



Høgskolen i **Hedmark**

Høgskolen i Hedmark
Avdeling for helse og idrettsfag

4AVS304

Thomas Marthinsen Radich

Veileder Anne With

Skillet mellom påførte lidelser og mestring
The distinction between inflicting suffering and coping

Bacheloroppgave i sykepleie Kull 121

2012

Ord: 10990

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 * JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

 * JA NEI

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	3
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen	4
1.4 Oppgavens hensikt	5
1.5 Oppgavens oppbygging.....	5
1.6 Begrepsavklaring.....	5
1.6.1 Pedagogiske - og veiledende funksjon	5
1.6.2 Forebygge.....	6
2. METODE	7
2.1 Beskrivelse av metode.....	7
2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk.....	7
2.3 Metoden validitet og reliabilitet	8
2.4 Kildekritikk	8
3. TEORIDELEN	10
3.1 Luftveisinfeksjoner.....	10
3.2 Smittekjeden.....	10
3.2.1 Smittestoff	10
3.2.2 Smittekilde.....	11
3.2.3 Smittemåter	12
3.3 Sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon	13
3.3.1 Kommunikasjon	13
3.3.2 Mestringsstrategier	14
3.3.3 Veiledningens innhold.....	14
3.3.4 Pasient og pårørende	15
3.3.5 Kolleger	16
4. TOLKNING AV SYKEPLEIETEORIER	18
4.1 Joyce Travelbee.....	18
5. DRØFTING.....	21
5.1 Sykepleierens ansvar opp mot pasient.....	21
5.1.2 Formidling av kunnskap opp mot pasienten.....	23
5.2 Sykepleierens ansvar opp mot pårørende	28
5.2.1 Gruppeveiledning med pasient og pårørende	28
5.3 Sykepleie og ansvar opp mot kolleger.....	30

5.3.1 Coaching av kolleger.....	31
6.0 KONKUSJON.....	34
LITTERATURLISTE	35

1. INNLEDNING

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt å skrive om sykepleie og forebygging av smitte på somatiske sykehus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Sykepleie og forebygging av smitte i somatisk sykehus.

Skjønsberg(2009) definerer KOLS som:

«En samlebetegnelse på tilstander der det foreligger en progressiv og inkomplett, reversibel luftveisobstruksjon – i motsetning til den reversible obstruksjonen en ser ved astma» (Jacobsen m.fl.138, 2009)

Oppgaven retter seg mot pasienter med langt kommen KOLS. I følge Sørknes (2008) kan man klassifisere KOLS i tre forskjellige grader; mild, moderat og alvorlig. Dette gjøres ut i fra en lungefunksjonsprøve som kalles spirometri. Man måler hvor mye luft pasienten puster ut i løpet av ett sekund, deretter en maksimal inspirasjon (forsert vital kapasitet, FVC). Ved alvorlig grad av KOLS er FEV 40 % eller lavere. Min erfaring med pasienter med alvorlig grad av KOLS tilsier at de orker minimalt med aktivitet, dette pga. redusert allmenntilstand og lungefunksjon.

Sørknes (2008) forklarer at pasienter med KOLS har gjennomsnittlig 2-4 episoder årlig med eksaserbasjoner. Med eksaserbasjoner menes økt hoste, åndenød, økt eller endret ekspektorat og feber. Forverringen av sykdommen har da medført redusert allmenntilstand, aktivitetsnivå og prognose for pasienten. Årsaken til forverringen kan være pga. bakterier eller virus, eller begge.

Hos pasienter med KOLS vil respirasjonen bli verre ved blant annet fysisk anstrengelse og luftveisinfeksjoner. Dersom pasienten også har vært disponert for jevn forurenset luft over tid ved for eksempel røyking, industriområder eller skadelige gasser, vil cilienes funksjon nedsettes (Sørknes, 2008). Ciliene er et epitelcellelag som ligger i neshulen og i luftrøret. Slimet som dekker epitelet danner et kleberlig teppe som partikler i inspirasjonsluften setter seg fast i. Flimmerhårene stikker inn i slimlaget og skyver partiklene mot svelget (Sand m.fl. 2007). Sørknes (2008) fremhever at pasienter med KOLS konstant har bakterier i nedre luftveier, og bakterieveksten er forhøyet ved eksaserbasjon.

Når pasienter med KOLS er innlagt på sykehus er det mange hensyn som må tas. I følge Sørknes (2008) er det et poeng at pasienter med KOLS ikke deler rom med andre smittefarlige pasienter. Sørknes trekker frem sykepleierens ansvar i forhold til å hindre at infeksjoner spres med personalet, eller ved kontaminert (forurenset) utstyr. Som sykepleier har man et ansvar om å forhindre smitteoverføring. Hvis sykepleieren er forkjølet kan man unnlate seg å ha kontakt med pasienter med KOLS. Sørknes sier at en forkjølet sykepleieren kan bruke munnbind som er tykt og solid, men at vedkommende bør unngå nær kontakt med pasienter med KOLS. På avdelingen jeg jobber har jeg også opplevd at man ikke har tatt hensyn til om personalet er forkjølet, og dermed plassert vedkommende til å ha ansvar for pasienter med KOLS.

I følge Folkehelseinstituttets (FHI, 2011) prevalens undersøkelse for 2011, utgjorde luftveisinfeksjoner i nedre luftveis 30 % av nosokomiale infeksjoner på sykehus. Med nosokomiale infeksjoner forstår vi infeksjoner som forekommer under eller etter, og som følge av opphold på sykehus eller en annen helseinstitusjon. Andersen i Stordalen (2009: 61) viser til at nosokomial pneumoni vil gi et forlenget liggedøgn på 6,8 – 30 døgn. På bakgrunn av dette opplever jeg pasienter med KOLS som en særlig disponert gruppe for å få nosokomial luftveisinfeksjon mens de er innlagt på sykehus. Og det nettopp denne problematikken jeg ønsker å lage en oppgave om. På bakgrunn av dette ble problemstillingen følgende:

«Hvordan kan sykepleieren gjennom den veiledende og pedagogiske funksjon forebygge luftveisinfeksjon hos pasienter med langt kommen KOLS?»

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Forebyggingen av luftveisinfeksjoner er en svært krevende jobb og derfor har jeg valgt å ta for meg hvordan man gjennom veiledning kan bidra til å forebygge fenomenet, og dermed også styrke individets mestringskompetanse. Derfor har jeg valgt å ta utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleieteori som har rot i et eksistensialistisk menneskesyn, og som fremhever viktigheten av en mellommenneskelig dimensjon (Kirkevold, 1992). Florence Nightingale er med for å belyse viktige holdepunkter i smitteforebyggingen. Oppgaven er begrenset etter temaet til å ta for seg pasienter med langt kommen KOLS som er innlagt på sykehus. Jeg har valgt å ta for meg sykepleierens veiledende og pedagogiske funksjon. Problemstillingen er presisert til å forhindre nosokomiale luftveisinfeksjoner hos pasienter med langt kommen

KOLS, samtidig er det lagt vekt på da å forebygge pneumoni som følge av nosokomial luftveisinfeksjon. Forebyggingen skal skje gjennom at sykepleieren bruker sin pedagogiske og veiledende funksjon opp mot både pasient, pårørende og kolleger.

1.4 Oppgavens hensikt

Selve hensikten med oppgaven er å få mer forståelse av sykepleierens pedagogiske funksjon, og å få frem betydningen av den pedagogiske funksjonen i en setting hvor smitteforebygging står på agendaen. Hensikten er også å belyse hvordan veiledning og bruk av pedagogikk i sykepleie kan forbedre pasientens, pårørendes og kollegaenes mestringskompetanse.

1.5 Oppgavens oppbygging

I innledning har jeg lagt frem bakgrunnen for det valgte teamet og problemstillingen, i tillegg til en teoretisk begrunnelse for valg.

I kapittel 2.0 fremlegger jeg metoden, hvor jeg redegjør for hvordan jeg trinnvis har gått frem for å løse oppgaven. Jeg forklarer fremgangsmåten for litteratursøk, valg av litteratur i tillegg til en kritisk vurdering av denne.

I kapittel 3.0 beskrives viktige temaer som jeg mener bør være med for å besvare problemstillingen.

I kapittel 4.0 legger jeg frem min tolkning og forståelse av valgte sykepleieteori med tyngde på viktige begreper som blir brukt underveis.

Oppgavens drøfting finner sted i kapittel 5.0, til tross for det drøfter jeg også litt underveis hvor jeg mener det er naturlig.

Til slutt avsluttes oppgaven i kapittel 6.0 med en påfølgende konklusjon hvor svarene på problemstillingen legges frem gjennom en oppsummering.

1.6 Begrepsavklaring

1.6.1 Pedagogiske - og veiledende funksjon

Sidsel Tveiten (2008) definerer sykepleierens pedagogiske funksjon som følgende:

”Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger”.

(Tveiten, 2008:30)

Tveiten (2008) hevder at mestringskompetansen til pasienten, pårørende og kolleger øker ved at sykepleieren legger forholdene til rette for økt kunnskap, nye holdninger og ferdigheter, gjennom oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. For pasienten vil dette innebære økt mestring og livskvalitet ved at han forholder seg annerledes til sykdommen og symptomene enn han gjorde tidligere. For kolleger betyr det at handlingsberedskapen og kompetansen utvikles og videreutvikles. Den veiledende funksjonen er nærmere presentert i teoridelen.

1.6.2 Forebygge

I oppgaven snakker vi om infeksjonsforebygging. Med det forstår vi:

”Alle tiltak som har til hensikt å redusere risikoen for sykehusinfeksjoner.”

(Stordalen, 2009: 68).

Som sykepleiere må se til at pasientene ikke blir påført unødvendige lidelser som resultat av for eksempel dårlig hygiene. Man skal altså forhindre smitteutbredelse. I følge Stordalen (2009) består det helsefremmende arbeidet i å iverksette smitteforebyggende tiltak. Her skal pasienten bli vernet mot smitte utenfra samtidig som skal unngå smittespredning innenfor forskjellige miljøer. Skal man sikre omgivelsene rundt pasienten forutsetter dette god miljøhygiene. Stordalen påpeker det som svært sentralt at personalet har faglig opplæring og oppdatering vedrørende retningslinjer om infeksjonsforebyggingen.

