



Høgskolen i **Hedmark**

Høgskolen i Hedmark  
Avdeling for helse og idrettsfag

4AVS304

Hege Søreide  
Veileder Åse Leirvik

# I spenningsfeltet mellom tradisjoner og nytenkning

## Within the tension field between traditions and innovation

Ord: 10311

Bachelor i sykepleie Kull 121 K

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

\*

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv  
Brage:

\*

JA

NEI

## *Forord*

*Det du tror om meg*

*slik du er mot meg,*

*hvordan du ser på meg,*

*hva du gjør mot meg,*

*slik blir jeg*

(ukjent)

## INNHold

1. INNLEDNING .....	3
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for av tema og problemstilling .....	4
1.2 Avgrensing av problemstilling .....	4
1.3 Oppgavens oppbygning .....	5
2. METODE .....	6
2.1 Beskrivelse av metode .....	6
2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk .....	6
2.3 Kildekritikk .....	7
3. PASIENTEN MED KOLS .....	8
3.1 KOLS .....	8
3.1.1 Behandling og prognose .....	8
3.2 Å leve med KOLS .....	9
4. SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV .....	10
4.1 Sykepleierens kompetansefelt .....	10
4.2 Sykepleierens delfunksjoner .....	11
4.3 Virginia Henderson tanker om sykepleiere .....	12
4.4 Joyce Travelbee om sykepleie .....	12
4.5 Teori om trygghet .....	13
5. SAMHANDLINGSREFORMEN .....	14
5.1 Samhandlingsreformens intensjoner .....	14
5.2 Behovet for koordinerte tjenester .....	15
6. HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BRUKE SIN KOMPETANSE FOR Å FREMME TRYGGHET HOS HJEMMEBOENDE PASIENTER MED KOLS? .....	16
6.1 Relasjonstrygghet .....	16
6.2 Stole på andre trygghet .....	20
6.3 Kunnskaps – og kontrolltrygghet .....	25
7. KONKLUSJON .....	30
REFERANSELISTE .....	

# INNLEDNING

Jeg velger å innlede oppgaven med et refleksjonsnotat skrevet i siste praksis på medisinsk avdeling. Pasienten er anonymisert på grunnlag av taushetsplikten.

*Det aller sterkeste møtet jeg hadde, var med en dame på 73 år. Hun var enke, men hadde en datter som besøkte henne av og til. Mimmi hadde nå kommet til stadiet tre i sin KOLS-sykdom, og det fantes ikke lenger krefter til annet enn å puste. Mimmi klarte ikke lenger å ivareta sine grunnleggende behov, og selv små gjøremål måtte vike for den skrantende helsen. Det som ble det vanskeligste i møtet med denne damen var ikke hennes fysiologiske plager, de kunne vi i noe grad forbedre ved hjelp av medisiner og god sykepleie. Det aller verste, var den kontinuerlige angsten som denne damen kriget med hver time, hvert sekund av dagen. Hun var blitt godt vant til å være på sykehus, i perioder var hun mer der enn hjemme. Problemene begynte da legen ga beskjed om utskrivelse. Hun tryglet og ba, livredd for å bli sent hjem. "Det er ingen som kan være hos meg. Hva hvis jeg blir dårligere?" Jeg så at dette ville bli vanskelig, at det ikke var riktig å sende henne hjem med hjemmesykepleie som eneste trygghet, og en følelse av avmakt vokste seg stor.*

*"Du kan alltid komme tilbake hvis du blir sykere, vi er jo her hele døgnet", var legens form for tryggende tiltak, og vi visste at det ville skje, som så mange ganger før. "Vi skal snakke med hjemmesykepleien for deg" var sykepleierens lovnader. Verken hun eller jeg klarte å ivareta behovet for trygghet, og vi bidro til at pasienten ble mer engstelig. Det verste var at vi fulgte systemets retningslinjer og strakk oss så langt vi kunne. I denne situasjonen ble det helt klart for meg at denne "kasteball- håndteringen" ikke er forsvarlig og at det norske helsevesenet ikke alltid holder mål. Det var i dette møtet mitt ønske om forandring vokste frem...(eget refleksjonsnotat, 2012)*

Dette er min avsluttende eksamen i sykepleiefaget ved Høgskolen i Hedmark. Jeg har fått utdelt tre ulike temaer fra retningslinjer for bacheloroppgave, Høgskolen i Hedmark. Jeg har valgt temaet som omhandler "sykepleiefaglig forsvarlighet og behovet for koordinerte helsetjenester etter innføring av samhandlingsreformen". I dette kapittelet vil jeg, i tillegg til valg av tema, presentere problemstilling, oppgavens begrensninger og oppgavens oppbygging.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling**

Sykdomsbildet har vært i radikal endring de siste tiårene og KOLS er en av de økende sykdommene, både i Norge og vesten generelt. Pasienter med KOLS blir ofte ofre for ”kasteball - håndtering”, og er i ofte i mangel på trygge rammer.

Samhandlingsreformen tredde i kraft 1. Januar 2012, men min erfaring i praksis viser at det eksisterer lite kunnskap blant sykepleiere om reformens intensjoner.

Oppgaven er skrevet på grunnlag av at jeg finner temaet interessant og tidsaktuelt. Jeg ser også at oppgavens tema kan bidra til å styrke min sykepleieridentitet. Dette ser jeg som viktig knyttet opp mot sykepleierens nøkkelrolle i reformen, og de utfordringer den vil kunne gi meg i fremtiden. Jeg ser også at temaet vil styrke kunnskapsplattformen min, både på personlig, etisk og faglig plan. Jeg ønsker derfor å fordype meg i hvordan sykepleieren kan bruke sin kompetanse for å skape et tryggere pasientforløp.

Problemstillingen blir som følger:

*”I lys av samhandlingsreformens intensjoner:*

*Hvordan kan sykepleieren bruke sin kompetanse for å fremme trygghet hos hjemmeboende pasienter med KOLS?”*

## **1.2 Avgrensning av problemstilling**

Jeg har valgt å følge en bestemt vei, da oppgaven rommer store temaer. Konteksten vil være i pasientens hjem, og sykepleieren arbeider i hjemmesykepleien. Pårørende ser jeg ville vært av relevans for besvarelsen, men er utelukket grunnet oppgavens ordbegrensning. Jeg har valgt å se bort fra det medisinskfaglige, men ha konsekvent blikk mot sykepleie. Knyttet til samhandlingsreformen har det blitt nødvendig å utelukke en hel del. Jeg ønsker derfor å fordype meg i hva som blir viktig på individnivå, og har valgt ut det som er relevant for gangen i denne oppgaven. Med dette utelukkes reformens innvirkning på systemnivå, inklusiv økonomiske aspekter.

### **1.3 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven er delt inn i en innledning, metodedel, teoridel, drøftedel og konklusjon.

Innledningen begynner med en selverfart hendelse jeg hadde i min siste praksis på somatisk sykehus. Videre følger bakgrunnen for valgt tema og problemstillingen og deretter avgrensningen av problemstilling.

I kapittel to presenteres metodekapittelet. Her presenteres metoden for litteraturstudie samt redegjørelse av litteratursøk og kildekritikk. I kapittel tre presenteres teori om pasienten med KOLS sykdom, og kapittel fire beskriver sykepleiefaglig teori. I kapittel fem følger et sammendrag av de viktigste elementene i samhandlingsreformen. Jeg har valgt å snakke generelt om temaet, for å gjøre det lettere å forstå hovedtrekkene i reformen.

I kapittel seks presenteres drøftingsdelen. Her vil jeg sette teori og praksis opp mot hverandre, og samtidig komme med noen innspill til hvordan man kan løse enkelte utfordringer knyttet til fremtidens krav til sykepleieprofesjonen. I drøftingsdelen vil enkelte utdrag fra egenskrevet refleksjon være med for å belyse temaet på en bedre måte, og for å få frem min tankeprosess. Videre er drøftingen delt inn i de tre trygghetsbegrepene som Kerstin Segesten (Thorsen, 2009) beskriver, og vil være bygget rundt hva hun legger i begrepene, og hvordan jeg tolker de i forhold til oppgavens problemstilling. I syvende og siste kapittel følger konklusjonen hvor jeg besvarer oppgavens problemstilling.

## 2 METODE

Her vil jeg presentere metoden som er valgt for denne oppgaven.

### 2.1 Beskrivelse av metode

Metoden er ment å belyse hvordan jeg har gått frem for å innhente kunnskap, eller etterprøve den. Å velge en bestemt metode vil bidra til å gi meg data, slik at spørsmålet mitt blir belyst på en faglig og god måte (Dalland, 2007).

Retningslinjene gitt av Høgskolen i Hedmark stiller krav om at litteraturen som benyttes er av relevans for oppgaven, og skal også kvalitetsbedømmes og granskes. Kildene jeg benytter skal derfor være valide og pålitelige. Oppgaven er skrevet som en litteraturstudie i henhold til Høgskolens reglement for bacheloroppgaven. Innhentet teori skal være av nyere dato, og den skal helst være hentet fra primærkilder. Sekundærkilder kan benyttes, men det stilles da høyere krav til kvalitetsvurdering, da kilden er bearbeidet og fortolket av andre (ibid).

