

Høgskolen Stord/Haugesund
Grunnutdanning i sjukepleie

**Hva er sykepleiers rehabiliterende funksjon
i forhold til voksne leddgiktspasienter?**

SYKHB008
Kull 2005, Våren 2008
Kandidat 78
ord: 11 571

Avsluttende Bacheloroppgave i Sykepleie

Når man virkelig skal lykkes
i å føre et menneske frem
til et bestemt mål,
bør man fremfor alt
være varsom på
å finne ham der hvor han er
og begynne der

(Kirkegaard i Wyller 2005a s.11, fritt oversatt av meg)

Innhold:

1	Innledning.....	4
1.1.1	Bakgrunn for valg av oppgave	4
1.1.2	Presentasjon av problemstilling	4
1.1.3	Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	4
1.1.4	Definisjon av begreper i problemstillingen.....	4
1.1.5	Formål med oppgaven.....	4
1.1.6	Oppgavens disposisjon.....	5
2	Teori.....	6
2.1	Hva er Revmatoid Artritt?.....	6
2.2	Hva kan kronisk sykdom som leddgikt, føre til i hverdagen?.....	6
2.2.1	Kultur, Samfunn og sosiale aspekt.....	6
2.2.2	sosialt partner, familie, omgangskrets.....	7
2.2.3	Økonomi og yrkesliv	9
2.2.4	Psykisk	9
2.2.5	Fysisk og praktisk.....	10
2.3	Begreper og perspektiver	11
2.3.1	Hva er sykepleie?	11
2.3.2	Hva er rehabilitering?.....	11
2.3.3	Forebygging og biomedisin.....	11
2.3.4	Helsefremming og humanisme.....	12
2.3.5	Helse, Helsefremming og forebygging	12
3	Metode.....	14
3.1	Beskrivelse av valgt metode.....	14
3.1.1	Kilder.....	15
3.1.2	Framgangsmåte	15
3.2	Data og analysering av data	17
3.3	Etiske aspekter ved gjennomføring av prosjektet	18
3.3.1	Nytteverdi.....	18
3.3.2	Allmenn moral, lovverk og retningslinjer	18
4	Presentasjon av funn.....	19
4.1	funn.....	19
4.2	Presentasjon av likhet og ulikhet i funnet	23
4.2.1	Alternative syn på hva helse innebærer.....	23
4.2.2	Studienes syn på mennesket i møte med belastning og fare	24
4.2.3	Likhet og ulikhet i funn.....	24
4.2.4	Likhet og ulikhet i tiltak.....	26
4.2.5	Likhet og ulikhet i resultat	29
5	Drøfting.....	31
5.1	Helsedefinisjonens konsekvens for sykepleie og pasient.....	31
5.2	Menneskesyn som grunnlag for sykepleie	32
5.3	Hvem eier kompetansen?	33
5.4	Kartlegging som grunnlag for sykepleie	34
5.5	Dilemma ved risikofokus i pleien	35
5.6	Ansvar og ansvarsfraskrivelse i sykepleien	36
5.7	Sykepleiefunksjoner og tre sykepleiefaglige idealtyper.....	39
6	Avslutning	41
	Referanseliste	42

1 Innledning

1.1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Jeg valgte temaet kronikere og rehabilitering fordi dette er en stor pasientgruppe som jeg i realiteten vil komme borti opp mot forskjellige diagnoser omtrent samme hvor jeg arbeider innen helsesektoren i framtiden. Jeg valgte revmatisme fordi jeg synes dette er en spennende pasientgruppe. Årsaken til mitt valg av helsefremmende og forebyggende perspektiv var at jeg etter å ha hørt om empowerment og livstyrketrening i skole og praksissammenheng ønsket å lære mer om denne typen tenkning og alternativet til dette.

1.1.2 Presentasjon av problemstilling

En problemstilling er et presist og avgrenset spørsmål som har et bestemt formål dvs. man ønsker å oppnå ny kunnskap om noe(Dalland 2000). Problemstillingen for dette studiet er:

Hva er sykepleiers rehabiliterende funksjon i forhold til voksne leddgiktspasienter?

1.1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Pasientgruppen avgrenses til pasienter under rehabilitering for leddgikt ved sengepost.

1.1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen

Med voksne mener jeg aldersgruppen 39+

Definisjon av rehabilitering og sykepleie kommer i teoridelen.

1.1.5 Formål med oppgaven

Med begrepet formål mener man hva vi ønsker å oppnå med oppgaven eller forskningen(Dallan 2000). Ett av formålene med oppgaven er å øke teoretisk kunnskap og forståelse av rehabilitering, helsefremming og kronisk sykdom, samt å øke praktisk erfaring med vitenskapelig arbeidsmetode og litteratursøk i artikkeldatabaser.

Fagplan mål som jeg tenker å strekke meg mot er:

3.3.2.3. Har kunnskap om hvordan mennesket kan mestre endringer i livssituasjonen, bedre eller gjenvinne helse eller eventuelt få en fredfull død.

3.2.1. Har forståelse for faktorer som virker inn på helse og sykdom

1.1.6 Oppgavens disposisjon

Jeg har delt oppgaven inn i seks deler som inkluderer innledning, teori, metode, presentasjon av funn, drøfting og avslutning. I teoridelen gjennomgår jeg hva leddgikt er og hvilke konsekvenser den innebærer, samt at jeg avklarer en del begrep og perspektiv som er benyttet i oppgaven. Resten av teoristoffet kommer i forbindelse med drøftingen. I metodedelen beskriver jeg framgangsmåten for å hente inn, vurdere og analyse av artikkelfunn samt at jeg tar for meg innhenting av litteratur til oppgaven. Jeg tar også kort opp noen etiske aspekter ved studien her. I presentasjonen av funn blir artiklene som utgjør mitt funn beskrevet og likhet og ulikhet blir presentert. I drøftingsdelen går jeg gjennom hvilke konsekvenser de forskjellige tilnærminger kan få og gir eksempler fra studiene på dette. Avslutningen tar for seg en oppsummering og konklusjon.

2 Teori

2.1 Hva er Revmatoid Artritt?

Revmatoid Artritt eller leddgikt er en autoimmun sykdom(Jacobsen et al 2001) noe som innebærer at immunforsvaret angriper kroppens egne vev, slik at det blir skadd eller ødelagt. Inflammasjon er kroppen sin lokale måte å reagere på vevsskaden. Dette vises som hevelse, smerte, rødhet, varme og funksjonsnedsettelse i det rammete området(Bertelsen 2000). Av den grunn defineres leddgikt som en inflammatorisk leddsykdom(legehåndboka 2008). Sykdommen kan angripe både ledd, bein og muskler og gir økende stivhet og smerter i ledd særlig om morgenen(Jacobsen et al 2001). Man regner med forekomst på 0,5-1% av befolkningen(legehandboka 2008). Ettersom vi er 4 744 139 innbyggere i Norge(SSB 12.02.08) vil det være 23720-47441 mennesker som har diagnosen.

2.2 Hva kan kronisk sykdom som leddgikt, føre til i hverdagen?

2.2.1 Kultur, Samfunn og sosiale aspekt

Kulturen individet lever i påvirker sykdomsforståelsen både i forhold til vurdering av symptomer, hvordan man uttrykker symptomene, hvorvidt sykdommen blir legitimert og til en viss grad definering hva som er reell sykdom(Ingstad 2007).

Utseende spilte en viktig rolle for pasientene i Østlie og Finset(2004) sin studie. Kvinnene uttrykte at kroppsforandringene som leddgikten etter hvert påførte dem var vanskelige å forholde seg til. Den ønsket å skjule kroppen fordi de ikke følte den lengre var like attraktiv. Endring av kroppen påvirket selvfølelsen, noe Thorbjørnsrud(2001) belyser når hun trekker fram at kroppen kan fungere som en måte å uttrykke egen identitet. Jeg vil komme mer inn på hvordan dette også innvirker på samlivet senere i oppgaven.

I sykdomssammenheng skiller man mellom illness/lidelse, disease/diagnose og sickness. Illness er pasientens subjektive opplevelse av sykdom, mens disease er legens objektive diagnostisering av sykdom og sickness er samfunnets eller kulturens forestilling om sykdommen(Ingstad 2007). Kulturen kan legitimere sykerollen ved at man aksepterer atferden hos individet som en følge av reelle symptomer av sykdommen. Legitimering av sykerollen

kan åpne for rettigheter til behandling og offentlige ytelser samtidig som man får mulighet til å melde seg ut av dagliglivets gjøremål. Samtidig kan uføretrygdede oppleve kritisk blikk fra myndigheter og naboer dersom de utfolder seg i fysisk aktivitet og arbeid(Ingstad 2007)

Ut fra ett samfunnsperspektiv er leddgikt en sykdom som fører til frafall fra verdiskaping i arbeidsliv samtidig som det øker forbruk av helsehjelp og trygdeytelser(Hallandvik 2002). Sykdommen kan gi pårørende bekymring, frykt og ekstraoppgaver i form av stell og tilsyn(Mæland 2005). I følge legehåndboka(2008) er 20-30% av alle leddgiktspasienter uføre tre år etter diagnostisering.

2.2.2 sosialt partner, familie, omgangskrets

Pasientene i Østlie og Finset(2004) sin studie følte seg utilstrekkelig i rollen som partner både fordi de følte seg mindre attraktiv når kroppen forandret seg, og fordi tretthet, smerter og begrenset bevegelse hemmet seksuallivet. En pasient uttalte at

”Det mannen min synes er vanskelig, det er å holde rundt meg – hvor kan jeg nå egentlig ta på deg? I forhold til seksualiteten – har du det vondt nå? Å – vær forsiktig med kneet mitt liksom. Det føler han er frustrerende, og det er klart –det gjør jo jeg også”

(Østlie og Finset 2004 s.11).

Både kroppsopplevelse, smerter og redusert bevegelse kan utløse problemer i seksuallivet hos kvinner og menn med leddgikt(Kvien 2007). Leddgikt medfører dessuten fare for komplikasjoner knyttet til betennelsesforandringer i spytt- og tårekjertler(Bertelsen 2000) som kan gi tørre slimhinner(Wyller 2005b). Dette kalles Sekundært Sjögrens syndrom(Jacobsen et al 2001) og kan gi ubehag og hemme seksuallivet fordi vaginaslimhinnen blir tørr(Gregersen 2001).

Pasientene i Østlie og Finnset(2004) og Thygesen(2001a) opplevde at det var vanskelig å leve opp til krav knyttet til det å være en god forelder for sine barn. I Østlie og Finnset(2004) sin studie opplevde pasientene at oppmerksomheten og deltakelsen i barnas liv ble begrenset, noe de fryktet skulle hindre barnas utvikling og utfoldelse. Thygesen(2001a) belyser at pasientene kjenner på skyld og skamfølelse i forhold til utilstrekkeligheten overfor barna. Kvien(2007) problematiserer gjennom ett kasus at bevegelsesbegrensningene til leddgiktspasienter kan gjøre det utfordrende å følge opp barnas fritidsaktiviteter. Thygesen(2001b) trekker fram at

rollene i hjemmet ofte endres. Pasientens forsoning med fysiske begrensninger og egen sykdom, samt at familien viser at de anerkjenner sykdommen gjennom omsorg og støtte, er viktige faktorer for mestring av sykdommen.

Både Thygesen(2001a) og Østlie og Finset(2004) sine studier viser at pasienter kjenner på avhengighet og hjelpeløshet og vurderer dette som en belastning. Rapley og Fruin(1999) påpekte at fysisk forringelse ofte vil svekke troen på en kan strekke til. Østlie og Finset(2004) trekker fram at pasientene kunne oppleve det ydmykende og nedverdiggende å være avhengig av andres assistanse og å kjenne på hjelpeløshet. Avhengighets og hjelpeløshetsfølelsen knyttes i Thygesen(2001a) sin studie til behovet for helsehjelp og hvordan de blir møtt av helsevesenet. Pasientene opplever at deres erfaringer ikke verdsettes og at de har lite innflytelse og kontroll. Arthur og Clifford(2004a) fant at holdningen helsevesenet møtte pasienten med hadde størst betydning for hvorvidt pasienten var fornøyd med helsehjelpen.