2. METODE

I dette kapitlet beskrives jeg hvordan jeg har gått frem for å besvare problemstillingen. Jeg har brukt Dalland (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* som disposisjon for oppgaven.

2.1 Beskrivelse av metode

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 2007: 80).

Oppgaven følger Høgskolen i Hedmarks retningslinjer for bacheloroppgave, og er basert på en litteraturstudie. Som definisjonen sier innebærer det at man har gjort en orientering, innhentet aktuell data og dermed vurdert kritisk de innhentede dataene rundt det valgte emnet (Dalland, 2007). I denne oppgaven har jeg valgt et tema og fordype meg i med tilhørende problemstilling, og valgt ut litteratur jeg mener er relevant for oppgaven. Jeg brukt flere forfattere for å kaste lys over temaet, ved siden av ta med egen praksiserfaring for å sjekke om teorien stemmer med virkeligheten.

2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

I tillegg til å benytte pensumlitteratur, har jeg også søkt i skolens bibliotek og lånt bøker herfra, og videre søkt i skolens databaser. Jeg kom frem til søkeordene gjennom refleksjon. Jeg kom frem til følgende søkeord: *patient education, COPD hygiene, hand hygiene, oral hygiene, self management og nursing*. Jeg brukte kunnskapsegget.no som søkemotor med følgende kombinasjoner av søkeord: *patient education in COPD, effects of patient education, effects of handhygiene og oral hygiene*. Dermed benyttet jeg følgende databaser i kunnskapsegget; BMJ Best Practice, Cochrane Database of systematic reviews og McMaster Premium Litterature Service (plus). Forskningsartiklene som er blitt brukt i denne oppgaven er valgt ut fra trinn tre i kunnskapsegget. Det betyr at artiklene er blitt kvalitetsvurdert etter innhold og metode av en egen fagkomité og dermed kvalitetsstemplet.

2.3 Metoden validitet og reliabilitet

Man skal stille seg kritisk til litteraturen man finner. Det er fordi den er grunnet på noe som andre har kommet og frem til og dermed fremmet sine egne meninger om. Litteraturen som jeg har brukt i oppgaven er kun brukt ved at forfatteren har bakgrunn innen sykepleiefeltet, og dermed med lang erfaring innenfor fagfeltet. Sidsel Tveiten sin bok om pedagogikk fremhever viktigheten av sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon som må bli brukt opp mot pasient, pårørende og kolleger. Tveiten har lang veiledningserfaring og har gjennom doktorgradsarbeidet fokusert på brukerveiledning. Jeg ser derfor boken som reliabel med hennes bakgrunn og erfaring tatt i betraktning.

Travelbee, Nightingale og Antonovsky sine teorier er av eldre dato. Likevel ligger de til grunn for gjensidig validering, fordi det er flere forfattere i dag benytter deres teorier i bøkene sine. Derfor er de fortsatt like aktuelle tross datoen på verket. I denne litteraturstudie er jeg ute etter å fange opp subjektive meninger fra pasient, pårørende og kolleger gjennom kvalitativ litteratur. Altså følelser og meninger som man ikke kan tallfeste (Dalland, 2007).

2.4 Kildekritikk

Med unntak fra sykepleieteoriene er kriteriet at litteraturen ikke skal være eldre enn ti år, dette for å unngå å gjengi foreldet informasjon. Sykepleie er et fag som kontinuerlig oppdateres, og da er det viktig med oppdatert informasjon. Til tross for dette ser jeg at jeg har anvendt kilder av eldre dato. Marit Kirkevold sin bok om sykepleieteorier inneholder hennes fortolkning av Joyce Travelbee sin teori, likevel inneholder den flere sitater som er ordrett fra Joyce Travelbee, og jeg anser disse for å være relevante til tross for kildens dato. Samtidig er forfatteren er svært anerkjent og med lang utdannelse og erfaringen innenfor sykepleiefaget. Florence Nightingale er også blitt gjengitt av en annen forfatter, Linda Carrier-Walker. Til tross for dette så inneholder boken flere sider av ordrette sitater fra Nightingale på områder vedrørende hygiene, og ser derfor på den som aktuell for oppgaven. Samtidig er den gjengitt av en internasjonal anerkjent forfatter. Likevel blir begge overnevnte kilder sekundærlitteratur fordi den er tolket av noen andre, og kan derfor bær preg av den andres verdier og holdninger. På en annen side så kan den sekundærlitteraturen få frem flere sider av et tema. Jeg har benyttet både primære og sekundære kilder i oppgaven. For å belyse Nightingale og Antonovskys teorier har jeg brukt kilder som er på et annet språk enn norsk. Her har her tatt

med i betraktningen at ord og setninger ikke alltid kan oversettes slik at det blir forstått på den måten det i utgangspunktet var ment.

Man skal ha respekt for andre sitt arbeid, som at man for eksempel ikke tar andres ideer, teorier og arbeid som sine egne. Dette kalles plagiering. Derfor skal man henwise til riktig kilde (Dalland, 2007). Jeg følger også Høgskolen i Hedmarks retningslinjer for oppgaveskriving, herunder APA standard.

3. TEORIDELLEN

3.1 Luftveisinfeksjoner

Luftveisinfeksjoner er i følge Magne Nylenna (2009):

”Fellesbetegnelse på infeksjoner i nese- og munnhulen, svelget, strupehodet, luftrøret og bronkiene.”

(Nylenna 2006:201)

Slike infeksjoner kan i følge Skjetne (2003) være rihnovirus og RS-virus. Rihnoviruset er et vanlig forkjølingsvirus og vil angripe slimhinner i nese og svelg. Den smitter gjennom dråpesmitte ved nysing og hoste eller gjennom direkte kontaktsmitte. Rhinoviruset kan også overleve i flere timer på dørhåndtak og svært smittsomme. RS-virus (respiratorisk-syncytialt virus) kommer som et utbrudd hver vinter og forårsaker infeksjoner i nedre luftveiene. Den smitter gjennom dråpesmitte og direkte kontaktsmitte via hendene.

I følge Skjønsberg (2009) vil pasienter med KOLS være disponerte for å få bronkopneumonie (betennelse i lungevevet). Denne typen pneumoni er forårsaket av bakterier som normalt oppholder seg i de øvre luftveier slik som for eksempel pseudomonas aeruginosa, pneumokokker, stafylokokker, steptokokker for å nevne noen. Denne typen er også den vanligste typen av pneumonier. Komplikasjoner av nosokomial pneumoni kan videre i følge Skjønsberg (2009) være resistensutvikling og soppinfeksjoner.

3.2 Smittekjeden

For at vi som sykepleiere skal kunne forebygge infeksjonssykdommer, må vi være klar over fire faktorer for å bli smittet. Man må ha et smittestoff, en smittekilde, en smittemåte og en smitemottaker (Stordalen, 2009).

3.2.1 Smittestoff

Jørn Stordalen (2009) forteller at smittestoff er alle typer mikroorganismer, for eksempel virus og bakterier. Stordalen presenterer fem betingelser for smittespredning. Han sier at smittestoffet må være hardført. Det betyr at smittestoffet kan overleve i de omgivelsene det er i. Pasienter med KOLS er særlig disponert for bakterier og virus (Sørknes, 2008). Neste

betingelse er i følge Stordalen (2009) at smittestoffet kan formere seg på veien fra smittekilde til smittemottaker. Et eksempel på det kan være at pasienten blir eksponert for bakterier som har formert seg på hendene til sykepleieren, gjennom dårlig håndhygiene. Videre er vi avhengig av det er tilstrekkelig dose. Her snakker vi om at antall mikroorganismer som overføres fra for eksempel helsepersonell til pasienten, er tilstrekkelig nok til at pasienten blir smittet. Pasienter med KOLS er i følge Sørknes (2009) særlig utsatt for smitte under eksaserbasjoner, og under perioder med influensa. Dette kan bety i følge Stordalen (2009) at det ikke skal så mange mikroorganismer til for å forårsake sykdom. Overføringen av smittestoffet må skje raskt. Den siste betingelsen er at mottakeren må være mottakelig for smitte. Her mener vi at mikroorganismen må komme seg inn i menneskeorganismen. Dette må skje på den måten som er påkrevd for den enkelte mikroorganisme. Pasienter med KOLS er for eksempel disponert for mikroorganismer gjennom innåndingslufta (Sørknes, 2009).

3.2.2 Smittekilde

Med smittekilde menes infeksjonsfremkallende mikroorganismer som kan komme fra lokalisasjoner med infeksjon. Eksempler på dette kan være helsepersonell, normalfloraen eller slimhinner hos friske personer. I likhet med Stordalen, peker Florence Nightingale på viktigheten av å holde huden til pasienten ren, da hun så på den som en inngangsport for sykdom. Stordalen (2009) trekker fram at vi som helsepersonell må være klar over at de viktigste smittekildene på et sykehus er pasienter, personale og mer sjelden besøkende. Det er viktig å være klar over at disse smittekildene er et viktig smittereservoar. Det finnes to grunner til dette. Den ene er at man kan være smittebærere, som regel uten å være klar over det. Den andre grunnen kan være fordi man har potensielt patogene mikroorganismer i sin normalflora. Stordalen (2009) forteller videre at det kan spres masser av mikroorganismer fra friske personer som for eksempel helsepersonell, til pasienter og til gulv, inventar, sengetøy og medisinsk utstyr. Problemet blir at friske bærere eller personer med minimale symptomer får gå fritt på avdelingen og spre smitte til mange pasienter uten at de er klar over smitten. Jeg har erfart at pasienter med KOLS på sykehus er i kontakt med flere grupper helsepersonell; fysioterapeuter, sykepleiere, hjelpepleiere, leger og bioingeniører. Det er også ganske vanlig at pasienter med KOLS anvender nesegrimer og nebulisatorer på sykehus, og at dette kan være opphav til smitte dersom de ikke blir korrekt handtert.