### 2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

Jeg begynte allerede i siste praksis å innhente kunnskap om samhandlingsreformen og pasienter med KOLS. Ønsket var å få fanget utfordringene som disse pasientene lever med i det daglige liv. I praksis hadde jeg mange faglige og spennende diskusjoner rundt temaet, både med legestanden og erfarne sykepleiere. Jeg har også fulgt offentlige debatter om temaet, og i Tidsskriftet Sykepleien. Det har vært utfordrende å finne relevant forskning knyttet til problemstillingen. Samhandlingsreformen er det ingen forskning på, og tilsvarende modeller i utlandet ble valgt bort da jeg ønsket å ha fokus på pasienter i Norge. Innhenting av kunnskap har derfor vært granskning av stortingsmeldinger, hvor intensjonene er nøye beskrevet.

Trygghet er et vidt begrep, og jeg fant ingen forskning som var gyldig og relevant for min vinkling av begrepet. Jeg begynte derfor systematisk søking etter forskning knyttet til sykepleierens kompetanse område. Jeg benyttet pico – skjema i søkeprosessen, da det på denne måten var lettere å finne gode søkeord. Databasene jeg benyttet var helsebiblioteket, SweMed, kunnskapsegget, sykepleien og chinal. Norske søkeord jeg benyttet var: Sykepleier – pasient – fellesskapet, undervisning, kompetanse. Engelske søkeord som ble benyttet var: nurse, patient, education, clinical competence. Jeg valgte til slutt to forskningsartikler lokalisert på sykepleien.no. I tillegg til dette og pensumlitteratur, benytter jeg en fagartikkel ”KOLS gir angst”, lokalisert på sykepleien, videre en treårig pilotstudie ”KOLS – kofferten”,

gjennomført av Dalane distriktsmedisinske senter/ Helse Stavanger HF. Videre har jeg benyttet en biografi "Kronisk" av Anna Tostrup Worsley som skriver om å leve med kronisk sykdom, for å skaffe en bedre forståelse av å være pasient. Boken har overføringsverdi selv om den ikke omhandler KOLS. "Gode fagfolk vokser" av Skaug og "Veiledning – mer enn ord.." er også benyttet knyttet til enkelte temaer.

## **2.2 Kildekritikk**

Å være kildekritisk vil si at man vurderer og evaluerer kildene som benyttes, for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2007). Det er spesielt viktig da man søker på det åpne nettet, da man ikke alltid vet kilden. Jeg har stilt meg kritisk til utvalgt litteratur, ved at kildene er kjente, vurdert og av nyere dato. Teorien knyttet til samhandlingsreformen er skrevet ut ifra stortingsmelding 16 (2010- 2011), og ikke melding 47, da sistnevnte ikke er like beskrivende knyttet til reformens intensjon. Reformen er presentert hos Kunnskapsdepartementet, er av nyere dato og anses derfor for å være gyldig.

Jeg har valgt å benytte en sjekklister for kvalitative studier, som jeg lokaliserte på kunnskapssenteret.no, og gjorde ut i fra denne en kvalitetsvurdering av artiklene jeg fant. Kvalitativ forskning er ment for å belyse ny kunnskap, mens fagartikler underbygger eksisterende kunnskap (ibid). Artiklene "Hva kjennetegner kritisk tenkning" (2012), var en oppsummert forskningsartikkel hvor metoden kom godt frem. Artikkelen "Mindfulness – det oppmerksomme nærvær" (2011) kom metoden også godt frem, men den knyttet seg mer til bevisstgjøring av nærværet, enn hvordan man skal opptre i nærværet. Da jeg ønsket å komme frem til bevisstgjøring av kompetansen, anser jeg den for å være relevant for dette bruk. Begge artiklene er oversatt til norsk av forfatterne, så språkforståelsen har ikke vært noe problem. Jeg har for det meste benyttet pensumlitteratur, og anser derfor kildene for å være gyldige. Boka "Gode fagfolk vokser" er anbefalt av Høgskolen i Hedmark, og hennes teorier har vært benyttet gjennom studiets treårige løp, det samme gjelder boka til Tveiten. Boka til Kirkevold er fra 1992, men jeg har sett denne i samsvar med pensumlitteraturen, og har på denne måten stilt meg kritisk til kilden. Samme kritikk har jeg gjort i forhold til boka "Generell sykepleie 2" som er fra 1995, ved å se teorien opp mot pensumlitteratur.



## **3 PASIENTEN MED KOLS**

Jeg vil her presentere teori jeg anser som relevant og viktig for å kunne besvare oppgavens problemstilling, og som tar utgangspunkt i pasientens situasjon. Teorien videre er satt opp på en systematisk måte, som skal gjøre det oversiktlig å lese oppgaven.

### **3.1 Hva er KOLS**

Kronisk Obstruktiv Lungesykdom er en samlebetegnelse på flere sykdommer, der luftstrømmen gjennom luftveiene er redusert. Kronisk bronkitt og emfysem er de vanligste undergruppene av KOLS (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røise, 2010). Sykdommen kommer snikende, og vil med tiden ødelegge lungevevet samt bidra til kontinuerlig luftveisirritasjon. De respiratoriske alveolene og bronkiolene vil etter hvert utvides og bli mindre elastiske. Dette bidrar til at området for gassutveksling blir mindre, og pasienten får problemer med å ta opp O<sub>2</sub> og skille ut CO<sub>2</sub>. I tilfeller hvor de små luftveiene klapper sammen, vil pasienten få uttalt dyspné (ibid.). Hovedårsaken til at sykdommen oppstår er langvarig røyking, men genetiske faktorer samt yrkesmessig eksponering kan også være årsak til sykdomsutvikling (ibid.).

Sykdommen bærer preg av hoste, særlig om morgenen, dyspné, fatigue, piping i brystet, nedsatt fysisk funksjonsevne og hyppige luftveisinfeksjoner. Det er ikke uvanlig at pasienter med KOLS får komplikasjoner som forverrer sykdomsbildet. Bronkopneumoni, pneumotorax og respirasjonssvikt er de vanligste, men forhøyet blodtrykk og hjertesvikt vil også kunne oppstå når sykdommen utvikles (Jacobsen et al, 2010; Knutstad, 2010).

#### ***3.1.1 Behandling og prognose***

Sykdommen er ikke mulig å kurere, så det er vanlig at man behandler forebyggende, symptomatisk og etter hvor i sykdomsforløpet pasienten er (Jacobsen et al., 2010). Den aller beste behandlingen er røykeslutt, og forbedring av arbeidsmiljø/ hjemmemiljø. Medikamentell behandling er som oftest nødvendig, i form av inhalasjonssteroider og bronkodilaterende preparater (ibid.). Akutte forverring behandles med antibiotika og kortikosteroider i tablettform. Prognosen avhenger av hvor tidlig sykdommen oppdages, og hvilke komplikasjoner som har oppstått i sykdomsutviklingen (ibid.). Røykeslutt, lungefysio, sunn livsstil og medikamentell behandling vil som oftest ha en positiv innvirkning på sykdommen (Knutstad, 2010).

## 3.2 Å leve med KOLS

Når en pasient lever med diagnosen KOLS, vil dette få en rekke konsekvenser for livskvaliteten til den det gjelder. Sykdommen bærer først og fremst preg av svekket fysisk yteevne på grunn av dyspné. De vil ofte få behov for sykepleie da egenomsorgsbehovene blir vanskeligere å ivareta etter hvert som sykdommen utvikler seg (Knutstad, 2010).

Pasientene utvikler ofte dehydrering, underernæring og vekttap. Dels fordi de ikke makter å bruke krefter på matlaging, og dels fordi respirasjonsproblematikken gjør tygging av mat til en slitsom prosess. Konsekvensen av dette vil fremme en uheldig utvikling av sykdommen i form av at de får dårligere lungefunksjon, diafragmastørrelse, og økt mortalitet (Knutstad, 2010; Jacobsen et al., 2010).

Den syke vil ofte ”helgardere” seg ved å unngå situasjoner som kan bidra til en forverring av symptomene. Det er vanlig at den syke isolerer seg fra sosiale situasjoner, og mange blir deprimerte og ensomme innenfor husets vegger (Knutstad, 2010).

Dyspné og angst er knyttet tett sammen, skriver Knutstad (2010). Mange pasienter vil beskrive sykdommen som ”å puste i bomull”, eller følelsen av å drukne i sine egne lunger. Ved økt dyspné er det ikke uvanlig at pasienten preges av en sterk angst. Knutstad (2010) påpeker videre at angsten for å utvikle et nytt anfall er like fremtredende som å ha ett.

I tillegg til disse utfordringene, er også behovet for aktivitet og hvile et problem ved sykdommen. Ofte er pasientene svært utmattet, mye grunnet den påkjenningen det er å puste dårlig, men også mye grunnet andre symptomer, eksempelvis hoste og slim, som er mer fremtredende på natten og tidlig morgen. Kombinasjonen av svekket søvnkvalitet og dyspné vil videre føre til nedsatt aktivitet, og det har lett for å bli en ond sirkel som er vanskelig å bryte. Det nedsatte aktivitetsnivået vil også ha en rekke konsekvenser for pasienten, i negativ forstand, som dårligere kondisjon, sirkulasjon og nedsatt mestringsevne for å nevne noen (Knutstad, 2010; Jacobsen et al., 2010).

## **4 SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV**

Her vil jeg presentere teori som er vesentlig i forhold til sykepleieren, og som er viktig når problemstillingen skal drøftes.

### **4.1 Sykepleierens kompetansefelt**

Greta Marie Skaug (2011) deler sykepleierens kompetanse inn i tre komponenter: Teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Hun sier disse til sammen utgjør sykepleierens profesjonelle kompetanse.

