygen vil være så stor at den tar overhånd over situasjonen, (Kristoffersen, 2008).

Hva kan sykepleiere bidra med for å hjelpe pasienten til å bevare sin medbestemmelsesrett?

Når pasienten har dyspnè (tungpust) og er sliten, er det viktig å unngå å stille unødvendige spørsmål. Ved en akutt innleggelse kan det være nyttig at sykepleieren innhenter mest mulig informasjon fra journal og eventuelt tidligere innleggelsespapirer. Transporten fra hjemmet til sykehuset er ofte slitsom for pasienten, og sykepleieren må så fort som mulig hjelpe pasienten til sengs i et godt leie. Ved en innleggelse er som nevnt pasienter med en forverring av sin KOLS, redde, og det kan være en fordel at de blir tatt i mot av en kjent sykepleier, (Knutstad, 2010).

Det er en plikt for helsepersonell å tenke med utgangspunkt i pasientens behov og interesser, og sykepleieren bør ha som et av sine overordente mål å bemyndiggjøre sine pasienter.

Å hjelpe en pasient til økt kontroll over faktorer som påvirker hans helse, innebærer ikke minst at sykepleieren har ansvar for å ta initiativ til å gi informasjon, undervise og veilede pasienten, (Kristoffersen, 2008).

En oppsummeringsartikkel fra Nederland har sett på interessen for KOLS og tilleggslidelsene som følger med denne sykdommen. KOLS er kjennetegnet ved daglige svingninger i sykdomsforløpet. Egenmestring er et begrep som brukes i utdanningsprogrammer til pasienter som et mål for å lære ferdigheter om sykdommen, samt endringer og opplevelse av emosjonell støtte for at pasienten skal oppnå kontroll over sykdommen og leve et funksjonelt liv. Læring av egenmestring er assosiert med forbedring i livskvalitet og en reduksjon i sykehusinnleggelser. Denne artikkelen belyser hvor komplisert en KOLS-sykdom/diagnose kan være, og at behovet for egenmestring og læring er stort og nødvendig for å bedre pasienters livskvalitet, (Effing, et.al, 2007).



Brukermedvirkning har fått en stadig større plass i helse- og sosialpolitikken, og befolkningen ses ikke lenger som passive mottakere av helsetjenester. Brukermedvirkning tar sikte på å gi pasienter og brukere størst mulig kontroll over hjelpeprosessen, i dialog med profesjonelt helsepersonell.

Hensikten er at pasienter og brukere skal spille en aktiv rolle, (Halvorsen, 2010).

Hva om pasienter tar for mye kontroll over sin medbestemmelsesrett?

En risiko kan være at pasienten i tillegg til rettighetene, også har en medført plikt ved at vedkommende har et ansvar for egen helse. Pasienten kan på områder få ulike valgmuligheter og derav stå ansvarlig for sine egne valg. En annen risiko ved brukermedvirkning er at helsepersonell kan fraskrive seg ansvaret for resultatet av den behandlingen eller tjenesten som blir gitt, og pasienten kan bli holdt medansvarlig for resultatet, (Halvorsen, 2010).

Er det slik at «den som skriker høyest», får den hjelpen man vil ha, og pasienter som er medgjørelige og lite kravstore, blir mindre ivaretatt? Hva har i så fall dette å si for hvordan sykepleiere prioriterer? En forskningsartikkel utført i Norge har undersøkt sykepleieres prioritetsavgjørelser når det gjelder å tilby hjemmebaserte tjenester. 17 sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien ble intervjuet. Intervjuene viste at fordelingen av helse – og omsorgsmidler i hjemmebasert omsorg ikke foregår på et rettferdig plan. Pasienter som selv var krevende og som stod på for sitt og/ eller som hadde sterke pårørende i tillegg, ble gitt betraktelig mer midler enn pasienter som ikke hadde noen som kjempet for seg, eller som hadde krefter til å gjøre det på egen hånd. Denne artikkelen er med på å belyse en annen side av medbestemmelsesretten, og hvordan dette kan bli utnyttet til ulempe for de som kanskje ikke makter å rope høyest, men som har et desto større, hvis ikke hvert fall et likeverdig, behov for hjelp, (Tønnessen, et, al, 2009).