3.2.3 Smittemåter

For at mikroorganismer skal komme seg fra smittekilde til smittemottaker, er betingelsen en eller flere smittemåter. Stordalen (2009) skiller mellom to typer smitte, endogen og eksogen smitte. Den endogene smitten innebærer at pasienten selv kan være opphav til flere smittekilder, for eksempel ved sår, normalfloraen og tarmene. Den eksogene smitten er påført utenfra, fra andre personer eller gjenstander. Her finnes flere smittemåter, jeg tar for meg kontaktsmitte og dråpesmitte da disse smittemåtene er mest relevant for oppgaven.

Kontakt smitte er den vanligste smittemåten for infeksjoner på sykehus. Pasienten kan bli direkte smittet ved fysisk kontakt. Et godt eksempel her, er når sykepleieren håndhilser på pasienten uten å ha ivaretatt håndhygiene. Her er smitekilden altså hendene til sykepleieren i direkte kontakt med smittemottaker, pasienten. Pasienten kan også bli smittet indirekte for eksempel ved et kontaminert mellom ledd. Dette mellomleddet kan være arbeidstøy, sengetøy, medisinsk utstyr og bekken for å nevne noen. Stordalen (2009) peker på at mangelfulle rutiner for å bryte smitteveiene er dårlig renhold og håndhygiene. Dette støttes av Nightingale som påpekte viktigheten av godt renhold. Hun så på renhold av gulv, vegger og gjenstander som sentralt for å fjerne støvet. Hun peker også på viktigheten av ventilering og frisk luft for å forhindre en støvete atmosfære. Nightingale støtter videre Stordalen i kontaminerte mellom ledd når hun understreker viktigheten av renslighet av pasientens seng, klær og hud (Carrier-Walker, 2009).

Stordalen (2009) forteller videre at indirekte smitte via personalets og andre pasienters hender er den vanligste smittemåten på sykehus. For og ytterligere å poengtere dette viser han til forskning som sier at selv ved kortvarig berøring, overføres 1000 til 100 000 bakterier fra pasienter til personalets hender. Ivaretar man ikke håndhygiene her vil bakteriene føres videre til andre pasienter, kolleger eller gjenstander som medisinflasker, dørhåndtak eller brytere. Den onde sirkelen sluttet når andre berører gjenstandene. Florence Nightingale understreker i likhet med Stordalen, viktigheten av god håndhygiene, hun mente at sykepleieren burde vaske hendene opptil flere ganger om dagen (Carrier-Walker, 2009). Jeg har erfart at håndhygiene blir ivaretatt i varierende grad i praksis. Videre har jeg sett nesegrimer og nebulisatorer som har ligget på gulvet blitt gjenbrukt hos pasienter med KOLS. Stordalen (2009) påpeker at nosokomiale infeksjoner, altså sykehusinfeksjoner, beror på at mikroorganismer kan overleve utenfor kroppen en stund, og kan på den måten være opphav til smitte, også ved indirekte kontakt.

Dråpesmitte er en form for indirekte kontakt smitte, og er av typen nærkontaktsmitte. Smittestoffet opptrer i dråper og blir slengt ut fra vedkommende. Eksempler på dette er snakking, hosting, nysing, oppkast, søl og spurt av urin, puss og blod og lignende. Stordalen (2009) forteller at dråpene kan komme i kontakt med øyne, nese og munn. Størrelsen hindrer dem i å inhaleres slik at de når ned i de nedre luftveiene. Likevel kan dråpene lande på gjenstander og dermed bli opphav til indirekte kontaktsmitte. Som nevnt innledningsvis i oppgaven er forkjølet personell en risikofaktor i forhold til pasienter med KOLS. Selv om dråpene ikke kan inhaleres betyr det likevel ikke at pasienter med KOLS ikke kan bli smittet av forkjølet personell (Sørknes, 2009).

3.3 Sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon

Som sykepleier er veiledning sentralt når det kommer til pasienter, studenter, pårørende og også kolleger. Jeg forholder meg til Sidsel Tveitens (2008) definisjon av veiledning:

«Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier.»

Tveiten (2008) sier at sykepleierens pedagogiske funksjon handler om oppdagelse gjennom refleksjon, læring, vekst, utvikling og mestring. Disse begrepene kan i en praktisk betydning innebære at en pasient med KOLS får økt livskvalitet fordi han mestrer å leve med sykdommen på grunn av at han har: tilegnet seg ny kunnskap, nye holdninger og nye ferdigheter, som gjør at han forholder seg til sykdommen sin på en annen måte.

3.3.1 Kommunikasjon

I det vi som sykepleiere bruker våres pedagogiske og veiledende funksjon, enten opp mot pasient, pårørende eller kolleger, kan vi utfordre den andres perspektiv. Dette skjer når vi stiller spørsmål om den andres syn på en situasjon, tanker og følelser (Eide & eide, 2008). Når vi utfordrer den andres perspektiv vil vi i følge Eide & eide, blottlegge noe som den andre ikke ser eller forstår tilstrekkelig og utfordre den andre til nytenkning eller se ting fra et annet perspektiv. Imidlertid understreker de at slik utfordrende veiledning aldri er tilsiktet som kritikk mot den andre. Slik veiledning fremlegges på en vennlig og alliert måte. Denne metoden fremmer refleksjon hos den det gjelder samtidig som den kan lede til følelser som

sinne, skam og skyld. I praksis har jeg erfart at kolleger mottar konstruktive tilbakemeldinger på en god måte, men at det samtidig blir den enkeltes ansvar om man vil endre måten å jobbe på.

3.3.2 Mestringsstrategier

Definisjonen av veiledning sier at personens mestringskompetanse styrkes. Ordet mestringskompetanse betyr evne til å mestre. Enten vi velger å veilede kolleger, pasienter eller pårørende er den overordnede hensikten med veiledningen å styrke mestringskompetansen til vedkommende. I følge Tveiten (2008) vil mestringskompetansen styrkes gjennom oppdagelse via refleksjon og læring. Vi må likevel vurdere personens evne til å mestre situasjonen han eller hun befinner seg i. Man er med andre ord avhengig av en mestringsstrategi. Albert Banduras sin «self-efficacy» teori vektlegger individets egne muligheter som utslagsgivende for individets atferd. Personens tro på egen mestringsevne står sentralt. Mestringsevnen vil avgjøre hvordan personen tenker, handler og opplever bestemte situasjoner (Kristoffersen, 2006). Grunnlaget for personens tro eller forventninger kan være forankret i personens tidligere erfaringer, prestasjoner eller påvirkninger. For eksempel kan pasienter med KOLS oppleve angst i forbindelse med økt pustebesvær, som følge av eksaserbasjon (Sørknes, 2009). Tveiten (2008) understreker at sykepleieren oppgave er å tilrettelegge for pasienten til å oppdage egne muligheter, slik at pasienten tror på disse, og dermed kan ivareta sin egen helse.

Empowerment kan rettes mot mestringshjelp. Sykepleierens oppgave er å sørge for at pasienten blir «myndig gjort» eller «delaktig» i sin egen situasjon. Som sykepleiere må vi se på pasienten som ekspert på seg selv, og dermed sørge for pasientens egen medvirkning. Vi vil også være nødt til å gjøre en maktfordeling i møte med individet. Det betyr at vi møter individet som to likeverdige parter. Hvorav den ene parten ikke er verdt noe mer enn den andre. Hvor ingen har mer makt enn den andre (Tveiten, 2008).

3.3.3 Veiledningens innhold

I denne oppgaven er den pedagogiske og veiledende funksjonen rettet både mot pasient, pårørende og annet helsepersonell. Uansett hvem av gruppene vi velger å veilede, må vi som

sykepleier legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. Her er det mange hensyn som skal tas, og i følge Tveiten (2008) må følgende avklares på forhånd:

- Hvem er målpersonen?
- Hva er situasjonen?
- Hva er hensikten?
- Hva er fokuset? Hva skal veiledningen inneholde?
- Hva kan virke inn på vedkommende eller situasjonen?
- Hva synliggjør eller svekker læring?
- Når og hvor skal veiledningen finne sted? Hvor mye tid er til rådighet?
- Hvilke metoder er relevante?
- Hvordan vet man at hensikten er nådd?

Enten vi velger å veilede kolleger, pasienter eller pårørende er den overordnede hensikten med veiledningen å styrke mestringskompetansen til vedkommende.

3.3.4 Pasient og pårørende

Sykdom og lidelser kan ha en kjempestor påvirkning på pasienten, men også for de pårørende. I forbindelse med sykehusinnleggelse har ofte pasienten og de pårørende et stort behov for forståelse og kunnskap rundt situasjonen og hvordan de kan eller burde forholde seg til den (Tveiten, 2008). Som sykepleier er det viktig å utrede hva pasienten selv synes om sin egen situasjon og tilstand. Vi kan finne ut pasientens egen forståelse av situasjonen og sykdom, og få frem pasientens egne meninger.

I likhet med Tveiten sier Joyce Travelbee at sykepleieren må skape et menneske til menneske forhold til pasienten. Hvor begge parter er to likeverdige individer – ikke roller. Dette forholdet må gjennom flere stadier før man kan ha gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2005). Først da vil veiledningen og undervisning bli individuelt tilpasset den enkelte og på dennes vilkår (Tveiten, 2008).

Som sykepleier skal vi tilrettelegge for at pasienten på best mulig grunnlag kan ta avgjørelser i henhold til egen helse. Sykepleieren er i følge Tveiten (2008) nødt for å ha en åpen dialog med pasienten hvor kunnskap og informasjon om sykdom og behandling deles.

