

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bachelor oppgave i sykepleie
Veiledning til KOLS pasienter

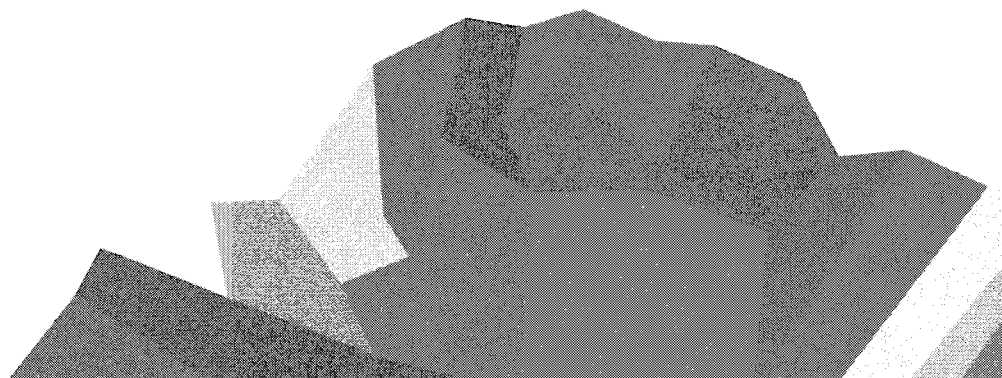
Kurskode: SY 180H 000

Kandidatnr.: 7

Totalt antall Ord: 9183

Innlevert: 09.11.2011

[Erlingssønn, Bengt Endre]



1	Innledning	2
1.1	Presentasjon av oppgaven.....	2
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	3
1.3	Avgrensing og presisering av problemstillingen	3
1.4	Oppgavens hensikt.....	4
1.5	Oppgavens oppbygging	5
2	Metode.....	5
2.1	Valg av metode	6
2.2	Litteratursøk.....	7
2.3	Valg av litteratur	9
2.4	Naturvitenskapelig forskningsartikkel/artikkel.....	11
2.5	Kildekritikk/ Kildevurdering	14
3	Teoridel	15
3.1	Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee	15
3.2	Hva er KOLS	17
3.3	Lungeinfeksjon	18
3.4	Om mestringskompetane	19
3.5	Veiledning.....	19
4	Drøfting.....	22
4.1	Hvordan forberede veiledningen?.....	22
4.2	Den første veiledningssamtalen.....	24
4.3	Den videre veiledning.....	26
5	Konklusjon.....	27
6	Avslutning.....	27
7	Litteraturliste:	28

1 Innledning

1.1 Presentasjon av oppgaven

Jeg skal skrive bacheloroppgave om å gi pasienter med langtkommet KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) økt mestringskompetanse gjennom veiledning. Jeg vil skrive om dette fordi det er et emne som opptar meg og fordi min far hadde KOLS over mange år. Hele min familie så progresjonen i sykdommen til min far og vi så hvordan hans hverdag ble verre og verre. Det siste året han levde var han innlagt ved sykehuset 6 ganger med lungeinfeksjon, som gjorde han svakere for hver gang. Han ble 68 år gammel.

Jeg vil fortelle om en gang jeg var på besøk ved en av hans innleggelser for pneumoni. Da spurte jeg han: Hvorfor klager du aldri over at du stadig får disse gjentakende lungebetennelsene. Da ser pappa på meg med et glimt i øyet og sier: «Blir jeg bedre da?» Dette har jeg tatt med meg. Han var nok redd, men viste det aldri til oss som var rundt han. Jeg vil si at han tilsynelatende mestret sin sykdom godt. Hans KOLS har gjort at jeg har fått en interesse for å hjelpe de som har denne sykdommen og derfor har valgt å skrive min bacheloroppgave om hvordan jeg kan veilede noen av disse pasientene, slik at de får økt sin mestringskompetanse i forhold til sin KOLS og dermed får en mulighet til en bedre hverdag.

Jeg bruker min far som eksempel fordi jeg i ettertid, gjennom mine studier i sykepleie, har lært at det er mye som kan gjøres for at mennesker med KOLS kan få en mulig bedret livskvalitet. De siste årene var min far lite i aktivitet, han kunne sannsynligvis hatt et bedre kosthold og slangene til pari apparatet ble ikke byttet, slik de skal. Inhalatorene hans var skitne fordi han brukte å ha dem liggende i bukselommen.

I min jobb som ambulansepersonell møter jeg ofte pasienter med KOLS. De er ofte veldig redd og tror at de kommer til å dø der og da. De er medtatt og har pustevansker fordi de har pådratt seg en lungeinfeksjon. Jeg prøver etter beste evne å berolige dem og si at det kommer til å gå bra og at jeg skal hjelpe dem ved å gi dem oksygen og slimløsende medikamenter på forstøverapparat.

I mine praksiser under utdanningen var det også mange pasienter som led av KOLS. Jeg opplevde at jeg som sykepleierstudent hadde begrensede kunnskaper om emnet. Jeg opplevde at det samme var tilfelle med pleiepersonalet rundt pasientene. Hvis jeg tilegner meg mer kunnskap står jeg bedre rustet til å veilede pasienter som har KOLS. For å være best mulig

kvalifisert til å veilede KOLS pasienter må jeg hele tiden være faglig oppdatert og søke den nyeste tilgjengelige forskning og kunnskap om KOLS. Da står jeg best rustet til å gi pasienten god veiledning slik at han får økt mestringskompetanse (Nortvedt 2008).

KOLS er en felles betegnelse for kronisk obstruktiv lungesykdom. (Jacobsen et. al.2009)
Dette er en kronisk sykdom man ikke blir frisk i fra. Mennesker med langt kommet KOLS er i følge Jacobsen et. al.(2009) disponert for luftveisproblemer som pneumoni.

I Norge er KOLS på frammarsj og i følge Helse- og omsorgsdepartementets nasjonal strategi for KOLS – område 2006 – 2011 har så mange som 200 000 mennesker i Norge KOLS og antallet er økende (Stortingsmelding 2006 -2011 Nasjonal strategi for KOLS området).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg skal gi økt mestringskompetanse til pasienter som har langt kommet KOLS med hyppige lungeinfeksjoner. Dette skal jeg gjøre gjennom veiledning. Ut fra denne presentasjonen har jeg formulert problemstillingen min slik:

”Hvordan kan jeg som sykepleier gi pasienter med langt kommet KOLS og hyppige lungeinfeksjoner økt mestringskompetanse gjennom veiledning”?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Jeg vil derfor avgrense min oppgave til å gjelde veiledning av personer som har hatt KOLS lenge og som har hyppige lungeinfeksjoner.

I min oppgave er fokuset på pasienter som er innlagt på medisinsk avdeling for behandling av lungeinfeksjon. De er i fasen før utskrivning etter et sykehusopphold. I følge (Stortingsmelding 2006 -2011 Nasjonal strategi for KOLS området) er forekomsten av KOLS høyest i gruppen 60 – 74 år. Det er derfor sannsynlig at det er denne aldersgruppen jeg kommer i kontakt med.

Det som er litt problematisk med denne pasientgruppen er at de som oftest ikke er innlagt på sykehus over lengre perioder, slik at jeg som sykepleier har begrenset tid til å gi veiledning

om hvordan pasienten kan forebygge nye lungeinfeksjoner. Jeg har ingen statistikk å støtte meg til når det gjelder hvor lang denne fasen er, men jeg vil gå ut fra at den er 3-5 dager.

Mestringskompetanse i denne forbindelse er: Å ha kunnskap og innsikt om egen sykdom, medisiner og utstyr som brukes og ha ferdigheter til å bruke utstyret og ta medisiner etter legens anbefaling og til å be om hjelp hos de som innehar kunnskap når det trengs. Dette er beskrevet i Tveiten 2009.