Leddgikt påvirker det sosiale nettverket både i mengde og i kvalitet, noe som kan påvirke individets evne til å takle sykdommen. Behovet for hjelp øker i takt med forverring sykdommen. Har man i utgangspunktet lite nettverk kan det raskt "brukes opp". Over tid øker faren for at stadig flere i nettverket trekker seg unna. Familien holder vanligvis ut lengst, og kan fort risikere å få utbrenthetssymptomer og helseproblemer fordi de står alene med omsorgsoppgavene. Samtidig trekker ofte mennesker med kroniske lidelser seg unna sosiale relasjoner de ønsker å være selvstendig og unngå avhengighet av andre. Flere studier har påvist sammenheng mellom minkende sosialt samvær og økende fare for depresjon ved leddgikt(Fyrand 2007).

Samtidig uttaler pasientene i Østlie og Finset(2004) sin studie at det kan styrke selvvurderingen og vurdering av egen bidragsevne, dersom de blir møtt med respekt og verdighet. Selvfølelsen styrkes av relasjoner til familie, kollegaer, venner og medpasienter.

En pasient uttalte at

"Og så har det vært godt å treffe litt kloke mennesker som har samme sykdommen, og snakke med dem..." og "...så har jeg fått ei venninne som selv har leddproblemer..., vi hjelper hverandre utrolig mye..."

(Thygesen 2001b s.211)

2.2.3 Økonomi og yrkesliv

20-30% av alle leddgiktspasienter er uføre tre år etter diagnostisering(legehåndboka 2008). Arbeidsplassen spiller en viktig rolle for sosial kontakt(Fyrand 2007). Østlie og Finset(2004) sin studie viste at rollen som uføretrygdet kan være en belastning. I kulturen vår er yrkesidentitet og personlig identitet tett knyttet sammen. Både fellesskap med kollegaer, jobbprestasjoner og økonomisk uavhengighet verdsettes høyt. Det kan oppleves belastende å presentere seg som utføretrygdet og en av informantene uttrykte:

”Jeg føler at jeg har mistet veldig mye i forhold til kollegaer, i forhold til å få brukt det jeg har. Det er slitsomt – når folk spør hva driver du med – å fortelle at du er uføretrygdet. Det føles litt sånn flaut”

(s.11).

Kronisk sykdom innebærer mange utgifter, samtidig som man har mindre inntekt. Dette kan føre til at pasient og pårørende må bruke opp oppsparte penger og til slutt ende opp på sosialhjelp, og få ytterligere stigma(Norvoll 2001).

2.2.4 Psykisk

Pasientene i både Thygesen(2001a) og Østlie og Finset(2004) nevner at de opplever sorg og tap som følge av sykdommen. Pasientene trekker denne opplevelsen opp mot å miste, ikke orke eller strekke til i forhold til aktiviteter i dagliglivet(ADL), familie, sosialt nettverk, arbeidsliv og idrettsaktiviteter i samtale med Thygesen(2001a). Pasientene tar også opp at de har mistet yrkesidentiteten og fellesskapet på arbeidsplassen. De har mistet mange relasjoner og opplever at de står utenfor yrkeslivet, samtidig som de mener de har mye gi(Østlie og Finset(2004).

Sosiologen Michael Bury beskriver kronisk sykdom som en forstyrret biografi ettersom sykdommen utgjør ett angrep på både kropp, selvfølelse og livskvalitet. Antropologene Judith Monks og Ronald Frankenberg var opptatt av biografisk tid som beveger seg mellom fortid, nåtid og framtid, samtidig som klokketiden innebærer dagliglivets krav som man må tilpasses seg til. Når man får kronisk sykdom vil ofte den biografiske tiden forstyrres fordi framtiden bli uforutsigbar og nåtiden tilsynelatende stopper opp(Ingstad 2007). Flere av studiene jeg fant tar opp opplevelser og funn av denne typen. Thygesen(2001a) tar opp at de opplever tap av kontroll og at de ikke kan forvente at livet skal fortsette som før.

Det å leve med leddgikt kan dra med seg sorg over det som er tapt i livet(Thygesen 2001a) samtidig som smertene(Almås et al 2001) og søvnmangelen(Ursin 1996) kan gi depresjon. Både sorg og depresjon preges av tap, nedsatt vitalitet, lite livslust og manglende interesse for det som skjer rundt en. Sorg er en naturlig bearbeidingsprosess, og personen vet årsaken til nedstemtheten. Ved depresjon kan årsaken til tristheten bli mer utflytende og mindre definerbar. Deprimerte personer er ofte tynget av skyldfølelse og selvkritiske tanker. Dette kan føre til at han opplever seg selv som ubrukelig, hjelpeløs og håpløs(Hummelvoll 2005).

Smerteproblematikken som følger leddgikt kan medføre avbrutt søvn og depresjon(Almås et al 2001). Både smertene og Inflammasjonsreaksjonen kan gi tretthet(Gregersen 2001). Ursin(1996) påpeker at utilstrekkelig søvn kan gi søvnighet, tretthet og svekket konsentrasjonsevne. Pasienter som har denne typen søvnevansker kan merke anspenthet, engstelse, irritabilitet og depresjon.

2.2.5 Fysisk og praktisk

Fysisk sett vil leddgikt føre til stivhet, smerter og bevegelsesbegrensninger. Man kan også ende opp med ledd i feilstillinger som kan påvirke evnen til å bevege seg(Jacobsen et al 2001). Evnen til å forflytte seg fra sted til sted blir vanskeligere, og dermed kan det også bli vanskelig å komme seg av gårde på sosiale aktiviteter og gjøremål i hverdagen(Gregersen 2001).

Man kan få endret ernæringstilstand ved at kroppen forbruker mer næringsstoffer ved kronisk inflammasjon eller ved at man får redusert evne til å handle inn, tilberede og spise maten dersom man eksempelvis har inflammasjon i kjeven(Gregersen 2001).

I tillegg kan utseende bli forandret dersom man får feilstillinger i ledd, eller dersom bevegelsesbegrensning fører til at man må klippe håret kort og bruke andre klær som er lettere å få av og på(Gregersen 2001).

2.3 Begreper og perspektiver

2.3.1 Hva er sykepleie?

ICN(u.å.) sin definisjon av sykepleie

Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.

2.3.2 Hva er rehabilitering?

I følge rehabiliteringsforskriften(2001 §2) er det mange krav som må tilfredsstilles for at man kan omtale en behandling som rehabilitering.

Brukeren, eventuelt hans eller hennes pårørende og familie må stå sentralt i prosessen og i oppfølgingen(...) Rehabiliteringsprosessen eller prosessene må være tidsavgrenset, planlagt og målstyrt, og tiltakene må være planmessige og om nødvendig skriftlig nedfelt i en individuell plan og styrt av klare målsetninger(...) Prosessene skal avgrenses i tid, men slik at en oppnår kontinuitet gjennom flere delprosesser. Før nye prosesser planlegges og målstyres, bør tidligere prosesser evalueres og behov og tiltak vurderes(...) Bistanden må bestå av mer enn ett tiltak, der flere aktører samarbeider(...) Brukerens innsats må rettes mot det å oppnå selvstendighet, best mulig mestringsevne og evne til å fungere med funksjonshemming eller kronisk sykdom

Paragrafen åpner også for bruk av frivillige tilbud om brukerstyrt likemannsarbeid som samarbeidspartner. Det kommer fram av forskriften at rehabilitering at rehabiliteringen skal være tverrfaglig.

2.3.3 Forebygging og biomedisin

Innen forebygging bruker man biomedisinsk forståelse som bygger på naturvitenskap. Helse og sykdom blir vurdert som motsetninger. God helse vurderes som fravær av sykdom og knyttes nært til funksjonsevne. Man har et reduksjonistisk syn på sykdom som innebærer at man reduserer helheten til bestanddeler. Man fokuserer på kroppen og utelater menneskets natur og karakter. Reduksjonismen viser seg også ved at man skiller mellom menneskets kropp og sjel. Mennesket vurderes som en skapning som har fri vilje, men er styrt av fysikk og naturlover(Medin og Alexandersson 2000). Tiltak innen forebygging rettes mot

risikofaktorer og identifisering av risikogrupper. Hensikten med forebyggingen er å bevare helsenivået(Mæland 2005).

2.3.4 Helsefremming og humanisme

Innen helsefremming benyttes en mer humanistisk forståelse. Medin og Alexandersson(2000) påpeker at det humanistiske helseperspektivet handler om at man har mulighet til å realisere egne mål, man har en positiv samhandling mellom individ og miljø og at man opplever velvære og mening i livet. I tillegg belyser Eriksson(2007) opplevelsen av sammenheng som oppnås gjennom at individet opplever verden som begripelig, håndterbar og meningsfull. Begrepet opplevelse av sammenheng ble utformet i Antonovsky sin teori om helsefremming.

Innen humanistisk helsesyn mener man at (Egidius 2000) helhetens egenskaper preger delenes funksjon og utforming, noe som gjør at helheten er noe mer enn summen av bestanddelene. Dette kalles holisme og er motsatt av reduksjonisme. Medin og Alexandersson(2000) skriver mennesket i humanistisk perspektiv med som et handlende vesen med fri vilje som påvirkes av omstendighetene der han/hun lever. Tiltak innen helsefremming rettes i følge Eriksson(2007) mot å identifisere resurser og fremme en positiv mål for individet. Dette kan eksempelvis være helse, velvære, eller livskvalitet.

Verdens helseorganisasjon(WHO) har opprettet en egen avdeling for helsefremmende arbeid rettet mot mennesker med kroniske lidelser som har fokus på helsefremming, forebygging, behandling og omsorg(WHO u.å.). I 1986 samlet WHO seg til en konferanse om internasjonalt og nasjonalt helsefremmende arbeid. I løpet av denne konferansen ble Ottawa Charteret utformet til bruk i helsefremmende arbeid. Dokumentet retter fokus mot helsefremming og introduserte begrepet empowerment(WHO 1986). I helsesammenheng påpeker WHO(1986) at empowerment er en prosess der mennesker oppnår større kontroll over avgjørelse og handlinger knyttet til egen helse.

2.3.5 Helse, Helsefremming og forebygging

Sosial og Helsedepartementet publiserte i 1997 *Prioritering på ny*, som var en gjennomgang av helsetjenesten og hvor og hvordan det skulle satser framover. Det ble her trukket fram at forebygging og helsefremming egentlig er to uavhengige prosesser med forskjellig funksjon

som utfyller hverandre, i motsetning til tidligere syn på at forebygging er forstadiet til samme prosess som helsefremming. Antonovskys teori blir trukket inn som eksempel på teori om hvilke faktorer det er som skaper god helse.

Dette var:

- Personlige egenskaper: lyst sinn, optimisme, selvtillit
- Trivsel og trygghet i hverdagen: vant til å mestre livets utfordringer
- Sosial støtte fra familie, venner, naboer: står ikke alene
- Godt nærmiljø: nærhet og tilhørighet, gir og får støtte
- Kulturelt fellesskap: vet hvor en hører til
- Politisk tilhørighet: deltar og blir tatt hensyn til

(Sosial og Helsedepartementet 1997 s.32).

Det finnes også en annen tilnærming til helse der man vurderer helse som en mengde i stadig endring. Helsen tappes av skade, sykdom, problemer og alder, mens fysisk miljø, materiell standard, økonomi, sosiale relasjoner og aktivitet kan fylle på helsen dersom de er av god kvalitet (Sosial- og Helsedepartementet 1997).

3 Metode

Begrepet metode viser til en framgangsmåte der man leter etter ny kunnskap eller utfordrer eksisterende påstander samtidig som man vurderer hvorvidt disse er gyldige, holdbare og sanne. Når man diskuterer metode diskuterer man gjerne validiteten og reliabiliteten. En metodes validitet knyttes til hvorvidt den er relevant eller gyldig i forhold til problemstilling(Dalland 2000) og hvorvidt resultatet er generaliserbart(Forsberg og Wengström 2003). Reliabiliteten knyttes til pålitelighet som eksempelvis at feilmarginer angis, at måling blir utført på rett måte(Dalland 2000), og om målingen er reproduserbar, pålitelig og presis(Fosberg og Wengström 2003).

I forskningssammenheng skiller man mellom kvalitet og kvantitet. Kvalitet viser til egenskaper, mens kvantitet viser til mengde. En metode kan være kvalitativ, kvantitativ eller en kombinasjon av disse(Forberg og Wengström 2003).