Gjennom en egen rammeplan er det utviklet en rekke kriterier som skal oppfylles for å bli godkjent sykepleier i Norge. Det er Kunnskapsdepartementet som fastsetter disse rammene, og den belyser de områdene som forventes som ferdig utdannet sykepleier. Målet med planen er å sikre en likeverdig utdanning for sykepleiere uavhengig av studieplassens lokalisasjon (Rammeplan for sykepleierutdanningen, 2008).

De tre hjørnesteinene i sykepleiefaget skal være pleie, omsorg og behandling. I tillegg til dette belyser planen en rekke andre kriterier både til faglig, personlig og praktisk kunnskap. Sykepleiere skal inneha et likt verdigrunnlag sier Rammeplan for sykepleierutdanningen (2008).

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.”

”Sykepleie skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.”

(Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, NSF, 2011:7)

Videre må sykepleieren blant annet ha kunnskap om hvordan sykdom innvirker på den syke og kunnskap innen anatomi og sykdomslære, livskvalitet, mestring, håpets betydning, ivaretagelse av pårørende, alternative og ordinære behandlingsopplegg, tverrfaglig samarbeid, rehabilitering/ habilitering, lindring, undervisning/ veiledning og helsefremmende/ forebyggende arbeid.

Det overordnede målet er at sykepleieren skal utvikle handlingsberedskap og handlingskompetanse i sykepleiefaget. Med dette menes den kunnskapen som er nødvendig for å kunne ivareta og utøve forsvarlig sykepleie. Videre sier planen at sykepleieren skal kjenne sitt fagområde, og sine begrensninger i utøvelsen av faget (Rammeplan for sykepleierutdanningen, 2008).

#### **4.2 Sykepleierens funksjonsområder**

Det er syv ulike del - funksjoner som danner bildet av sykepleierens funksjons – og ansvarsområder (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2009). Jeg har valgt å utdype tre av del – funksjonene som rettet mot sykepleien til pasienten.

##### ***Sykepleierens behandlende funksjon:***

Innenfor denne funksjonen er sykepleien rettet mot mennesker som har en akutt eller kronisk helse – eller funksjonssvikt. Her vil pasienten ha problemer knyttet til ivaretagelse av de grunnleggende behovene, og mangler de ressursene som er nødvendig for å ivareta seg selv, og fremme egen helse. Det er også av betydning hvordan pasienten takler situasjonen hun er i, og i hvilken livssituasjon og erfaringsbakgrunn hun har. Sykepleieren vil måtte overta ansvaret for gjøremålene, så lenge det er behov for det. Aktuelle tiltak vil kunne være kroppslig stell og hygieniske tiltak (Kristoffersen et al., 2009).

##### ***Sykepleierens lindrende funksjon***

I denne funksjonen er sykepleiens mål å begrense ulike belastninger av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter. Pasienten kan ha angst, ubehag av ulik art, smerte og lidelse eller ha tidligere erfaringer som oppleves som vanskelig. Funksjonen sier at sykepleieren skal bidra til å fremme menneskets følelse av velvære, bidra til mestringskompetanse i forhold til hvordan sykdommen innvirker på menneskets helhet og utføre lindring som skal fremme fysisk og psykisk velvære. Sykepleien kan eksempelvis være å støtte og veilede pasienten samt tilrettelegging av miljøet og psykososialt samvær etter pasientens ønsker/ behov (Kristoffersen et al., 2009).

### ***Sykepleierens rehabiliterende funksjon***

Sykepleien her er rettet mot pasienter som er i en situasjon der sykdom/ skade har bidratt til økt behov for kunnskap, oppøving av ferdigheter og mestring av livssituasjonen. Sykepleieren skal her sørge for at pasienten får styrket sine egne muligheter til å ivareta grunnleggende behov. Tiltak her kan blant annet være å styrke pasientens forståelse, kunnskap, motivasjon og vilje (Kristoffersen et al., 2009).

### **4.3 Virginia Hendersons tanker om sykepleiere**

Det overordnede i Hendersons tenkning er sykepleierens rolle og ansvarsområde. Hendersons perspektiv tok utgangspunkt i ” sykepleie som ivaretagelse av det syke menneskets grunnleggende behov”, og hun har blant annet utviklet grunnprinsippene i sykepleie (Kristoffersen, 2009; Kirkevold, 1992).

Henderson så kropp og sjel som nært sammenknyttet, og at alle mennesker har noen grunnleggende behov som er nødvendige å ivareta (ibid). Når et menneske får behov for sykepleie, definerer Henderson sykepleierens funksjon slik:

*” ... å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig”*

(siteret i Kristoffersen, 2009:35).

Hun mente samtidig at den trengende hadde en sterk autonomi, og at sykepleien må baseres på et samspill mellom mottaker og utøver, samt at sykepleieren har et ansvar for å gi individualisert pleie. Henderson var først og fremst opptatt av å definere fagets særpreg, og pekte videre på at sykepleierollen lett kan misforstås, da arbeidsoppgavene er så mangt (Kristoffersen, 2009).

### **4.4 Joyce Travelbee om sykepleie**

Travelbee var av den oppfatning at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, og forgår uavhengig av roller. Sykepleieren er avhengig av å bli kjent med på pasienten på en måte hvor man står på et likeverdig grunnlag. Sentralt i Travelbees teori er at sykepleieren gjennom, det

hun kaller terapeutisk bruk av seg selv, kan hjelpe pasienten å mestre å bære den lidelsen hun opplever. Sykepleieren kan gjennom kunnskap og i nært samspill med pasienten, bidra til lindring ved at hun bruker seg selv på rett måte (Kristoffersen, 2009).

#### **4.5 Teori om trygghet**

I sykepleien har det vært vanlig å definere trygghet som et av de grunnleggende behovene hos mennesket (Thorsen, 2009).

Man kan skille mellom tre ulike dimensjoner: Trygghet som en følelse, indre trygghet og ytre trygghet. Den indre tryggheten bygges gjennom en harmonisk oppvekst og gjennom forankring i et livssyn. Ytre trygghet kan videre kategoriseres i tre ulike temaer, i følge Segesten (referert i Thorsen, 2009; 28).

##### ***Relasjonstrygghet:***

Denne form for trygghet er knyttet til de relasjonene vi har til andre mennesker. Nærmeste familie er som oftest et trygt holdepunkt for mennesket, og etter hvert vil denne horisonten utvides til å innebefatte venner, arbeidskollegaer og lignende. For å utvikle denne formen for trygghet er det nødvendig med gjensidighet, åpenhet, ærlighet, forståelse, aksept og muligheten til å nå hverandre. Relasjonstryggheten vokser sammen med mennesker som vil oss godt (Thorsen, 2009).

##### ***Å stole på andre trygghet***

Vi kan alle oppleve å komme i en situasjon som vi ikke råder over. Eksempel på dette kan være når livet vårt er truet, eller vi får en kronisk sykdom. I en slik situasjon kan man bli avhengig av andres hjelp. Om situasjonen oppleves som trygg, vil avhenge av om sykepleieren er dyktig og trygg i sin yrkesrolle (Thorsen, 2009).

##### ***Kunnskaps – og kontrolltrygghet***

Segesten (Thorsen, 2009) sier at alle mennesker er avhengig av å ha kontroll over eget liv. Å vite hva som forventes av seg selv, og av andre er en viktig del av å føle trygghet. Ved å ha kunnskaper, er det lettere for individet og møte vanskelige, eller truende situasjoner på bedre måte. Segesten (Thorsen, 2009) sier at god informasjon, bekreftelse og kunnskapen til sammen bidrar til denne form for trygghet.

## 5 SAMHANDLINGSREFORMEN

Jeg vil her presentere et utvalg av samhandlingsreformens hensikt og mål.

### 5.1 Samhandlingsreformens intensjoner

I januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft i Norge. Norges befolkning blir stadig eldre, mennesker med kroniske lidelser øker i dagens helsevesen, og dette medfører enorme kostnader for stat og kommune. Tjenestene i dag preges av for liten innsats knyttet til å begrense og forebygge sykdom. Etter hvert vil dette kunne gi utfordringer som kan true samfunnets økonomiske bæreevne (St.meld.16 (2010-2011)).

Reformen er blant annet utformet for å bøte på helse- Norges største utfordringer på sikt, og målet er klart: Vi må forebygge sykdom før den inntreffer, vi må sørge for rett behandling på rett sted til rett tid, og samhandlingen må bli bedre. Reformen peker spesielt på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, mellom faggruppene og etatene samt profesjonene i mellom (ibid.).

Reformens andre intensjon ligger i å styrke dagens helsetilbud. Det legges opp til at kommunene skal overta mer ansvar fra spesialisthelsetjenesten, og vil få økonomiske midler til gjennomføring av dette. Ved å flytte spesialisert kompetanse ut til kommunene, vil tilbudene komme nærmere brukerne, og det vil bli lettere å ivareta et helhetlig helsetilbud.

Det vil på sikt opprettes medisinske sentre i kommunene som kan sørge for tidligere og mer avansert behandling samt rehabilitering etter utskrivelse fra sykehus. Det er også tenkt å øke akuttbehandlingen i form av ambulerende team og lignende. Andre tiltak vil være mestringssentre, hvor pasientene kan lære seg å leve med sykdommen de har fått. Økt fokus på forebyggende tiltak som eksempelvis røykeavvennings kurs er ett av tiltakene som er mål i reformen (ibid.)