#### **4.4 Fremtidens sykepleietjeneste**

I forhold til sykepleieren som tjenesteyter, er sykepleieren avhengig av et samarbeid med annet helsepersonell for å sikre pasientens egenomsorgskrav som er knyttet til helseavvik, (Kirkevold, 1992).

Hva er det med sykepleierens funksjon som gjør at de kan bidra i et samarbeid med annet helsepersonell? I en sykepleiers hverdag er det ikke tilstrekkelig å ha evnen til å vise omsorg og empati. En sykepleier skal ha kunnskap og kompetanse til å se pasienten i sin helhet og dekke de grunnleggende behov. Ofte er det sykepleieren som tilbringer mest tid med pasienten, noe som gir en unik mulighet til å observere eventuelle endringer i pasientens helsetilstand. Det betyr at sykepleieren skal observere gjennom å berøre, se, og kommunisere med pasienten. En av

sykepleierens viktigste oppgave er å kunne observere pasienten, og ut i fra sin kunnskap kunne vurdere hvilke tiltak som bør iverksettes, (Synnes & Thoresen, 2011).

I forhold til sykepleierens rehabiliterende funksjon, kan konkrete sykepleiehandlinger være rettet mot å fremme rehabilitering hos pasienter med KOLS. Dette vil kunne innebære fysisk trening og støtte, undervisning og veiledning, samt andre tiltak rettet mot å styrke pasientens forståelse, kunnskap, motivasjon og vilje, (Kristoffersen, et.al, 2008). Når en pasient opplever en forverring av sin KOLS, kan pasienten bli stadig mer tungpustet og plaget av dyspnè selv ved lette anstrengelser. Som sykepleier kan man ofte føle seg hjelpesløs når KOLS – pasienten sliter med pusten, siden det ikke alltid er så mye som hjelper. I en slik situasjon kan det være viktig at sykepleier beholder roen, for hvis pasienten får angst og panikk, kan dette forverre opplevelsen av dyspnè. For å fremme en bedre respirasjon hos pasienten, kan ulike sykepleiehandlinger gå ut på å hjelpe pasienten til et høyt toraksleie. Dette gjøres for å utnytte pasientens lungekapasitet maksimalt. Leppepust kan være et annet tiltak, hvor sykepleier kan veilede pasienten til å puste rolig og avslappet ut gjennom en smal åpning mellom leppene. Sykepleieren kan bidra som en fysisk og psykisk støtte ved at sykepleieren er hos pasienten, snakker beroligende og stryker pasienten over øvre del av ryggen, noe som kan bidra til å lette et dyspnèanfall, (Oksholm, 2010).

Regjeringen er klar, kommunene er interesserte, men er nyutdannede sykepleiere klare for samhandlingsreformen? Fremtidens sykepleiere vil kunne trenge en type kompetanse som setter dem i stand til å imøtekomme samhandlingsreformens krav, nemlig i enda større grad å ta seg av akutt og kritisk syke på en forsvarlig måte, ute i kommunene.

I tråd med samfunnets behov for høyt kvalifisert helsepersonell og som en konsekvens av at sykepleiere i stadig sterkere grad får utdanningen sin i høyskole – og universitetssystemet, både på bachelor – og masternivå, er det grunn til å tro at man vil se framveksten av nye sykepleierroller, (Kirkevold & Nortvedt, 2008).

For å ta samhandlingsreformen som et eksempel, ser man at stadig flere medisinske oppgaver overføres til kommunehelsetjenesten uten at tilgjengelig medisinsk kompetanse øker tilsvarende, og det fører til at det må vurderes andre løsninger for å ivareta kompetansebehovet og sikre pasientene forsvarlig behandling. I en slik situasjon vil man muligens se en gang til på nye roller for sykepleiere og andre helsearbeidere, eller vurdere å overføre enkelte oppgaver fra en gruppe til en annen. For eksempel har man i kommunehelsetjenesten lært opp og gitt hjelpepleiere ansvar for dokumentasjon og medisinerings, til tross for at dette tradisjonelt krever sykepleierutdanning, (Kirkevold & Nortvedt, 2008).