Med veiledning menes i denne sammenheng: Å gi pasienter med KOLS en læring og en utvikling som gjør at de øker sin kunnskap, sin innsikt og sine ferdigheter om sykdommen.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er at jeg skal skaffe meg tilstrekkelig kunnskap slik at jeg blir i stand til å veilede pasienter med langt kommet KOLS til å få økt sin mestringskompetanse. Dette skal jeg gjøre ved å fordype meg i pensumlitteratur og annen relevant litteratur og å studere forskning og artikler som er laget innen området mestring av KOLS og veiledning.

Det er viktig at jeg som sykepleier har god kunnskap om emnet for å gi en best mulig veiledning til pasientene. Med veiledning menes ut ifra den kunnskap og de ferdigheter pasienten har, supplere og gi ny kunnskap slik at han skal få en bedre mulighet til å forebygge nye infeksjoner.

I nasjonal strategi for KOLS – område 2006 – 2011 sier at denne pasientgruppen bør følges opp regelmessig av fastlege/allmennlege og lærings og mestringscentre (Stortingsmelding 2006 -2011 Nasjonal strategi for KOLS området). Dette viser bare at det er viktig og komme i gang med arbeidet med å gi disse pasientene mestringskompetanse.

Jeg vil prøve å tilegne meg mer kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan veilede pasienter under og i fasen før utskrivning etter et sykehusopphold for behandling av lungeinfeksjon. Med kunnskap kan jeg som sykepleier veilede pasienter om hvordan de kan forebygge ny infeksjon etter utskrivning fra sykehus. Det vil si snakke med pasienten, finne ut hva han kan om egen sykdom og ut i fra det supplere med ny kunnskap. Det er av avgjørende betydning at sykepleieren har kunnskapen, evnen og ikke minst muligheten til å formidle dette til pasienten under sykehus oppholdet (Tveiten 2008).

Målgruppen er pasienten i fasen før utskrivning. For å få til en god veiledning må jeg lære meg hvordan jeg kan skape en god relasjon til pasienten, slik at det skapes en gjensidig tillit. Hvis jeg som sykepleier kan gi pasienten mestringskompetanse kan jeg hjelpe han med å unngå hyppige lungeinfeksjoner. Det vil si å ha kunnskapen og ferdigheten til mestre egen sykdom (Tveiten 2009) .

1.5 Oppgavens oppbygging

Jeg starter med presentasjon av oppgaven, hvorfor jeg vil skrive om temaet og hvorfor jeg fattet interesse for temaet. Så presenterer jeg problemstillingen med avgrensning og presisering. Videre skal jeg få frem hensikten med oppgaven. I teoridelen er det fokus på den teori jeg har funnet til bruk i oppgaven. Videre et avsnitt om Metode for å løse oppgaven og hvilken metode jeg har brukt. Hvordan jeg har funnet data og litteratur jeg har brukt i oppgaven.

Videre vil jeg utføre kildekritikk av det jeg har funnet i pensumlitteratur og på nett. Jeg vil drøfte mine funn opp i mot teori. Til sist vil jeg skrive en konklusjon og en avslutning på oppgaven.

2 Metode

I boken til Dalland 2007 beskriver han at Tranøy definerer metode som:

«Metode er en framgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland 2007 s.81)»

Det skilles mellom 2 forskjellige hovedformer for metoder, kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode er å behandle informasjonen og gjøre den om til målbar informasjon. Metoden er formalisert og strukturert. Den som forsker har mer kontroll med denne metoden enn ved den kvalitative metoden da det gjennomføres formaliserte analyser av de innsamlede data. Forskningen preges av utvelgelse og avstand til det som det forskes på. Data analyseres og forskeren finner ut om han ut fra de innsamlede data kan konkludere med at funnene gjelder for alle de tilfellene han ønsker å si noe om. Statistiske målemetoder benyttes og er

sentralt ved kvantitative metoder. Ved kvantitative metode blir informasjonen omformet til målbare enheter som gjør det mulig å regne ut resultater (Dalland 2007).

Den kvalitative metoden er relatert til forskningsprosedyrer, eksempler på dette er menneskers egne skrevne ord, eller i form av intervju eller observasjoner (Dalland 2007).

Gjennom datainnsamlingen er forskeren først og fremst ute etter å skape en dypere forståelse for det definerte problemet og finne ut hvilken sammenheng det er mellom problemområdet og den totale sammenheng. Det kreves ikke at den er særlig formalisert. En prøver ikke resultatet statistisk for å finne ut om det er statistisk gyldig slik som ved den kvantitative metoden. Kvalitativ metode kjennetegnes ved at forskeren forsøker å komme så nær inn på det som det forskes på som mulig. Metoden brukes når en har få kunnskaper om det som det forskes på og det finnes lite kunnskap og teori om emnet. Målet med kvalitativ forskning er ofte å utvikle begreper eller beskrivende teorier (Kristoffersen red 2002).

2.1 Valg av metode

Jeg vil bruke litteraturstudie som metode for oppgaven min. Jeg vil hente data fra pensum litteratur, vitenskapelige artikler og annet tilgjengelig skriftlig materiell som er kvalitetssikret av fagfolk og fordype meg i den. Hvis jeg skal plassere metoden innenfor en av de to hovedgruppene, kvantitativ og kvalitativ metode, vil jeg si at litteraturstudium ligger nærmest kvalitativ metode. Ved å gå i litteraturen søker jeg en dypere forståelse for et problem og ønsker å se sammenhenger, men jeg søker ikke etter statistisk gyldighet.

Etter at jeg har drevet og søkt etter litteratur i bøker, tidsskrifter og på nett har jeg kommet fram til at jeg vil bruke en litteraturbasert metode for min bacheloroppgave. Jeg har benyttet eksisterende litteratur og en forskningsartikkel og en artikkel som baserer seg på en tidligere undersøkelse fra Sunnaas sykehus. De to artiklene som jeg bruker i oppgaven vil jeg drøfte opp i mot teorien jeg har funnet i faglitteraturen.

Det er viktig at de data jeg finner er av god kvalitet og riktig i forhold til oppgaven. Litteraturen som blir brukt blir informasjonskilden i oppgaven i stedet for hvis jeg hadde foretatt et intervju og har hatt en informant (Dalland 2007). Ved å bruke litteraturstudie på

den måten jeg har gjort får jeg ingen etiske problemer. Jeg har brukt kun offentlig tilgjengelig informasjon og har derfor ingen kilder som må anonymiseres (Dalland 2007).

2.2 Litteratursøk

Dalland (2007) viser at jeg som sykepleierstudent og fremtidig sykepleier bør bruke flere innfallsvinkler for å tilegne meg den kunnskapen som trenges for å gi en god veiledning. Når jeg søker etter litteratur bør jeg ha med meg en del tanker og ideer om hvilken litteratur jeg trenger til oppgaven. Jeg laget meg et tankekart på hva jeg trenger og hvordan jeg kan finne litteraturen og til slutt hvor kan jeg finne denne? På mange måter så forsker man hele tiden. Forskning basert på kunnskap i boken til Dalland (2007) nevnes flere måter vi gjør dette på:

- Egne erfaringer
- Det man lærer av kollegers erfaringer
- Kunnskap fra egen veiledning
- Praktisk kunnskap fra utdanning
- Forskningsbasert kunnskap fra utdanning
- Egen fagutvikling

Dette er for å vise hvordan jeg har tenkt før jeg satte i gang å søke litteratur og hvordan jeg kan finne den. Med utgangspunkt i punktene ovenfor f.eks. egne erfaringer mener jeg min fars sykdom og mine opplevelser i forhold til han og de opplevelser jeg har hatt i jobben min som ambulansarbeider. Videre det jeg lærer fra mine kollegaer på jobb, underveis på veiledning og de råd og tips jeg får om hvordan jeg kan gå fram. Hvordan jeg opplever pasienter under min praksis og den kunnskap jeg har tilegnet meg under utdanningen. Til slutt egen fagutvikling som jeg tilegner meg hele tiden ved å holde meg faglig oppdatert, ved å lese og å lære om ny forskning og faglitteratur som kommer. Dette har hjulpet meg til å finne den litteratur som jeg bruker i oppgaven.