Kvalitativ metode har sin styrke i at den er virkelighetsnær og troverdig. En annen styrke er at resultatet kan fange opp både strukturer, variasjoner, egenskaper og bredde og dybde ved fenomenet. Svakheten ved kvalitativ metode er knyttet til at man undersøker få datakilder og dermed kan ikke resultatet generaliseres uten videre kvalitativ forskning på fenomenet. Ofte blir teorier som brukes ved kvantitativ metode utformet etter tidligere kvalitative studier på fenomenet(Forberg og Wengström 2003).

Kvantitativ metode har sin styrke i at den har høy reliabilitet og høy validitet. En annen styrke er at resultatet kan fange opp relasjoner mellom fenomener, det er målbart og generaliserbart. Svakheten med kvantitativ metode er at man kan overse opplevelsene og erfaringen som informantene har, fordi metoden på forhånd er fastlagt og det ikke kommer direkte spørsmål om dette(Forberg og Wengström 2003).

3.1 Beskrivelse av valgt metode

I den oppgaven har jeg valgt systematisk litteraturstudie som metode fordi dette ifølge Forsberg og Wengström(2003) er en hensiktsmessig metode i studier som ønsker å få svar på hvorvidt det finnes vitenskapelig støtte eller belegg for å anbefale en bestemt måte å tilnærme seg ett problem på, framfor en annen. Når man studerer dokumenter for å samle inn data faller metoden inn under kvalitativ metode. Systematisk litteraturstudie er en studie basert på et

tydelig spørsmål eller problemstilling, som besvares med å finne, kritisk vurdere, sortere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2003).

3.1.1 Kilder:

Jeg har benyttet flere kilder

Søkemotorer: Academic Search Premier, BIBSYS, www.google.no

Nettsider: www.revmatiker.no, <http://www.who.int/chp/en/>, www.legehandboka.no,
www.ssb.no, <http://www.artikel.nu/Public/Main.aspx>

Litteraturlisten for studiet ved HSH

Anbefalt litteratur fra forelesninger

3.1.1.1 Kritikk av litteratur og studier

Alle bøkene på referanselisten retter seg mot studenter på universitets/høgskolenivå og holder derfor et tilstrekkelig høyt nivå for min studie. Med unntak av Baune(1991), Benjafield(1994) og Ursin(1996) er de resterende bøker ikke eldre enn ti år. De tre unntakene inkluderte jeg likevel som sekundærlitteratur

Legehåndboka(2008) er kvalitetsvurder og forskningsbasert.

Yrkesetiske retningslinjer(2007), forskriftene og lovene jeg benyttet er også kvalitetsvurdert av pålitelige kilder.

Studiene som utgjør mitt funn er ikke eldre enn åtte år, for å unngå at de er udaterte. 4 av de 9 studiene hadde blitt etisk vurdert i løpet av prosessen. Alle er fagfellevurdert noe som innebærer at de er kvalitetssikret i fagmiljøet.

3.1.2 Framgangsmåte

Da jeg søkte etter kvalitativ studie om pasientopplevelse av sykdom brukte jeg Vård i Norden sin søkemotor(<http://www.artikel.nu/Public/Main.aspx>) fordi dette er et fagfellevurdert

tidsskrift. Søkeordet jeg benyttet var ”rheumatoid”. Jeg fikk tre treff. Jeg inkluderte to fordi de handlet om pasientens opplevelse av sykdom, og forkastet en grunnet fokus på hjemmeboende eldre. Disse artiklene inkluderte jeg i litteraturstudiet, som bakgrunnsmateriale for kunne få innsikt i opplevelsen av leddgikt og konsekvensene den har for deres hverdag.

Da jeg søkte etter utberedelse av sykdom, gikk jeg inn i Norsk elektronisk legehandbok(2008) og valgt kategoriene revmatologi, Tilstander og sykdommer og Revmatoid artritt. Der fant jeg en samleside over alt fra diagnose til utberedelse og behandling.

For å kunne få noen formening om hva denne utbredelsen innebar under norske forhold søkte jeg etter mengden på Norges befolkning. Da gikk jeg inn på Statistisk Sentralbyråd og valgte kategorien befolkning. Der ble både Norges og verdens befolkning oppdatert fortløpende.

Jeg benyttet www.google.no for å finne fram til lover og forskrifter og hjemmesiden til revmatikerforbundet. Jeg søkte da på tittelen på loven eller forskriften kombinert med ”lovdata”. Revmatikerforbundet fant jeg med søkeordet ”reumatiker”.

Hovedsøket mitt utførte jeg i Academic Search Premier. Da benyttet jeg søkeordene Rheumatoid arthritis AND nursing. Jeg fikk 103 treff og endte opp med 12 artikler hvorav 9 ble valgt ut som funn. Jeg begrenset søket til fulltekst og fagfelleverdert og ekskluderte artikler som omhandlet medisiner, ikke-vitenskaplig framstilling, kirurgi, populærvitenskap, feil diagnose, bokanmeldelser, måleinstrument og irrelevans til problemstilling. Av de 12 valgte jeg 9 studier med ulik vinkling som jeg inkluderte i funn, og de resterende inkluderte jeg i bakgrunnsmateriale. Inklusjonskriteriet her var sykepleiefaglig relevans, at de hadde ulik vinkling og inneholdt data som var relevant for diskusjon av min problemstilling.

Jeg fant en god del av litteraturen min på pensumlister. Almås et al(2001a), Dahl(2002), Bertelsen(2000), Dalland(2000), Forsberg og Wengström(2003), Gregersen(2001), Hallandvik(2002), Jacobsen et al.(2001), Mæland(2005), Thorbjørnsrud(2001) og Yrkesetiske retningslinjer(2007) var på pensumlisten for Bachelorgrad i sykepleie HSH kull 2005. Baune(1991) er fra pensumlisten til ex-phil via HIA og Benjafeld(1994) og Egidius(2000) er fra pensumliste og anbefalt pensum for psykologigrunnfag UIB.

Ingstad(2007), Karoliussen(2002), Legehåndboka(2008) og Wyller(2005b) er bøker vi har blitt anbefalt gjennom forelesninger på Høgskolen.

Medin og Alexandersson(2000) og Eriksson(2007) er bøker jeg har blitt anbefalt av lærere ved høgskolen da jeg diskuterte oppgaven med dem.

Fyrand(2007) og Kvien(2007) var kapittel i samme bok som jeg fant via BIBSYS med søkeord ”sosialt nettverk”.

3.2 Data og analysering av data

Data kan på samme måte som metode, deles inn i kvalitativ og kvantitativ alt etter om de består av kvaliteter eller tall(Fosberg og Wengström 2003). I denne oppgaven har jeg søkt etter kvalitative og kvantitative data som omhandler opplevelse av sykdom, reaksjon på sykdommen og behandlingen.

I hovedsøket mitt fant jeg 9 studier som utgjør mine datakilder. Disse ble analysert i forhold til helsesyn, syn på mennesket i møte med stress, type funn, tiltak og hva dette vil gi av resultat. Resultatet, som vises i tabellen under, viser at det var få som hadde rendyrket vinkling og at de fleste heller kombinerte helsefremmende og forebyggende som utfyllende tilnærminger.

	Helse	Stressmøte	Funn	Tiltak	Resultat	
Jakobsson og Hallberg(2002)	FB	FB	FB	FB	FB	
Persson et al(2005)	FB	FB	FB	FB	FB	
Chen og Wang(2007)	HF	HF	++	++	++	
Lee at al(2006)	FB	++	HF	HF	HF	
Neill(2002)	HF	++	++	HF	HF	
Arvidsson et al(2006)	HF	HF	HF	HF	HF	
Iaquita og Larrabee(2004)	HF	++	++	++	HF	
Melanson og Downe-Wambolt(2003)	?	++	++	++	++	
Long et al(2002)	FB	++	++	++	++	

En mer utfyllende beskrivelse av likhet og ulikhet i studiene finnes i ”presentasjon av funn” og ”Presentasjon av likhet og ulikhet i funnet”.

3.3 Ethiske aspekter ved gjennomføring av prosjektet

3.3.1 Nytteverdi

Francis Bacon hevdet i sin tid at "Forskningen skal frembringe kunnskap som kan brukes til menneskehetens beste"(Baune 1991 s.155). Både Benjafield(1994) og Baune(1991) påpeker at fra et etisk perspektiv har det stor betydning om forskningen har nytteverdi. Baune(1991) utdyper dette til å handle om hvorvidt resultatet gir kunnskap som enten har forklaringsverdi eller nytteverdi. I min studie vil jeg forsøke å komme fram til kunnskap om rehabilitering og å se hvilket faglig belegg det er for praksisen i dag. Nytteverdien av oppgaven kan være at både jeg får mulighet til å øke min kunnskap ved å fordype meg i dette emnet. I tillegg vil jeg i framtiden ha veiledningsansvar for sykepleierstudenter, som også kan dra nytte av denne kompetansen.

3.3.2 Allmenn moral, lovverk og retningslinjer

Både Benjafield(1994), Baune(1991) og Fosberg og Wengström(2003) vektlegger at forskning skal skje i henhold til de lover og regler som gjelder. Baune(1991) utdyper at allmenn moral og lovverk er overordnet andre normer, som forskningsetikk og yrkesetikk, dersom det oppstår rollekonflikter.

Fosberg og Wengström(2003) kommer med eksempler på brudd på god moral når de påpeker at man ikke skal bedrive juks ved å forvrengte forskningsprosessen eller ved å fabrikere eller plagiere data. Dette innebærer at man oppgir korrekt framgangsmåte under metoddelen i oppgaven og bruker sitat og data slik de er oppgitt i kilden.

Sykepleiere har egne yrkesetiske retningslinjer for god sykepleiepraksis. Paragrafer som er relevante i sammenheng med prosjektet er 3.1 "Sykepleieren erkjenner et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig"(s.8) og 3.5 "Sykepleieren bidrar til verdibevisthet, fagutvikling og forskning og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis"(Yrkesetiske retningslinjer 2007 s.9).

En annen form for juks kan være mangelfull eller feil kildehenvisning. Høgskolen Stord Haugesund(HSH) benytter Harvardmetoden som sine retningslinjer for kildehenvisning. Forklaring og eksempler på hvordan kilder skal akkrediteres ligger på nettsidene til HSH under "Bibliotek" og "Kildebruk & Litteraturlister"(2008).

4 Presentasjon av funn

4.1 funn

Arvidsson, B.S., A. Petersson, I. Nilsson, B. Andersson, B.I. Arvidsson, I.F. Petersson og B. Fridlund(2006) A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: A qualitative study. *Nursing and Health Science*. Nr. 8, s.133-139. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest: 15.02.08]

Hensikten med studien er å undersøke hvordan sykepleieledet avdeling kan fremme empowerment hos pasientene. Metoden er kvalitativ og kalles phenomenographic. Den innebærer at de beskriver variasjon i forståelsen og opplevelsen av en bestemt fenomen, og hvordan disse oppfatningene fordeler seg i et utvalg. Perspektivet er fenomenologisk. Funn: Sykepleier fremmet empowerment gjennom tre beskrivende kategorier:

- 1) undervisning(oppnår innsikt og mottak informasjon)
- 2) regelmessig revurdering(opplever trygghet, blir bevisst regelmessigh og opnår tilgjengelighet)
- 3) oppmerksomhet(holistisk vurdering, koordinert pleie og tilstrekkelig tid)

Chen, S-Y og H-H Wang(2007) The relationship Between Physical Function, Knowledge of disease, Social support and Self-Care Behavior in Patients with Rheumatoid Arthritis, I: *Journal of Nursing Research*, vol.15, nr.3, s.183-191. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Denne studien fokuserer på faktorer som forutsier hvem som vil utføre egenomsorg. Metoden er kvantitativ spørreundersøkelse av 115 leddgiktspasienter(83%kvinner) i alderen 23-77 år. Måleinstrument: the demographic questionnaire, Health Assesment Questionaire, rheumatoid knowledge scale, social support scale and self-care behavior scale of RA patients. Perspektiv: Orems egenomsorgsteori. Funn: informanter som opplevde lite støtte, hadde forholdsvis ok helse og var ung utførte minst egenomsorg. Personer som opplevde mye sosial støtte, hadde dårligere helse og var eldre utførte mest egenomsorg.