Ett tredje mål er å styrke tilbudet som i dag gis de mest sårbare pasientgruppene i Norge. KOLS, pre- terminale/ terminale og de som er for friske for sykehjem, men for dårlige til å bo hjemme er blant de som ofte faller igjennom i dagens system. Reformen åpner for å opprette lokale tilbud til de mest sårbare, samt at de som ønsker, skal få bo hjemme så lenge det er forsvarlig. Disse pasientene har behov for et stort nettverk av fagpersonell og reformen ønsker å styrke antall sykepleiere/ leger, samt andre aktører som fysioterapeuter og ernæringsfysiologer. Spesialister innenfor de ulike profesjonene er også et mål i reformen. Kompetanseheving blir en nødvendighet for gjennomføring av reformen (ibid.).

Da den nye reformen skulle utarbeides ble et utvalg satt til å kartlegge pasientforløpet til pasienter med KOLS. De fant mange brudd i oppfølgingen til denne pasientgruppen, og blant bruddene lå manglende oppfølging etter utskrivelse fra sykehus (ibid.).

I forkant av reformen har det også blitt iverksatt en rekke virkemidler, blant annet ett teknologisk prøveprosjekt- ”KOLS – kofferten”. Gjennom tre år har pasienter med KOLS fått tilbud om å få med seg en datamaskin hjem etter utskrivelse fra sykehus. Gjennom denne kan de billedlig og verbalt kommunisere med spesialisthelsetjenesten daglig. Det finnes måleparametere på apparatet hvor pasientene kan bruke et blåseapparat, og dermed oksygenmetningen i blodet. Det er også mulig å måle hjertefrekvensen (ibid.).

## **5.2 Behovet for koordinerte tjenester**

Dagens system er i altfor stor grad rettet mot deltjenester, og for liten grad mot de systemer som understøtter pasientens behov for helhet (St.meld16 (2010-2011)). Flere utvalg har i regi av regjeringen hatt i oppdrag å kartlegge de største og mest sårbare brukerne, slik tilbudet står i dag. De har kommet frem til at behovet for koordinerte tjenester er stort, og vil øke i fremtiden. Det foreligger i dag en dårlig ansvarsfordeling mellom de ulike instansene, og det medfører ofte misforståelser og dårlig samhandling. Eksempel på dette kan være at man ser pasienten fra et medisinskfaglig ståsted og ikke har fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringssevne. Reformen ønsker at disse ikke ses uavhengig av hverandre, men sammen som en helhet (ibid.).

Vi har i dag det som kalles individuell plan. Planen brukes for å samle brukerens behov for koordinerte tjenester under ett, men erfaringer viser at planen sjelden følger brukeren slik det er tenkt. Ofte er det slik at den praktiske koordineringen må utføres av brukeren selv eller pårørende, og den som er syk tilføres dermed en tilleggsbelastning, som igjen kan føre til komplikasjoner for brukeren. I tillegg er det ofte slik at kommunene ikke klarer å etterkomme tiltakene i planen, enten av økonomiske grunner eller mangel på kompetent personell. Tiltak i forhold til koordinering er et av fokusområdene, og sykepleierne vil få en stor rolle i denne sammenheng (ibid.).



# **6 I LYS AV SAMHANDLINGSREFORMEN: HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BRUKE SIN KOMPETANSE FOR Å FREMME TRYGGHET HOS HJEMMEBOENDE PASIENTER MED KOLS?**

Jeg vil i dette kapittelet drøfte aspekter ved sykepleierens kompetanse som tidligere beskrevet, slik at jeg til slutt kan finne frem til en konklusjon. Jeg har valgt å dele drøftingen opp i tre deler: Relasjonstrygghet, stole på andre trygghet, og kunnskaps – og kontrolltrygghet. Pasienten fra den innledende refleksjonen er videre med i drøftingen. Refleksjonen er skrevet i sykehus- sammenheng, men har overføringsverdi til hjemmesykepleie.

## **6.1 Relasjonstrygghet**

*”Mimmi måtte reise hjem denne dagen. Av gårde til tomheten og utryggheten. Det var vanskelig å svelge som student. Jeg visste at hun følte seg forsømt i hjemmet og at hun var preget av det alvorlet som hadde funnet sted på sykehuset. Jeg gjorde meg mange tanker om ansvaret som hviler på en hjemmesykepleiers skulder, og håpet at Mimmi fikk noen å snakke med når hun kom hjem.”* (utdrag eget refleksjonsnotat, 2012).

Sykepleie er, og vil alltid være, møtene vi har med andre mennesker. Menneskene vi møter vil alltid være særegne og unike, uavhengig av reformens inntog og endrede vilkår (Kirkevold og Nortvedt, 2009).

Ett av målene i samhandlingsreformen er at pasienter med KOLS skal få oppfølgingsbesøk etter at de har vært innlagt på sykehus, da dagens system i for liten grad følger opp når de kommer hjem. Dette er ment å være en løsning for å sikre forsvarlig oppfølging (St.meld.16 (2010-2011), Helse og Omsorgsdepartementet).

Pasienter med KOLS er ofte svært preget av angst i etterkant av et sykehusopphold. I situasjoner hvor livet har vært truet, har de ofte et sterkt behov for å bearbeide den traumatiske opplevelsen, samt snakke om hvordan situasjonen ble håndtert i prosessen (Knutstad, 2010). Ved å se dette i sammenheng ser man viktigheten av at pasientene møter en kompetent person som de kan føle tillit til.

”En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har gode interpersonlige forhold; har et nært, varmt og gjensidig forhold til minst ett annet menneske”

(Siri Næss(2001), sitert i Smebye, 2009:80).

Med utgangspunkt i dette sitatet, skal jeg videre drøfte noen aspekter ved sykepleierens kompetanse, som blir viktig når sykepleieren møter pasienten i hjemmet.

Å skape en god relasjon kan sies å være grunnleggende i sykepleierens tankegang. Travelbee er blant de som understøtter dette. Hun er ganske konkret ved å si at relasjonen mellom sykepleier og pasient er avgjørende hvis sykepleieren vil nå pleiens hensikt og mål (referert i Kristoffersen, 2009).

Ved å knytte dette opp mot samhandlingsreformen, kan det forstås som at en god relasjon med pasienten må ligge i bunn om reformens intensjoner skal lykkes eller ikke.

I møte med syke mennesker stilles det mange og ulike krav til sykepleierens helhetlige forståelse (Kristoffersen, 2009). I slike relasjoner vil den ene være mer sårbar enn den andre, og det er svært viktig at sykepleieren har den kompetansen som trengs for å kunne hjelpe, og for å skape trygghet. I tillegg til godt håndlag og teoretisk kunnskap, må sykepleieren ha evnen til å bruke seg selv i møtet med pasientene (ibid). Noe av det som gjør det vanskelig er at sykepleieren på ett vis er forpliktet til å inneha følelser som eksempelvis empati. Travelbee støtter dette, og sier at det er et slags grunnleggende krav som må være til stede i sykepleierens natur (referert i Kristoffersen, 2009).

Av erfaring vet man at mennesker har dette i ulik grad. Noen er for empatiske, som kan føre til at omsorgsforholdet ikke gagnar pasienten. På en annen side kan man være lite empatisk, som gjør at etiske fordringer ikke fanges opp, og dermed bidrar til krenkelse av pasientens integritet (ibid.). Jeg forstår at balansen mellom nærhet og distanse samt individuell tilnærming er noe av sykepleiekunsten i en slik sammenheng. Travelbee underbygger meg her, men fremhever begrepet sympati som mest vesentlig når sykepleieren skal skape kontakt. Sympati er allikevel lite verdt hvis det ses adskilt fra kompetanse, sier hun. Grunnleggende følelser som empati og sympati kan derfor oppfattes som et virkemiddel, og at dette sammen

med målrettet kommunikasjon er måten sykepleieren kartlegger pasientens behov for sykepleie (referert i Kristoffersen, 2009).

Skaug (2011) sier at sykepleierens holdninger og moral alltid vil komme til syne i handlingene. Hvis man ser denne påstanden opp mot sykepleieren i den innledende refleksjonen kan det godt tenkes at dette stemte. Hun kunne tatt seg tid til Mimmi da hun så at hun var redd, men valgte i stedet å ikke handle, noe som kan indikere en dårlig holdning til pasienten. Det kan også tenkes at sykepleieren manglet evne eller vilje til å forstå det alvorlig som preget pasienten. Jeg ser en av forutsetningene i all sykepleie, som evnen til å anerkjenne pasienten som et særegent individ, med den enkeltes følelser, erfaringer og levde liv (ibid.).

Kristoffersen og Nortvedt (2009) sier at sykepleieren har et spesielt ansvar for egen væremåte. Jeg forstår det som at en del av kompetansen handler om evnen til å tilpasse sin egen væremåte i møte med de menneskene vi skal hjelpe. Kroppsspråket vårt avslører mye, og Kristoffersen & Nortvedt (2009) sier at det er i denne væremåten vi viser pasientene om vi bryr oss eller ikke. En hånd kan være vennlig, men samtidig bestemt, og en hånd kan virke truende uten å være hardhendt, er slik jeg tolker de. Jeg oppfatter at sykepleierens væremåte på mange måter er avgjørende for om pasienten føler seg trygg eller ikke (ibid).