Før undervisning og veiledning kan starte er vi nødt for å vurdere pasienten, og ta situasjonen han befinner seg i. Tveiten (2008) sier at dersom pasienten opplever sin egen situasjon som meningsløs eller håpløs, kan motivasjonen for å lære noe nytt være liten. Pasienter med KOLS er i følge Sørknes(2009) reduserte under oppblussing av sykdommen. Da kan lærerforutsetningene være små i følge Tveiten (2008). For å stryke lærerforutsetningene til pasienten sier Aron Antonovsky (1991) at pasienten må ha en opplevelse av kontroll over situasjonen, «sense of coherence». Han understreker at pasienten må oppleve situasjonen som meningsfull, handterbar og forståelig. Sykepleieren må da få klarhet i faktorer som skaper stress for pasienten, hvordan pasienten forstår situasjonen, og hva slags holdning og tro pasienten har til sine egne ferdigheter for å tåle, og mestre den, samt hva pasienten kan gjøre for å møte den.

Videre må sykepleieren tilrettelegge for at pasienten selv oppdager behovet for læring og tilegnelse av ny kunnskap. I følge Tveiten (2008) kan dette skje gjennom informerer pasienten om sykdommen, og dens konsekvenser for pasientens daglige funksjon. Tveiten peker på viktigheten av at sykepleieren sammen med pasienten utarbeider en plan for undervisningen og veiledningen. Planen skal inneholde veiledningens hensikt, hva veiledningen skal handle om og tid og sted for veiledning. I følge Tveiten bør denne planen være en del av pasientens pleieplan. I praksis har jeg erfart at man setter inn avtalte datoer og klokkeslett for samtale mellom pasient/pårørende og helsepersonell inn i pleieplanen. Likevel har man ikke et systematisk skjema for veiledning som ligger som en del av pleieplanen, men vi bruker egne dokumenter for pasient og pårørende som ligger i dokumentasjonssystemet.

3.3.5 Kolleger

Veiledning til kolleger kan være aktuelt når sykepleieren ønsker å dele kunnskap, som ekspert på et felt. Man kan bruke internundervisning hvor forskjellige yrkesgrupper underviser hverandre. Tveiten (2008) sier at veiledning og undervisning av kolleger handler også vel så mye om å samarbeide både faglig og tverrfaglig. Hun trekker frem at kunnskap om hva veiledning er kan medføre at sykepleieren blir oppmerksom på sin egen kommunikasjon med andre, og dermed er mer veiledende enn rådgivende overfor sine kolleger.

Tveiten (2008) trekker frem flere måter å veilede kolleger på. Jeg har valgt coaching modellen i klinisk praksis. Coaching vektlegger å stryke den enkeltes kompetanse når det kommer til hvordan arbeidsoppgavene kan løses. I praksis kan man utnevne medarbeidere som er coacher

for hverandre. I følge Tveiten er coaching mer løsningsorientert enn veiledning. Den tar for seg her-og-nå-situasjonen og vektlegger handlinger og løsninger. Tveiten forklarer at coaching er avhengig av gjensidig tillitt fra begge parter, og at man har et godt samarbeid og relasjon til den man jobber sammen med. Da vil kvaliteten bli bedre og samtidig utfallet. En god måte vil være at en erfaren kollega coacher en mindre erfaren kollega.

Tveiten (2008:273) viser til forskning som dokumenterer god effekt av sykepleiefaglig veiledning. Veiledning gir økt kunnskap, bedre handlingsberedskap, forbedret samarbeid mellom kolleger, økt personlig trygghet og finhindring av utbrenthet. Min egen erfaring fra praksis viser at veiledning mellom kollegaer er til tider fraværende. Likevel tar man opp episoder og handlinger til etisk refleksjon, men dette er dessverre personavhengig.

4. TOLKNING AV SYKEPLEIETEORIER

I dette kapitlet ønsker jeg å belyse Joyce Travelbee's teori. Jeg har valgt å fokusere på de faktorene jeg mener har mest betydning for å kunne besvare problemstillingen. Teorien som framlegges skal være med å skape grunnlaget for innholdet i drøftingsdelen.

4.1 Joyce Travelbee

Travelbee har sammenfattet sitt syn på sykepleie gjennom følgende definisjon:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, hvis nødvendig, å finne mening i disse erfaringene.”

(Kristoffersen, 2005:27).

Å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og å finne mening i erfaringene, er i følge Travelbee sykepleierens hovedfunksjoner. Slik jeg forstår Travelbee skal sykepleieren vektlegge pasientens egen opplevelse av sykdommen og lidelsen, fremfor den medisinske diagnosen.

I følge Travelbee er den mellommenneskelige interaksjonen kjernen i hva sykepleie er og burde være. Hun fremhever det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie, opplevelse av interaksjonen, ulike konsekvenser det kan ha for pasienten og tilstanden han er i (Kirkevold, 1992). Å leve med KOLS kan være en stor påkjenning både for pasienten og de pårørende. Følelsen av og ikke få puste medfører utrolig mye angst for pasienten (Sørknes, 2009).

Travelbee benytter begrepet individ i definisjonen, og ikke pasienten. Hun mener at hvert enkelt menneske er unikt, i den forstand at det er uerstattelig. Hun sier videre at alle kan erfare sykdom, lidelse og tap, men det er den enkeltes opplevelse av disse erfaringene som kun er hans egne. Travelbee kaster vrak på rollebegrepene sykepleier og pasient. Hun hevder at særtrekkene ved mennesket forsvinner når man tar på seg ”merkelappen” som enten sykepleier eller pasient. Med bakgrunn i dette, fremmer hun menneske-til-menneske-forholdet som et forhold basert på gjensidig tillitt. Dette forholdet forutsetter at begge individene reagerer på den andres ”menneskelighet”. Forholdet må likevel sees på som et mål som kan oppnås etter flere interaksjoner (Kirkevold, 1992). I møte med pasienter med KOLS ser jeg betydningen av å se personen som et unikt individ. Et individ med masse erfaring om seg

selv, og med sin egen måte og hankses med sykdommen på. Til tross for dette velger jeg å bruke begrepene sykepleier og pasient, eller vi som sykepleier og han som pasient. Dette er tatt med hensyn til oppgavens leselighet.

For at vi som sykepleiere skal kunne hjelpe pasienten i å mestre sykdom og lidelse, finne mening i erfaringene, er kommunikasjon et av de viktigste verktøyene. Travelbee sier at vi må bruke oss selv terapeutisk. Med dette forstår vi bevisst bruk av egenhet og kunnskap for å hjelpe til med endring hos syke. Først når man av letter personens plager er forandringen terapeutisk. Skal man kunne bruke seg selv terapeutisk må man i følge Travelbee inneha følgende kvaliteter; selvinnsikt, engasjement og forståelse menneskers handlinger og evnen forstå sin egne og andres handlinger og intervensjoner på en hensiktsmessig måte. Jeg forstår dette som at sykepleieren må et bevisst forhold til egne holdninger og verdier i møte med sykdom og lidelse. Travelbee trekker samtidig frem viktigheten av å bruke en hensiktsmessig tilnæringsmåte til den syke. Hun sier at dersom man skal kunne hjelpe den syke i å finne mening, og mestre sykdom og lidelse må tilnæringsmåten både være av intellektuell og disiplinert art (Kirkevold, 1992). Med det forstår vi at sykepleieren er nødt for å ta i bruk sine fagkunnskaper og innsikt for å utrede hva som er personens sykepleiebehov, og hvordan man kan i standgjøre personen til å møte disse. Jeg forstår også at det handler om den enkeltes sykepleiers engasjement i møte med pasienten, da initiativet og interessen for mennesket må komme fra sykepleieren.

Uansett hvordan mennesket reagerer på lidelse mener Travelbee at et fellestrekk er at de alle søker å finne mening. Hun sier at det er fundamentalt for mennesket å finne mening i livets ulike erfaringer, samtidig som det er en subjektiv faktor. Sykepleierens viktigste oppgave er å hjelpe pasienten i å finne mening i tilværelsens ulike livserfaringer. Travelbee sier at meningsbegrepet kan virke utviklende på pasienten, på en måte som muliggjør at pasienten kan oppnå selvrealisering, og det som ligger forbi selvrealiseringen: ferdigheten til å overgå seg selv som et resultat av erfaringene (Kirkevold, 1992). Jeg forstår dette som at sykepleierens oppgave blir å hjelpe pasienten til å finne mening uavhengig av livssituasjon og helse.

Travelbee trekker frem håpet betydning som både helsefremmende og som forebyggende i forhold til sykdom. Dersom pasienten finner mening i situasjonen blir det lettere å finne håp. En person som håper har i følge Travelbee lettere for å imøtekomme vanskelige situasjoner enn en person som har mistet håpet (Kristoffersen, 2005). Med dette forstår jeg at

sykepleierens hensikt blir å hjelpe pasienten til å finne håp slik at han bedre kan takle tøffe påkjennelser.

5. DRØFTING

For å svare på problemstillingen på en ryddig måte er kapitlet delt opp i tre perspektiver hvor jeg tar for meg sykepleie opp mot; pasientperspektivet, pårørendeperspektivet og kollegaperspektivet. Jeg kommer til å drøfte mange av de samme elementene i de forskjellige perspektivene, dette er gjort for og få frem likheter og forskjelliger.

5.1 Sykepleierens ansvar opp mot pasient

Som sykepleiere følger vi ICN's yrkesetiske retningslinjer for utøvelse av sykepleie. Der står det under punkt 2 at *"Sykepleieren ivaretar den enkeltes pasient verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket"* (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Altså så har pasienten rett på en helhetlig omsorg, samtidig som pasientens egne meninger og syn skal være med når man legger en plan for veiledning. Tveiten (2008) fremhever viktigheten av at dersom veiledning skal skje på et mest mulig individuelt nivå, så må pasientens egne meninger og opplevelser frem i lyset. Hun fremhever at pasienten er ekspert på seg selv. Skal veiledning lykkes så må det skje på pasientens premisser. Travelbee understreker at pasientens opplevelser og erfaringer av sykdom og lidelse som en essensiell i sykepleierens mål og hensikt (Kirkevold, 1992). Florence Nightingale fremhever pasientens medvirkning og bidrag i egen pleieplan som helt fundamental for sykepleie. Siden den blir lagt på pasientens egne premisser vil den samtidig være effektiv (Carrier-Walker, 2009). Altså snakker både Tveiten, Travelbee og Nightingale om at den helhetlige omsorgen kommer til uttrykk gjennom ivaretagelsen og fremmingen av pasientens meninger, opplevelser og erfaringer. Skal pasientens egen pleieplan og veiledningsplan bli vellykket så må pasientens egen medvirkning (empowerment) settes i høysete. Da vil pasienten i stor grad oppleve bedre kontroll over egne beslutninger og handlinger. Samtidig som det vil bidra til at pasienten finner tro på bruk av egne ressurser som vil ruste han til å mestre sitt eget liv, og sin egen helse (Antonovsky, 1991).