Iaquita, M.L og J.H. Larrabee(2004) Phenomenological Lived Experience of Patients With Rheumatoid Arthritis, I: *Journal of Nursing Care Quality*, vol.19, nr.3, s.280-289. Tilgjengelig fra Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Denne artikkelen tar opp tema knyttet til livserfaringer relatert til leddgikt. Forskeren benytter kvalitativ metode gjennom intervju av 6 kvinner i alderen 43-67 som har diagnosen leddgikt. Perspektivet er fenomenologisk, noe som innebærer at informantene beskriver sine livserfaringer og opplevelse av et fenomen som her er leddgikt og konsekvensene som følger. I følge studien ble livserfaringene ved leddgikt knyttet opp mot seks hovedtema: Vekst gjennom sorg, overbevise seg selv og andre om at leddgikt er reelt, bygge opp resilience, oppleve negative følelser, finne fram i helsevesenet og finne fram til en ny måte å leve livet på.

Jakobsson, U. og IR Hallberg(2002) Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review, I: *Journal of Clinical Nursing*, nr.11, s.430-443. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Denne artikkelen tar opp sammenhengen mellom livskvalitet hos eldre med leddgikt og/eller osteoartritt. Litteraturstudie er benyttet som metode og 17 artikler fra Medline og Cinahl er inkludert. Perspektiv er ikke oppgitt. Studien viste at de mest plagsomme konsekvensene av leddgikt var smerte, avhengighet av andre og funksjonsbegrensning. Smerten skyldes økt alder, depresjon, negativ atferd fra ektefelle og lite/ingen støtte fra sosialt nettverk. Velvære var litt, men signifikant relatert til smerte og funksjonstap. Mye smerte, funksjonsbegrensning og høy alder gav nedsatt livskvalitet.

Lee, E.O, J-J Kim, A.H.T. Davis, I. Kim(2006) Effects of Regular Exercise on Pain, Fatigue, and Disability in Patients With Rheumatoid Arthritis, I: *Family & Community Health*, vol.29, nr.4, s.320-327. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Denne studien undersøker virkningen av regelmessig fysisk aktivitet på fatigue(utmattelse), uførhet og smerte. Metoden er kvantitativ og benytter spørreskjema mht smerte(numerisk skala 0-15), fatigue(multidimensional Assessment of fatigue for patients with RA 0-50) og uførhet(HAQ 1-4). Perspektiv er ikke oppgitt. Funn: Regelmessig fysisk aktivitet demper signifikant fatigue og uførhet sammenlignet med personer som ikke trener. Kvinner med lav utdanning hadde størst utbytte av treningen.

Long, AF, R. Kneafsey, J. Ryan og J. Berry(2002) The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team, I: *Journal of Advanced Nursing*, vol.37, nr.1, s.70-78. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Studien utforsker sykepleier sin rolle og bidrag i tverrfaglig rehabiliteringsgruppe. Metode: 2 års kvalitativ undersøkelse. Observasjon, intervju (pasient, pårørende, personell) og gjennomgåelse av journalføring. I tillegg ble det arrangert en serie med nasjonale seminar for spesialister gruppert i fire grupper som inkluderte både pasienter, pårørende, sykepleiere, lærere og medlem av det tverrfaglige teamet. Oppgir ikke perspektiv. Funn: seks roller som sykepleier har.

- 1) sikre at reelle eller potensielle problemer som kan forstyrre rehabiliteringen blir behandlet
- 2) kontaktperson: koordinasjon av behandling og samle informasjon om pasientens respons på behandlingen og andre yrkesgruppers vurderinger, og gi denne til tverrfaglig team
- 3) Ivaretagelse av grunnleggende behov + medisinerings
- 4) Å sette behandlingen ut i praksis og integrere nye ferdigheter i ADL. Benytte pasientens resurser
- 5) Følelsesmessig støtte
- 6) Involvere familien og gi informasjon og råd

Melanson, PM og B. Downe-Wambolt(2003) Confronting life with rheumatoid arthritis, I: *Journal of Advanced Nursing*, vol.42, nr.2, s.125-133. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Denne artikkelen utforsker sykdomsrelaterte stressorer, følelsene de forårsaker og forskjellige mestringsstrategier som benyttes. Som metode benyttes tre semi-strukturerte intervju med 6 måneders intervall i løpet av ca. ett år. Pasientgruppen består av 39 kvinner og 9 menn i aldersgruppen 60+. Forskeren bruker Lazarus og Folkman sin mestringsteori som perspektiv. Studien fant at den mest plagsomme stressoren var fysisk begrensning, Stressoren ble oftest opplevd som skade og operasjonell mestringsstrategi ble benyttet mest.

Neill, J(2002) Transcendence and Transformation in the Life Patterns of Woman Living with Rheumatoid Arthritis. *Advances in Nursing Science*, vol.24, nr.4, s.27-47. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Hensikten med studien var å utforske livserfaringer hos leddgiktspasienter. Metoden er kvalitativ og fenomenologisk, og de intervjuet 6 kvinnelige informanter med leddgikt. Perspektivet er transcendentalt dvs man gjennomgår personlig forandring på en måte der man går ut av seg selv og søker å få del i andres verden. Funn: Leddgiktspasienter har et helhetlig livsmønster som påvirker dem og deres opplevelse av helse/sykdom/seg selv. Livsmønstrene er forskjellige fra person til person, og dersom det er uhensiktmessig kan det påvirke livet. Ved å få innsikt i livsmønster og anerkjenner egen styrke, kan de transformere/forandre seg

slik at de tilpasser seg sitt nye liv med leddgikt. Denne prosessen kan øke pasientens opplevelse av mening og evne til å skape orden og stabilitet i potensielt kaos.

Persson, L-O, B-M Larsson, K. Nived og K. Ebhardt(2005) The development of emotional distress in 158 patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis: a prospective 5-year follow-up study, I: *Scandinavian Journal of Rheumatology*, nr.34, s.191-197. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Dette studiet kartlegger utvikling av stress etter leddgiktsdiagnostisering. I studien benyttes kvantitativ metode der 158(64% kvinner) personer med leddgikt blir vurdert årlig i fire år med måleinstrument for emosjonelt stress, uførhet, smerte, sykdomsaktivitet og sosial støtte. Perspektiv er ikke oppgitt. Studien viste at pasienter som utviklet langvarig høyt etter stabilt stress hadde høyt stressnivå i utgangspunktet, var yngre, kvinne, samboer og opplevde mindre sosial støtte.

4.2 Presentasjon av likhet og ulikhet i funnet

4.2.1 Alternative syn på hva helse innebærer

Persson et al(2005) og Long et al(2002) et al knytter helse til sykdom og symptomer. Disse studiene gir ingen direkte definisjon av helse, men det kommer fram at helse kan måles med symptomlister som SCL-90(Persson et al(2005) og at leddgiktspasienter betraktes som personer med uhelse i egenskap av sykdommen(Long et al 2002).

Studiene til Persson et al(2005), Jakobssen og Hallberg(2002) og Lee et al(2006) knytter helse til funksjonsevne. Det oppgis ingen klar helsedefinisjon i tekstene, men når helse nevnes kobles det mot funksjonsevne og/eller mangel på funksjonsevne. Alle tre studiene bruker måleinstrumentet HAQ(Health Assessment Questionary), og Lee et al(2006) trekker i tillegg fram evnen til å utføre aktiviteter i dagliglivet(ADL).

I studiene til Neill(2002), Chen og Wang(2007), Arvidsson et al(2006) og Iaquita og Larrabee(2004) blir helse vurdert som noe aktivt eller noe som blir forandret. Helse betraktes som et resultat av(Neill 2007) selvtransformering, (Chen og Wang 2007) egenomsorg, (Arvidsson et al 2006), kunnskapstilegnelse og utvikling av effektive mestringsstrategier(Iaquita og Larrabee 2004). Helse og sykdom i disse studiene angår mange forskjellige aspekter både ved individet, omgivelsene og situasjonen. Dette vises ved at vurderingen knyttes til(Neill 2002) kontekst, (Iaquita og Larrabee 2004) individuell helsehistorie, (Arvidsson et al 2006) og holisme.

Kun Neill(2002) sin studie definerer helse og sykdom. Her vurderes helse og sykdom som en enhetlig prosess som periodevis viser seg i varierende grad gjennom livsløpet. Man kan bevege seg mot økt helse ved å transformere seg selv slik at man er tilpasset sitt nye liv med sykdommen. Ettersom denne prosessen innebærer økt selvinnst, beskrives god helse som en utvidet bevissthet.

Melanson og Downe-Wambolt(2003) oppgir ingen helsedefinisjon. En pasient som refereres i studien uttaler: "I have such a good healthy body. It really annoys me that I have RA"(s.128). Dette kan tyde på et syn der man skiller mellom sykdomsrelatert helse og generell helse, at RA dvs. leddgikt står som en motsetning til god helse eller at man skiller mellom subjektiv opplevelse av helse og objektiv målbar sykdomsrelatert helse.

4.2.2 Studienes syn på mennesket i møte med belastning og fare

I studiene til Persson et al(2005), Jakobsson og Hallberg(2002), Neill(2002) Lee et al(2006), Iaquita og Larrabee(2005), Melanson og Downe-Wambolt(2005) og Long et al(2002) blir det beskrevet hva belastningen gjør med personen. Mennesket vurderes som en passiv mottaker som reagerer på belastningen uten å ta bevisste valg, ved at personen(Neill 2002) responderer i tråd med sitt reaksjonsmønster og livsmønster, (Persson et al 2005) utvikler stress, (Melanson og Downe-Wambolt 2005) stressfølelser, (Iaquita og Larrabee 2004) og negative følelser og depresjon, (Jakobsson og Hallberg 2002, Lee et al 2006) samt at livskvaliteten synker (Long et al 2002) og rehabiliteringsprosessen kan hindres.

I fire av studiene blir det personen gjør med belastningen vektlagt. Personen blir da en aktiv deltaker som tar bevisste valg og handler for å unngå, takle eller dempe belastningen. Personen kan unngå å bli utsatt for en del belastninger dersom han (Lee et al 2007) trener regelmessig, (Iaquita og Larrabee 2004) bygger opp resilience dvs. motstandskraft (Long et al 2002) bruker sin nyervervede kunnskap, (Neill 2002), utvidede bevissthet, økte selvinnsikt og forståelse av livsmønsterets påvirkningskraft (Iaquita og Larrabee 2004) og dersom han lærer av erfaringene og bruker dem til indre vekst.

Belastningen kan takles eller dempes ved å (Melanson og Downe-Wambolt 2005) kognitivt fortolke belastningen, (Melanson og Downe-Wambolt 2005, Iaquita og Larrabee 2004) bruke mestringsstrategier, (Chen og Wang 2007) utføre egenomsorg, (Neill 2002) transformere seg selv og livsmønsteret sitt (Arvidsson et al 2006, Long et al 2002) ta kontroll og påvirke egen situasjon, (Long et al 2002, Iaquita og Larrabee 2004) bruke nylærte ferdigheter, (Iaquita og Larrabee 2004, Neill 2002) tilpasse seg (Neill 2002, Iaquita og Larrabee 2004) og lage en ny hverdag med leddgikten.

4.2.3 Likhet og ulikhet i funn

Noen av studiene viste funn med fokus rettet mot problemer eller potensielle problemer, og hvordan mennesker med risiko for å utvikle disse problemene kunne identifiseres. Persson et al(2005) påviste at 12% av leddgiktspasientene utviklet stabilt eller stigende høyt stressnivå i etterkant av diagnostisering og at personer i risikogruppen hadde generelt høyt stressnivå, var kvinne, ung, opplevde lite sosial støtte og bodde sammen med andre. Jakobsson og Hallberg(2002) fant at livskvaliteten ble nedsatt ved leddgikt og at risikoen for dette økte med høy alder, stor funksjonsbegrensning og mye smerter.

Andre studier viste funn med fokus rettet mot løsninger og resurser som kan fremme løsningen. Lee et al(2006) fant at regelmessig trening førte til mindre fatigue, mindre uførhet og uendret smertenivå i tillegg til at evnen til å utføre aktiviteter økte. Arvidsson et al(2006) fant at de sykepleierstyrte avdelingene kunne fremme empowerment hos leddgiktspasientene gjennom tre funksjoner, noe jeg kommer tilbake til under tiltak, som fremmer at pasienten finner nye handlingsmåter og får økt tillit til egne ferdigheter og evner.

Flere studier viste funn knyttet til både problem, risiko, løsning og resurser.