Segesten (Thorsen, 2009) benytter begrepet relasjonstrygghet, og sier den oppstår i samspillet mellom kongruens, mellom – menneskelig varme og fysisk berøring. Kongruens er en viktig faktor knyttet til å fremme trygghet, og det kan forstås som å være ekte og til stede. For sykepleieren handler dette først og fremst om å være ekte mot seg selv, for hvis ikke, vil evnen til å være ekte mot andre bli vanskeligere. For å skape kongruens må også sykepleieren ha evnen til å forstå tvetydige signaler som for eksempel ironi samt tilpasse måten hun kommuniserer på, slik at hun ikke sårer eller misforstår den andre (Thorsen, 2009). Ved at det er kongruens og samtalen er preget av akseptasjon, gjensidighet og ærlighet vil sykepleieren og Mimmi lettere nå hverandre, og felles mål vil bli lettere å få tak i (Thorsen, 2009). Dette vil nødvendigvis kreve en viss vilje, da man må ha tid og lyst til å forstå. Tveiten (2010) underbygger dette ved å si at å lytte er noe annet enn å høre. Lytting kan tolkes som evnen til å forstå og leve seg inn i pasientens situasjon, og ikke minst evnen til å forstå det som ikke er åpenbart (ibid).

Hvis vi skal se dette opp mot Mimmi kan man se at hun ikke ble møtt på en slik måte. Det er naturlig om hun dermed får en svekket tillit til helsevesenet.

At Mimmi blir møtt som menneske, og ikke som pasienten med KOLS, vil bidra til at hun føler seg bedre ivaretatt (Fjørtoft, 2009). Ved å se dette i sammenheng med det Travelbee kaller terapeutisk bruk av seg selv, vil sykepleieren kunne bidra til å lindre den lidelsen Mimmi opplever, ved at det vonde blir bearbeidet eller glemt for en liten stund (referert i Kristoffersen, 2009). Min første forskningsartikkel ”Mindfulness – det oppmerksomme nærvær” belyser viktigheten av at sykepleieren trener på å være bevisst sin egen tilstedeværelse i pasientsituasjoner, og hvordan dette øker kvaliteten på sykepleien til pasienten (Sandvik, 2011).

Gjennom et eksempel vil jeg her prøve å tolke Kristoffersen & Nortvedts (2009) forståelse av hvordan den personlige kompetansen kan brukes i praksis.

Sett at pasienten virker engstelig og viser lite tillit til sykepleieren. Erfaringene fra sykehuset gjorde at hun følte seg oversett og krenket, og derav den manglende viljen til å åpne opp. I tillegg til dette er hun tungpustet, og kreftene og mulighetene til å uttrykke seg er sterkt redusert (Knutstad, 2010). Den profesjonelle sykepleieren vil slik jeg oppfatter det opptre omtrent slik:

For å skape en god relasjon vil den gode sykepleieren ta i bruk både et varmt hjerte og et klokt hode. Hun vil forstå hvordan hun skal nærme seg pasienten bare ved å være til stede i seg selv. Hun vil bruke en rolig og mild stemme. Hun vil instinktivt legge følelser i forståelsen av pasientens situasjon, såkalt *berørt forståelse*. Bare på denne måten kan hun forstå pasienten, uten selv å ha vært rammet av sykdommen. Hun vil tolke pasientens væremåte, utsagn og tegn, men hun sier seg aldri sikker før hun får en form for bekreftelse av pasienten.

Den gode sykepleieren vil ta seg tid, for hun vet at tid er verdi i seg selv, og at stress vil være skadelig for pasientens helse og velvære. Den gode sykepleieren vil tilpasse samtalen slik at den blir minst mulig slitsom, for hun ser hvilke begrensninger pusten setter for pasienten. Hun vil se pasienten i øynene når hun snakker, for hun *ser* mennesket *bak* sykdommen. Videre vil hun betrakte den andre som en likepart, ved at hun er tro mot, og har tatt stilling til hva verdigrunnlaget betyr for henne. Moralen forteller henne hva som er rett og galt, slik at hun vet hvordan hun skal handle. Den gode sykepleieren reflekterer over pasienten og situasjonen i sin helhet, men også over egne følelser. Hun vet at egne erfaringer må legges til side, slik at hun blir i stand til å hjelpe på en god måte. Hun tilpasser sin væremåte, men er allikevel seg selv. Hun vet nemlig at egen fremtreden påvirker den andre. Hun strekker ut en trygg hånd til

hun som trenger at noen er sterke for seg, og viser at hun er der for å hjelpe der pasienten selv ikke klarer. Men allikevel gjør hun alt hun kan for at pasienten skal oppleve å være herre over egen situasjon. Alt dette gjør sykepleieren på en profesjonell måte når hun skal skape trygghet. Men å være profesjonell for sykepleieren er å gjøre hjelperollen så usynlig som mulig, for hun vet at ingen klarer å åpne seg ordentlig til en profesjonell fasade (ibid.).

Med eksempelet over i øyesyn kan man se at sykepleierens kompetanse er vanskelig å definere. Sett i sammenheng med Skaug (2011) sitt trekantprinsipp ser vi også her at det er den helhetlige kompetansen som gjør det hele til profesjonell omsorg. Hvordan sykepleieren klarer å benytte sin mer - forståelse i møte med pasienten vil derfor ha stor betydning for hvor trygg og ivaretatt pasienten føler seg (Kristoffersen, 2009). Ved å sette sykepleieren i refleksjonen og sykepleieren i tolkningen opp mot hverandre, er det nærliggende å tro at sistnevnte tilnærming ville gjort en stor forskjell for pasienten knyttet til hjemreisen. Dette syns jeg underbygger tanken om at sykepleie må føles i hjertet, og at kompetanse og trygghet går hånd i hånd.

## **6.1 Stole på andre trygghet**

I fremtiden vil det etter hvert bli en realitet å behandle alvorlig syke både i hjemmet og lokalmedisinske sentere (St.meld.16 (2010-2011)). Det er naturlig å tenke at dette vil stille store krav til sykepleierens helhetlige kompetanse.

Segesten (Thorsen, 2009) sier at behovet for trygghet oppstår når menneskets liv og velvære blir plassert i andres hender. Den syke vil i en slik situasjon bli "tvunget" til å stole på at andre har den kompetansen og ressursene som trengs for å hjelpe.

Pasienter med KOLS vil ofte være sårbare, da de blir avhengige av hjelp resten av livet, i en eller annen form. I situasjoner hvor pasientene opplever og ikke få puste, vil ofte sykepleieren måtte handle på vegne av pasienten, da pasientens ressurser er svekket (Knutstad, 2010). Å føle trygghet i en slik situasjon avhenger mye av sykepleierens faglige skjønn sier Segesten (Thorsen, 2009). Vår forståelse må derfor være knyttet opp mot *at* vi kan hjelpe, *hvorfor* vi må hjelpe og *hvordan* vi kan hjelpe, i følge Fjørtoft (2009).

Kristoffersen & Nortvedt (2009) påstår at det alltid vil være en asymmetri mellom pasient og sykepleier, ved at den ene er avhengig av den andre. Som sykepleier har man en bredere

kunnskap om det å bli syk enn det pasienten har. For pasienten er ofte sykdommen et privat anliggende, og de vil være emosjonelt bundet til situasjonen, noe sykepleieren ikke er på samme måte. Særlig i situasjoner knyttet til angst og spørsmål om liv og død, vil denne asymmetrien komme til syne i praksis. Ved å se dette i sammenheng, vil sykepleier og pasient aldri være likestilte, selv om de er likeverdige som mennesker (ibid).

Å være kompetent er et vidt begrep, og i vår profesjon er ikke kunnskapen selvsagt (Kristoffersen, 2009). Sett fra mitt perspektiv kan sykepleiefaget på en måte sammenlignes med vår egen holistiske tankegang. Man kan ikke se delene ved faget, men alt i sin helhet for å finne en definisjon. Den helhetlige forståelsen av faget må allikevel søkes for å forstås. Å være en profesjonell sykepleier er ikke noe man kan lese seg til alene, men er noe man blir gjennom refleksjoner, erfaringer og stadig søken etter kunnskap. Skaug (2011) underbygger dette, og sier vi er avhengig av at denne prosessen er i vekst hvis vi skal bli dyktige sykepleiere. Jeg støtter meg på Skaug (2011) ved å si at teori og yrkesferdigheter ikke er nok i seg selv. Sykepleieren – med sine holdninger, verdier og egen personlighet vil også prege hvem man er og blir. Skaug (2011) sier videre at den personlige kompetansen i stor grad er med og avgjør kvaliteten på det arbeidet vi gjør, og med dette forstår jeg at den personlige egnetheten alltid vil komme til syne i sykepleierens handlinger.

*”Jeg fant henne på sengekanten. Beina var dypt marmorerte, og leppene cyanotiske. Hun pustet med hele kroppen, og øynene var grepet av panikk. Til tross for at pusten satte stopper for talen, klarte hun å samle krefter og hviske frem ”Ikke gå fra meg”. Jeg trykket på assistanse – knappen, og satte meg ned på sengekanten. Jeg tok den kalde hånda i min og strøk ryggen hennes. Mens jeg ventet på at hjelpen skulle komme kjente jeg på følelsen av å være novise i eget fag. Ganske snart kom kontaktsykepleieren min. Jeg vet ikke eksakt hva som grep meg, men det handlet om måten pasienten ble ivaretatt på. Med bestemte grep og med rolig, vennlig adferd ble situasjonen endret fra panikk til ro.” (Utdrag eget refleksjonsnotat, 2012).*

Denne refleksjonen mener jeg beviser at kompetanse skaper trygghet. Som student manglet jeg den nødvendige erfaringen, og det gjorde meg handlingslammet. Sykepleieren som kom til unnsetning møtte mennesket i sin helhet, med alle de aspektene det innebar. Hun så at pasientens liv var truet. Ved å identifisere en akutt situasjon og handle adekvat, ble det straks iverksatt tiltak. Hun brukte det kliniske blikket og sanselig forståelse, som Kristoffersen & Nortvedt (2009) kaller det.