Jeg kommer til å ha punktene med meg så jeg kan bruke dem i oppgaven til hjelp underveis. Jeg husker fra min fars mange sykehusinnleggelse at en lungespesialist påpekte at far var dehydrert ved innleggelse. Han forklarte at inntak av væske var viktig for at slim og

ekspektorat ikke skulle bli seigt og vanskelig å få opp. Dette kunne være en medvirkende faktor for gjentakende lungeinfeksjoner.

Jeg vil bruke litteratur som jeg har funnet ved søk på nettet i søkemotorer som er kvalitetssikret som faglitteratur. Jeg har søkt i søkemotorene Nordart, Swemed, Proquest, Helsebiblioteket og hos Helse- og omsorgsdepartementet. Ellers har jeg søkt på Bibsys for å finne faglitteratur jeg bruker i oppgaven.

Liste over en del ord jeg har brukt for å søke litteratur:

- Kronisk obstruktiv lungesykdom. (chronic obstructive pulmonary disease)
- Lunge infeksjon.
- Rehabilitering etter lungeinfeksjon
- Leve med kronisk obstruktiv lungesykdom.
- Pneumoni, treatment, care, and therapy.
- Veiledning/kommunikasjon
- Mestringskompetanse

Det ble mange treff i søkeprosessen. Jeg kommer til å vise hvor mange treff jeg har på den litteraturen jeg vil bruke i oppgaven på de forskjellige søkemotorene.

I Swemed da jeg søkte på Kronisk obstruktiv lungesykdom fikk jeg 17 treff, som er lite. Jeg prøvde med ordet KOLS og fikk 165 treff. Så prøvde jeg med pulmonary disease chronic obstructive og fikk 365 treff. Så prøvde jeg å legge til counseling og fikk 3 treff. Da fant jeg t en vitenskapelig artikkel som er gjort på pasienter som er innlagt ved sykehus som går på å ta kontroll på eget liv ved veiledning. Den andre er en artikkel som går på veiledning av pasienter. Denne artikkelen er skrevet av en pensjonert sykepleier. Jeg skal utdype disse i egne punkter i oppgaven.

I Nordart søkte jeg først på KOLS og fikk 75 treff. Jeg prøvde å ta med veiledning og fikk ingen treff. Jeg prøvde så å bruke kronisk obstruktiv lungesykdom and veiledning fikk heller ikke her noen treff.

Jeg søkte på ordet veiledning and pasient og fikk 3 treff. Hvis jeg søkte på kun veiledning fikk jeg 555 treff. I Proquest brukte jeg søkeordet pulmonary disease chronic obstructive og fikk 26866 treff, hvis jeg la til ordet counseling reduserte jeg treffene til 1786. Det viser at det er mye stoff til oppgaven min. For å korte ytterligere ned brukte jeg forkortelsen COPD and counseling og da reduserte jeg treffene til 972.

Om jeg har funnet det beste stoffet til oppgaven er vanskelig og si, men det stoffet jeg har valgt å bruke er relevant og innenfor tidsrammen jeg har valgt og søke for. Jeg søkte også i Helsebiblioteket, men fant ikke noe litteratur som jeg bruker i oppgaven. Jeg har brukt st. meld. (2006 – 2011) *Nasjonal strategi for KOLS område*.

I denne søkeprosessen prøvde jeg å kombinere med lungeinfeksjon i tillegg til KOLS og veiledning og fikk ikke treff med dette.

Jeg valgte å hente Litteratur på lungeinfeksjon/Pneumoni, treatment/behandling, care/rehabilitering og mestringskompetanse fra faglitteratur i bøkene som jeg benytter.

Jeg har også funnet en bok om lungefysioterapi som jeg skal benytte i drøftingsdelen for og underbygge viktigheten av å motivere til f.eks. trim og bevegelse (Gursli 2005).

Ellers er det litteratur jeg kommer til å dra inn i drøftingen av oppgaven som ikke er pensum, men som er relevant til oppgaven min. Denne har jeg vært på universitetets bibliotek og funnet.

2.3 Valg av litteratur

Den første boka jeg vil si noe om er boken til Olav Dalland(2007), cand polit med hovedfag i sosialpedagogikk og førsteamanuensis ved Diakonhjemmets høyskole, « Metode og oppgaveskriving for studenter». Den handler om hvordan studenter skal gå fram under oppgaveskriving og ved valg av metode. Når det er kommet krav til hvordan vi studenter skal skrive og hvordan man behandler den litteratur som brukes kommer Dalland med råd og tips om hvordan dette gjøres i forhold til retningslinjene man skal følge. Boka har vært til god hjelp for meg under skrivingen av bacheloroppgaven.

Neste bok er skrevet av Joyce Travelbee(2007) «Mellommenneskelige forhold i sykepleie». Joyce Travelbee var utdannet sykepleier og jobbet som psykiatrisk sykepleier og lærer ved sykepleieutdanningen og leder av sykepleierutdanningen. Travelbee presenterer i sin bok sykepleie som en interaksjonsprosess der fokus er på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Jeg har valgt denne forfatterens bok for hennes tenkning i forholdet mellom pasient og sykepleier, og i noen sammenhenger pårørende og andre som har relasjoner til pasienten.

Jeg har brukt 2 bøker av Sidsel Tveiten, førsteamanuensis ved Høgskolen i Akershus med doktorgrad i Veiledning av brukere. Den ene er fra 2008 og heter «Veiledning – mer enn ord ...». Den andre boka er fra 2009 og heter «Pedagogikk i sykepleie». Den første boka har en del 1 og del 2. Del 1 handler om både individuell og gruppeveiledning. Del 2 handler om veiledning der dialog er den viktige faktoren i veiledning. Boka sier også at andre metoder kan brukes sammen med dialogen. Disse kan være hva en tenker, opplevelser, følelser og kroppsspråk. Jeg har brukt boken for å beskrive veiledning og i drøftingsdelen forklarende opp mot eksempler.

I «Pedagogikk i sykepleien» gis teori om hvordan jeg kan lære å undervise gjennom veiledning til både studenter, kollegaer og pasienter og pårørende. Også denne boken har jeg brukt i forhold til teori om veiledning og i drøftingen.

Jeg har også brukt «Sykdomslære indremedisin, kirurgi og anestesi». Jacobsen et. al 2009, avdelingsoverlege ved Ullevål universitetssykehus. Denne boken beskriver sykdommenes årsak, klinisk (symptomer og tegn) og behandling. Jeg har valgt å bruke boken fordi den både omhandler KOLS og lungeinfeksjon.

«Klinisk sykepleie 1» Almås(red) 2010, sykepleier og lærer med lektorkompetanse, tar utgangspunkt i konsekvensene sykdommen har for pasienten, kliniske vurderinger og observasjoner og hvordan pasientens grunnleggende behov ivaretas. Boken omhandler også sykepleierens ansvar og funksjoner. Jeg har valgt denne boken for å beskrive KOLS og lungeinfeksjon for å belyse hvordan sykepleieren kan gi pasienten en best mulig behandling og hjelp.

2.4 Naturvitenskapelig forskningsartikkel/artikkel

Artikkel 1

Den første artikkelen jeg bruker heter *Den gode veiledningen* og er publisert i sykepleien nr. 3 2006 s. 62- 63. Det er en undersøkelse om pasientveiledning under rehabilitering på sykehus, dette gjelder ikke en spesifikk pasientgruppe eller aldersgruppe. Den kan tilpasses for de pasientgrupper som er innlagt ved sykehuset.

I undersøkelsen foretatt ved Sunnaas sykehus i tidsrommet 1998 – 2001 der de evaluerte både pasienter og sykepleiernes erfaringer med pasientveiledning som et viktig bidrag i rehabiliteringsprosessen. I Undersøkelsen deltok 50 pasienter og 11 sykepleiere. Der mente 92% av pasientene at tilbudet hadde styrket rehabiliteringen. 95 % mente at veiledningen hadde vært en god opplevelse. Over 97 % hadde en opplevd tilbudet som betydningsfullt, og 94,8 % av sykepleierne mente at pasientveiledning hadde styrket deres fagidentitet, og var inspirerende og ga kompetanseutvikling.