Neill(2002) påviste først at pasientene hadde et helhetlig livsmønster som påvirker dem og deres opplevelse av helse, sykdom og seg selv. Livsmønsteret er individuelt, påvirkes av erfaring og dersom det er uhensiktsmessig kan det påvirke livet negativt. Dersom sykepleier griper inn, kartlegger og bevisstgjør pasienten om sitt livsmønster, kan pasienten ved å øke selvinnsikt og akseptere egen styrke, få mulighet til å ta andre valg og transformere seg selv og mønsteret tilpasset hverdagen med leddgikt. Denne prosessen kan øke pasientens opplevelse av mening og evne til å skape orden og stabilitet i potensielt kaos.

Chen og Wang(2007) lette etter faktorer som kunne forutsi utførelse av egenomsorg. Det fant at risikofaktorer for liten deltakelse i egenomsorgen var at individet hadde lav alder, relativt høy fungering og opplevde lite sosial støtte. De fant i tillegg at faktorer som fremmet egenomsorgsatferd var de motsatte av risikofaktorene, det vil si høy alder, lav fungering og opplevelse av stor sosial støtte.

Iaquita og Larrabee(2004) fant ut at leddgiktspasienten erfarte belastninger knyttet til smerte, tap, sorg, negative følelser og at det var vanskelig å overbevise seg selv og andre om at leddgikten er reell. Sykepleierne gav lite kontakt, hadde lite forståelse og kunnskap om leddgikt og utførte kun daglige rutinemessige oppgaver. Samtidig fant de at pasientene opplevde at de vokste på erfaringene sine, at de bygde opp resilience og at de klarte å finne nye måter å leve med leddgikt.

Melanson og Downe-Wambolt(2003) fant at informantene utviklet stress knyttet til flere aspekter ved sykdommen. De identifiserte funksjonsbegrensning som den største sykdomsrelaterte stressoren og at majoriteten fortolket denne stressoren som en skade på seg

selv. Informantene benyttet mestringsstrategier for å prøve å dempe eller takle stressorene. Den mest brukte mestringsstrategien var konfronterende dvs operasjonell.

Studien til Long et al(2002) hadde hovedsakelig sykepleieroller og tiltak i tverrfaglig rehabiliteringsteam som funn. Disse rollene ble rettet både mot håndtering av problemer og risiko, identifisering av risiko, identifisering og benyttelse av resurser og muligheter for å fremme pasientens mulighet og evne til å kunne forstå og delta aktivt i beslutninger og utførelse av behandling. Det blir også vektlagt at rehabiliteringen skal vurderes ut fra et helhetlig perspektiv av forskjellige yrkesgrupper, der sykepleier er kontaktperson og fungerer som en slags informasjons- og kunnskapsdatabase om behandlingens virkning på pasienten og den helhetlige situasjonen. Sykepleier fungerer her både som den som vurderer hvem som er utsatt for risiko og forebygger, samtidig som hun øker pasientens resurser ved å undervise pasienten om leddgikt og ferdigheter. Hun kan i tillegg involvere og gi råd til pasient og pårørende. Sykepleier blir i stor grad regnet som den som kommer næres pasient og pårørende og at hun er en avgjørende samarbeidspartner for andre yrkesgrupper fordi de trenger sykepleierens helhetlige kunnskap om pasienten, samtidig som yrkesgruppene kan dele kunnskap innen sitt felt med sykepleieren, slik at hun kan benytte den når hun integrere nye ferdigheter eller tiltak i ADL og når hun svarer på spørsmål fra pasient og pårørende. Også muligheten for å delegerer oppgaver til yrkesgrupper som har større kompetanse på område inngår her.

4.2.4 Likhet og ulikhet i tiltak

To av studiene har tiltak som retter fokus mot å identifisere personer med risiko for å utvikle uønskete negative konsekvenser og på å hindre at disse virkningene skal skje dvs. forebygge. I Persson et al(2005) sin studie gjelder dette unge kvinner som generelt har et høyt stressnivå som bor sammen med andre og opplever lite sosial støtte. I studien til Jakobsson og Hallberg(2002) gjelder det gamle mennesker med mye funksjonsbegrensninger i ADL og mye smerter. I tillegg legger han til at det må vurderes om pasienten har utviklet depresjon. Både Persson et al(2005) og Jakobsson og Hallberg(2002) trekker fram at dersom man angriper disse faktorene som leder til de negative konsekvensene kan man unngå eller dempe virkningen av dem, noe som innebærer at konsekvensene forebygges.

Tre studier trakk fram tiltak som rettet seg mot å kartlegge og øke pasientens resurser, ferdigheter og mulighet til å gjøre noe aktivt for å bedre sin situasjon.

Neill(2002) og Arvidsson et al(2006) mener sykepleien skal rettes mot hele mennesket ettersom de viser til en holistisk forståelse av mennesket. Arvidsson et al(2006) knytter holismen til oppmerksomhet, helhetlig vurdering, tilstrekkelig tid og koordinert behandling. Neill(2002) knytter holismen mot å se pasientens sykdom ut fra individuelt livsmønster og situasjon. I tillegg skjer det en helhetlig forandring i mennesket og i opplevelsen av sykdommen dersom transformeringen skjer. Forskeren viser også at det å "være hos" pasienten kan gi pasienten økt utholdenhet slik at han fullfører transformeringsprosessen på tross av vanskelig følelsene som kan dukke opp.

Alle tre studier snakker om at pasientene skal øke sin innsikt og forståelse. Arvidsson et al(2006) knytter dette til undervisning, informasjon knyttet til leddgikt som sykdom og til andre tema som er viktig for pasientens situasjon. Lee et al(2006) ville nå ut med den potensielle helsegevinsten knyttet til virkningen regelmessig fysisk aktivitet har på fatigue og uførhet. Neill(2002) knyttet innsikten til bevisstgjøring av livsmønster, økt selvinnsikt og kartlegging og anerkjennelse av egen styrke.

Disse tre studiene viser helsefremmende resurser knyttet til (Lee et al 2006, Arvidsson et al 2006) kunnskap, (Neill 2002, Arvidsson 2006) innsikt, (Neill 2002) at pasienten anerkjenner sterke sider, (Lee et al 2006) regelmessig trening, og (Arvidsson et al 2006, Neill 2002) at pasienten har påvirkningskraft og deltar aktivt.

De resterende fire studiene hadde tiltak som kombinerte disse to retningene i variert grad.

Holistisk eller helhetlig tilnærming var noe som opptok flere(Melanson og Downe-Wambolt 2003, Iaquita og Larrabee 2004 og Long et al 2002). Melanson og Downe-Wambolt(2003) utdypet dette med at man skulle utforske sykdomsopplevelsen, Iaquita og Larrabee(2004) knyttet det til kontakt og kontinuitet, mens Long et al(2002) hadde et større fokus rettet mot at behandlingen skulle være helhetlig dvs. tverrfaglig og rettes mot de mange forskjellige aspekter ved leddgikt.

Alle fire studiene trakk fram en form for kartlegging eller identifisering som tiltak. Melanson og Downe-Wambolt(2003) trakk fram kartlegging av begrensninger, mens Iaquita og Larrabee(2004) ville kartlegge behov for tilrettelegging, formasjon og nye ferdigheter og ønsket å utforske alternative muligheter for å ivareta behov. Både Iaquita og Larrabee(2004) og Long et al(2002) ønsket å kartlegge problemer eller potensielle problemer. Iaquita og Larrabee(2004) så for seg at disse kunne være bedring eller forverring sykdomsmessig, sosialt og følelsesmessig, og ønsket å forebygge dette. Long et al(2002) vurderte kartleggingen som middel i forebygging av forstyrrelser i rehabiliteringen. Chen og Wang(2007) ønsker å identifisere hvem som ville og ikke ville utføre egenomsorg.

Tre av studiene tar opp undervisning enten i form av informasjon, råd eller læring av ferdigheter. Chen og Wang(2007) vil benytte informasjon for å fremme egenomsorg, mens Long et al(2002) og Iaquita og Larrabee(2004) knytter det til generelt behov for informasjon, råd og læring av ferdigheter. Chen og Wang(2007) ønsker å øke kunnskap om kulde og varmebruk for å lindre symptomer, ferdigheter til å bruke hjelpemidler og prinsipper for sykdomsforebygging og helsefremming ved leddgikt. I Long et al(2002) jobber sykepleie også med å integrere ferdighetene i ADL. Ved å benytte pasientens resurser på denne måten kan pasienten lettere lære ferdighetene og forstå hvordan de skal brukes i praksis.

Tre studier tar opp at støtte og følelser er viktige tema sykepleien bør rettes mot. Iaquita og Larrabee(2004) og Long et al(2002) trekker fram at pasientene har behov for støtte fra sykepleier. Begge uttrykker et syn på at støtten vil styrke pasienten ved at følelsene vil bli lettere å håndtere. Iaquita og Larrabee(2004) og Melanson og Downe-Wambolt(2003) ønsker at sykepleier i tillegg snakker med pasienten om følelser og bekymring, og Melanson og Downe-Wambolt(2003) vil at sykepleier hjelper pasienten å finne mestringsstrategier for å effektivt takle følelsene sine.

Fire studier fokuserer på fremming av en aktiv deltakelse fra pasienten.

Long et al(2002) påpeker at sykepleier skal benytte pasientens resurser når hun integrerer nylærte ferdigheter i ADL. Melanson og Downe-Wambolt(2003) vektlegger at pasientens erfaring med sykdommen og hva som hjelper, også skal verdsettes i denne prosessen. Sykepleier skal fremme problemorientert mestringsstrategi og gi pasienten påvirkningskraft slik at han kan delta aktivt i beslutninger og behandling. Chen og Wang(2007) ønsker å fremme egenomsorg og ser også mulighet for en resurs i andre som er i samme situasjon og

tar opp mulighet for å finne selvhjelpsgrupper der pasienten kan delta og utveksle erfaringer, og kanskje få flere ideer for hvordan de kan utføre mer egenomsorg.

To studier hadde tiltak som fokuserte på forebygging og innebar (Long et al 2002) ivaretagelse av grunnleggende behov og administrering av medisiner, og (Chen og Wang 2007) informasjon til kvinner over 30 med leddgikt i familien om symptomer og tegn på leddgikt.

4.2.5 Likhet og ulikhet i resultatet

I studiene til Persson et al(2005), Chen og Wang(2007) og Melanson og Downe-Wambolt(2003) blir personer i en risikosone identifisert. Denne risikoen knyttes til (Persson et al 2005) fare for å utvikle lagvarig høyt stressnivå, (Chen og Wang 2007) fare for liten deltakelse i egenomsorg og (Melanson og Downe-Wambolt 2003) svikt i ADL og fysisk aktivitet.

Det at personer i en risikosone blir identifisert gjør det mulig å gripe inn og prøve å forhindre eller dempe negative konsekvenser. Persson et al(2005), Jakobsson og Hallberg(2002) og Long et al(2002) ender opp med denne typen resultat. Den negative konsekvensen er her (Persson et al 2005) utvikling av stress, (Jakobsson og Hallberg 2002) nedsatt livskvalitet og (Longe et al 2002) forstyrret rehabilitering. Tiltakene ble rettet mot faktorene som de mener påvirker eller forårsaker de negative konsekvensene, slik at resultatet blir at man kan unngå eller dempe virkningen av en potensiell fare.

I sju av studiene er en fellesnevner at noe øker som resultat av foreslåtte tiltak. Dette kan være (Neill 2002, Arvidsson et al 2006, Lee et al 2006, Chen og Wang 2007, Iaquita og Larrabee 2004, Long et al 2002, Melanson og Downe-Wambolt 2003) innsikt, bevissthet, forståelse, kunnskap eller ferdigheter, (Chen og Wang 2007, Long et al 2002, Melanson og Downe-Wambolt 2003) resurser eller bruk av hjelpemidler, (Lee et al 2006) funksjonskapasitet, (Neill 2002, Chen og Wang 2007, Arvidsson et al 2006, Iaquita og Larrabee 2004, Melanson og Downe-Wambolt 2003) handlekraft og/eller påvirkningskraft, (Neill 2002, Chen og Wang 2007, Lee et al 2006, Iaquita og Larrabee 2004, Melanson og Downe-Wambolt 2003, Long et al 2002) strategier for å takle/unngå belastninger og for å ivareta seg selv og sykdommen og/eller (Neill 2002, Chen og Wang 2007, Arvidsson et al 2006, Iaquita og Larrabee 2004,

Lee et al 2006, Melanson og Downe-Wambolt 2003) helse, livskvalitet, velvære eller opplevelse av mening eller verdi.