Erfaringer med utvidede oppgaver på bestemte felter har vist seg å bedre kvaliteten på tilbudet. For eksempel kan sykepleiere få større ansvar for å kartlegge pasienters funksjon og behov, og foreta forebyggende besøk hos hjemmeboende eldre for å avdekke behandlings – og oppfølgingstilbud på et tidlig tidspunkt, (Kirkevold & Nortvedt, 2008).

Stadig flere oppgaver blir overdratt til kommunehelsetjenesten, noe som kan øke et press på sykepleietjenesten med tanke på tid, kompetanse og omsorg. En norsk forskningsartikkel har undersøkt sykepleieres avgjørelser i forhold til prioriteringer i hjemmebasert omsorg, og etiske følger det kan få for den kliniske sykepleiepraksisen. Sykepleiere erfarer at de må rasjonalisere omsorgen til hver enkelt bruker for at de skal kunne hjelpe flest mulig. Hjemmebasert omsorg skal være kost effektivt og prioriteringer er basert på administrative avgjørelser som innebærer stramme tidsskjemaer, og en begrenset omsorg. Denne forskningsartikkelen er med på å fremheve de utfordringene som kommunene står ovenfor i hjemmebasert omsorg: mangel på kompetanse, for lite ressurser, stramt tidsskjema, for liten økonomi, (Tønnessen, et.al, 2011).

De nye helselovene slår utvetydig fast at den enkelte fagutøver har et selvstendig ansvar for å sikre faglig forsvarlig praksis. Selvstendig ansvar innebærer at den enkelte selv er ansvarlig for å sette grenser for sin fagutøvelse med utgangspunkt i egen realkompetanse. Sykepleiere må erkjenne grensene for sin kompetanse og ikke utføre oppgaver som de mangler tilstrekkelige kunnskaper og opplæring til å ivareta. De skjerpete og individualiserte kravene til faglig forsvarlighet innebærer at formalkompetanse, tilegnet gjennom utdanning, ikke sikrer forsvarlig praksis.

Utdanningen danner selve grunnlaget for fagutøvelsen, men de raske endringene i kunnskap, teknologi, helsetjenestens oppgaver og organisering og befolkningens behandlings – og pleiebehov gjør at kontinuerlig faglig ajourføring og spesialisering av kompetanse er påkrevd.

Formell videreutdanning og opplæring blir stadig viktigere. For å understøtte en faglig forsvarlig og mest mulig effektiv praksis må sykepleieutøvelsen være kunnskapsbasert. Det er et ansvar som forskere, lærere, sykepleieledere og kliniske sykepleiere deler, (Kirkevold & Nortvedt, 2008).

Med de mange utfordringer som venter for fremtidens sykepleietjeneste, vil kravene til kunnskap og kompetanse være høyere og mer skjerpet, og en stadig faglig oppdatering av egen personlige kompetanse vil være påkrevd, (St.meld.nr. 47, 2008-2009).

## 5.0 KONKLUSJON

Samhandlingsreformen er nå i ferd med å sette sine spor i flere av landets kommuner, noe man daglig kan lese om i aviser og se på nyhetene på TV. Dette til både skrekk og gru for noen, og glede og håp for andre. Sett i lys av samhandlingsreformen er det allikevel vår oppgave som sykepleiere å sikre sykepleiefaglig forsvarlighet i utførelsen av våre tjenester. Når eldre pasienter med forverring av sin KOLS mottar koordinerte helsetjenester, er det viktig at vi som sykepleiere har pasienten i fokus. Når pasienten opplever en svikt i sin egenomsorg kan vi som sykepleiere hjelpe til med å bevare denne ved å tilby og informere om individuell plan og hensikten med denne.

Som sykepleiere er vi lovpålagt dette, samt at det er lovfestet at pasienter har rett til å medvirke i sin behandling og gjennomføring av helsetjenester. Både Henderson og Orem ser på sykepleie som en erstatning for pasientens egenomsorg, i situasjoner hvor pasienten selv ikke er i stand til å ivareta disse på egenhånd. Dette innebærer blant annet å sikre pasientens grunnleggende behov, ved at sykepleier benytter seg av sine kunnskaper rundt observasjon ved å se, lytte, berøre og kommunisere med pasienten. Videre i forhold til å sikre sykepleiefaglig forsvarlighet, blir sykepleierens rehabiliterende funksjon viktig, med fokus på å sette inn tiltak, veiledning og undervisning. Dette for igjen å styrke pasientens ressurser og egenmestring.