Dersom man ikke ivaretar dette vil man krenke pasientens verdighet og integritet, og dermed ikke ivareta den helhetlige omsorgen. Man vil svike Travelbees forståelse av å se et hvert individ som unikt. Travelbee understreker videre at sykepleieren da vil møte pasienten på en mekanisk måte, altså på en fastsatt måte uten personlighet og menneskelighet fra sykepleieren. Sykepleieren vil da utvikle et distansert forhold til pasienten fordi sykepleierens

interesse for pasienten er fraværende (Kirkevold, 1992). Da vil samtidig planen for veiledning undertrykke pasientens forutsetninger for å mestre livssituasjonen han befinner seg i, når han ikke selv får være delaktig i egen veiledningsplan. Samtidig vil pasienten miste troen på at ressursene han innehar vil stryke hans egen helse og livskvalitet (Tveiten, 2008). I praksis har jeg erfart at man har lett for å fokusere hvordan man kan behandle KOLS eksaserbasjon, fremfor å se på hvor godt pasienten mestrer å leve med sykdommen. Da vil man som Nightingale sier få god kunnskap om både sykdom og sykdomsbehandling, men samtidig krenke retningslinjer om å ivareta en helhetlig omsorg (Carrier-Walker, 2009). Travelbee sier at sykepleieren da ikke vil se på pasienten som et menneske, men heller som en jobb som må gjøres (Kirkevold, 1992).

Videre understreker yrkesetiske retningslinjer at *"Sykepleieren har ansvaret for en sykepleierpraksis som fremmer helse og forebygger sykdom."*(NSF, 2011). Med det forsår jeg det som at sykepleieren er etisk underlagt å jobbe etter hygieniske prinsipper som er forebyggende og samtidig helsefremmende. Dersom sykepleieren unnlater seg å desinfisere hendene i møte med pasienten vil man da utsette pasienten for fare fordi han blir påført bakterier gjennom kontakt med sykepleieren og dermed bli smittet. Dette vil få uheldige konsekvenser for pasienten fordi han risikerer å måtte få ytterligere liggedøgn på sykehuset, samtidig som han bli plaget med ytterligere behandling som han godt kunne vært foruten. Han vil kanskje også måtte ha behov for ekstra oppfølging etter utskrivelsen, oppleve et redusert funksjonsnivå og kanskje mest alvorlig, bli disponert for økt dødelighet (Stordalen, 2009). Da vil man samtidig bryte ned Nightingales fundament om viktigheten av ren hud. Hun uttrykker eksplisitt at hud som er skitten eller tilsmusset vil ha en uheldig effekt på pasientens helse og velvære fordi han vil bli ytterligere dårligere. (Carrier-Walker, 2009). Samtidig vil man også ta avstand fra Travelbee sitt syn om at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Kirkevold, 1992). Dette vil ha uheldige effekter på pasienten, fordi han vil bli utsatt for infeksjon som følge av at sykepleieren fraskriver seg ansvaret om å forebygge sykdom og fremme helse. En annen ulempe er at pasienten vil også måtte erfare de negative erfaringene av påkjenning fra den påførte infeksjonen ved siden av grunnsykdommen sin.

På den andre siden. Dersom sykepleieren velger å ivareta håndhygiene, vil man forhindre at pasienten blir påført unødvendige infeksjoner og lidelser, fordi man bryter smittekjeden. Dette vil ha gunstige effekter på pasienten fordi han slipper å bli utsatt for lengre liggetid, sykehusinfeksjoner, oppfølging etter utskrivelse, økt dødelighet og nedsatt funksjonsnivå. Med det forsår jeg det som at sykepleieren ivaretar sin forebyggende og helsefremmende funksjon ved ivaretagelsen av god håndhygiene. Nightingale uttrykker eksplisitt at den positive siden ved at sykepleieren ivaretar egen håndhygiene, er at hun ivaretar pasientens naturlige tilhelingsprosess (Carrier-Walker, 2009). Med andre forstår jeg det som at sykepleieren forebygger unødvendige infeksjoner hos pasienten ved ivaretagelsen av håndhygiene. Jeg forstår det like fullt som hver enkelts ansvar å ivareta hygiene.

Yrkesetiske retningslinjer sier videre at *”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.”* (NSF, 2011). Her uttrykkes det eksplisitt at sykepleieren må kunne tilpasse informasjonen og veiledningen som skal gis, på en mest mulig individuell måte. Man må bevisst ta i bruk sin veilederkompetanse for å hjelpe pasienten til å kunne fatte selvstendige avgjørelser. Ulempen ved og ikke fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser er at man etterlater pasienten i situasjon hvor man ikke vet om pasienten har fått med seg informasjonen eller veiledningen som har blitt gitt (Tveiten, 2008). Hvis pasienten ikke har forstått informasjonen eller har fått mulighet til å uttrykke dette, vil det skape både uro og angst for pasienten, samtidig som han vil bli krenket (Sørknes, 2008). Med dette forstår vi at sykepleieren må møte pasienten der den er, for så å kunne tilrettelegge informasjonen som skal gis, uten å bruke fagspråket sitt, for så å etterspørre om informasjonen forstått.

5.1.2 Formidling av kunnskap opp mot pasienten

I veiledning av pasienten er sykepleieren nødt å reise spørsmål ved veiledningens hensikt. *Hva er hensikten med veiledningen?* Selve hensikten med veiledningen kan bli at pasienten får økt kunnskap om luftveisinfeksjoner og medisinsk utstyr, at han er klar over viktigheten av personlig hygiene, og helsepersonellens hygiene og at han mestrer sykdommen bedre og dermed får økt livskvalitet (Tveiten, 2008). Dersom vi får til dette vil høste mange fordeler. En god fordel her er at pasienten vil takle påkjenninger mye lettere ved at han vet hvordan

sykdommen virker, og dermed opplever en følelse av kontroll fordi han bruker sine egne ressurser i møte med sykdommen. Han vil altså oppleve å håndtere situasjonen bedre, fordi situasjonen for han er blitt meningsfull og forståelig (Antonovsky, 1991). En annen styrke ved dette er pasienten vil finne mening i erfaringene han gjør seg og dermed finne tro og håp som vil gjøre at han forholder seg til sykdommen på en mer helsefremmende måte, fordi han mestrer situasjonen sin bedre enn tidligere (Kirkevold, 1992).

Viktigheten av veiledning og pasient læring styrkes gjennom forskning som tok for seg effekten av pasient læring om KOLS med ettårs oppfølging. Pasientene i utdanningsgruppen fikk en spesielt tilrettelagt undervisningsmaterieell, samt 2 x 2 timers gruppeveiledninger på grupper mellom 5-8 pasienter. I tillegg fikk pasienten en individuell veiledning av spesialisert sykepleier hvor pasienten kunne stille åpne spørsmål gjennom en etablert relasjon til sykepleieren. Her tok man for seg problemstillinger tilknyttet obstruksjon, forebygging av forverring, effekten av anti - obstruktive medisiner, pasientens egenvurdering, hjelp til selvhjelp, individuelle behandlingsplaner og fysioterapi. Resultatet avslører at pasientene i utdanningsgruppen hadde færre liggedøgn på sykehus og færre konsultasjoner med fastlegen. Nærmere halvparten av pasienten i utdanningsgruppen sa at de nå følte seg trygget etter gjennomgått opplæring. Til tross for at pasientene i utdanningsgruppen ikke følte at de hadde forbedret livskvalitet etter gjennomgått utdanning, ligger det allikevel grunn til å tro at de forholdt seg annerledes til sykdommen sin etter å ha fått utdanning. Dette med forankring i færre liggedøgn, sykehusinnleggelse og fastlege konsultasjoner enn kontroll gruppen (Gallefoss, 2004). Forskingen støtter opp om det Antonovsky (1991) sier om å få kontroll over situasjonen med at man da opplever den som forståelig, håndterbar og meningsfull. Med det så forstår jeg det som at veiledning og utdanning av pasienter med KOLS vil redusere liggetiden på sykehuset samtidig som man påviste færre innleggelse, på grunn av at de i bedre grad mestrer situasjonen enn det de gjorde tidligere. Jeg møtte i praksis den samme pasienten med KOLS opptil flere ganger gjennom praksisperioden. Det kan tyde på at pasienten ville hatt behov for økt mestringskompetanse gjennom pedagogikk og veiledning.

For at pasienten skal forstå hva han selv kan gjøre for å forebygge luftveisinfeksjoner må sykepleieren sammen med pasienten avklare følgende: *Hva er fokuset? Hva skal veiledningen inneholde?*

Det personlige stellet er en viktig del av forebyggingen. Stordalen (2009) fremhever at den endogene smitten er den hyppigste, og at bakteriene som dominerer her kan gi opphav til

blant annet luftveisinfeksjoner. Dersom man velger og ikke å ivareta det personlige stedet hos pasienter med KOLS vil pasienten bli liggende i sine egne skitne, fuktige klær og sengetøy, som er fulle av dødt vev og annen skitt og dermed legge forholdene godt til rette for mikroorganismene og dermed også til økt infeksjonsfare (Stordalen, 2008). Florence Nightingale uttrykker eksplisitt at sykepleieren må ivareta pasientens hygiene for og ikke forverre helsen hans. Huden er en potensiell faktor for infeksjon hvis den ikke ble holdt ren (Nightingale, 2009). Travelbee sier at sykepleieren skal forebygge sykdom og lidelse hos pasienten (Kristoffersen, 2005). Vi må derfor forstå det dit hen at ivaretakelsen av personlig hygiene må stå på dagsorden når man skal forebygge luftveisinfeksjoner hos pasienter med KOLS. For å få til dette må pasienten oppfatte sykepleierens budskap som forståelig, handterbar og meningsfull (Kirkevold, 1992).