Tiltakene i de samme sju studiene er ment å resultere i at pasienten er en aktiv deltaker. Pasienten (Long et al 2002, Melanson og Downe-Wambolt 2003, Arvidsson et al 2006, Chen og Wang 2007, Neill 2002) mobiliserer resurser og (Long et al 2002) bruker nylærte ferdigheter i ADL, (Chen og Wang 2007) kompenserer for funksjonstap ved å benytte hjelpemidler, (Neill 2002, Chen og Wang 2007, Lee et al 2006, Iaquita og Larrabee 2004, Melanson og Downe-Wambolt 2003) mestrer/unngår belastninger eller utfører egenomsorg, (Neill 2002, Arvidsson et al 2006) tar valg og påvirker egen situasjon og (Neill 2002, Chen og Wang 2007, Iaquita og Larrabee 2004) finner en ny måte å leve livet på tilpasset leddgikten.

5 Drøfting

5.1 Helsedefinisjonens konsekvens for sykepleie og pasient

Det at få av studiene avklarte eller definerte hva de mente med helse er en svakhet. Det innebærer at det nå er min fortolkning av det forfatteren skriver og fokuserer på i artikkelen, som danner min vurdering av deres syn på helse.

Man kan kategorisere helseteoriene som Biomedisinsk, humanistisk eller en mellomting av disse. Innen den biomedisinske retningen fokuserer man på fravær av sykdom og kroppes funksjon. Humanistisk helseperspektiv handler om å kunne realisere mål med egne resurser, samhandling mellom individer og hvordan de påvirkes av fysiske, psykiske og sosiale aspekt, opplevelse av sammenheng og en tilstand av sunnhet og opplevelse av velvære og mening i livet (Medin og Alexandersson 2000).

Både Persson et al (2005), Jakobsson og Hallberg (2002) og Lee et al (2006) sitt helsesyn kan i følge Medin og Alexandersson (2000) kategoriseres som biomedisinsk ettersom de fokuserer på fravær av symptomer og funksjonssvikt. Biomedisinsk perspektiv er reduksjonistisk dvs. at man reduserer helheten til deler. Man betrakter kroppen og utelater fokus på individets natur eller karakter. Man beregner hva som regnes som friskt eller sykt ut fra normalbefolkningen, og man skiller mellom kropp og sjel. Et problem med denne tilnærmingen er skillet mellom begrepene *disease* og *illness*. Disease handler om objektivt påvist sykdom, mens illness innbærer pasientens opplevelse av sykdom. I praksis kan dette innebære at pasienten kan føle seg syk, selv om legen ikke finner noen påvist sykdom, mens andre kan følge seg friske på tross av påvist sykdom. Ettersom synet på helse i forebyggende tilnærming handler om fravær av sykdom vil en leddgiktpasient aldri kunne oppnå god helse ettersom (legehåndboka 2008) leddgikt er en kronisk sykdom. I den salutogene helsedefinisjonen trekker Eriksson (2007) frem evne til å legge merke til og benytte ytre og inder resurser for å nå egne mål, ivareta behov og til å mestre endringer slik at man kan leve et godt liv. Denne definisjonen åpner for mulighet for helse hos pasienter som fysisk aldri vil bli helt friske, ved at man eksempelvis kan styrke eller tilføre resurser slik at pasienten kan ha et godt liv på tross av sykdom.

Det humanistiske alternativet som Neill(2002), Chen og Wang(2007), Arvidsson et al(2006) og Iaquita og Larrabee(2004) utgjør eksempler på, har fokus på hvordan individet kan få mulighet til å leve et godt liv, mobilisere og bli bevisst resurser, realisere egne mål, takle belastninger og ivareta egen helse. Helsen blir betraktet som prosess, resultat og resurs. Det er også verdt å merke seg at prosessen som fremmet helse, dvs. empowerment(Arvidsson et al 2006, Iaquita og Larrabee 2004), transformering(Neill 2002) og egenomsorg(Chen og Wang 2007), også førte til økt velvære, livskvalitet og/eller mening i livet. Det helsefremmende helseperspektivet kritiseres fordi (Mæland 2005) det er uklart (Medin og Alexandersson 2000) og er av betydelig subjektiv karakter ettersom individet selv avgjør sin opplevelse av velværet. Mæland(2005) påpeker at kritikerne synes begrepets uklarhet og det at det omfatter all menneskelig virksomhet gjør at helsebegrepet blir meningsløst å jobbe ut fra.

5.2 Menneskesyn som grunnlag for sykepleie

Studiene syn på mennesket i møte med belastning eller fare sier en del om hvordan de vurderer mennesket. Syv studier beskrev hva belastningen gjorde med personen, mens fire beskrev hva personen gjorde eller kunne gjøre med belastningen. To av disse studiene gikk over begge disse tilnærmingene.

I følge Medin og Alexandersson(2000) vurderer det biomedisinske perspektivet mennesket som et vesen med fri vilje, men styres av naturlover og fysisk tilstand. Man skiller mellom kropp og sjel, der kroppen er materien og sjelen er bevisstheten. Sistnevnte skille, viser seg ikke like klart i studiene jeg fant. Et eksempel er (Long et al 2002) at psykososiale belastninger kan forårsake nedsatt rehabilitering, som er kroppslig. En svakhet ved det biomedisinske synet på mennesket er at de går glipp av ressursene pasienten kan sitte inne med. Ettersom det vurderer mennesket som en passiv mottaker av stress som responderer, tar det ikke høyde for noen resurser eller initiativ til å unngå eller takle stress.

I følge Medin og Alexandersson(2000) vurderer humanistisk perspektiv mennesket som en helhet av kropp, sjel og ånd. Individet er handlende, har fri vilje og påvirkes av miljø og livserfaringer. Dette vises igjen i studiene(Lee et al 2007, Iaquita og Larrabee 2004, Neill 2002, Melanson og Downe-Wambolt 2005, Chen og Wang 2007, Arvidsson et al 2006) når de beskriver det personen gjør med belastningen. Individet er aktiv og gjør det han/hun kan for å unngå, dempe eller takle belastninger. Styrken her er at ressursene blir lagt merke til og

benyttet, og at pasienten også selv tar del i handling og behandling. En svakhet oppstår dersom pasienten ikke er motivert eller av andre grunner ikke ønsker å delta. Som nevnt i teoridelen kan leddgikt gi psykiske konsekvenser som depresjon og dermed kan også initiativet avta.

5.3 Hvem eier kompetansen?

Alle studiene er utført av helsepersonell som har en flerårig profesjonsutdannelse. Forskerne vektlegger likevel kompetansen forskjellig.

I Persson et al(2005) og Jakobsson og Hallberg(2002) er det helsepersonellet som vurderer tilstanden til pasienten og setter i gang passende tiltak. Dette demonstrerer forskjellen mellom pasienten som ekspert og helsepersonellet som ekspert. I følge Mæland(2005) blir sykdomsforebygging styrt ovenfra og ned. Dette innebærer at eksperten avgjør og vurderer samtidig som tilgjengelig medisinsk teknologi og behandling påvirker vurderingen. Ett problem med denne tilnærmelsen er at pasienten lett blir maktesløs og det er fare for at den kan skape hjelpeløshet, økt avhengighet og nedsette evnen til å ivareta egne liv. Ut fra studiene og litteraturen kan man se at leddgiktspasientene ofte opplever at de blir avhengige av andre(Jakobsen og Hallberg 2002), mister kontrollen(Melanson og Downe-Wambolt 2003), føler seg inkompetent i møte med helsevesenet og kjenner på en økt usikkerhet pga lite erfaring og kunnskap(Thygesen 2001a). Noen pasienter har en følelse av å miste kontroll over kroppen og uttrykker dette slik: *"...jeg var jo veldig redd for jeg visste jo ikke hva jeg gikk til... For det at det skjedde så mye med kroppen som ikke jeg hadde kontroll på..."*(Thygesen 2001 s.27). Pasientene kjenner på avhengighet knyttet til helsehjelp og ekspertise og viser ambivalent forhold til dette i og med at de forstår de trenger den, men ønsker helst å klare seg selv(Thygesen 2001a).

I Long et al(2002) blir pasienten regnet med i ekspertgruppen i egenskap av sin sykdom, Melanson og Downe-Wambolt(2003) vektla at pasientens erfaring skulle verdsettes og både Melanson og Downe-Wambolt(2003), Chen og Wang(2007) og Neill(2002) trekker pasienten med i avgjørelser og utførelse av behandling. I følge Mæland(2005) er man skeptisk til ekspertvelde og at teknologien får så stor innflytelse i helsefremmende tilnærming. Man vektlegger heller individets brukervedvirkning og empowerment, som begge handler om innflytelse. Brukervedvirkningen kan ha positiv innvirkning på både selvbildet,

mestringsevnen og den fysiske og mentale helsen til utøveren. Begrepet empowerment handler om påvirkningskraft og mobilisering av resurser for å nå egne mål. Pasienten er en samarbeidspartner som deltar aktivt i beslutninger og utførelse av behandling. Det er et poeng at helse ikke er noe som man har eller får, men noe man fortløpende skaper gjennom aktiv deltakelse.

Oppsummert kan man si at både helsepersonell og pasient er ekspert på hvert sitt område. Helsepersonelle har kompetanse på sykdommen ut fra sitt fagfelt og hva som kan bedre eller forhindre forverring, mens pasienten ekspert på hvordan det er å leve med sykdommen i kroppen i hverdagen (Mæland 2005). Samtidig er det verdt å merke seg faren for tillært hjelpeløshet og muligheten til å lage et samarbeid mellom fagarbeider og pasient der de deler sin ekspertise med hverandre for å finne nye løsninger. Denne samarbeidsmåten bærer likhetstrekk med tverrfaglig arbeid ved at de deler ekspertise og har gjensidig samarbeid, skjønt forskjellen ligger kanskje i at pasienten ikke er noen helsefagarbeider og dermed ikke utgjør en faggruppe på tross av sin unike ekspertise.

5.4 Kartlegging som grunnlag for sykepleie

Holisme er noe både Neill(2002), Melanson og Downe-Wambolt(2003) og Arvidsson et al(2006) tar opp som en viktig faktor for å forstå og hjelpe et menneske. Når man vurderer mennesket holistisk ser man i følge Karoliussen(2002) etter mer enn summen av bestanddelene dvs. det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektet ved mennesket. Individet i seg selv har helhetlige egenskaper som påvirker alle disse aspektene. Holismen i studiene viser seg gjennom at man oppfatt av å få tak i pasientens sykdomsopplevelse og oppfatning av sin situasjon.

I Arvidsson et al(2006) viste holismen seg ved at sykepleier hadde samtaler med pasienten om mange aspekter ved pasientens situasjon nå og tidligere problemer han hadde opplevd. Dette resulterte i at pasienten følte seg sett og at de fikk en positiv opplevelse knyttet til dette. Gregersen(2001) påpeker at ettersom leddgikt påvirker hele mennesket og peker på at en helhetlig vurdering derfor har betydelig verdi for behandlingen. Det er verdt å merke seg hvordan det forebyggende synet på helse knyttet til velvære og livskvalitet virker inn ved at sykepleier retter fokus mot flere faktorer enn sykdommen i kroppen. De ser sykdommen i sin sammenheng og sine omgivelser og hvordan den oppleves. Et problem med bruk av begreper som holisme og helhet belyses av Medin og Alexandersson(2000) som at det eksisterer mange

forskjellige oppfatninger av hva helhetlig tilnærming innebærer. Dermed kan studier som ikke avklarer begrepet, bruke det med en annen betydning.

Persson et al(2005) og Jakobsson og Hallberg(2002) ser pasientens stress og synkende livskvalitet ut fra de bestanddelene som de har funnet at påvirker disse. Det reduksjonistiske tenkningen komme tydelig fram når de benytter sjekklister for å måle helsen. En svakhet her kan være at andre faktorer de ikke tenkte på da de utførte studiet kan virke inn, mens en klar styrke er at klar og rask identifisering av grupper som vil ha behov for ekstra oppfølging. Helseperspektivet knyttet til fravær av sykdomssymptom og funksjonssvikt viser også sin påvirkning på kartleggingen ved at nettopp symptom og funksjonssvikt er i fokus.