Kommunikasjon er en viktig faktor for å sikre sykepleiefaglig forsvarlighet, ved at sykepleietjenesten i kommune – og spesialisthelsetjenesten samhandler og videreformidler pasientens status og hjelpebehov ved hjelp av skriftlig, elektronisk dokumentasjon. Dette skal igjen bidra til å ivareta pasientens liv og helse. Sykepleierens bidrag i behandlingsforløpet skal synliggjøres gjennom dokumentasjonen.

Samhandlingsreformen vil kunne gjenspeile seg i fremtidens sykepleietjeneste, ved at det vil bli satt høyere krav til sykepleieres kompetanse og kvalitet. Dette vil kunne innebære at sykepleieren er kunnskapsbasert, og har en plikt til å holde seg oppdatert på ny forskning og endringer i retningslinjer og lovverk. For å sikre pasienter sykepleiefaglig forsvarlighet og kvalitet i deres helsehjelp, er det av avgjørende betydning at sykepleiere selv tar ansvar og kjenner på begrensningene i egen kompetanse.

## LITTERATURLISTE

- Brodtkorb, K. 2008. Respirasjon og sirkulasjon. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H., (red.) «Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten». Kap. 26, s. 319-332. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1.utg, 2.opplag.
- Dahl, K., Heggedal, K. & Standal, S. 2008. Sykepleiedokumentasjon. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A., (red.). «Grunnleggende sykepleie». Bind 4. Kap, 24, s.100-148. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1.utg, 3.opplag.
- Dalland, O., 2010. «Metode og oppgaveskriving for studenter». Oslo: Gyldendal Akademisk. 4.utg, 4.opplag.
- \*Danielsen, B. & Fjær, S., 2010. «Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune»  
Lokalisert 23.01.12, på <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/342942/erfaringer-med-a-overfore-syke-eldre-pasienter-fra-sykehus-til-kommune>
- \*Dolonen, K.A., 2012. «Samhandlingsklar?» Lokalisert 23.01.12, på <http://www.sykepleien.no/nyhet/795957/samhandlingsklar?>
- \* Effing, T., Monninkhof, E.E.M., van der Valk, P.P., Zielhuis, G.G.A., Walters, E.H., van der Palen, J.J. & Zwerink, M., 2007. «Self – management education for pasients with chronic obstructive pulmonary disease». Lokalisert 02.02.12, på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002990.pub2/pdf>
- Fjørtoft, A.K., 2009. «Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter». Bergen: Fagbokforlaget. 3.opplag.
- Halvorsen, K., 2010. «Grunnbok i helse – og sosialpolitikk». Oslo: Universitetsforlaget. 4.utg.

- \*Helsedirektoratet, 2011. «Individuell plan og koordinator». Lokalisert 23.01.12, på <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Side/default.aspx>
  
- \*Henderson, V., 1997. «Basic Principles of Nursing Care». Washington: American Nurses Publishing. 2.utg.
  
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O., 2009. «Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi». Oslo: Gyldendal Akademisk. 2.utg, 1.opplag.
  
- \* Kirkevold, M., 1992. «Sykepleieteorier – analyse og evaluering». Ad Notam Gyldendal A/S, 4.opplag.
  
- Kirkevold, M. & Nortvedt, P., 2008. Framtidens sykepleie – nye arenaer og endrete vilkår. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A, (red.). «Grunnleggende sykepleie». Bind 4. Kap. 27, s. 236-250. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1.utg, 3.opplag.
  
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A., 2008. Om sykepleie. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (red.) «Grunnleggende sykepleie». Bind 1. Kap.1, s. 13-27. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1.utg, 3.opplag.
  
- Kristoffersen, N.J., 2008. Stress, mestring og endring av livsstil. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A., (red.). «Grunnleggende sykepleie». Bind 3. Kap 21, s.206-270. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1.utg, 3.opplag.
  