For at pasienten med KOLS ytterligere skal forstå viktigheten av hygien, må fokuset legges på medisinsk utstyr. I praksis har jeg ofte sett nesegrimer og nebulisatorer som blir tatt fra gulvet og gjenbrukt på pasienten. Pasienten blir da utsatt for infeksjon og ytterligere påkjenninger når man tillater seg å ta nesegrimen som har ligget på gulvet hvor det finnes masse støv med bakterier i (Stordalen, 2009). Nightingale fremhever at gulvet er det stedet hvor både skitt og fukt samles, og at skitt og fukt begge var faktorer som ville gjøre pasienten dårligere hvis det kom i kontakt med han (Carrier-Walker, 2009). De uheldige effektene av denne handlingen vil utsette pasienten for luftveisinfeksjoner både i form av streptokokker og stafylokokker (Stordalen, 2009). Som Travelbee sier det så trenger pasienten å forstå meningen i erfaringene, og dermed oppleve mestring hvis sykepleieren får han til å forstå at gulvet i seg selv er et skittent område som fremmer bakterievekst, og som vil være med på å påføre han infeksjoner hvis han ikke er oppmerksom nok (Kirkevold, 1992).

Videre kan innholdet i veiledningen være at pasienten forstå viktigheten av og ikke bli plassert sammen med smittefarlige pasienter, eller motta behandling fra helsepersonell som er forkjølet eller som har lettere symptomer på forkjølelse. I praksis erfarte jeg som sagt at en forkjølet kollega ble plassert til å ha ansvar for pasienten som var innlagt for KOLS eksaserbasjon, uten å bruke munnbind. Pasienten må forstå at hvis han mottar helsehjelp på denne måten så vil det bidra til å forverre hans egen situasjon, og dermed sørge for at han blir påført ytterligere infeksjoner. Han må få kunnskapen om at han blir utsatt for luftveisinfeksjoner i det dråpene fra pleierens nysing blir slynget ut over pasienten. Man vil som tidligere nevnt utsette pasienten for en rekke ulemper i form av, økt dødelighet og dette særlig tatt i betraktning når pasienten med KOLS i utgangspunktet er særlig utsatt (Sørknes,

2008). Videre vil man påføre forlenget liggedøgn, man vil ytterligere redusere pasientens funksjonsnivå, unødvendige lidelse og invaliditet og øke behovet for pleie (Stordalen, 2009). Viktigheten av økt mestringskompetanse gjennom pedagogikk og veiledning vil igjen komme til syne ved at pasienten får økt forståelse, opplever situasjonen som håndterbar og mengingsfull, dersom han blir klar over faktorer som vil forverre tilstanden hans (Antonovsky, 1991). Altså trenger pasienten kunnskap om dråpesmitte, kontaktsmitte og indirekte kontaktsmitte (Stordalen, 2009). Skal dette skje må sykepleieren ta stilling til forhold som kan påvirke veiledningen.

For pasienter med KOLS kan det være flere faktorer som hemmer læring blant annet vil en lang veiledning slite ut pusten til pasienten fordi det kan være anstrengende for han å måtte prate lenge om seg selv (Sørknes, 2008). Da må man unngå å stille unødvendige spørsmål, og heller fokusere mest mulig på å få frem pasientens egne meninger (Tveiten, 2008). Samtidig skal man veiledningen skj under rolige forhold, her kan støy være en forstyrrende faktor. Mange pasienter med KOLS er avhengige av kontinuerlig O2 tilførsel her kan det komme støy, samtidig som støy fra avdelingen vil være med på å forstyrre konsentrasjonen. Fagermoen (2008) sier at man må avtale tid for veiledningen, men tar ikke stilling til veiledningens varighet.

Tveiten (2008) på sin side sier at for lang veiledning kan hemme læringen, og at man derfor må påse og tilpasse tid og innhold nøye før veiledningen. Samtidig sier Tveiten (2008) at innholdet må være mengingsfullt. Dette vil ha positivt utfall for pasienten siden han da kan oppleve situasjonen sin som håndterbar, forståelig og meningsfull. Da vil han også lettere kunne se sammenheng mellom ting (Antonovsky, 1991). Han vil også få fordelen av å få økt mestringskompetanse slik at han vil i følge Travelbee finne mening i situasjonen og dermed lettere takle påkjenninger (Kirkevold, 1992). I praksis har jeg sett at man har brukt egne romm for samtaler med pasienter og pårørende. Hvis pasienten ligger på ene romm så har man også kunnet benyttet dette som sted for veiledning, da slipper pasienten å bruke krefter på å komme seg til samtale rommet, og har heller mer krefter å bruke i veiledningen.

Det finnes utallige måter å veilede på, derfor er neste spørsmål: *Hvilke metoder er relevante?* I praksis har jeg sett at man har informasjonsbrosjyrer om forskjellige sykdommer som er skrevet til pasienter og pårørende. De negative sidene her er at informasjonen enten ikke blir forstått, eller at informasjonen er for snever. På en annen side så fremmer både Tveiten (2008)

og Fagermoen (2008) bruken av skriftlig informasjon som et godt supplement ved siden av veiledning. Samtidig trekker tveiten inn viktigheten av bruk av enkle anatomiske tegninger og bilder som viktig under veiledningen. Da vil man stimulere flere sanser samtidig hos pasienten, som vil gjøre at han lettere lærer. I praksis har jeg sett at man kun har gitt pasienten en lang muntlig informasjon før de sender pasienten hjem. Da har man ingen garanti for at pasienten har forstått innholdet i samtalen, eller om han har fått noe ut av samtalen. Hvis han ikke har lært noe av samtalen kan det skape mer uro og angst for pasienten (Fagermoen, 2008). I forskningen viste det seg at pasientene hadde god utbytte av gruppeveiledning, og individuell veiledning (Gallefoss, 2004). De gode sidene ved gruppeveiledning er at pasienter i samme situasjon kan dele sine tanker, følelser og meninger med hverandre. Det i seg selv kan bidra til å skape en fellesskapsfølelse eller en tilhørighet. Da kan pasientene lettere kjenne seg trygge på å alminneliggjøre problemer, og dermed oppdage at andre har samme behov, og at andre kan stille spørsmål som en selv ikke turte (Tveiten, 2008).

De negative sidene ved gruppeveiledning er likevel at pasienten ikke tør å stille spørsmål eller å komme med kommentarer. Da vil ikke pasienten bli stimulert nok til å ha effekt av denne undervisningen og læringsutbyttet vil bli snevert (Tveiten, 2008). Slik jeg ser det blir utfordringen for sykepleieren å sette sammen en gruppe som er liten nok at pasientene kan føle seg trygge, men samtidig stor nok til å skape dynamikk. Forskningen som tidligere presentert fremhevet effekten av gruppeveiledning kombinert med individuell oppfølging til å ha god effekt da pasientene i utdanningsgruppen oppsøkte fastlege og sykehus i mindre grad enn de som var fikk vanlig behandling. En annen god effekt viste seg i at de følte seg tryggere etter gjennomgått læringen som gir grunnlag for å hevde at det gav økt mestringskompetanse (Gallefoss, 2004).

Det siste avgjørende punktet etter gjennomgått veiledning er å kvalitetssikre at hensikten med veiledningen er nådd. Spørsmålet blir derfor: Hvordan vet man at hensikten er nådd? Vi må evaluere effekten av veiledning ved å legge til rette for at pasienten selv oppdager hva han nå mestrer og ikke mestrer. Da må sykepleieren ta ansvaret ved å stille spørsmål som for eksempel hva oppdager du nå? Hva trenger du nå? Hvordan kan du komme videre nå? (Tveiten, 2008). Da vil man la pasienten selv uttrykke sine tanker og følelser samtidig som man vil få frem pasientens egen refleksjon. Den gode siden ved å benytte disse spørsmålene er at man også da vil bruke seg selv terapeutisk fordi man vil tolke pasientens tanker og følelser for så å bidra til forandring hos pasienten. En annen god side ved terapeutisk bruk av seg selv er at kommunikasjonen er rettet mot pasienten. Da vil sykepleieren i følge Travelbee

hjelpe pasienten til å mestre sykdommen, og lidelse og finne mening i erfaringene (Kirkevold, 1992).

5.2 Sykepleierens ansvar opp mot pårørende

Under punkt tre i ICN yrkesetiske retningslinjer fremgår under punkt 3.1 at sykepleieren skal: *”Bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt.”* (ICN, 2011). Forutsatt at pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det jfr. Lov om pasient- og brukerrettigheter (Lovdata, 2012). Det betyr at sykepleieren må ta hensyn til at sykdom og lidelse kan være en veldig stor påkjenning for de pårørende (Sand, 2008). Dersom man velger å ikke ivareta pårørende vil man samtidig bryte ned Travelbees syn på sykepleie om at sykepleieren skal hjelpe en familie til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Kirkevold, 1992). Dersom man velger og ikke å ivareta pårørendes behov for informasjon vil konsekvensene bli mange og de vil bli negative. En ulempe her er bekymringen. De pårørende vil hele tiden ha bekymringen hendende over seg. En annen ulempe vil være at de pårørende vil oppleve stor grad av frustrasjon og et indre kaos hvis de ikke får møtt dette viktige behovet. For pasienten kan dette føre til unødvendig angst og uro da pårørende er pasientens nærmeste støttespiller. Sykepleieren vil samtidig fremstå i et dårlig lys og med holdinger om at pårørende er en byrde fremfor en ressurs for pasienten. (Sand, 2008). En sykepleier som tror han kan gi god omsorg og sykepleie til en pasient, lurer seg selv i følge Travelbee (Kirkevold, 1992). Med det forsår jeg at god og helhetlig sykepleie er ikke bare å ivareta pasienten, men også pårørende ved at sykepleieren imøtekommer deres behov for informasjon.