Det har vært en stadig utvikling i tilbudet om pasientveiledning ved avdelingene Multitraume – Nevrologi – og Ortopedi ved sykehuset siden 1981. Slik jeg forstår meningen med pasientveiledning gjelder den utvikling for pasientene. Artikkelen forteller videre om hvordan de går frem fordi forskjellige pasienter har individuelle behov, men målet er det samme for alle og det er utvikling. Med kunnskapstilførsel og motivasjon kan hver enkelt pasient tilpasse dette til sine behov i hverdagen.

Artikkelen sier videre om hvordan de legger opp veiledningen og hvordan den flyter gjennom fasene. Sykepleier organiserer veiledningen i første fase. Den innledende fase er pasient og sykepleier sammen om, dette gjelder også arbeidsfasen og avslutningsfasen.

Det nevnes videre at den viktigste arbeidsformen i pasientveiledning er gjensidig dialog. Sykepleier må ha flere fokus samtidig, det tema som det jobbes med og det som angår relasjonen der og da. Det nevnes videre ord som aktiv lytting, aksept, forståelse og bekreftelse.

Artikkelen fremhever også viktigheten av å dokumentere veiledningen, både hvilket tidsrom og hvor mange ganger. Dette for å finne ut om det trenges flere veiledninger til pasienten og

for å få en kvalitets – og kompetanseutvikling ved sykehuset som kan brukes til veiledning av sykepleier og ellers helsepersonell ved behov.

Artikkel 2

Den naturvitenskapelige forskningsartikkelen er hentet fra *Vård i Norden* 3/2003. Publ. No. 69 Vol. 23 No. 3 PP 33-38 og heter *Evaluation of a nurse-led groupbased education programme for in-patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease* og er skrevet av Carina Gøransson RN, MNSc, junior lecturer, Asbjørn Kirkegaard MD, PhD og chief physician Bengt Fridlund RN, PhD, professor. Artikkelen er skrevet på engelsk og jeg har oversatt den.

Artikkelen omhandler en undersøkelse som er ikke tilfeldig, den er gjort kun på pasienter innlagt på sykehus. Tilfeldige tester er nødvendig for å generalisere effekten av gruppebasert opplæring av pasienter med KOLS. Slik jeg forstår det bør samme undersøkelse gjøres på pasienter også utenfor sykehus for å kunne komme med en entydig konklusjon.

Studien sier at det er få tilgjengelige studier av effekten av sykehusbasert gruppeopplæring av pasienter. Målet med denne studien var derfor å evaluere forbedringen av inneliggende pasienter med KOLS sin selv-hjelp etter et gruppebasert, sykepleierledet program basert på «The health believe model» (HBM) i forhold til vanlig pasientopplæring. «The health belief model (HBM) and patient empowerment» forklares med at pasienten skal tilegne seg bestemt kunnskap. Ved kunnskap om seg selv kan en pasient bli motivert til å endre adferd. Målet er å forbedre pasientens evne til å ta kontroll over eget liv.

Studien ble utført med to grupper med pasienter som var innlagt på sykehus. De ble testet før og etter undersøkelsen. Undersøkelsen ble utført på et distriktssykehus i sør Sverige mellom desember 1998 og desember 2000.

Pasientene ble delt inn i en intervensjonsgruppe og en konvensjonell gruppe etter hvilken post de var innlagt på. Pasientene måtte ha KOLS diagnose, være innlagt mer enn 3 døgn og forstå svensk. Pasientene var informert om undersøkelsen og deltakelsen var frivillig. Et multiple choice skjema med 17 spørsmål ble utarbeidet. Av 128 pasienter fullførte 35 intervensjonsgruppen og 39 i den konvensjonelle gruppen. Pasientene fylte ut skjemaet både

ved innleggelse og ved utskrivning. Dataene ble analysert basert på anerkjente vitenskapelige metoder.

En gruppe fikk konvensjonell opplæring, dvs. de fikk standard individuell opplæring, inkludert standard inhalasjonsteknikk og kostholdsråd basert på vel-etablerte metoder.

Den andre gruppen, intervensjonsgruppen, fikk gruppebasert opplæring. Spesialsykepleier i lungepleie ga HBM basert gruppeundervisning med vekt på at fordelene var større enn ulempene ved endring av pusteteknikk, ved trening og endring av kosthold. Diskusjon om hvordan KOLS grep inn i dagliglivet var basert på pasientenes egne erfaringer. Hver samling varte ca. 30 minutter minst 2 ganger i uken med grupper på 3 til 5 pasienter. Alle pasientene deltok minst 2 ganger.

Denne studien viste at en sykepleieleddet gruppebasert opplæringsprogram forbedret et aspekt ved pasientens kunnskap. Selv-hjelp ble forbedret med henblikk på pusteteknikk, anbefalt teknikk under anstrengelse og anbefalt diett. Dog, motivasjonen forble uendret med henblikk på røyking og kostholdsvaner. Videre, med henblikk på daglig funksjon ble utslitthetsfølelsen redusert og medfølgende (dårlig) humør viste en tendens til å reduseres.

Konvensjonell pasientopplæring forbedret et aspekt ved kunnskap, men når det gjaldt selv-pleie var det et aspekt som avtok. Med henblikk på hverdagsliv ble tungpustethet og utmattelse redusert.

Videre ble begge metodene ansett som egnede (av pasientene). Det ble også konkludert med at konvensjonell pasientopplæring trenger klarere retningslinjer som vektlegger sykepleierens ansvar for opplæring av pasienten. Sykepleieren trenger også dypere kunnskap om opplæringsmetoder og dette området bør bli mer vektlagt under sykepleierens opplæring. Pleiere bør utvikle gruppe-baserte opplæringsprogram sammen med pasientene for å tilrettelegge pasientens daglige liv.

Kildekritikk er at jeg må vurdere de kildene som jeg benytter, om de er kvalitetssikret og kommer fra kilder som er dokumentert (Dalland 2007). Intensjonen er at de som skal lese oppgaven kan få et innblikk i hvilke refleksjoner jeg har gjort meg i forhold til brukt litteratur og hvilken relevans og formål den har i forhold til oppgaven jeg skriver.

Jeg har funnet litteratur på veiledning som er hentet fra faglitteratur eller publisert i forskning som er hentet fra tidsskrifter eller andre kvalitetssikrede kilder (Dalland 2007).

Det er viktig å være kritisk til litteraturen jeg bruker. Begge de artiklene jeg har valgt å bruke gjelder forskning på grupper. Jeg har antatt at det som disse artiklene omhandler er overførbart til også å gjelde enkeltpersoner i min oppgave, men jeg kan ikke være sikker på at så er tilfelle. Jeg antar at enkeltpersoner kan opptre forskjellig fra grupper.

Den ene artikkelen er oversatt fra engelsk til norsk. Det er en mulighet for at jeg på grunn av mine begrensede kunnskaper i engelsk har misforstått noe av innholdet.

Jeg skal heller ikke opphøye meg til dommer over forskningsarbeid som er gjort. Jeg skal formidle det som lar seg bruke i forhold til problemstillingen og det som er relevant for oppgaven min.

Det som kan gjøres er å være selvkritisk til alder på forskning, om det kan finnes nyere forskning som er mer relevant til min oppgave. Det som kan være vanskelig er bruk av fagstoff og pensumlitteratur som er sekundærlitteratur. Den kan være oversatt eller fortolket før jeg leser den. Det kan gjøre noe med kvaliteten på det arbeidet jeg gjør (Dalland 2007).

Jeg mener at den litteraturen jeg har valgt er relevant. Dette fordi den er skrevet av sykepleiere og leger og lærere ved høyskoler som har relevant utdanning i forhold til det jeg skriver om i min bacheloroppgave i sykepleie. Jeg har forholdt meg til nyere litteratur som ikke er eldre enn 10 år.

3 Teoridel

3.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Som Sykepleieteoretiker vil jeg bruke Joyce Travelbee for å vise hvordan man kan skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient, slik at man kan hjelpe pasienten best mulig. Jeg vil benytte stoff fra boken «Mellommenneskelig forhold i sykepleie» for å underbygge litteraturfunn i forhold til hvordan jeg på en best mulig måte kan hjelpe pasientene.