Den varsomme hånden som strøk over ryggen observerte pustens dybde og frekvens. Pasientens bruk av hjelpemuskulaturen fortalte sykepleieren i hvilken grad dette truet pasientens liv og velvære. De cyanotiske leppene, og de marmorerte beina fortalte om lav oksygenmetning, og frykten i pasientens øyne ble straks oppfattet som angst. Sykepleieren kompenserte ved å ta styringen for pasienten, da hun så at pasientens egen autonomi var svekket i øyeblikket. Hun var nok ikke bevisst sykepleieprosessen slik jeg som student var. I hennes hode var denne prosessen allerede gjennomgått bare ved å kaste et raskt blick på pasienten. I en slik situasjon var sykepleieren avhengig av å ha teoretisk kunnskap om blant annet KOLS og om fenomener knyttet til og ikke få puste. Hun måtte også ha handlingskompetanse og handlingsberedskap (Knutstad, 2010).

Hvis vi ser dette opp mot Virginia Henderson sin definisjon av sykepleierens funksjon, ville dette, i denne situasjonen, være å hjelpe pasienten til å puste normalt og opprettholde riktig kroppsstilling, for å nevne noen av grunnprinsippene. Henderson sier at sykepleieren tilnærmer seg pasienten på en fenomenologisk måte, ved at sykepleieren gjør seg kjent med hvordan dette oppleves for pasienten (Kristoffersen, 2009; Kirkevold, 1992). Jeg oppfatter allikevel at det kan være vanskelig å følge Henderson, til tross for at hennes definisjon er logisk. Noe av dette skyldes nok at Henderson i liten grad forteller hvordan sykepleieren skal handle i gitte situasjoner, og med dette utelukker noe av den helhetlige tankegangen. Henderson er for eksempel av den oppfatning at psykisk ubehag er en varig tilstand (Kirkevold, 1992). Dette ville blitt feil å tenke hos en pasient med KOLS, da vi vet at det psykiske ubehaget er nært knyttet opp til og ikke få puste, og i verste fall bli kvalt (Knutstad, 2010). Jeg oppfatter her viktigheten av å se alle aspektene ved mennesket, ved at det fysiske ubehaget også utløser psykisk og eksistensiell lidelse.

Tilbake til refleksjonen opplevde jeg allikevel at sykepleierens kompetanse strakk seg lengre enn å kompensere for de grunnleggende behovene, slik Henderson (Kristoffersen, 2009) ville definert det særegne ved utøvelsen. Det var heller det *at* sykepleieren handlet, og *hvordan* hun benyttet kunnskapen. Det var ikke det *at* hun strøk ryggen, men *hvordan* hun strøk i takt med egen pust for å hjelpe pasienten å puste regelmessig. Den trygge, varme hånda ga pasienten omsorg, men det var også en arena hvor sykepleieren samlet data.

Det var hvordan sykepleieren varsomt hjalp pasienten opp i toraxleie, og hvordan hun skjermet kroppen mot innsyn for å ivareta pasientens integritet. Sykepleierens rolige stemme veiledet pasienten om bruk av leppepust, dette for å skape et positivt trykk i luftveiene som

gjorde det bedre å puste. Med sykepleierens rolige fremtreden klarte pasienten å følge de instruksene sykepleieren formidlet.

Etter hvert som andre sykepleiere kom til, ble alt det praktiske tatt hånd om, og pasienten merket lite til det alvorret som utspant seg rundt henne. Hun fikk lov til å kjenne at hun var i trygge hender. Det var godt håndlag sammen med den kliniske handlingskompetansen som gjorde situasjonen verdig og trygg for pasienten, slik jeg så det. Det var også at sykepleierne kunne støtte hverandre, og hadde erfaring på feltet som gjorde *de* trygge i situasjonen. Hvis vi skal gå tilbake til Skaug (2011) sin trekant, ser vi at alle aspektene ved kompetansen måtte spille sammen og utfylle hverandre. I denne situasjonen så jeg også viktigheten av denne asymmetrien. Ved at sykepleieren ikke var direkte berørt kunne hun tre ut av situasjonen og handle. Den greske filosofen Sokrates sa i sin tid at ”rett innsikt fører til rett handling, og at rett handling fører til lykke” (Store Norske Leksikon, 2011). Ved å se dette mot sykepleien, forstår jeg at omsorg også må ha et handlingsaspekt, hvis det skal kunne kalles forsvarlig. Det hjelper lite å ville hjelpe, hvis man ikke vet hvordan.

Med denne situasjonen i tankene, og med viten om at dette like gjerne kunne hendt i en hjemmesituasjon, ser jeg at fremtiden vil gi sykepleiere masse faglig utfordringer knyttet til å fremme trygghet. Slike situasjoner krever også trygge sykepleiere. Å ha sterke fagkunnskaper er en ting, men dette må også kunne anvendes i praksis, sier Kirkevold & Nortvedt (2009).

I lys av samhandlingsreformen, hvor slagordet er ”*Rett behandling – på rett sted til rett tid*” vil fremtidens pasientomsorg også bære preg av teknologiske løsninger (St.meld.16 (2010-2011)).

Sett opp mot Mimmis situasjon, er en akutt KOLS forverring med økende dyspné en reel fare, og det som skaper utrygghet knyttet til hjemreisen. Segesten (Thorsen, 2009) påpeker at pasienten er avhengig av å vite at hjelpen er nær, hvis det skulle være behov for det. Fjørtoft (2009) på sin side, sier at denne tryggheten er vanskeligere å ivareta i hjemmesykepleien, da man ikke har tid eller ressurser til å være hos pasienten hele tiden. For å møte disse utfordringene er sykepleiere og andre aktører i helsevesenet nødt til å tenke nytt (Kristoffersen & Nortvedt, 2009).

Det var i denne sammenheng at ideen om KOLS- kofferten oppsto, og er ment som et virkemiddel for å møte fremtidens utfordringer (St.meld.16 (2010-2011)). I denne pilotstudien kom det frem at pasientene opplevde en økt følelse av trygghet ved å få denne kofferten med seg hjem, etter at de var skrevet ut av sykehuset. Det at de hadde faste avtaler med



sykepleieren daglig, gjorde at de kunne fortelle om hvordan dagen var, som igjen bidro til at de følte seg bedre ivaretatt. Å bli sett, hørt og forstått er en viktig faktor for å fremme livskvalitet og trygghet hos pasientene, sier Fjørtoft (2009). Ved å se dette i sammenheng vil denne løsningen kunne erstatte noen av de utfordringene som ligger i tidsklemma dagens helsepersonell er preget av. Det må også sies at det oppfattes som en forholdsvis forsvarlig løsning, knyttet til at sykepleierne har oversikt over vitale funksjoner som lungefunksjon og hjertefrekvens.

Kirkevold & Nortvedt (2009) sier at dagens helsepersonell må finne seg i at teknologien i fremtiden vil ta større del også i omsorgen til pasienten. Sett fra mitt ståsted ser jeg at dette kan reise en del etiske spørsmål. Den kalde omsorgen, teknologien, kan ikke erstatte en dyktig og profesjonell sykepleier, slik jeg ser det. Kirkevold & Nortvedt (2009) underbygger dette, ved å si at man også må se teknologiens begrensninger. Med dagens krav til effektivitet kan denne kofferten fort bli en hvilepute, er min bekymring. Jeg støtter meg på de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) når jeg påstår at det er sykepleierens ansvar å ivareta pasientens verdighet og sikkerhet i møte med teknologien, og at vi med dette ansvaret forplikter oss til å være kritiske til om det er en forsvarlig praksis. Knutstad (2010) sier eksempelvis at pasienter kan ha normal puls, hjertefrekvens og perifer oksygenmetning, til tross for begynnende respirasjonssvikt. Med dette tatt i betraktning, kan det derfor være en reel fare for at denne kofferten ikke fanger opp alvorlige symptomer før det har gått for langt. Slik jeg erfarer det, strekker det kliniske blikket seg lengre enn å lese av parametere over en dataskjerm. På en annen side kan denne kofferten "se" kroppens indre tilstand, noe hjemmesykepleieren ikke kan. Kirkevold og Nortvedt (2009) støtter dette, men sier samtidig at teknologien aldri kan erstatte den varme omsorgen hvor sykepleieren er nær og tilstede i fysisk form.

Pasientene i studien var derimot av den oppfatning at kofferten var en trygghetsskaper, og den ga en økt livskvalitet. Dette oppfatter jeg som viktig å ta i betraktning, da det er de som er de beste referansene knyttet til om løsningen er god eller ikke. Hvis vi ser denne løsningen opp mot det jeg tidligere har drøftet, vil den varme omsorgen sannsynligvis være en bedre løsning for pasienten. Det å ivareta pasientens grunnleggende behov vil alltid være sykepleierens hovedoppgave, og er like aktuelt i dag som det var i Hendersons tid (Kristoffersen, 2009). KOLS – kofferten alene ser jeg kan skape begrensninger knyttet til ivaretagelse av hele mennesket. Som et supplement til den tradisjonelle gode sykepleien, oppfatter jeg allikevel at den kan være en ressurs både for yrkesutøver og pasient. Å åpne opp for nyskaping i

utøvelsen av sykepleie, kan i denne sammenheng frigjøre ressurser, og dermed bidra til mer tid til helhetlig omsorg.