5.2.1 Gruppeveiledning med pasient og pårørende

Når sykepleieren skal veilede kan det vær en god fordel å veilede pasient og pårørende samtidig. Fordelen med denne måten å veilede på er at pårørende og pasienten har større sjanse for å få med seg alt som blir sagt når de er to. Ved individuell veiledning kan pasienten kan for eksempel være sliten og ha lite krefter uten at vi merker det, og når han da skal formidle informasjonen videre til sine nærmeste så blir den mangelfull. Når informasjonen blir ufullstendig kan pårørende bli usikre på hvordan de skal forholde seg til pasienten. Sand (2008:35) viser til forskning som sier at pårørende ønsker at sykepleieren skal vektlegge håp i møte med og dem og den syke. For at sykepleieren da kan ivareta håpet til pårørende må

sykepleieren hjelpe pårørende i å finne mening i deres erfaringer slik at også de bedre kan oppleve situasjonen som forståelig, handterbar og meningsfull (Antonovsky, 1991). Da vil de oppleves fordelen av økt mestringskompetanse som vil gjøre de i bedre stand til å forholde seg til situasjonen (Tveiten, 2008).

Som sykepleiere må man stille spørsmålet med hva hensikten kan være å veilede pårørende. Pårørende som er pasientens næreste føler i utgangspunktet at de ikke vil ha så mye å bidra med mens pasientens er innlagt på sykehuset siden pasienten allerede har et apparat rundt seg. Likevel kan hensikten være at de får økt mestringskompetanse rundt pasienten med KOLS som resultat av kunnskap om faktorer som bidrar til å nedsette pasientens helse, som for eksempel ved at han blir omgitt av forkjølet helsepersonell. Pårørende kan da også bli bevisst på at han selv kan være smitekilden hvis han skulle bli forkjølet eller få influensa (Stordalen, 2009). Da kan innholdet i veiledning bli økt kunnskap om KOLS, og kunnskap faktorer som disponerer pasienten for luftveisinfeksjoner på sykehus. Dersom pårørende får kunnskapen om hvilke faktorer som disponerer pasienten for luftveisinfeksjoner på sykehuset vil de samtidig kunne stille seg litt mer kritiske til personellet når de ser at feil blir gjort som resultat av økt mestringskompetanse (Tveiten, 2008). Det kan ha gunstige effekter på pasienten ved at han da blir vernet om unødvendige luftveisinfeksjoner som resultat av innleggelsen. En annen god side ved dette er at pårørende da vil kunne forholde seg til pasienten på en annen måte når de blir oppmerksomme på faktorer som hemmer pasientens helse, slik at de også selv kan føle at de bidrar til å styrke pasientens tilstand og å forebygge forverringer (Sand, 2008).

Dersom pårørende ikke får kunnskapen om at nebulisatoren som har ligget på gulvet er full av bakterier og utsetter pasienten for luftveisinfeksjon, vil de være i god tro om at pasienten vil bli bedre. Det samme vil skje når pasienten ligger ustelt i sengen fulle av svette klær og skittent sengetøy, pårørende vil tro at pasienten får den ivaretakelsen han trenger. Pårørende vil heller ikke se at pasienten blir disponert for luftveisinfeksjon og lungebetennelse når de ikke har kunnskap om at ivaretakelsen av munnstellet er et viktig ledd i denne forebyggingen (Sørknes, 2008). En dårlig effekt av dette er igjen at pasienten blir disponert for infeksjon om vil som følge av dette få økt liggedøgn på sykehuset, dermed økt dødelighet, økt funksjonsnedsettelse, økt pleiebehov og dermed økt behov for videre oppfølging etter utskrivelse (Stordalen, 2008). Samtidig vil pårørendes bekymringer forsterkes ytterligere i det

pasienten får påvist luftveisinfeksjon mens han er på sykehuset. Da vil man igjen krenke Travelbees syn om at sykepleieren også skal ivareta pårørende, samtidig som man krenker håpet til pårørende om at pasienten skal bli frisk. Dersom man krenker håpet til pårørende vil det ha ytterligere uheldige konsekvenser i form av og ikke kunne takle påkjenningen av at pasienten blir dårligere (Krikevold, 1992). Dermed kan situasjonen oppleves som meningsløs og håpløs, og pårørendes evne til å handtere situasjonen og finne meningen i den vil forsvinne (Antonovsky, 1991).

For å vite om pårørende har nådd veiledningens hensikt er sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og legger sin egen personlighet inn i en evalueringssamtale med pårørende og pasienten for så å få frem deres forståelse av innholdet og deres egen forståelse av hensikten med veiledningen (Tveiten, 2008). Da vil man stimulere både pårørende og pasient til refleksjon som vil gjøre at de selv kommer frem til hva mestrer og hva de ikke mestrer. Dersom de opplevde veiledningen som meningsfull kan det indikere at de har fått bearbeidet sine egne erfaringer opp mot den nye kunnskapen til har tilegnet seg, og dermed opplever bedre forståelse, kontroll over situasjonen. Da vil den gode effekten være at de har funnet en måte å bruke ressursene sine på opp i mot sykdommen som gjør at de forholder seg til denne på mer helsefremmende måte en før (Antonovsky, 1991). I praksis har jeg sett at pasienter med KOLS er i så redusert allmenntilstand ved akutt eksaserbasjoner at de ikke er så oppmerksomme på omgivelsene rundt seg. Da kan pårørende bli en viktig ressurs ved at de kan verne pasienten mot infeksjoner på sykehuset når han ser at helsepersonellet begår feil pga arbeidspresset som foreligger.

5.3 Sykepleie og ansvar opp mot kolleger

I ICNs yrkesetiske retningslinjer for sykepleie står følgende: *"Sykepleieren viser respekt for kollegers og andres arbeid, og er til støtte i vanskelige situasjoner. Dette er ikke til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer."* (ICN, 2011). I praksis har jeg sett at kollegaene er flinke til å ha en åpen dialog med hverandre, allikevel er man beskjedne med å si ifra til hverandre om man ser den andre gjøre en feilaktig handling, som for eksempel å glemme å desinfisere hendene sine etter pasientkontakt. Med det så forstår jeg at det er brudd på de faglige, etiske og kollegiale normene å velge og ikke ta tak i feilaktige handlinger som en annen kollega gjør. Samtidig forstår jeg det som måten man skal henvende seg til en

kollega på skal gjøres på en alliert måte hvor man behandler kollegaen med respekt (Eide & Eide, 2008).

Dersom man ikke tar tak i at en kollega glemmer å desinfisere hendene sine før og etter pasient kontakt er man altså medskyldig i handlingen hvis man ikke sier i fra. Man er altså like ansvarlig for handlingen. Igjen vil de negative effektene for pasienten bli at han får påført en totalt unødvendig infeksjon som vil gi økt dødelighet, flere ligge døgn på sykehuset, økt funksjonsnedsettelse, økt pleie, økt behandling og økt oppfølging etter utskrivelse. Da bryter man igjen med det Travelbee sier om sykepleieren skal forebygge sykdom og lidelse hos pasienten (Krikevold, 1992). Samtidig som man vil kaste vrak på Nightingales visjon om å holde hendene rene for å forebygge at pasientens helse forverres (Carrier-Walker, 2009). Samtidig bidrar man til å slutte den onde sirkelen i smittekjeden som Stordalen (2009) fremhever ved at man legger forholdene til rette for at pasienten skal få en infeksjon.

Hvis man velger å følge de yrkesetiske retningslinjene her vil altså være med på å forhindre nosokomiale infeksjoner ved at man tar tak i handlingen som vedkommende utførte og dermed bruker sin kompetanse om veiledning og dermed setter i gang en refleksjonsprosess hos kollegaen slik at han ikke begår handlingen neste gang. De gode effektene vil være at man bidrar til å styrke personalets profesjonelle kompetanse i arbeidet om å forebygge nosokomiale luftveisinfeksjoner (Tveiten, 2008). En annen god effekt vil være i følge Nightingale å forhindre forverring i pasientens helse ved at man forhindrer faktorer som undertrykker pasienten (Carrier-Walker, 2009). For å få til dette kreves at man henvender seg til kollegaen på en ordentlig måte uten å krenke denne, og det kan være en utfordring.

5.3.1 Coaching av kolleger

Når man som sykepleier opplever at en kollega glemmer å gi pasienten munnstell eller glemmer å desinfisere hendene før og etter pasient kontakt, må man ta på seg ansvaret å si i fra til vedkommende. Dersom sykepleieren velger å rakke ned på kollegaen vil man kunne få uheldige konsekvenser i form av reaksjoner som aggresjon, sinne og skam og skyld fra kollegaen (Eide & Eide, 2008). En annen uheldig effekt er at man da ikke vil kunne utvikle kollegaens profesjonelle kompetanse, dette vil i sin tur vil lede til dårlige arbeidsrutiner og etter hvert vaner (Tveiten, 2008). Kollegaens profesjonelle kompetanse vil da i følge Travelbee utsette pasienten for sykdom og lidelse istedenfor å avverge dette (Kirkevold, 1992). Tveiten understreker at sykepleieren istedenfor å rakke ned på kollegaen, heller reiser

spørsmål til han på en måte som fremmer kollegaens egen refleksjon over handlingen. Dette kan skje blant annet gjennom utfordring eller ved at sykepleieren gir en beskrivende tilbakemelding. Dersom man lykkes med dette vil fordelene bli at kollegaen selv kommer frem til hvordan han kan forbedre sin profesjonelle kompetanse. Den neste fordelene vil da bli at man gjennom coaching, endrer kollegaens måter å utføre handlinger på ved at man på en alliert måte utfordrer han til å tenke hvordan en bestemt situasjon kan løses annerledes (Eide & Eide, 2008). Innholdet i coaching kan være viktigheten av ivaretagelsen av munnhygiene hos pasienter med KOLS for å forebygge luftveisinfeksjoner og pneumonie.