5.5 Dilemma ved risikofokus i pleien

Både Persson et al(2005) og Jakobsson og Hallberg(2002) fant risikofaktorer og identifiserte grupper som var særlig utsatt for negative konsekvenser. Fokuset på risiko og farer kan i følge Mæland(2005) oppleves som at man blir fratatt gleder i livet ved at stadig kommer med negative budskap og hva de må unngå. Fugelli(2003) belyser i humoristisk vri hvordan risikofokusering kan føre til et fryktsamfunn som begrenser livsutfoldelsen. Han trekker fram faren ved at folk kan blir så redd for fare, at de unngår aktiviteter som de normalt ville nytt stor glede av.

Chen og Wang(2007) sitt forslag om at kvinner over 30 med leddgikt i familien skulle få informasjon om symptomer og tegn på leddgikt, kan gjøre at disse kvinnene oppsøker hjelp tidlig. Samtidig vil jeg påpeke at det er bare en risiko som er påvist, og i følge legehåndboka(2008) er den genetiske faktoren ved leddgikt ganske moderat. Derfor er det langt fra alle kvinner over 30 med positiv familiehistorie som utvikler leddgikt. Dette bringer oss til ett etisk dilemma som også Mæland(2005) tar opp. Er det greit å informere om risiko dersom informasjonen kan skade mottaker? Det er ikke nødvendigvis komplikasjonsfritt å spre denne informasjonen. Det å spille på trussel om sykdom og død, kan føre til at friske individer miste tilliten til egen helse og at de oppsøker helsevesenet for å stadig få bekreftet at de fortsatt er friske. Det kan også gi ringvirkninger i form av kroppsfiksering og helseproblemer knyttet til dette.

Motsatt kan man spørre om det er riktig å holde tilbake informasjon, dersom den kan føre til at noen unngår en alvorlig komplikasjon?(Mæland 2005). For å understreke faren leddgiktspasienter da må forholde seg til, gjengir jeg komplikasjoner legehåndboka(2008) oppgir i forbindelse med sykdommen leddgikt. Man kan utvikler hjertekarsykdommer, vaskulitt som er en form for inflammasjon i blodårer og blodkar, sekundær beinskjørhet, sekundært sjögrenssyndrom som innebærer forandringer i kroppens slimhinner og sekundær amyloidose som innebærer proteinavleiring i kroppens muskler og organer. Ubehandlet leddgikt åpner mulighet for enda flere komplikasjoner. Dette inkluderer blant annet økt fare for kreft, blodmangel, infeksjoner, øyeproblemer, respirasjonsproblemer og feilstillinger i ledd.

Helsefremmende studier retter seg gjerne heller mot løsninger og resurser enn problemer(Mæland 2005). Det er likevel verdt å merke seg at for å kunne finne en løsning, må man nødvendigvis i utgangspunktet ha funnet ett problem, samtidig som man må ha resurser for å kunne løse ett problem. På sett og vis kan man si at det å finne problemer egentlig utgjør ett grunnlag for at man skal lete etter løsningen, og ressursene muliggjør at man kan angripe problemet.

5.6 Ansvar og ansvarsfraskrivelse i sykepleien

Fokus på undervisning om forebyggingsprinsipper og helseopplysning kan i utgangspunktet være en resurs som gir individet mulighet til å unngå negative komplikasjoner og beholde sitt helsenivå. I et kritisk blikk kan dette i følge Mæland(2005) derimot være med på å skyve ansvaret over på den syke i stedet for å forbedre betydelige faktorer som miljøet og helsepolitikken. Dahl(2002) viser i sin studie at det finnes sosial ulikhet i helse i Norge. Faktorene som virker inn er yrkesklasse, inntekt, utdanning og bosted. Hallandvik(2002) omtaler revmatisme som en sivilisasjonssykdom, som har sitt opphav i det moderne samfunnet.

Legehåndboka(2008) trekker fram røyking som en disponerende faktor for leddgikt. Den foreslår også at pasienten skal forebygge negative komplikasjoner blant annet ved å ha et sunt kosthold og sunn livsstil med fysisk aktivitet. Mæland(2005) belyser at man kanskje griper problemet fra feil ende dersom man kun retter seg mot individet og ikke ser de sosiale ulikhetene som bidrar til den dårlige helsen.

Forskning viser f.eks. at ugifte mødre oftere røyker tobakk enn andre mødre. Enslige forsørgere har gjennomgående dårligere økonomi og en belastende livssituasjon. Tobakksrøykingen kan være en måte å mestre en vanskelig hverdag på, og formaninger om å slutte å røyke er å angripe problemet i feil ende(Mæland 2005 s.63).

En alternativ tilnærming er å legge miljøet til rette for at individet skal ha mulighet til å få det bedre. WHO arrangerte i 1986 Ottawa konferansen som tok opp nettopp dette problemet. Resultatet ble Ottawa charteret som Norge sluttet seg og dermed bekreftet at de ønsket at helsearbeidet og helsepolitikken i landet skulle ta inn det helsefremmende perspektivet. I følge Ottawa charteret(WHO 1986) er miljøet viktig for å fremme helse og individet skal delta aktivt og ta valg, det de betegnet som empowerment.

Dette viser igjen i Norsk lovverk. I følge Kommunehelsetjenesteloven(1982 §1-3) har kommunen ansvar for medisinsk rehabilitering som innebærer at de skal formidle og følge opp pasienter som har behov for hjelpemidler. Folketrygdloven(1997) gir pasienter med varig funksjonssvikt og sykdom mulighet for å få støtte til tilrettelegging i yrkesliv(§10-5) og dagliglivet(§10-6). Loven gir rett til utlån, støtte eller lån til hjelpemidler eller annen tilrettelegging for personer som oppfyller §10-5 og §10-6(§10-7). Dersom individet har behov for ytelse fra flere instanser har de krav på en individuell plan for dette(kommunehelsetjenesteloven 1982 §6-2a, spesialisthelsetjenesteloven 1999 §2-5). Planen skal inneholde mål, resurser og behov hos mottakeren, hvem som skal koordinere arbeidet, hvilke bidragsytere som er inne i bildet, hvilke tiltak som igangsettes og hvem som har ansvar for disse og hvordan de skal utføres, tidspunkt for revidering og mottakers samtykke til at planen utarbeides og at deltakerne får nødvendige taushetsbelagt info(Forskrift om individuell plan 2004 §7).

Rehabiliteringsforskriften(2001 §2) tar opp at pasienten skal være aktivt med i valg og behandling i rehabiliteringsprosessen, og at målet skal tilstrebe mest mulig selvstendighet, mestringsevne og evne til å fungere med funksjonshemningen. Pasientrettighetsloven(1999) fastslår at pasienten har rett til medvirkning i valg og gjennomføring av behandling(§3-1) og rett på tilstrekkelig informasjon tilpasset sitt nivå til å forstå hva behandling og sykdom innebærer(§3-1, §3-2). Som sykepleier kan man også ha §1.2 som fremmer pasientens rett til informasjon og §1.5 om retten til å foreta valg(yrkesetiske retningslinjer 2007) i bakhodet i møte med pasienten. Ett poeng her er et at pasienten også har rett til å frasi seg denne retten.

Dette vises i §3-2(pasientrettighetsloven 1999) ved at pasienten kan velge å ikke få informasjon og i §1.5(Yrkesetiske retningslinjer) ved at pasienten har rett til å frasi sin rett til selvbestemmelse.

På denne annen siden hevder kritiske røster at den helsefremmende tilnærmingen ikke gir tilstrekkelig personlig ansvar for egen helse. Det blir hevdet at de unnviker ubehagelige fakta knyttet til livsstil og individets påvirkning på denne. Fokus rettes heller mot å øke trivsel og velvære, mens det har begrenset betydning for å øke helsen(Mæland 2005). Denne kritikken kan gjenspeile flere ting. Først og fremst er definisjonen av hva helse innebærer, avgjørende for hvorvidt helsefremmingen øker helsen. Hvorvidt den handler om fravær av sykdom eller ses den i lys av hva som kreves for at individet skal leve ett godt liv, sier kritikken lite om. Men man kan logisk anta at kritiske røster mot helsefremmende tilnærming kommer fra grupper som ikke bruker helsefremmende helseperspektiv, ettersom de ikke synes det er godt nok.

Når det gjelder personlig ansvar for egen helse handler egentlig helsefremmende sykepleie i følge Mæland(2005) om å gi pasienten tilstrekkelig med informasjon og resurser til at han kan ivareta egen helse og løse problemer som oppstår i ADL. Strengt talt har pasientene betydelig ansvar i forhold til egen helse, selv om de ikke får tilsvarende ansvar for risikoen de er utsatt for. Chen og Wang(2007) viser dette gjennom at pasientene utfører egenomsorg og deltar i selvhjelpsgrupper sammen med behandler.

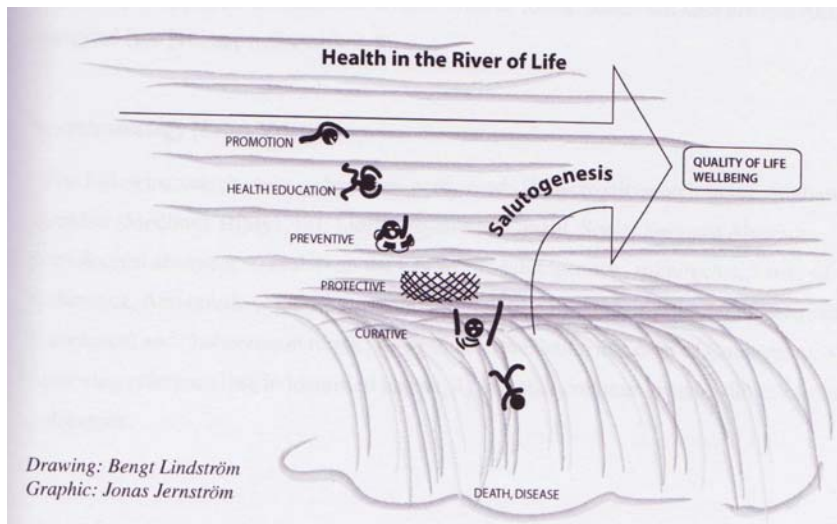
Et tiltak jeg syntet manglet i studiene var derimot å formidle kontakt med frivillige interesseorganisasjoner og likemannsarbeid. Gregersen(2001) tar opp formidling av kontakt med Norsk Revmatikerforbund som et tiltak ved leddgikt. Norsk Revmatikerforbund(NRF 23.03.08) har egen nettside(<http://www.revmatiker.no/>) der de informerer om sitt tilbud. Dette inkluderer informasjon om sykdom og rettigheter, råd, likemannsarbeid, treningstilbud, og behandlingstilbud. Likemannsarbeid blir forklart som kontakt og samhandling mellom mennesker som er i liknende livssituasjon. De skriver at de tilbyr telefontjeneste, besøkstjeneste i hjemmet og på sykehus, selvhjelpsgrupper og ledsagertjeneste i dette arbeidet.

5.7 Sykepleiefunksjoner og tre sykepleiefaglige idealtyper

Heiberg(2007) trekker fram tre sykepleiefaglige idealtyper som innebærer å "handle-for", "være-hos" og "fremme-helse". Hos sykepleieren som "handler-for" lyser paternalismen igjennom ved at sykepleier mener hun vet hva som er best for pasienten i egenskap av sin kompetanse. Hun identifiserer behov for sykepleie, setter opp mål og igangsetter tiltak for å nå disse. Det viser klare likhetstrekk med forebyggende tilnærming. Long et al(2002) viser eksempler på denne sykepleien gjennom tiltak for å forebygge negative konsekvenser og å sikre at reelle eller potensielle problemer som kan forstyrre rehabiliteringen blir behandlet.

"Være-hos"-sykepleieren viser omsorg og gir støtte. Sykepleieteorien til Martinsen er eksempel på denne typen teori som bygger på humanistiske og fenomenologiske tradisjoner. Man skiller mellom "vedlikeholdsomsorg" og "vekstomsorg"(Heiberg 2007). I studiene er eksempler på vekstomsorg belyst av Neill(2002) når støtten kan øke selvbevisstheten og selvinnsikten i søket etter løsningen, mens Long et al(2002) sitt tiltak om å gi støtte kanskje omfatter både vedlikeholdsomsorg og vekstomsorg.