Det trenger ikke være negativt at rammene forandrer seg, men jeg tror det blir viktigere enn noen gang at vi holder fast på de kjerneverdiene som preger sykepleiefaget.

### **6.3 Kunnskaps – og kontrolltrygghet**

I samhandlingsreformens intensjoner er økt brukermedvirkning ett av målene. Hensikten er at pasientene, i større grad enn tidligere, skal få mer innflytelse og muligheter i det forløpet som følger med å være pasient (St.meld.16, (2010-2011)).

Etter at et utvalg i regi av regjeringen ble satt til å kartlegge pasientforløpet for pasienter med KOLS, kom det fram at det var betydelige mangler i oppfølgingen etter utskrivelsen fra sykehus (St.meld.16, (2010-2011)). Ut i fra mitt refleksjonsnotat fremkommer det at Mimmi gruer seg til å komme hjem da hun er redd for å bli syk igjen. Jeg opplever at hun vil ha behov for ny kunnskap, slik at hun kan mestre hverdagen innenfor de rammene hun har, og få en styrket livskvalitet. Så hva kan sykepleieren, på individnivå, bidra med i en slik sammenheng? Og hvordan kan sykepleieren møte Mimmi på en måte som styrker hennes brukermedvirkning og kunnskapsplattform?

Å ha diagnosen KOLS vil med tiden få store konsekvenser for pasientens evne til å ivareta seg selv, og i møte med alvorlig syke mennesker krever det desto mer kompetanse hos sykepleieren (Knutstad, 2010). Henderson sier at å ivareta pasientens behov er kjernen i god sykepleie, og at dette gjøres ved at sykepleieren blant annet er tilgjengelig, lydhør og faglig kompetent. Kvalitet kan derfor ses som når pasienten står i fokus, og sykepleieren bidrar til at helse fremmes og sykdom forebygges (Kristoffersen, 2009; Fjørtoft, 2009).

Ved å vinkle dette mot Mimmi, er det derimot vanskeligere å fremme helse og selvstendighet, da hun har kommet såpass langt i sin sykdom. Ut i fra dette vil Mimmi kunne ha behov for kunnskap og redskaper, slik at hun kan klare å ivareta seg selv i den grad det er mulig.

Sykepleieren kan derimot forebygge forverring og progresjon i sykdomsforløpet, ved å lære Mimmi hvordan hun kan mestre sykdommen på en hensiktsmessig måte (Kristoffersen, 2009; Knutstad, 2009). Det å lære Mimmi å gjenkjenne tidlige tegn på sykdomsutvikling vil være et tiltak her, og i samsvar med reformens hensikt. Eksempel kan være å lære henne om symptomer som økende hoste, og endring av ekspektoratet. På denne måten kan hun bidra i

forebyggingen av pneumoni, ved å komme i gang med eventuell behandling tidligere (Knutstad, 2010).

Å forebygge sykdom har alltid vært en sykepleieroppgave, og er beskrevet helt tilbake til Hendersons tid (Kristoffersen, 2009; Kirkevold; 1992). Sykepleieren må inneha evnen til å se langsiktig, og kunnskap knyttet til å se konsekvenser, både på kort og langvarig sikt. Forskningsartikkelen min ”Hva kjennetegner kritisk tenkning” belyser viktigheten av ”kunsten å tenke om sin egen tenkning mens man tenker”, og viktigheten av å tenke kritisk i situasjoner man møter (Granum, Opsahl & Solvoll, 2012).

Gjennom erfaringer har jeg også sett at selv enkle ting, som å sørge for at medisinerne blir i standgjort, og legges lett tilgjengelig, kan skape trygghet og følelse av kontroll. Ved at Mimmi lærer seg å mestre sykdommen, og får være ”herre” i egen situasjon, tror jeg kan være med å redusere utryggheten, noe Henderson understøtter (Kristoffersen, 2009).

I et tillitsforhold vil også sykepleieren og Mimmi kunne bearbeide tidligere situasjoner, for å finne ut om de var hensiktsmessige eller ikke. I dette ser jeg det ligger lindring, læring, og god samhandling. Thorsen (2005) støtter oppunder dette ved å si at den ytre tryggheten er av stor betydning for samhandlingen mellom pasient og sykepleier, og hvordan pasienten opplever situasjonen. Dette kan igjen forstås som at det er viktig at forholdene rundt Mimmi legges til rette, at det er faste rutiner i hverdagen og tett oppfølging fra helsevesenets side.

Med refleksjonen som eksempel, er det i Mimmis situasjon slik at angsten for å bli sykere er den mest truende faktoren. Ut i fra min forforståelse oppfatter jeg at Mimmi vil ha nytte av mestringsteknikker knyttet til angsten hun opplever. En fagartikkel presentert i Tidsskriftet Sykepleien (2009) ”KOLS gir angst”, belyser dette temaet og sier at det som kan oppfattes som symptomer på dyspné, ofte er symptomer på angst. Forfatteren av artikkelen sier at pasienter med KOLS trenger å lære seg løsningsorienterte metoder, slik at de kan lære seg å skille de ulike symptomene, og at man på dette vis kan motvirke unødige innleggelse på sykehus. Faglitteraturen understøtter artikkelen, og sier at god informasjon og kunnskap er en viktig forutsetning for å føle trygghet, mestring og livskvalitet (Eide & Eide, 2010; Knutstad, 2010; Fjørtoft; 2009; Kristoffersen, 2009).

Ut i fra dette ser jeg at sykepleieren kan bidra med å styrke Mimmis kunnskaper og bevisstgjøring knyttet til angsten. Manglende kunnskaper om hva angst – dyspné- angst sirkelen er, kan derimot forverre den totale livskvaliteten ved at hun blir mer immobilisert grunnet redsel for å fremprovosere åndenød, som igjen vil påvirke sykdommen i negativ retning. Kristoffersen (2009) sier at det er viktig at sykepleieren kan korrigere feilaktige

forestillinger pasientene har, da fantasiene ofte er mer skremmende enn virkeligheten. Segesten (Thorsen, 2009) sier også at når pasienten lærer seg å mestre truende situasjoner, vil dette bidra til kontrolltrygghet. Jeg oppfatter samtidig at veiledning i hvordan hun kan disponere kreftene sine, kan bidra til økt mestringsevne, og muligheter til å få en bedre hverdag.

Ut i fra min forforståelse ser jeg at Mimmi vil ha behov for en individuell plan når hun kommer hjem. Dette fordi hun lever med en sykdom som ikke bare rammer det fysiologiske, men også hennes eksistens. En slik plan kan derfor fungere som et verktøy knyttet til kartlegging av det helhetlige aspektet, og at hun får ivaretatt alle behov, inklusiv de som ikke knytter seg til sykepleie (Kristoffersen, 2009; Fjørtoft, 2009; Knutstad, 2010). Hensikten med den individuelle planen vil være at Mimmi, gjennom et tverrfaglig samarbeid skal få et helhetlig tilbud, og tilstrekkelig oppfølging i etterkant av et sykehus opphold (St.meld.16 (2010-2011)).

Et eksempel på pasientforløpet kunne vært at hun etter utskrivelse fra sykehus, fikk komme til en såkalt intermediær post i kommunen. Her kunne hun få opplæring i hvordan hun eksempelvis bruker KOLS- kofferten, hun kunne få emosjonell støtte knyttet til den traumatiske opplevelsen hun hadde på sykehuset, og gjennom støttegrupper lære seg mestringsstrategier knyttet til å leve med en kronisk sykdom. Videre kunne hun fått lungefysioterapi, ernæringslære, og samarbeid med blant annet leger og sykepleiere som kartla hjemmesituasjonen, og behovet for oppfølgingen videre (St.meld.16 (2010-2011)). Slik jeg oppfatter intensjonene i reformen, er dette et av målene for å sikre et bedre pasientforløp, noe som er særlig viktig for de pasientene som er mest sårbare. Det at Mimmi får koordinerte tjenestetilbud vil kunne bidra på en helt annen måte enn hva sykepleieren alene kan. Det er også realistisk å tenke at en helhetlig ivaretagelse, vil bidra til økt mestringskompetanse, og derav bedret selvbilde og økt livskvalitet. På en annen side er jeg bekymret for at disse ”mellomstasjonene” kan bidra til enda mer ”kasteballhåndtering”, og at forløpet kan bidra til mer utrygghet. Ut i fra dette ser jeg at tilbudene bør legges til rette for den enkelte, da det ikke er sikkert denne løsningen er til det beste for alle. Kristoffersen (2009) sier at det er en del av det å være kompetent og være kritisk til de systemer som ytes pasienten. Ved å være kritisk, vil man også sørge for sykepleiefaglig forsvarlighet, og sikkerhet for pasienten.

For at et godt forløp skal være en realistisk tanke er man avhengig av en som samhandler mellom pasienten og de forskjellige aktørene (St.meld.16 (2010-2011)). Jeg oppfatter det derfor som naturlig i henhold til relasjonen, og realistisk i forhold til sykepleierens breddekompetanse, at sykepleieren kan være den som er ansvarlig for koordineringen av de tjenestene Mimmi vil ha behov for (Fjørtoft, 2009). Det at Mimmi har en fast tillitsperson å forholde seg til, vil skape kontinuitet i omsorgen. I motsatt fall, ved at det ikke foreligger en klar ansvarsfordeling, er det større risiko for at det forsvarlige, helhetlige tilbudet brister (ibid.).