Denne viktigheten kan begrunnes ut i fra en forskningsartikkel som tok for seg effekten av god munnhygiene. Man kom frem til at munnhygiene som ble utført av sykepleieren etter hvert måltid samt ukentlig profesjonell munnstell i løpet av to års oppfølging, reduserte døden av pneumonie med 54 % av de som var i tiltaksgruppen sammenliknet med kontrollgruppen (Sjøgren m.fl. 2009). Selv om arenaen for munnhygiene fant sted på sykehjem ser jeg at dette kan være overførbart til sykehusavdelingen. Selv om man ikke får fulgt opp pasienten over like lang tid som hadde gjort her så burde man som sykepleier se viktigheten av at munnhygiene ivaretas for å forebygge pneumoni. Siden den viser seg å ha god effekt på pasienten vil sykepleieren også bidra til å bryte smittekjeden ved at munnstell inngår som en del av den helhetlige pleien til pasienten (Stordalen, 2009). En annen god effekt ved dette er at man i følge Travelbee vil forebygge at pasienten blir utsatt for ytterligere sykdom og lidelse, som følge av ivaretagelsen av god munnhygiene (Kirkevold, 1992). Da vil man også i følge Nightingale legge forholdene til rette for at pasienten kan få bli bedre (Carrier-Walker, 2009). I praksis har jeg erfart at personellet med lang erfaringer er de som er mest rutinerne på og daglige dekke dette behovet til pasientene.

Innholdet i coachingen kan også bygges på ivaretagelsen av håndhygiene. Det er påvist at årsaken til sykehusinfeksjonene i aller høyeste grad hviler på personellens hygiene (Stordalen, 2009). Ivaretagelsen av håndhygiene vil være fundamental for å forebygge luftveisinfeksjoner hos pasienter med KOLS. Da man som sykepleier hvilke bakterier som fremmer luftveisinfeksjoner, vil ivaretagelsen av håndhygiene være innhold for coaching (Tveiten, 2008). Kollegaen er da nødt for å bli klar over de uheldige effektene man vil påføre pasienten ved at man ikke desinfiserer hendene, eller ved at man gjenbraker medisinsk utstyr som har ligget på gulvet, eller ved at unngår å stelle pasienten. Igjen uttrykker Nightingale at man vil undertrykke pasienten med negative effekter ved å la han ligge ustelt i en fuktig og skitten seng. Hun tar avstand fra enhver som finner seg til rette med dette, så må så hun sa at man

like gjerne kunne gi pasienten en dose gift (Carrier-Walker, 2009). De negative effekten vil bli at man påfører pasienten bakterier som fremmer luftveisinfeksjoner (Skjetne, 2003). Igjen så vil man trække på Travelbees budskap om at sykepleieren har en forebyggende funksjon (Kirkevold, 1992). Og atter igjen så vil man slutte smittekjeden og påføre pasienten nosokomial infeksjon (Stordalen, 2009).

Forskning viser at håndhygiene er noe som kontinuerlig må terpes på. Forskningsartikkelen tok for seg tiltak for å forbedre etterlevelsen etter håndhygiene in pasientpleien. Resultatet viste at man ikke klarte å finne frem til tiltak som hadde effekt på å fremme etterlevelsen etter håndhygiene. Utdanningsgruppen som mottok undervisning om håndhygiene fikk tilbakefall allerede etter tre måneder fra de mottok utdanningen (Gould m.fl., 2011). Altså så hjelper det ikke med utdanning og skolering når man får fort tilbakefall. Coachingen kan være løsningen i følge Tveiten (2008) fordi man vil høste mange gode effekter ved at man øker kollegenes kunnskap, handlingsberedskap, forbedrer samarbeidet mellom kolleger, øker personlig trygghet og hindre utbrenthet. Allikevel vil det i følge Eide & Eide (2008) være opp til den enkelte hvorvidt man vil ta innover seg de utfordringene som coaching kan føre til, og følge disse opp. Får man det til i praksis så vil man i følge Travelbee bidra til å forebygge sykdom og lidelse hos pasientene (Kirkevold, 1992). Man vil også i følge Nightingale forbedre pasientens helse (Carrier-Walker, 2009). Samtidig som den profesjonelles kompetanse styrkes (Tveiten, 2008). Dette er alle gode effekter som man er nødt for å sette opp mot de negative effektene som det bringer med seg ved å påføre pasienten med KOLS luftveisinfeksjoner (Stordalen, 2008).

6.0 KONKUSJON

Gjennom denne oppgaven har jeg fått en bedre forståelse av hvor viktig det kan være for sykepleieren å bruke sin veiledende og pedagogiske kompetanse i møte med pasienter, pårørende og kolleger. At pasienten faktisk kan forholde seg til sykdommen og situasjonen sin på en mer helsefremmende måte hvis han erverver seg kunnskap gjennom veiledning. At det faktisk har en forebyggende effekt når man reduserer antall liggedøgn på sykehus og innleggelse. Dette mener jeg i seg selv bør være en motivasjon for å støtte opp om pasient veiledning når den bidrar til øke pasientens mestringskompetanse og dermed hjelper han med å finne mening og forståelse i situasjonen slik at han lettere vil kunne handtere situasjonen. Jeg ser samtidig at pasienter med KOLS er en særlig utsatt gruppe for nosokomiale infeksjoner som det er viktig Jeg ser absolutt verdien av at sykepleieren bør bruke mer av sin personlighet i møte med pasienten, og dermed lettere kunne etablere en relasjon til han. Terapeutisk bruk av seg selv vil være viktig for at pasienten skal tørre å dele sine tanker, opplevelser og erfaringer med sykepleieren.

Videre ser jeg også at pårørende har en viktig rolle i forebyggingen av nosokomiale infeksjoner da de gjennom veiledning vil få økt mestringskompetanse og dermed vil bidra til å legge forholdene til rette for at pasienten best mulig skal vernet om unødvendige infeksjoner når han allerede befinner seg i svært svekket tilstand. Pårørende kan derfor bli en viktig ressurs hvis man får til et godt samarbeid med personellet, når det ikke er til å komme unna at slurv med hygienens eksisterer.

Samtidig har jeg sett at veiledning av kolleger kan være veldig vanskelig og sårbart siden man ikke skal trå for hardt. Til tross for dette bringer coaching mange gode effekter med seg, som er verdt å ta i betraktning for å styrke personalets kompetanse på en avdeling. Jeg ser også at slurv med hygienens kan komme som et resultat av økt arbeidspress. Dette kan være en grunn til å tro at man ikke klarer å etterleve gode hånd hygiene slik forskningen viste. Samtidig må det tas i betraktning at hvis økt arbeidspress også innebærer at man ikke vil få utført andre infeksjons forebyggende tiltak, slik som god munnhygiene så vil man faktisk øke dødeligheten til pasienten, og at pasienter den dag i dag dør av sykehusinfeksjoner.

LITTERATURLISTE

* Antonovsky A. (1991). *Hälsans mysterium*. Bokforlaget Natur og kultur, Ljungbergs sätter, köping Finland.

* Carrier-Walker L. (2009). *Notes on nursing – A guide for today's caregivers*. International Council of Nurses UK: Elsevier.

Dalland O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Eide H. & Eide T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2 utgave. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

Fagermoen M. S. (2008). Samtale, undervisning og veiledning. I: Almås H. *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Akademisk Forlag.

* Folkehelseinstituttet (2011). *Resultater fra prevalensundersøkelser – 2011, vår*. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/dokumenter/102967f7f5.pdf>

* Gallefoss F. (2004). *The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial*. Mar;52(3):259-66. Lokalisert på: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14998595?dopt=Abstract&holding=inosilib_fft_ndi,inohelib_fft_ndi

* Gould D. J., Moralejo D., Drey N. & Chudleigh J. H. (2011). *Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care*. Lokalisert på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005186.pub3/pdf>

Jacobsen D., Kjeldsen S. E., Ingvaldsen B. & Røise O. (2009). *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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

Kristoffersen, N. J. (2006). Stress, mestring, endring av livsstil. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt F. & Skaug E. A. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 1 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt F. & Skaug E. A. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. 1 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

* Lobo M. L. (2010). Environmental modell – Florence Nightingale. I: Geroge J. B. *Nursing Theories – The base for professional nursing practice*. 6th edition. New Jersey: Pearson Education Inc.

* Lovdata (2012). § 3-3. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende. I: Lov om pasient og brukerrettigheter. Lokalisert på: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-3>

* Nylenna M. (2006). *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget ANS, H. Aschehoug & Co (W. Nygaard) A/S og Gyldendal Norsk Forlag ASA.

Sand A. M. (2008). Se også meg – om å være pårørende til en syk. I: Almås H. *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sand O., Sjaastad Ø. V., Haug E. & Bjålie J. G. (2007). *Menneskekroppen – Fysiologi og anatomi*. 2 utgave 2007. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

* Sjøgren P., Nilsson E., Forsell M, et al. (2009). Review: Enhanced oral hygiene prevents respiratory infection in elderly people in hospitals and nursing homes. *Evidence Based Nursing*. 12:55 doi: 10.1136//ebn.12.2.55. Lokalisert på: <http://ebn.bmj.com/content/12/2/55.full.pdf+html>

* Skjetne I. (2003). *Hygiene og arbeidsmiljø*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Skjønsberg O. H. (2009). Lungesykdommer. I: Jacobsen D., Kjeldsen S., Ingvaldsen B., Buanes T & Røise O. *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Akademisk Forlag.

Sørknes A. D. (2009). Spesiell sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. I Almås H. (red). *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

Stordalen J. (2009). *Den usynlige fare – Smittevern og hygiene*. 4 utgave. Bergen: fagbokforlaget.

Tveiten S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.