- \*Lov om helse- og omsorgstjenester, 2011. Lokalisert 27.01.12, på <http://lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>
  
- \*Lov om helsepersonell, 2011. Lokalisert 27.01.12, på <http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/all/hl-19990702-064.html>
  
- \*Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2011. Lokalisert 27.01.12, på

<http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/all/hl-19990702-063.html>

- Nortvedt, M.W, Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M, 2008.  
«Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere». Oslo: Norsk Sykepleierforbund. 1.utg, 2.opplag.
  
- Oksholm, T., 2010. Sykepleie til pasienter med lungesykdom. Knutstad, U. (red.)  
«Sykepleieboken 3 - Klinisk sykepleie». Kap. 5, s. 191-237. Oslo: Akribe. 1.utg, 2.opplag.
  
- \* Otterstad, H. K., 2011. «Hva kan vi lære av svensk samhandling?» Lokalisert 23.01.12, på  
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/784848/hva-kan-vi-lare-av-svensk-samhandling?>
  
- \* Shepperd, S., Doll, H., Broad, J., Gladman, J., Iliffe, S., Langhorne, P., Richards, S., Martin, F. & Harris, R., 2008. «Hospital at home early discharge». Lokalisert, 18.01.12, på  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000356.pub3/full>
  
- \* St. meld. nr.47, (2008-2009). «Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid» . Lokalisert 09.01.12, på  
<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>
  
- \* Synnes, M. & Thoresen, T.B, 2011. «Hvor forberedt er sykepleierne?» Lokalisert 23.01.12, på  
<http://www.sykepleien.no/standpunkt/kronikk/604394/hvor-forberedt-er-sykepleierne?>
  
- \* Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Førde, R., 2011. «Rationing home – based nursing care: professional ethical implications». Lokalisert 18.01.12, på  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a3b78659-dfec-4bd5-bf4b-1f5ddd6214b6%40sessionmgr104&vid=28&hid=127>
  
- \* Tønnessen, S., Førde, R. & Nortvedt, P., 2009. «Fair nursing care when resources are limited: the role of patients and family members in Norwegian home – based services». Lokalisert 18.01.12 på <http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.0b/ovidweb.cgi?&S=JGBEPDDMBMHFFNADFNALFAAGDPNJAA00&Complete+Reference=S.sh.36%7c5%7c1>

\* Selvvalgt litteratur

## Vedlegg 1

Forfattere År Land Tidsskrift						
<b>Forskn.art nr.1:</b>  Sasha Shepperd, Helen Doll, Joanna Broad, John Gladman, Steve Iliffe, Peter Langhorne, Suzanne Richards, Finbarr Martin & Roger Harris  2008  Storbritannia  Cochrane Collaboration	Hospital at home early discharge	Konseptet med «sykehus i eget hjem» startet i Frankrike i 1961. Pasienter som blir behandlet ut i fra et slikt konsept kan unngå akutt sykehusinnleggelse, ved å få en vurdering i eget hjem av fastlegen, eller som et alternativ at pasienter blir skrevet ut tidligere fra sykehus for å motta tilsvarende pleie og behandling i hjemmet.	Randomisert kontrollert studie, oversikts-artikkel.  Videre har det blitt søkt i ulike databaser.  Forfatterne har kontaktet 21 av de inkluderte studiene på e-mail eller telefon for å prøve å få de til å bidra til et samarbeid til oversikts-artikkelen.	Forfatterne inkluderte 26 studier i oversikts-artikkelen, hvorav 13 av 21 mulige ble inkludert.  Det ble et frafall fra 5 av studiene, grunnet forverring av sykdom/operasjon.	Denne forsknings-artikkelen viser at «sykehus i eget hjem» er et godt alternativ til tilsvarende behandling på sykehus, og som et effektivt middel for å spare sengeplasser på sykehus.	Denne forsknings-artikkelen er relevant for vår oppgave, spesielt etter at samhandlingsreformen har tredt i kraft, og kommunene vil få en endret og utvidet rolle i fremtiden.
<b>Forskn.art nr.2:</b>  Siri Tønnessen, Per Norvedt & Reidun Førde  2011  Norge  Nursing Ethics	Rationing home – based nursing care: professional ethical implications.	Undersøke sykepleieres avgjørelser i forhold til prioriteringer i hjemmebasert omsorg, og etiske følger det kan få for den kliniske sykepleiepraksisen.	Kvalitativ, intervju	17 sykepleiere som jobber i hjemme - sykepleien ble intervjuet. Intervjuene varte i 1 ½ til 2 timer. Sykepleiernes erfaringer varierte fra 1 ½ - 35 år. Alderen varierte fra 25-55 år.	Sykepleiere erfarer at de må rasjonalisere omsorgen til hver enkelt bruker for at de skal kunne hjelpe flest mulig. Hjemme – basert omsorg skal være kost – effektivt og prioriteringer er basert på administrative avgjørelser som innebærer stramme tidsskjemaer, og en begrenset omsorg.	Denne forsknings – artikkelen er også meget relevant for vår oppgave, i forhold til at den peker på/er med på å fremheve de utfordringene som kommunene står ovenfor i hjemmebasert omsorg: mangel på kompetanse, for lite ressurser, stramt tidsskjema, for