Hun definerer sykepleie som:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening med disse erfaringene»(Travelbee 2007 s.29)

Viktige elementer i hennes tenkning er kommunikasjonsprosessen og pasient sykepleierforholdet. Hun skriver at sykepleieren må se pasienten, bruke tid og skape en god atmosfære i et rolig og komfortabelt miljø for pasienten slik at de beste relasjoner skapes (Travelbee 2007).

Hun sier også noe om å mestre det å ha en sykdom, også en kronisk sykdom som KOLS. Dette kan gjøres ved at sykepleieren etablerer tilknytning til pasienten, ved at sykepleieren uttrykker til pasienten at han blir forstått og ikke trenger å stå oppe i dette alene. Men det er også viktig at de pårørende blir involvert i prosessen. Men hun framholder at en ikke må miste fokus på at det først og fremst er pasienten dette handler om.

Hovedgrunnen til at jeg bruker Travelbee er at hun i sin tenkning bruker kommunikasjon og hjelp som viktige elementer i forholdet mellom pasient og sykepleier. Hun bruker ikke ordet veiledning direkte, men heller ordet hjelp i kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. I drøftingsdelen av oppgaven vil jeg bruke eksempler på hennes tenkning på relasjonen mellom pasient og sykepleier.

Travelbee sier at all den kontakt som er mellom sykepleier og pasient er med på å skape et forhold menneske til menneske. Dette virkemiddelet er viktig i prosessen for å skape den gode relasjonen, slik at fundamentet for et godt forhold mellom sykepleier og pasient er oppfylt. I noen sammenhenger er det også nødvendig og involvere pårørende.

Menneske til menneskeforholdet gjør det mulig for sykepleieren å oppnå sykepleierens mål og hensikt som er å hjelpe et individ med å forebygge og mestre sykdom (Travelbee 2007).

Travelbee sier også noe om 4 forutgående faser mellom pasient og sykepleier som er med på å skape forholdet menneske til menneske også dette er viktig å fokusere på for å skape den gode relasjonen i prosessen.

Disse fasene er:

1. *det innledende møte.* I denne fasen vil sykepleieren og pasienten begge observere og gjøre seg opp meninger og antagelser om hverandre. Dette kalles førsteinntrykk. Når sykepleieren begynner å betrakte den andre part som et unikt individ og gir respons deretter starter forholdet å gå over i en ny fase.

2. *framvekst av identiteter.* Karakteristiske trekk ved denne fasen er evnen partene har til å skape tilknytning til hverandre og betrakte den andre part som et menneskelig individ. Samhandlingen skjer med bakgrunn i hvordan den andre part virker på en selv. I denne fasen begynner sykepleieren og pasienten å knytte seg til hverandre og betrakte hverandre som individer. Sykepleieren begynner å skjønne hvordan pasienten føler og har det og pasienten begynner å oppfatte at sykepleieren er et spesielt individ, ikke bare en sykepleier. Grunnlaget for empati legges i denne fasen.

3. *empati.* Empati er evnen til å sette seg inn i hvordan den andre har det. I denne fasen ser de forbi det ytre og inn til hvordan den andres psykiske tilstand er i øyeblikket. Empati er å føle nærhet, knytte seg til og forstå den andres sinnstilstand uten å gå inn i den og bli en del av den. Empati er å forstå den andre. Sykepleieren og pasienten vet at de føler empati og de er i stand til å forutsi adferden til den andre.

4. *sympati og medfølelse.* For å føle sympati og medfølelse må sykepleier og pasient føle empati for den andre. Sympati og medfølelse har sitt utspring i empati. Den enkelte føler i denne fasen trang til å lindre plager og han føler at han forstår den andre personens plager og tar del i dem. De har medfølelse for hverandre.

«Ønsket om å lindre plager er fraværende ved empati, men er et karakteristisk trekk ved sympati og medfølelse» (Travelbee 2007 s 200).

De 4 punktene er hentet fra Travelbee 2007 s. 172. Dette er med på å skape gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient i etableringen av et menneske til menneske forhold.

KOLS er en forkortelse for Kronisk obstruktiv lungesykdom. I Jacobsen. Et. al. (2009) beskrives dette som en samlebetegnelse på tilstander der det foreligger en inkomplett, reversibel luftveisobstruksjon. Ved astma er disse reversible der pasienten kan ha lange perioder der disse problemene er minimale. (Jacobsen et.al 2009)

Nær 1400 mennesker dør av KOLS i Norge hvert år. Det er også den hyppigste grunnen til sykehusinnleggelser blant voksne mennesker med luftveis problematikk.

Det som kjennetegner en KOLS pasient er at han har kronisk bronkitt eller emfysem eller en kombinasjon av disse, det kan være vanskelig og skille mellom astma og KOLS fordi det er likhetstrekk mellom disse. Det er to faktorer som er veldig vanlige for utvikling av KOLS og det er røyking og jobbing i usunne miljøer med støv og gasseksponering. Det er i følge Jacobsen et.al 2009 også en arvelig komponent, som skyldes mangel på alfa1 – antitrypsin i blodet. Dette er noe som fører til tap av lungenes elastiske egenskaper og man kan få emfysem i ung alder. Høyest risiko for dette er det hos røykere.

Sykdomsdiagnosen stilles ved hjelp av en lungefunksjonsundersøkelse som heter spirometri. Der måles det hvor mye luft pasienten klarer å presse ut i løpet av et sekund (FEV1) og totalt etter en maksimal inspirasjon, forsert vitalkapasitet (VK) vist ved gjentatte målinger i stabil fase. Hvis en person har KOLS er FEV1 mindre en 0% av VK vist med flere målinger i stabil fase. Ut i fra disse målingene inndeles KOLS i forskjellige grader. (Jacobsen et.al.2009).

Det er flere elementer som kan være til hjelp for å forebygge lungeinfeksjon. I følge Almås et. al 2010 fokuseres det på opprettholde et godt væskeinntak på daglig basis. Det bør fokuseres på bevegelse/trim, riktig kosthold og være forsiktig med å bevege seg ute på støvfulle dager og ta hensyn til kulde og fuktig vær.

I følge Jacobsen et. al. 2009 beskrives det at jo lengre man kommer ut i sykdomsforløpet jo dårligere blir elastisiteten i lungene. Opptaket av oksygen blir dårligere slik at gassutvekslingen blir dårligere. Når det blir dårligere oksygenopptak føler pasienten at det blir tyngre å puste. Pasienten blir kortpustet og pusten blir mer overfladisk.

Forverringen av KOLS kommer med økende alder. Jo lengere ut i forløpet man kommer jo oftere blir innleggelse ved medisinsk avdeling (Jacobsen et. al. 2009).

3.3 Lungeinfeksjon

Pasienter med KOLS er mer mottakelig for pneumoni. Den typen som er vanlig for denne pasientgruppen er bronkopneumoni. Bronkopneumoni er i følge Jacobsen et. al. 2009 en infeksjon som forekommer i øvre luftveier, der en bakterie flora som pneumokokker, stafylokokker eller streptokokker er vanlige. Hos pasienter med nedsatt motstandskraft kan det i tillegg være *Pseuudomonas aeruginosa* (gramnegative stavbakterie slekt) som gir infeksjon.

Pasienter med kronisk bronkitt er spesielt disponert. Redusert hosterefleks, generelt nedsatt allmenntilstand og sekretstagnasjon er også vanlige årsaker. (Jacobsen et. Al. 2009)

Pneumoni diagnose stilles ved undersøkelse av pasienten. Ved lytting med stetoskop hører man som regel knatrelyder over affiserte lungeavsnitt. Pasienten har temperaturøkning og crp i stigning. Ekspektorat kan ha en grønnaktig farge. Ellers tas røntgen thorax, men der er det ikke bestandig funn tidlig i sykdomsutviklingen.