Når sykepleieren skal kartlegge behovet for sykepleie, må dette gjøres i samhandling med pasienten, da det alltid foreligger en fare for at sykepleieren er farget av sin egen opplevelse av pasientens behov. Videre sier Kristoffersen (2009) at for at behandlingen og rehabiliteringen skal ha en hensikt, må pasienten selv delta aktivt for at den skal lykkes. Ved å overlate alt ansvar til andre, vil dette kunne skape uklarheter i hva som forventes av en. Dette støtter også Segesten (Thorsen, 2009). Det må allikevel tas i betraktning at noen pasienter synes det er godt at andre tar valg for seg, særlig hvis man ikke har krefter til å velge hensiktsmessig i situasjonen. Sykepleieren må allikevel alltid sørge for at pasientens beste står i fokus, ved å handle etisk og forsvarlig (Kristoffersen, 2009).

I Mimmis situasjon ser jeg at det lett kan bli slik, særlig i forhold til at hun har svekket yteevne. Det vil derfor kunne bli utfordringer knyttet til at hennes brukermedvirkning skal bli ivaretatt. Det er allikevel slik at individuell plan er en lovpålagt rett og skal utarbeides for alle som har langvarig behov for helsetjenester (St.meld.16 (2010-2011)). Ut ifra min forforståelse ser jeg det som nødvendig med et godt tverrfaglig samarbeid for at intensjonene i reformen skal lykkes, og for at Mimmi skal kunne leve godt og trygt i hjemmet, og få sine behov og ønsker ivaretatt. Jeg forstår her sykepleierens rolle som å bidra til at Mimmis integritet ivaretas, og at hennes innflytelse kommer til syne gjennom alle tjenesteledd. Kanskje er det på tide med en ny del-funksjon i sykepleiefaget? Fjørtoft (2009) undrer også over dette. Hva vil egentlig sykepleie bli i fremtiden?

*”Det tok ikke mer enn to uker før Mimmi var tilbake på avdelingen. Akutt KOLS forverring. Jeg tuslet stille inn døren og forsto at Mimmi allerede på vei.. på vei til en plass jeg ikke kunne følge henne. Jeg tok hånden hennes mens jeg ventet på det siste pustet, på at tryggheten skulle komme. For Mimmi handlet livet bare om å overleve. Om det var sykdommen eller oppfølgingen hun fikk som bidro til det, vil forbli uvisst.”*(Utdrag eget refleksjonsnotat, 2012).

I fremtidens helsevesen kan man godt tenke at *også* sykepleieren vil ha behov for disse trygghetsformene. Kirkevold & Nortvedt (2009) peker på sykepleierens nye rolle. Mer ansvar, uklare faggrensener, knappe ressurser og økte krav til kunnskap. I denne nye rollen står sykepleieren ovenfor ”fremtidens pasient”, noe som forteller meg at styrket brukermedvirkning og økt kunnskap vil utfordre sykepleierens kompetanseområde i årene som kommer. Hva hvis pasientens ønsker strider i mot all sunn fornuft? Hva hvis det er både etisk galt og uforsvarlig? Jeg går ikke inn på diskusjonen her, men det er noe å ta til ettertanke, da slike dilemmaer vil kunne møte sykepleierne i samhandlingen med den moderne pasienten. Jeg støtter meg til Kirkevold & Nortvedt (2009) ved at fremtidens helsevesen er helt avhengige av kompetente sykepleiere, som er stolte, reflekterte, kyndige, moderne og fleksible. Muligens er vi selve limet i denne sammenheng.

## 7 Konklusjon

Dette er min avsluttende del av oppgaven. Jeg vil i denne delen summere opp hvordan teorien kan besvare oppgavens problemstilling, og hvilke kunnskaper jeg har tilegnet meg gjennom teori og drøfting. Jeg vil også her reflektere over de kunnskaper jeg fortsatt mangler (Dalland, 2007).

*I lys av samhandlingsreformens intensjoner:*

*Hvordan kan sykepleieren bruke sin kompetanse for å fremme trygghet hos hjemmeboende pasienter med KOLS?*

Ønsket med oppgaven var å se dypere inn i noen elementer ved sykepleierens kompetanse som jeg mente ville bli viktig etter reformens inntreden. Gjennom drøftingen har jeg tatt for meg tre sentrale begreper knyttet til den ytre tryggheten. Ved å sammenfatte de tre punktene, kan man se at jeg har prøvd å finne ut hvordan det gode pasient forløpet kan løses på en forsvarlig og trygg måte. Det at sykepleieren må ha breddekompetanse ble fremtredende i denne sammenheng. Sykepleieren må ha handlingskompetanse og handlingsberedskap når det gjelder, og det blir særlig viktig når man jobber selvstendig i hjemmesykepleien. Jeg fant også ut at fremtidens teknologiske løsninger reiser en del spørsmål knyttet til etisk og faglig forsvarlighet. Jeg konkluderer allikevel at det kan brukes som et supplement til den varme omsorgen, særlig fordi pilotstudien viser at pasientene selv opplever løsningen som en trygghetsfaktor. Pasientene er den viktigste kilden til å finne svar på om dette fungerer eller ikke. Relasjonen til pasienten er med hele veien, og jeg fant ut at samhandling i tiden fremover blir desto viktigere, men at det også vil stille større krav til sykepleierens kompetanse. Hun må være bevisst sitt eget ansvarsområde, og ha faglig tyngde som gjør at hun kan opptre profesjonelt og forsvarlig, og se det individuelle mennesket i alt hun gjør. Muligens må sykepleiere bli mer flinke til å ta stilling til hva som ligger i sitt kompetanseområde, slik at faggrensene ikke utviskes i for stor grad. Fra pasientens ståsted ser jeg at det vil være av stor betydning å møte en kompetent sykepleier i hjemmet, som har et helhetlig ansvar for hennes situasjon, og som taler hennes sak i de store maktorganene. Det at pasientene får ha innflytelse i egen hverdag er sentralt for at de skal føle trygghet, men det vil derimot skape større utfordringer for sykepleierens kompetanse, da økt kunnskap gir økte krav og forventninger. I forhold til samhandlingsreformen er det vanskelig å konkludere med noe, da den knapt har rukket og tre i kraft. Det blir derfor hypoteser om den vil bidra til et tryggere

pasientforløp. Oppgaven har allikevel bevisstgjort meg på viktigheten av kompetansen, og at fremtiden vil være avhengig av at vi jobber kunnskaps – og evidensbasert. Videre ser jeg viktigheten av å øke fokuset på behovet ytre trygghet, og at også dette begrepet henger nøye sammen med forsvarlighet. Sykepleieren sitter på et stort ansvar knyttet til den enkelte pasient, og hun skal kunne gå ut døra og vite at pasienten bak den, er i trygge omstendigheter. Jeg støtter meg på fordringen til Fjørtoft (2010) – ” Fokuser ikke bare på sykepleierens oppgaver, men se etter ansvar og kompetanse”. Til slutt konkluderer jeg med at sykepleie alltid vil være sykepleie, og det er minst like viktig at vi husker hva faget vårt innebærer i tiden fremover.



## REFERANSELISTE:

\*Askheim, O.P, Starrin, B. (2010). *Empowerment. (1.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter (4.utg.)*. [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk (2. utg.)* [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A.K. (2006). *Hjemmesykepleie, ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Forløpsgruppe KOLS lokalisert på regjeringen.no:

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Forl%C3%B8psrapporter/Forl%C3%B8psgruppe%203%20-%20Kols.pdf>

Granum, V., Opsahl, G., & Solvoll, B.A(2012). Hva kjennetegner kritisk tenkning, *Sykepleien Forskning*, 7(1): 80 – 88. DOI: 40.4220/sykepleief.2012.0032

Helse- og Omsorgsdepartementet.(2010-2011). *Stortingsmelding 16 - Nasjonal Helse og Omsorgsplan (2011-2015)*, lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

\*Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Knutstad, U.(red.) (2008). *Sykepleieboken 3, Klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe forlag.

KOLS koffert – lokalisert på youtube.com:

<http://www.youtube.com/watch?v=ZVpWt4dJJ7A>

\*Kristoffersen, N. J. (red.)(1995). *Generell sykepleie 2*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, N. & Skaug, E.A.(red.)(2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*  
Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, N. & Skaug, E.A.(red.)(2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*  
Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, N. & Skaug, E.A.(red.)(2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*  
Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Oslo: NSF.

Kunnskapsdepartementet.(2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Lokalisert på  
regjeringen.no:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

Sandvik, B.A.(2011). Mindfulness - det oppmerksomme nærvær. *Sykepleien Forskning*, 6(3):  
274 – 281. DOI:10.4220/ sykepleienf.2011.0169

\*Skaug, G. M.(2011). *Gode fagfolk vokser – Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*  
(4. utg.). Latvia: Cappelen Damm AS.

Skjønsberg, O. H. (2008). Lungesykdommer. I D. Jacobsen, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T.  
Buanes & O. Røise (Red.), *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg., s. 121-  
161). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Tveiten, S. (2010). *Veiledning- mer enn ord.. (3 utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad &  
Bjørke AS.

\*Worsley, A. T.(2010). *Kronisk*. Otta: Unipub.

Gresk filosof – Sokrates, Lokalisert på Store Norske Leksikon.no

[http://snl.no/Sokrates/gresk\\_filosof](http://snl.no/Sokrates/gresk_filosof)