"Fremme-helse"-sykepleieren har en holistisk tilnærming til brukerne av helsetjenesten slik at pasientens helseprosess er fokus, framfor sykdom eller behov. Pasientens resurser vektlegges og man vurderer mennesket som en samarbeidspartner. Verdier og tankemåte bygger på Ottawa charteret og empowerment. Stang påpeker at "Sannheten om hvordan livet skal leves, tilhører ikke ekspertene alene. Snarere er det slik at det finnes mange sannheter og alternativer dersom bemyndigelsestankegangen skal følges"(sitert i Heiberg 2007 s.32). Et eksempel fra studiene der pasientens ekspertise verdsettes er Long et al(2002) der pasientgruppen utgjør en del av ekspertpanelet som skal vurdere sykepleiebidraget i tverrfaglig rehabilitering. Eksempel på "fremme-helse"-sykepleie i studiene er Long et al(2002) sin tiltak om å integrere nye ferdigheter i ADL og Arvidsson et al(2006) når pasient får undervisning som øker innsikt, kunnskap og forståelse slik at det tilrettelegges for muligheten til å kunne velge. En annen måte å fremme helse kan som nevnt i diskusjonsdelen også være å styrke nettverket eller å formidle kontakt med Norsk Revmatikerforening slik at han kan få mulighet til å benytte seg av tilbudene der og treffe andre i liknende situasjon.



Bildet til venstre, som er hentet fra Eriksson(2007 s.23), illustrerer Antonovsky sin tanke om helse og helsearbeid i "the river of life" eller livselven. Han påpekte at det er ikke nok å unngå stress eller å bygge "broer" slik at

menneskene ikke faller i vannet, når man skal fremme helse. Elven er livet, og vi befinner oss derfor i elven. Målet bør derfor heller være å lære menneskene å svømme i livselven(Eriksson 2007). Samtidig hjelper det lite om man kan svømme dersom man eksempelvis utvikler krampe. Da vil livbøyen være redningen. Det ville i det hele tatt vært lettere å bruke sine nylærte svømmeferdigheter dersom man kjente til og unngikk risikofaktorer som kunne føre til krampe, slik at man unngikk problemet. Dersom noen gav støtte og oppmuntret individet i elven, ville det kanskje også være lettere å holde ut, enten man holder i redningsbøyen eller man svømmer. På denne måten kan de tre sykepleidealtypene "gjøre-for", "være-hos" og "fremme-helse" utfylle hverandre. De har alle sitt bidrag til sykepleien og sin funksjon i møte med pasienten.

6 Avslutning

I dette studiet har jeg funnet at sykepleier har mange forebyggende og helsefremmende funksjoner i rehabilitering av leddgikt. Ettersom sykdommen angriper så mange aspekter ved pasienten er kartleggingsfunksjonen grunnlaget for å kunne gi optimal hjelp. Sykepleier utgjør en viktig informasjonskanal mellom pasienten og faggruppen og mellom de forskjellige medlemmene i faggruppen, ettersom hun i sitt virke tilbringer mest tid sammen med pasienten. Helsefremmende og forebyggende trenger ikke være motsetninger som utelukker hverandre. Begge tilnærmingene har styrker og svakheter. På sett og vis vil begge fungere bedre om de kombinerte hverandres styrker. Da kunne man både forebygget negative komplikasjoner samtidig som man fremmet pasientens deltakelse og helse. Dette er fordelene i det tverrfaglige arbeidet som rehabiliteringsforskriften tok opp. Man får mange forskjellige vinklinger som sammen utgjør en helhetlig behandling. Studiene har også vist at sykepleien også har viktige bidrag i denne gruppen både for de andre yrkesgruppene og for pasient og pårørende.

Referanseliste

Almås, H et al(2001a) Sykepleie til pasienter med smerter, I: *Klinisk Sykepleie*. Bind 1. red. H. Almås. s.65-114. Norge. Gyldendal Akademisk.

Arthur, V og C. Clifford(2004a) Rheumatology: the expectations and preference of patients for their follow-up monitoring care: a qualitative study to determine the dimensions of patient satisfaction, I: *Journal of Clinical Nursing*, nr.13, s.234-242. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Arvidsson, SB, A. Petersson, I. Nilsson, B. Andersson, BI. Arvidsson, IF. Petersson og B. Fridlund(2006) A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: A qualitative study. *Nursing and Health Science*. Nr. 8, s.133-139. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest: 15.02.08]

Baune, Ø(1991) *Vitenskap og metode*. 7.utg. Oslo. Falch Bok.

Benjafield, JG(1994) *Thinking Critically about Research Methods*. USA. Allyn and Bacon.

Bertelsen, BI(2000) *Patologi: Menneskets sykdommer*. Norge. Gyldendal Akademisk.

Chen, S-Y og H-H Wang(2007) The relationship Between Physical Function, Knowledge of disease, Social support and Self-Care Behavior in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Nursing Research*, vol.15, nr.3, s.183-191. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Dahl, E(2002) Health inequalities and health policy: the Norwegian case. I: *Kompendium: Litteratur til Samfunnsvitenskaplige emner*. Høgskolen Stord/Haugesund(våren 2007). Avdeling for sykepleieutdanningen, Bachelorgradsutdanningen.

Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo. Gyldendal akademisk.

Egidius, H(2000) *Psykologisk Leksikon*. Norge. Achehoug.

Eriksson, M(2007) *Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research and measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Akademisk doktorgradsavhandling, Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademia.

Folketrygdloven(1997) *Lov om folketrygd*. Paragraf 10-5, 10-6, 10-7. Tilgjengelig fra: Lovdata [lest:22.03.08]

Forsberg, C og Y. Wengström(2003) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning*. Finland. NATUR OCH KULTUR.

Forskrift om individuell plan(2004) *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. Paragraf 7. Tilgjengelig fra: Lovdata [lest:22.03.08]

Fugelli, P(2003) 0-visjonen: essays om helse og frihet. I: *Kompendium: Litteratur til Samfunnsvitenskaplige emner*. Høgskolen Stord/Haugesund(våren 2007). Avdeling for sykepleieutdanningen, Bachelorgradsutdanningen.

Fyrand, L(2007) Kronisk sykdom: sosialt nettverk i fare, I: *Pasienten og sykdommen: psykiske faktorer ved somatisk sykdom*, red. E Hem, P. Vaglum, L. Fyrand og P. Nerdrum, s.85-92. Norge. Gyldendal Akademisk.

Gregersen, A-G(2001) Sykepleie til pasienter med revmatiske sykdommer, I: *Klinisk Sykepleie*, bind 2, red. H. Almås, s.711-743. Norge. Gyldendal Akademisk.

Hallandvik, J-E(2002) *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Polen. Gyldendal Akademisk.

Heiberg, IG(2007) *Helsefremmende arbeid og sykepleie: en diskursanalyse*. Akademisk masteroppgave i helsefremmende arbeid. Høgskolen i Vestfold.

Høgskolen Stord Haugesund: HSH(2008) Kildebruk & Litteraturliste: Harvardmetoden. *HSHveven*. [internett] Tilgjengelig fra:

<http://www.hsh.no/biblioteket/studiehjelp/referanseliste.htm> [lest:12.02.08]

Iaquita, M.L og J.H. Larrabee(2004) Phenomenological Lived Experience of Patients With Rheumatoid Arthritis. *Journal of Nursing Care Quality*, vol.19, nr.3, s.280-289. Tilgjengelig fra Academic Search Premier [lest:27.02.08]

ICN, International Council of Nurses(u.å) The ICN Definition of Nursing. Tilgjengelig fra: <http://www.icn.ch/definition.htm> [lest:30.01.08]

Ingstad, B(2007) *Medisinsk Antropologi*. Norge. Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. et al.(2001) *Sykdomslære Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Norge. Gyldendal Akademisk

Jakobsson, U. og I.R. Hallberg(2002) Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, nr.11, s.430-443. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Karoliussen, M(2002) *Sykepleiens tradisjon og forandring: en humanøkologisk tilnærming*. Gjøvik. Gyldendal Akademisk.

Kommunehelsetjenesteloven(1982) *Lov om helsetjenesten i kommunen*. Paragraf 1-3, 6-2a. Tilgjengelig fra: Lovdata [lest:22.03.08]

Kvien, T.K.(2007) Kronisk leddsykdom – en utfordring for pasient, familie og behandlere, I: *Pasienten og sykdommen: psykiske faktorer ved somatisk sykdom*, red. E. Hem et al., s.77-83. Norge. Gyldendal Akademisk.

Lee, E.O, J-J Kim, A.H.T. Davis, I. Kim(2006) Effects of Regular Exercise on Pain, Fatigue, and Disability in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Family & Community Health*, vol.29, nr.4, s.320-327. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Legehåndboka(2008) *KirurRevmatoid artritt (RA) I: Norsk elektronisk legehåndbok*. Tilgjengelig fra: www.legehandboka.no [lest:15.02.08]

Long, AF, R. Kneafsey, J. Ryan og J. Berry(2002) The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, vol.37, nr.1, s.70-78.

Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Medin, J og K. Alexandersson(2000) *Begreppen Hälso och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Sverige. Studentlitteratur.

Melanson, PM og B. Downe-Wambolt(2003) Confronting life with rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, vol.42, nr.2, s.125-133. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Mæland, JG(2005) *Forebyggende Helsearbeid I teori og praksis*. Norge. Universitetsforlaget.

Neill, J(2002) Transcendence and Transformation in the Life Patterns of Woman Living with Rheumatoid Arthritis. *Advances in Nursing Science*, vol.24, nr.4, s.27-47. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

NRF(23.03.08) *Norsk Revmatikerforening*. Tilgjengelig fra: <http://www.revmatiker.no/> [lest: 23.03.08].

Pasientrettighetsloven(1999) *Lov om pasientrettigheter*. Paragraf 3-1, 3-2. Tilgjengelig fra: Lovdata [lest:24.02.08]

Persson, L-O, B-M Larsson, K. Nived og K. Ebhardt(2005) The development of emotional distress in 158 patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis: a prospective 5-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, nr.34, s.191-197. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Rapley, P. og DJ. Fruin(1999) Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition of general and regimen-specific efficacy, I: *International Journal of Nursing Practice*, nr.5, s.209-215. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest:27.02.08]

Rehabiliteringsforskriften(2001) *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. Paragraf 2. Tilgjengelig fra: Lovdata [lest:24.02.08]

Sosial- og Helsedepartementet(1997) *Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. (NOU 1997:18) Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-18.html?id=140956>

[lest:30.01.08]

Spesialisthelsetjenesteloven(1999) *Lov om spesialhelsetjenesten*. Paragraf 2-5. Tilgjengelig fra: Lovdata [lest:24.02.08]

SSB: Statistisk Sentralbyrå(2008) *Befolkning*. Tilgjengelig fra:

<http://www.ssb.no/befolkning/> [lest:12.02.08]

Thorbjørnsrud, B(2001) *Kultur, helse og sykdom, I: Mellom mennesker og samfunn*, red. E. Brodtkorb, R. Norvoll og M. Rugkåsa, s.245-281. Polen. Gyldendal Akademisk.

Thygesen, E.(2001a) *Pasientopplevelser og kronisk sykdom: en fenomenologisk studie av leddgiktspasienters livssituasjon*, I: *Vård i Norden*, vol.21, nr.1, s.25-29. Tilgjengelig fra: SweMed+ [lest:06.02.08]

Thygesen, E.(2001b) *Å leve med leddgikt: En fenomenologisk studie av leddgiktspasienters livssituasjon*, I: *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*, red. E. Gjengedal og B.R. Hanestad, s.203-214. Valdres. Cappelen Akademisk Forlag.

Ursin, R(1996) *SØVN: En lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer*. Gjøvik. Cappelen Akademisk Forlag.

WHO, World Health Organization(1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [lest: 30.01.08].

WHO(u.å) *Chronic Diseases and Health Promotion*, Tilgjengelig fra:

<http://www.who.int/chp/en/> [lest:30.01.08]

Wyller, VB(2005a) *Det friske og det syke mennesket*. Bind. 1. Bryne. Akribe.

Wyller, VB(2005b) *Det friske og det syke mennesket*. Bind. IV. Bryne. Akribe

Yrkesetiske retningslinjer(2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Paragraf 1.2, 1.5. Papirutgave utgitt av Norsk sykepleieforbund(NSF).

Østlie, I.L og A. Finset(2004) Det går på selvfølelsen løs: En fenomenologisk studie av tre kvinner med revmatisk sykdom og deres opplevelse av påkjenninger og sosial støtte i dagliglivet, I: *Vård i Norden*, vol.24, nr.1, s.9-13. Tilgjengelig fra:

<http://www.artikel.nu/Public/Main.aspx> [lest:25.02.08]