For pasienter med KOLS som får pneumoni er det vanlig med innleggelse i sykehus med påfølgende antibiotikabehandling intravenøst. Senere, når pasienten blir bedre av infeksjonen, kan behandlingen fortsette med pr. oral behandling. Hvis pasienten er allergisk mot penicillin brukes andre medikamenter som f.eks. erytromycin. Andre medikamenter som benyttes, hvis penicillin ikke har ønsket effekt, er amoxicillin eller pvampicillin. Disse er også førstevalg hos pasienter med KOLS eller hvis pasienten er svekket av andre årsaker (eldre) (Jacobsen et. al. 2009).

I behandlingen inngår også at pasienten får i seg rikelig med drikke og proteinrik mat. I behandlingen inngår også mobilisering av pasienten når dette er forsvarlig og så tidlig som mulig (Almås et. al. 2009).

3.4 Om mestringskompetane

Ordet mestringskompetanse er sammensatt av to ord, mestring og kompetanse. Mestring er å ha ressurser, f.eks. sosiale ressurser, kunnskaper og ferdigheter. Kompetanse er f.eks. kvalifikasjon, dyktighet, kunnskap, viten. Ordet som kompetanse settes sammen med avgjør hva ordet betyr. Hvor stor mestringskompetanse den enkelte har vil variere (Tveiten 2008). En person som er kronisk syk må mestre og lære å leve med de konsekvensene sykdommen har for han i hans hverdag. Pasientens holdninger til sykdommen vil påvirke hvordan han har det. Min oppgave som veileder blir å finne ut hvilke kunnskaper, ferdigheter og holdninger pasienten har. Hva slags ferdigheter trenger han å utvikle og hva trenger han å lære? Jeg må også forsøke å få han til å utvikle hensiktsmessige holdninger til sin sykdom (Tveiten 2008). Mitt mål som veileder er at pasienten skal få økt sin mestringskompetanse gjennom ny kunnskap, læring og de rette holdninger.

En pasient med langtkommet KOLS vil sannsynligvis ha mye kunnskap om KOLS. På den måten kan en si at han har stor mestringskompetanse. Allikevel kan han ha lite mestringskompetanse når det gjelder andre aspekter, f.eks. hvordan han selv kan redusere faren for lungeinfeksjon, som ofte følger med KOLS.

Mestringskompetansen styrkes gjennom dialogen, som er hovedformen ved veiledning. Dialogen vil skje mellom en veileder som innehar den formelle funksjonen og en eller flere likeverdige personer der fokuset er på personen som skal få styrket sin mestringskompetanse. Veiledningen skal ikke gi alle svar, men legge til rette for at pasienten gjennom aktiv deltakelse og refleksjon utvikler seg, lærer og finner fram til svar (Tveiten 2008).

3.5 Veiledning

Veiledning er fundamentet i min oppgave, og det finnes mange tilnæringsmåter for å gi en god veiledning til hvem som måtte trenge det. I en av de bøker som jeg vil bruke i oppgaven er definisjonen på veiledning slik:

«En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier.»(Tveiten 2008.s.19)

Veiledningen kan skje mellom veileder og grupper eller veileder og enkeltpersoner. I dette tilfellet vil veiledning foregå mellom veileder (meg) og en enkeltperson (pasienten).

At veiledningen er formell vil si at den er innenfor en ramme, f.eks. at en sykepleier har dette som sin oppgave i en avdeling på et sykehus. At den er formell betyr at den som veileder og den som blir veiledet vet hvem som har hvilken rolle og at det er en avtale om veiledning mellom personen som veileder og den som veiledes (Tveiten 2008).

At veiledningen er relasjonell viser til relasjonen i forholdet mellom veileder og pasient. Tillit og trygghet skapes gjennom relasjonen. Den som skal veiledes må ha tillit til og føle seg trygg på den som veileder og at veileder har den kompetansen som trengs for å være veileder. Det blir sykepleierens oppgave som veileder å skape et tillitsforhold slik at pasienten føler seg trygg på at den veiledning han får av sykepleier vil gjøre han i stand til å ta i bruk sine egne ressurser for å gjøre hverdagen bedre for seg. Veilederen må hele tiden være bevisst på viktigheten av tillit og trygghet og arbeide for at forholdet mellom pasient og sykepleier er best mulig. Veilederens etiske kompetanse blir her av stor viktighet (Tveiten 2008).

At veiledningen er pedagogisk betyr blant annet at den skal være undervisende. «Det er læring, vekst, utvikling og mestring som er i fokus» (Tveiten 2008 s. 20). Dette betyr at veiledningen skal være på et nivå som mottakeren kan forstå og ta til seg, dvs. han skal lære og få ny kunnskap av den. Han skal få økt livskvalitet og ha en utvikling. Det blir meningsfullt å fokusere på mestring når disse faktorene er hensikten med veiledningen.

En prosess er noe som har en start og en slutt. En pedagogisk istandsettingsprosess vil si at det skal være en prosess der pasienten selv, gjennom prosessen skal få ny lærdom og ved ny lærdom skal føle at han vokser og blir bedre i stand til å mestre sin sykdom. Målet er at han i denne prosessen hvor han er i fokus skal få styrket sin mestringskompetanse. Mottaker skal fortsette prosessen ved at de tanker, den lærdom og de handlinger eller endringer han har lært blir tatt i bruk (Tveiten 2008).

Dialogen er hovedformen i veiledningen (Tveiten 2008). I en god veiledningssamtale vektlegges dialogen. Ved dialog skal det legges til rette for at den som veiledes selv utvikler seg i en slik retning at han oppdager hvordan han selv kan ta ansvar for egen helse. Veiledningen kan også ha en oppdragende funksjon. Dette kan f.eks være der den som veiledes gjør ting som helt klart er til skade for han selv (Tveiten 2008).

At dialogen skal være basert på kunnskap betyr at veilederen må ha kunnskap om det som det skal veiledes i (Tveiten 2008). I mitt tilfelle vil det si at jeg må ha kunnskap om KOLS og hvorfor så mange får gjentakende lungeinfeksjoner og hva som kan gjøres for at pasienten ikke skal få gjentakende lungeinfeksjoner.

At dialogen skal foregå etter humanistiske verdier betyr at den skal skje med respekt, likeverd og med et positivt menneskesyn der det antas at den enkelte har ressurser og muligheter i seg til å ta ansvar og selv har de beste forutsetninger for å vite hva som er best han (Tveiten 2008).

Det er en forutsetning for veiledning at den som veileder er motivert for oppgaven. For at veiledning skal være vellykket må veiledningen utføres av en person som selv ønsker å veilede og ikke av en umotivert sykepleier som blir pålagt oppgaven av sin leder (Tveiten 2009).

Tveiten 2008 beskriver 4 faser i veiledning:

1. Planleggingsfasen.

Hva er hensikten med veiledningen? Hvem skal veiledes, hvem er målgruppen? Hvordan motivere til veiledning? Hva skal det veiledes i? Hva er målet med veiledningen? Hvordan informere om at tilbudet fins? Hvor lenge skal veiledningsprosessen vare? Er det praktiske forhold som det må tas hensyn til?

2. Oppstart-/bli-kjent-/kontraktfasen

Veileder og den som skal veiledes må bli kjent med hverandre. Hvilke forventninger har pasienten? Skal det lages en kontrakt? Praktiske forhold, hvor skal veiledningen finne sted?

3. Arbeidsfasen.

Dette er den lengste fasen. I denne fasen gjennomføres de tiltakene som er planlagt.

4. Avslutningsfasen.

Evaluerer av veiledningen. Avslutning av de prosesser som er satt i gang og eventuelt tilrettelegge for videreføring av prosesser.

Jeg vil bruke de '4 fasene i veiledningen' i drøftingen.

4 Drøfting

Det som gjorde at jeg valgte å skrive bacheloroppgave om hvordan jeg kan veilede pasienter med langt kommet KOLS slik at de får økt mestringskompetanse var at jeg opplevde at min far det siste året han levde hadde mange lungeinfeksjoner. Det eneste som skjedde under innleggelsene var at han fikk intravenøs behandling med antibiotika. Når infeksjonen var kommet ned mot normalnivå ble han sendt hjem for videre etterbehandling med tabletter. Disse innleggelsene varte 2 til 3 dager i begynnelsen. Jo flere innleggelser han hadde jo lengre varighet hadde de.