						liten økonomi....
<p><b>Forskn.art nr. 3:</b></p> <p>Siri Tønnessen, Reidun Førde &amp; Per Nortvedt</p> <p>2009</p> <p>Norge</p> <p>Policy, politics &amp; nursing practice</p>	<p>Fair nursing care when resources are limited: the role of patients and family members in Norwegian home – based services.</p>	<p>Undersøke sykepleieres prioritetsavgjørelser når det gjelder å tilby hjemme – baserte tjenester.</p>	<p>Kvalitativ, intervju.</p>	<p>17 sykepleiere som jobber i hjemme - sykepleien ble intervjuet. Intervjuene varte i 1 ½ til 2 timer. Sykepleiernes erfaringer varierte fra 1 ½ - 35 år. Alderen varierte fra 25-55 år.</p>	<p>Intervjuene viste at fordelingen av helse – og omsorgs - midler i hjemme – basert omsorg ikke foregår på et rettferdig plan. Pasienter som selv var krevende og som stod på for sitt og/ eller som hadde sterke pårørende i tillegg, ble gitt betraktelig mer midler enn pasienter som ikke hadde noen som kjempet for seg, eller som hadde krefter til å gjøre det på egen hånd.</p>	<p>Denne artikkelen er høyst relevant for vårt tema i forhold til bruker-medvirkning og dette sett opp i mot sykepleieres forsvarlighet</p>
<p><b>Forskn.art nr. 4:</b></p> <p>Tanja Effing, Evelyn E.M Monninkhof, Paul P van der Valk, Gerhard G.A Zielhuis, E.Haydn Walters, Job J van der Palen &amp; Marlies Zwerink.</p>	<p>Self – management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease</p>	<p>Det er stor interesse for KOLS og tilleggs-lidelsene som følger med denne sykdommen KOLS er kjenne – tegnet ved daglige</p>	<p>Randomisert kontrollert studie, oversikts-artikkel.</p> <p>Videre har det blitt søkt i ulike databaser.</p>	<p>Studien har kun inkludert pasienter som har fått diagnosen KOLS.</p> <p>Totalt ble 2239 pasienter inkludert i studien, hvorav et totalt antall</p>	<p>Læring av egen – mestring er assosiert med forbedring i livskvalitet og en reduksjon i sykehus - innleggelseser.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave, i den grad at den er med å belyser hvor komplisert en KOLS-sykdom/diagnose kan være, og at behovet for</p>

<p>2007</p> <p>Nederland</p> <p>Cochrane Collaboration.</p>		<p>svingninger. Egen – mestring er et begrep som brukes i utdanningsprogrammer som et mål for å lære ferdigheter om sykdommen samt endringer og opplevelse av emosjonell støtte for at pasienten skal oppnå kontroll over sykdommen og leve et funksjonelt liv.</p>		<p>på 14 studier. 1924 pasienter fullførte studien.</p>		<p>egen – mestring og læring er stort og nødvendig for å bedre pasienters livskvalitet.</p>
---	--	---	--	---	--	---