4.1 Hvordan forberede veiledningen?

I mitt arbeid som sykepleier ved medisinsk avdeling treffer jeg en en pasient som er innlagt med lungeinfeksjon og som er svært tungpustet. Siden jeg interesserer meg sterkt for disse pasientene begynner jeg å snakke med han og spørre han litt om hvordan det går? Han forteller meg blant annet at han ikke orker å bry seg så mye om det som legen har sagt om de medisinene han har fått og om når han skal ta dem. Han er syk og har annet å tenke på enn å ta medisiner til rett tid og i riktig dose og dessuten hender det at han tar mye medisin fordi han har vanskelig for å puste og han tror at han blir bedre av å ta mye medisin av og til istedenfor å ta de foreskrevne dosene. Jeg forteller han at jeg er nyutdannet sykepleier og at jeg har skrevet min bacheloroppgave om KOLS og derfor er interessert i å hjelpe pasienter med denne sykdommen. Jeg forteller også at jeg er i ferd med å starte med veiledning for noen pasienter med KOLS for å gi dem økt kunnskap om KOLS og hvordan de kan få en bedre hverdag. Ut i fra den samtalen jeg har hatt med pasienten vil jeg prøve å få hans samtykke til å planlegge en veiledning med han. Med den informasjonen jeg har fått har jeg skaffet meg et grunnlag for å planlegge gjennomføring av veiledning av pasienten slik at pasienten gjennom veiledningen øker sin mestringskompetanse og får færre lungeinfeksjoner.

Hensikten med veiledning er å øke mestringskompetansen til den som veiledes (Tveiten 2008). Gøranson, c et al 2003 viser at veiledning av KOLS pasienter nytter. Begge pasientgruppene mente at opplæring var nyttig for dem. Konklusjonen er også at sykepleieren trenger en dypere kunnskap om opplæringsmetoder og at dette området bør bli mer vektlagt

under sykepleierens opplæring. I følge Nortvedt 2008 må jeg tilstrebe å være faglig oppdatert og skaffe meg den nyeste tilgjengelige forskning og kunnskap som finnes.

Veilederen må først tenke igjennom hva han ønsker å oppnå og hva som er hensikten med veiledningen. Veiledningens hensikt i dette tilfellet er å styrke mestringskompetansen til pasienten og at han skal få økt kunnskap om sin langtkomne KOLS slik at han mestrer sykdommen bedre og får en bedre hverdag med færre lungeinfeksjoner.

I boka «Pedagogikk i sykepleien» sier Tveiten at en må planlegge med bruk av flere innfallsvinkler ut i fra hvem pasienten er (Tveiten 2009) . Med dette mener jeg at jeg må planlegge ut fra hvilken helsetilstand pasienten er i, hvor syk er han, er han i stand til å ta imot veiledning?

Hvilke kunnskap trenger veilederen for å få til dette (Tveiten 2008)? Sykepleieren må skaffe seg informasjon ved å lese journalen til pasienten. Dette for å skaffe seg informasjon om pasientens sykehistorie. Det kan være psykiske og fysiske aspekter og familiære forhold som kan ha innvirkning på den samtalen veilederen skal ha med pasienten. Dette har blant annet med om han bor alene eller har familie rundt seg. I følge Travelbee 2007 er hvert menneske unikt.

Hvor lenge har veilederen tenkt at veiledningsprosessen skal vare (Tveiten 2008)? For å kunne planlegge og gi forutsigbarhet må hele prosessen og varigheten på hver veiledningstime avklares på forhånd (Tveiten 2008). Dette vil avhenge av hvor god form pasienten er i og hvor motivert pasienten er for veiledning. Veilederen må legge til rette for oppdagelse og læring. Det er viktig at veilederen møter pasienten der pasienten er (Tveiten 2009).

Hvordan skal sykepleieren få informert pasienten om tilbudet? Når det finnes et tilbud om veiledning i økt mestringskompetanse ved avdelingen har helsepersonellet plikt til å gi pasienten denne informasjonen (Tveiten 2009).

Som helsepersonell har sykepleieren plikt og pasienten har rett til få denne informasjonen når tilbudet finnes ved avdelingen. Helsepersonellet skal forsikre seg om at pasienten forstår informasjonen som blir gitt. Dette er i følge Helselovene (Tveiten 2009).

I denne prosessen må sykepleier finne ut om pasienten er mottakelig for veiledning. Han må ta hensyn til hvor svekket pasienten er. Pasienten kan ha lite overskudd til å tilegne seg ny

kunnskap. Veileder må da vurdere å involvere nærmeste pårørende (Tveiten 2009). Hvis jeg velger å involvere nærmeste pårørende må jeg ha skaffet meg tillatelse fra pasienten til å gjøre dette.

Sykepleieren som veileder kan ikke planlegge hele innholdet i veiledningen. Det må skje når pasientens behov er klarlagt. Veilederen skal ikke først og fremst gi svar, men hjelpe pasienten til selv å finne svar (Tveiten 2008). Et eksempel på det er at jeg får pasienten til å tenke igjennom hva han gjorde dagene før han fikk lungeinfeksjonen og ut fra det kan komme fram til mulige årsaker. Jeg som veileder kan, sammen med pasienten, prøve å forebygge en ny infeksjon ved å komme med forslag til endringer. For eksempel at han unngår å være ute for lenge i kaldt vær.

Sykepleieren må også tenke på hvor han skal utføre samtalen med pasienten. I Eide og Eide 2011 beskrives det at sykepleier må være bevisst hvor han skal gjennomføre en samtale med pasienten. Dette vil også gjelde veiledning. På sykehusene i dag er det svært få enerom, men når sykepleieren skal veilede pasienten bør den foregå i et rom der sykepleieren kan være alene med pasienten og prate uforstyrret. Dette for å slippe ytre påvirkning og for å skape en best mulig relasjon. Hvis vi ikke er uforstyrret i enerom er det ikke sikkert at pasienten vil åpne seg. Han kan holde tilbake viktig informasjon fordi han ikke føler seg trygg. Dette gjør at jeg ikke får all informasjonen jeg trenger for å gi han den veiledning han har behov for. Dette vil gå ut over kvaliteten på den veiledningen jeg skal gi han og vil få som konsekvens at pasienten ikke øker sin mestringskompetanse og da blir ikke veiledningen vellykket.

4.2 Den første veiledningssamtalen

For å videreutvikle min kontakt med pasienten jeg nevner i planleggingsfasen vil jeg sørge for at jeg får ansvaret for pasienten mens han er innlagt på avdelingen. Da vil jeg ha anledning til å gå innom han flere ganger om dag for å prate med han. I den første veiledningssamtalen må jeg avklare pasientens forventninger og legge til rette for at hensikten med veiledningen og målet med veiledningen oppnås. Jeg må opprette et tillitsforhold som gjør utvikling og vekst mulig for pasienten. Det kan være aktuelt å legge til rette for at pasienten blir veiledbar i den første samtalen. Å gjøre noen veiledbar kan være å gi informasjon, undervisning og råd. Dette handler om å møte pasienten der pasienten er, noe som er en forutsetning for å oppnå

hensikten med veiledningen. Dette gjøres for å legge til rette for at mestringskompetanse til pasienten styrkes (Tveiten 2008).

Når veileder og pasient har opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt har de vært gjennom Travellbee sine 4 faser og da er det etablert et menneske til menneske forhold. Forholdet mellom veileder og den som blir veiledet er et gjensidig forhold der begge har behov som blir oppfylt. En kan innvende at pasienten er den viktigste, men det er urealistisk å tro at veilederen vil være i denne menneske til menneske prosessen hvis ikke han også har noe igjen for det (Travelbee 2007).

Den viktigste arbeidsformen i pasientveiledning er samtalen i form av gjensidig dialog. Som veileder må jeg ha fokus på relasjonen der og da og det tema det arbeides med (Tveiten 2008). Hvis jeg ikke klarer å opprette en god kommunikasjon med pasienten vil ikke forutsetningen for veiledning være til stede og da vil ikke pasienten oppnå økt mestringskompetanse. Jeg må være oppmerksom på ord og non verbal kommunikasjon (ansiktsuttrykk, kroppsspråk og stemmebruk) som kan si noe om hvor tilfreds pasienten er. En forutsetning for en god relasjon er et anerkjennende klima. Man ønsker å leve seg inn i den andres situasjon. Aktiv lytting, aksept, forståelse og bekreftelse er her en forutsetning for å oppnå en god kommunikasjon (Eide og Eide 2011).

Siden jeg har greid å opparbeide meg en et godt menneske til menneske forhold slik Travellbee 2007 beskriver og vi har en god, gjensidig dialog (Tveiten 2008) vil jeg foreslå for pasienten at han snakker med legen om hvordan han tar medisinene sine.

I samtalens løp forteller pasienten meg at han ikke bytter slangene på Pari apparatet sitt og ikke vasker inhalasjonsutstyret daglig. Jeg vil da forklare han at lungeinfeksjon er en bakteriell infeksjon som kan oppstå pga. urene slanger og urent utstyr (Almås red. 2010). Jeg kan også veilede han i hvordan han skal gjøre dette.

Jeg kan også i dette første møtet veilede han i at han må få i seg nok væske for å unngå seigt ekspektorat. (Almås red 2010). Jeg må forklare at med for lite væsketilførsel blir ekspektorat seigt og vanskelig å hoste opp.

Noen vil kanskje hevde at veiledning av KOLS pasienter ikke bør utføres av vanlige sykepleiere, men av kvalifisert helsepersonell. Jeg mener at Travelbee gjennom sin teori (blant annet gjennom sin sykepleiedefinisjon) sier at dette er en sykepleiers oppgave.

4.3 Den videre veiledning

Ut i fra samtalen jeg som veileder har hatt med pasienten i det første møtet har jeg funnet ut at pasienten sliter med å få i seg nok mat og at han ikke går til fysioterapi. Pasienten kan finne det skremmende når veilederen foreslår at han skal begynne med en helt ny aktivitet (Prebensen 2006). Dette kan være et problem i forhold til å få han til å begynne med fysioterapi.

Pasienter med KOLS har økt energiforbruk på grunn av at de har økt respirasjonsarbeid. Pasienter med luftveisinfeksjoner som er i en forverringsfase er spesielt utsatt for underernæring og vekttap, med den konsekvens at pasienten taper muskelmasse og får redusert muskelkraft. Dette igjen gjør at han får redusert lungefunksjon og redusert hostekraft. Feil ernæring eller for lite inntak av mat svekker immunforsvaret og pasienten blir mer mottakelig for infeksjoner (Almås red 2010). For å gi pasienten økt mestringskompetanse i forhold til sitt manglende matinntak og sitt kosthold vil jeg som veileder forklare han viktigheten av at han spiser riktig og nok mat og fortelle han at dette kan gi han mer muskler slik at han får til å hoste opp slimet. Når han forstår hensikten med riktig kosthold og nok mat kan han bli motivert til å ta kontakt med ernæringsfysiolog. Gøransson c 2003 viser at opplæring i intervensjonsgruppen fikk en økning i kunnskap som blant annet førte til at selvhjelp ble forbedret med hensyn til å følge en anbefalt diett. Jeg vil derfor veilede og motivere pasienten til å kontakte ernæringsfysiolog for å få utarbeidet et opplegg for en riktig diett med mye protein. At kosten skal være proteinrik er beskrevet (Almås red 2010).

I tillegg til spesiell diett vil jeg også foreslå at pasienten tar kontakt med fysioterapeut. For å kvitte seg med lungesekret benyttes det ofte fysioterapi (Almås red 2010). Målet med lungefysioterapi er først og fremst å forebygge lungeinfeksjoner og forebygge lungeskader (Gursli 2005). Fysioterapeuten kan behandle han slik at han puster lettere og han kan hjelpe pasienten til å komme i fysisk aktivitet. Jeg som veileder har på dette tidspunkt prøvd å motivere pasienten ved å gi pasienten informasjon om de fordelene han kan oppnå ved å få hjelp av fysioterapeut. Eide og Eide 2011 sier at motivasjon for forandring er grunnleggende for at forandring skal finne sted. Motivasjonen til pasienten styrkes hvis veilederen er en alliert og er med på å bekrefte pasientens egen motivasjon. Motivasjon er en tilstand der en er åpen for forandring (Eide og Eide 2011).

Etter at veiledningen er avsluttet vil jeg spørre pasienten om han synes at han har hatt noe igjen for veiledningen og om den har svart til hans forventninger. Det er viktig at veiledningen blir dokumentert og ført inn i pasientjournalen. Opplysningene må gis videre i sykepleier rapporten som skrives til for eksempel lærings- og mestringsenheten hvis pasienten skal dit etter sykehusoppholdet, hjemmetjeneste, sykehjem eller fastlege (Tveiten 2009).

5 Konklusjon

Jeg som veileder kan øke mestringskompetansen til pasienten på områder som jeg gjennom veiledningen har funnet ut at han ikke har stor mestringskompetanse på. Det kan være enkle grep som kan gjøres i hverdagen slik at han får økt mestringskompetansen og får færre lungeinfeksjoner. Jeg kan også sette pasienten i kontakt med andre deler av helsevesenet f.eks. ernæringsfysiolog og fysioterapeut slik at den prosessen vi har startet under sykehusoppholdet blir videreført og ivaretatt. For at forandring skal finne sted må pasienten være motivert. Jeg vil gjøre han motivert ved å gi han informasjon om hvordan han kan bedre sin hverdag ved å søke profesjonell hjelp og ved å selv å gjøre enkle grep som gjelder det medisinske utstyret han benytter. Det er nødvendig med samhandling mellom de forskjellige delene av helsevesenet for at pasienten skal bli godt ivaretatt. Det er også en forutsetning at han er frisk nok til å ta imot de tilbud som finnes slik at han har utbytte av hjelpen de aktuelle instanser i helsevesenet kan tilby.

6 Avslutning

Når jeg nå er ferdig med å skrive min bachelor oppgave i sykepleie kan jeg si at dette har vært en lang og lærerik prosess for meg. Jeg har gått dypere ned i pensumlitteratur som jeg ikke har rukket å fordype meg i tidligere og jeg har fordypet meg i litteratur som jeg tidligere ikke har lest. Dette har gitt meg mer kunnskap og jeg tror det vil bli nyttig for meg å ta med meg videre i mitt arbeid som sykepleier.

7 Litteraturliste:

Pensumlitteratur:

- Almås, H., Stubberud, D., Grønseth, R., (red).(2010) *Klinisk sykepleie 1* Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Dalland, O., (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Eide, H., Eide, T., (2011) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S., Ingvaldsen, B., Buanes, T., Røise, O., (2009) *Sykdomslære Indremedisin, kirurgi og Anestesi*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Tveiten, S., (2009) *Pedagogikk i Sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Selvvalgt litteratur:

- Gursli, S., (2005) *Lungefysioterapi En dynamisk prosess*. Oslo: Unipub Forlag AS
- Gøransson, Carina junior lecturer, Kirkegaard, Asbjørn chief physician, Fridlund, Bengt professor (2003). Evaluation of a nurse-led groupbased education programme for in-patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease *Vård i Norden* 3/2003. Publ. No. 69 Vol. 23 No. 3 PP 33-38
- Kristoffersen, N. J., (red).(2002) kap. 3 *Generell sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Nordtvedt, P., (2008) *Sykepleiens grunnlag –Historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Prebensen, E., (2006) *Den gode veiledningen* Sykepleien nr. 3 2006 s. 62- 63.
- St. meld. (2006 – 2011) Nasjonal strategi for KOLS område Tilgjengelig: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006nasjonal-strategi-for-KOLS-området-2006-.html?id=430087 [Lest: 03.09.11]
- Travelbee, J., (2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*, Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Tveiten, S., (2008) *Veiledning mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS