

# **Hva bør sykepleier fokusere på for at hjemmeboende KOLS-pasienter skal oppleve trygghet?**

Bacheloroppgave i sykepleie  
Ved HSH – avdeling Haugesund  
Våren 2009  
Kandidatnummer: 32  
Antall ord: 7452

## *Sammendrag norsk og engelsk*

Beregninger fra Europa og Nord-Amerika viser at mellom fire og ti prosent av den voksne befolkningen har KOLS i ulike land. I 2020 har WHO anslått at KOLS vil være den fjerde hyppigste dødsårsak i verden. Valg av tema ble gjort da jeg var student i hjemmesykepleien og fikk inntrykket av at sykepleierne virker usikre og manglet kunnskap om trygghet i forhold til KOLS-pasienter. Denne undersøkelsen vil være en læring for hvordan en kommer frem til kunnskapsbasert sykepleie og det å lære mest mulig om trygghet og relevante sykepleietiltak i forhold til at pasientene skal oppleve trygghet. Målet er derfor at pasienter som lever med KOLS skal oppleve trygghet i hverdagen ved å få bedre kontroll over seg selv.

Litteraturstudie er brukt som datainnsamlingsmetode. Funnene viser at kommunikasjon og kontroll, det å stole på hverandre og å være i en relasjon er viktige nøkkelord. Trusselen for hva som kan komme til å skje viss pasienten får et pusteanfall, er det som kan utløse angst. Derfor er det fryktelig vanskelig for mange KOLS-pasienter å være hjemme alene. Har pasienten en opplevelse av kontroll, vil det være mye lettere for han å føle trygghet. Det vil også være viktig at sykepleieren og pasienten får til en relasjon med hverandre og den enkleste måten å få til dette er ved å kommunisere og at pasienten stoler på at sykepleieren gjør hva hun kan for at han skal ha det best mulig.

Calculations from Europa and North-America shows that between four and ten percent of the growing population in different countries have COPD. WHO has estimated that within the year 2020, COPD will be the fourth most frequent death cause in the world. I chose the subject while I was a student in "homenursing". At that time I was left with the impression that the nurses were unsecure and lacked knowledge and confidence relating to pasients with COPD disease. This survey will be looking at how to obtain knowledge-based nursing and learning the most about safety and relevant nursing interventions in relation to the patient feeling safe.

The goal is therefore to make the pasients, who have COPD, to feel secure and be in better control of their illness in their everyday life.

"Literature studies" are used as a data collecting method. Records shows that communication and controll, being able to trust each other and having a relationship are important keywords. A seizure which stops breathing activity, can cause an anxiety attack. That's why it's very difficult for many COPD pasients to stay alone in their home. If the pasients experience a

sence of control, it will be much easier to feel safe and secure. It is also very important that the patient/nurse relationship evolves, so that it will be easier for the patient to trust the nurse, and for the nurse to make the patient feel his/her best.

## *Innholdsfortegnelse*

1.0 INNLEDNING .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Presentasjon av problemstillingen:.....	6
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling .....	6
1.4 Hensikten med oppgaven .....	7
1.5 Oppgavens oppbygning.....	7
2.0 METODE .....	8
2.1 Hva er metode .....	8
2.2 Forskningsetikk .....	9
2.3 Innhenting og bearbeidelse av data .....	10
2.4 Kvalitetskriterier og kildekritikk .....	11
3.0 TEORIDEL .....	13
3.1 Om sykdommen KOLS .....	13
3.2 Angst og åndenød.....	14
3.3 Trygghet .....	15
3.4 Aktuelle lover og regler.....	18
3.5 Peplaus teori om mellommenneskelige relasjoner i pleie .....	19
4.0 HVA BØR SYKEPLEIER FOKUSERE PÅ FOR AT HJEMMEBOENDE KOLS- PASIENTER OPPLEVER TRYGGHET?.....	21
4.1 Stole på andre trygghet.....	21
4.2 Relasjonstrygghet .....	23
4.3 Kunnskap og kontrolltrygghet.....	25
5.0 AVSLUTNING .....	27
6.0 LITTERATURLISTE .....	29

## 1.0 INNLEDNING

### *1.1 Bakgrunn for valg av tema*

*”Verdigrunnlag for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert”*

(Norsk sykepleierforbund 2008a) side 4.

Med verdigrunnlaget for sykepleiere i bakgrunnen, bestemte jeg meg for å fordype meg i temaet KOLS, og hva sykepleiere bør fokusere på for at hjemmeboende KOLS-pasienter skal oppleve trygghet. Selve temaet ble klart for meg da jeg var student i hjemmesykepleien, og fikk bli kjent med en rekke pasienter som hadde en alvorlig grad av KOLS, men også andre som ikke var kommet så langt i utviklingen av sykdommen. De med alvorlig grad hadde store utfordringer og strevde mye med pusten. Det var spesielt en pasient som gjorde inntrykk. Pasienten var utrolig svekket i allmentilstanden som følge av KOLS og brukte oksygen døgnet rundt. Hun bodde sammen med mannen sin. Pasienten fikk inhalasjonsmedisiner, men i følge legen hadde de ikke lenger noen virkning. Pasienten fikk dem allikevel fordi hun selv trodde de virket og hun da følte seg tryggere. Jeg kunne merke spesielt godt om mannen ikke var hjemme når vi i hjemmesykepleien kom. Da var hun helt fra seg og viste tydelig en utrygghet. Hun søkte etter å holde i hånden vår og at vi skulle sitte ved hennes side. Mange av sykepleierne ga utrykk for at de kunne for lite om sykdommen og dermed følte seg usikre på hva de skulle gjøre for at pasienten skulle ha det best mulig hjemme. Noen av sykepleierne stod kun i døren og snakket til henne. Sannsynligvis fordi de var usikre på hvordan de skulle hjelpe henne.

Beregninger fra Europa og Nord-Amerika viser at mellom fire og ti prosent av den voksne befolkningen har KOLS i ulike land. Dette viser også befolkningsundersøkelsen gjort av Johannessen i 2005 (Hånes, Nafstad 2007). I følge (Hånes, Nafstad 2007)Hånes, Nafstad (2007) kan en ut fra en internasjonal undersøkelse se at fra 2007 har antall KOLS-tilfeller økt kraftig, jo eldre man blir. I 2020 har WHO anslått at KOLS vil være den fjerde hyppigste dødsårsak i verden, og derfor er det viktig å sette fokus på denne sykdommen og hva vi som sykepleiere kan gjøre for å hjelpe.

Etter å ha lest en del forskning og også sett på gamle studentoppgaver, kan det virke som det er skrevet lite om trygghet til KOLS-pasienter. Det er grunn til å tro at sykepleiere vil komme til å utøve sykepleie til KOLS-pasienter i større eller mindre grad, nesten uansett hvilken arbeidsplass innen helsevesenet en arbeider på. Derfor vil jeg sette fokus på dette viktige temaet gjennom min oppgave, da det ser ut til å bli flere og flere som får sykdommen KOLS. Som sykepleiere har vi ansvar for å ivareta pasienten, og vi kan dermed ha innvirkning på om en KOLS-pasients opplevelse av sykdommen, og hans livskvalitet blir god eller dårlig.

### *1.2 Presentasjon av problemstillingen:*

*”Hva bør sykepleier fokusere på for at hjemmeboende KOLS-pasienter skal oppleve trygghet?”*

### *1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling*

Jeg har i min oppgave om sykdommen KOLS valgt å avgrense oppgaven min til KOLS-pasienter som bor hjemme. Jeg vil legge vekt på trygghet i forhold til denne pasientgruppen. Ved ikke å bevege meg inn på den medikamentelle behandlingen, mener jeg at det er lettere å fokusere på sykepleien, fremfor det medisinskfaglige. Jeg tror i tillegg at sykepleiere i mange tilfeller kan lindre ubehag uten medikamenter, ved hjelp av sin kompetanse og å være nær pasienten. Dette vil jeg sette fokus på i oppgaven. Jeg er allikevel klar over at medikamenter også er viktig for at KOLS-pasienter får det bedre i hverdagen, da disse pasientene jeg skriver om er kommet så langt i sin sykdom at de oftest trenger bronkodilaterende medikamenter, oksygen og inhalasjonsglukokortikoider (Jacobsen et al. 2001). Oppgaven vil omhandle dem med langtkommen sykdom som strever med alvorlig dyspnè.

Pårørende vil selvfølgelig spille en viktig rolle hos alle KOLS-pasienter når det gjelder trygghet og livskvalitet, men jeg velger likevel ikke å gå særlig mye inn på dette i denne oppgaven. Jeg har valgt å konsentrere meg om forholdet mellom pasient og sykepleier og derfor er pårørende lite sentrale i denne oppgaven. Jeg har valgt å kalle pasienten for han. Dette grunnet uoversiktighet om en bruker både han og henne.

### *1.4 Hensikten med oppgaven*

Hensikten med å gjøre denne undersøkelsen er å sørge for at mennesker i et vanskelig stadium i livet har det best mulig og at vi som sykepleiere skal få bedre kunnskap om denne pasientgruppen. Denne undersøkelsen vil også være en læring for hvordan en kommer frem til kunnskapsbasert sykepleie og det å lære mest mulig om trygghet og relevante sykepleietiltak i forhold til at pasientene skal oppleve trygghet og bedre livskvalitet.

### *1.5 Oppgavens oppbygning*

I oppgaven vil jeg begrunne hvorfor temaet KOLS ble valgt. Metodene som er brukt for å finne litteratur og utvalgte forskningsartikler som blir brukt senere i oppgaven, blir deretter omtalt. I oppgaven vil jeg gjøre rede for de viktigste begrepene som er knyttet til problemstillingen. Dette vil jeg gjøre i teoridelen, med relevant, fag og forskningslitteratur. Deretter følger en drøftingsdel, der den utvalgte teorien om trygghet, sammen med Peplaus sykepleieteori blir drøftet. Drøftingen vil være ut fra funn jeg har gjort i forskningsartikler, sammen med egne vurderinger og erfaringer fra pasientsituasjoner. En avslutning vil forsøke å avrunde det hele.

## 2.0 METODE

### 2.1 Hva er metode

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland 2000). s 71.

En metode kan i følge Tranøy defineres som en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskaper eller å etterprøve påstander med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland 2000). Den kan være til stor hjelp for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Dalland (2000) skriver videre at begrunnelsen for å velge en bestemt metode, vil være at den gir oss gode data og belyser problemstillingen vår på en faglig og interessant måte. Den kvantitative metoden former informasjon om til målbare enheter, som å finne gjennomsnitt i en del av befolkningen. De kvalitative metodene tar mer sikte på å finne mening og opplevelser som ikke kan tallfestes eller er målbare (Dalland 2000).

Denne undersøkelsen har benyttet litteraturstudie som datainnsamlingsmetode. I en litteraturstudie vil informasjonskilden være innsamlet litteratur, på samme måte som informanten i et intervju er informasjonskilden vi bruker (Olsson, Sørensen 2003). Spørsmålene en stiller seg kan besvares ved å identifisere, velge ut forskning, analysere og vurdere relevant forskning som en har valgt seg ut (Forsberg, Wengström 2008). I følge Forsberg, Wengström (2008) vil all forskning og forskningsprosessen begynne med en allmen litteraturgjennomgang. I en litteraturstudie er det viktig at problemstillingen er klart formulert. En må også ha tydelige, beskrevne kriterier og metoder for søking og utvelging av artikler.

## *2.2 Forskningsetikk*

Gjennom en litteraturstudie skal en forholde seg til lover og regler, i tillegg til etikken rundt den. Det å gjengi informasjon fra en kilde, uten at vi refererer til den, kalles plagiering (Rienecker et al. 2006). Dette gjelder også ved bruk av sitering, omskriving og å oppsummere, skriver Dalland (2000). Denne oppgaven følger Harvard-systemet som blir brukt ved bl.a Høgskolen Stord /Haugesund og gjengir kildene i samsvar med retningslinjene for dette. Det vil i denne bacheloroppgaven bli brukt refworks for å skrive kildene riktig. Det er også viktig å holde seg på passende avstand fra kildene, slik at en ikke ligger for tett opp mot kilden, noe en kaller avsmitting (Rienecker et al. 2006). Det kan i følge Dalland (2000) være en fordel å bruke primære kilder fremfor sekundære for å forhindre eventuelle feiltolkninger fra forfatteren til sekundærkilden. Det hender at primære forfattere er lite tilgjengelige og da må vi bruke sekundærlitteratur. Det vil i denne oppgaven være ønskelig å bruke primærkilder så godt det lar seg gjøre, men ser det som sannsynlig å bruke en del sekundærlitteratur for å finne svar på problemstillingen for undersøkelsen.

### *2.3 Innhenting og bearbeidelse av data*

I innhenting av data ble biblioteket på høyskolen brukt og det ble søkt gjennom bibliotekets egen database bibseys for å finne aktuell litteratur. Det var noen vanskeligheter med å finne aktuelle bøker, da disse var utlånt og det var venteliste på disse bøkene. Etter mye leting, veiledning og stor tålmodighet fikk jeg tak i en del relevante bøker. Søkemotoren ProQuest som gir tilgang til ca 2200 tidsskrifter i fulltekst innen fagområdene sykepleie, medisin, helseadministrasjon og psykologi ble brukt for å finne artikler (Rienecker et al. 2006), men det var vanskelig å finne artikler om trygghet. Artikler om KOLS var nokså lett å finne, men å finne artikler om KOLS og trygghet sammen, viste seg å bli vanskelig. Vård i Norden, sykepleien og SweMed+ som er en nordisk artikkelbase for helsefag hadde noen aktuelle artikler. Ved innhenting av data, ble det brukt aktuelle pensumrelaterte bøker og bøker som er til låns på biblioteket. Ved litteraturstudie finnes det ingen regler for hvor mange artikler en trenger med i studien (Forsberg, Wengström 2008). Det viktigste er at innholdet stemmer med problemstillingen. Artikkelen jeg skal bruke vil være på engelsk, svensk og norsk. Det ble funnet en doktorgrad om KOLS og trygghet men denne var utilgjengelig. Forfatteren ble kontaktet på email, men dessverre uten å få svar. Søkeordene for artikkelsøk til oppgaven er på norsk: trygghet, følelser, mestring, dyspne, sykepleie, KOLS, livskvalitet, angst og på engelsk : safety, unsafety, stress, quality of life, chronic illness, caring, nursing, elderly,

## 2.4 Kvalitetskriterier og kildekritikk

For at en studie skal bli betraktet som god, er det noen kvalitetskriterier som er viktig å følge. En må se etter at studien har en hypotese eller tydelig problemstilling (Forsberg, Wengström 2008). All forskning blir vurdert på bakgrunn av kvaliteten på de brukte metodene. Det er viktig at tolkningen må være forankret i et empirisk underlag, uansett hva syn en har på virkeligheten (Olsson, Sörensen 2003). Kildekritikk vil si å vurdere og å karakterisere den litteraturen som skal brukes i oppgaven (Dalland 2000). Dalland (2000) skriver videre at hensikten med kildekritikk er at leseren skal forstå de refleksjonene som forskeren gjør i undersøkelsen. Kildekritikk er viktig for å vise at vi er i stand til å forholde oss kritisk til kildematerialet som brukes i oppgaven. Målet vil være å vise leseren den litteraturen en har hatt til rådighet (Dalland 2000). En kan se på om innholdet har relevans og gyldighet i forhold til å belyse den aktuelle problemstillingen. Vi skal videre vurdere i hvilken grad teorien og resultatet vi fant i studien, lar seg bruke til å beskrive problemstillingen vår. Det å se på om litteraturen er tilstrekkelig oppdatert i forhold til dagens situasjon er også viktig. Mine kriterier for litteraturgjennomgang vil være at artikkelen skriver om kols, trygghet eller følelser og at det handler om hjemmeboende eldre KOLS-pasienter.

Jeg har valgt å bruke et kapittel i Gjengedal og Jakobsen fra 2001 hvor forfatteren presenterer funn fra sin studie om følelser og mestring hos pasienter med KOLS. Hensikten med studien var å beskrive følelsene til pasienten og mestring av situasjonen rundt dyspné. Det å prøve å sette seg inn i hvordan pasientene opplever å leve med KOLS, tror jeg kan være positivt for denne bacheloroppgaven.

I sense of coherence, spirituality, stress og quality of life if chronic illness av Cheryl Delgado fra 2007 fant jeg spennende litteratur. Sense of coherence stilles i samme kategori som begrepene trygg identitet, opplevelse av kontroll og optimisme (Mæland 2005) og dette er viktige begreper for KOLS-pasienter.

Siden det er trygghet som er et av nøkkelordene i problemstillingen min, var det viktig for meg å lese studier som omhandlet trygghet. Derfor brukte jeg den kvalitative studien til Rolf Thorsen (1997) om å skape trygghet. Jeg leste også en kvalitativ artikkel om mannlige pasienter med hjertesvikt og deres erfaringer med å være trygge og utrygge (Burstrøm et al.

2007). Det er ikke hjertesvikt jeg skriver om i oppgaven, men mange av erfaringene rundt trygghet tror jeg er like uansett hvilken sykdom en har. Boken til Kerstin Segesten (1994) om pasienters opplevelser av trygghet og utrygghet står helt sentralt i oppgaven. Jeg vil i utgangspunktet ikke bruke litteratur som er eldre enn ti år i oppgaven, men har valgt å bruke Segestens bok (1994) og Thorsens forskning (1997) rundt trygghet. Dette fordi det var vanskelig å finne forskning om trygghet og Segesten fremdeles blir nevnt i ny litteratur. Segestens studie om trygghet er utført blant inneliggende pasienter på et sykehus, men slik jeg leser den artikkelen er den også svært aktuell for pasienter med KOLS som bor hjemme.

## 3.0 TEORIDEL

### 3.1 Om sykdommen KOLS

KOLS er definert fysiologisk som en kronisk innsnevring av luftveiene som vanligvis progredierer gradvis over mange år. Den kroniske innsnevringen (obstruksjon) av bronkiene kjennetegnes av redusert maksimal luftstrøm og for langsom tømning av lungene for luft (Sundset 2001). KOLS er en samlebetegnelse for kronisk astma, emfysem og kronisk bronkitt og skyldes en kronisk betennelse, nedbryting av elastiske bindevevsfibrer og arraktige forandringer i luftveiene (Oksholm 2008). I følge Oksholm (2008) er hovedårsaken røyking, men også luftforurensing og arvelige egenskaper spiller en rolle. Sykdommen fører ofte til hyppige infeksjoner. Dette fordi legemiddelbruk av for eksempel glukokortikoider senker immunforsvaret og dermed blir infeksjonsfaren ytterligere økt.

Symptomene kommer smygende, man venner seg til å være trøtt, andpusten, og som røykere, å ha dårlig kondisjon (Lernfelt 2006). Kronisk hoste med ekspektorat, særlig om morgenen er typisk ved denne sykdommen (Jacobsen et al. 2001). En kan også høre en karakteristisk pipelyd under ekspirasjonsfasen som også er forlenget. Dyspné er ofte symptom som kommer sent i sykdomsutviklingen og skyldes betydelig obstruksjon eller komplikasjoner som hjertesvikt eller emfysem (Jacobsen et al. 2001). Pasienter vil etter hvert oppleve at det blir vanskelig å puste inn og spesielt ut, fordi lungene blir mer og mer overfylte, såkalt hyperinflaterte (Sorknæs 2001). For å stille diagnosen KOLS kreves det spirometri. Denne undersøkelsen gir også viktig informasjon om sykdommens alvorlighetsgrad og prognose (Lernfelt 2006). Det måles hvor mye luft pasienten orker å presse ut i løpet av 1 sekund, såkalt FEV1 og totalt etter en maksimal inspirasjon (FVC) (Sorknæs 2001). I følge Sorknæs (2001) vil FEV1 ved KOLS være mindre enn 70 % av FVC når en måler gjentatte ganger i stabil fase. Behandlingen for KOLS-pasienter vil for røykere være å slutte, disponerende forhold i miljøet må ordnes og eventuelle infeksjoner må behandles (Jacobsen et al. 2001). KOLS-pasienter kan ikke bli friske, og behandlingen og rehabiliteringen er til for å gjøre tilværelsen så god som overhodet mulig (Sorknæs 2001). Jacobsen et al (2000) støtter det Sorknæs skriver, men sier at bronkodilaterende medikamenter, fysioterapi og inhalasjonsmedikamenter i tillegg til oksygen også kan være nødvendig for disse pasientene.

### *3.2 Angst og åndenød*

I følge Peplau (1952) er angst en energi som er utløst av en opplevd trussel mot individets sikkerhet. Trusselen kan være virkelig eller innbilt, og av indre eller ytre art. Angst omfatter alt fra lettere angst til moderat og sterk/tung angst og over til panikk. Angst blir også betraktet som et universelt fenomen (Forchuk, O'Connor & Evans 1995).

KOLS medfører ikke bare fysiske plager som pustebesvær, hoste og tretthet, men pasientene er også ofte plaget med angst (Andenæs 2005). Alle mennesker vil ha en oppfatning av hva det å ha pusteproblemer er, men dette vil i følge Travelbee (2001) oppleves forskjellig fra person til person (Travelbee 2001). Åndenød er utrolig ubehagelig, medfører sterk angst som igjen vil forverre dyspneen og en vond sirkel er i gang (Sorknæs 2001). Pasienten kan få følelsen av å bli kvalt, at han ikke klarer å trekke pusten helt ned i lungene, brystkassen snører seg sammen og selv om han trekker pusten slik han pleier, vil det ikke hjelpe. Dette vil for mange føre til at de gjør alt for å slippe denne følelsen igjen og blir redd for å være alene, eller være med på fysiske aktiviteter (Sorknæs 2001). Det er ved forverringene at den stabile fasen forandrer seg, pustebesværet øker og toleransegrensen brytes (Andenæs 2001). Pasientens vurdering av situasjonen vil avgjøre hvilke følelser som vekkes, og vurderes stressoren som stressende og truende, kan det i noen tilfeller vekke angst hos pasienten. I følge Andenæs (2001) vil omstendighetene rundt pasienten påvirke denne vurderingen. Hvordan pustebesværet utvikler seg, har pasienten medisinerne sine med, og hvor befinner han seg, er faktorer som kan stresse situasjonen og i verste fall forverre pustebesværet.

### 3.3 Trygghet

*Människan behöver känna trygghet för sin helse. En av förutsättningarna härför är att omgivningen är sådan att hälsan inte riskeras. Man måste kunna lita på att kännedom om hälsorisker förmedlas både till en själv och till dem som ansvarar för och har möjlighet att påverka förhållanden i den miljö man lever i.*

*I tryggheten ingår att veta att hjälp står til buds när sjukdom eller skada inträffar. Detta innebär i första hand en visshet om att resurser över huvud taget finns för vård og hjälp. I andra hand ligger i denna trygghet kännedom om var och när vården är tillgänglig och på vilket sätt den vårdsökande kan få del av den.*

*Att veta att vård kan erbjudas är emellertid inte tillräckligt för trygghet. Vården måste dessutom uppfylla högt ställda medicinska krav och önskemål om personligt omhändertagande.*

(Segesten 1994) side 9.

Man kan i den faktiske virkeligheten finne og skape forutsetninger for tryggheten, men opplevelsen av selve tryggheten eller utryggheten, er det bare den enkelte person som har (Segesten 1994). Segesten skiller trygghet som følelse, den indre tryggheten og den ytre tryggheten. Hun mener at den indre tryggheten er en indre tilstand og den fremkommer ved en positiv oppvekst og i forankringen i et livssyn. Den ytre tryggheten blir knyttet til våre relasjoner til omverdenen. Segesten deler deretter den ytre tryggheten inn ulike dimensjoner. Jeg har valgt å ta med noen av disse. Kerstin Segesten (1994) er blant annet opptatt av relasjonstryggheten. Den kommer til uttrykk gjennom nettverket av mennesker, varme og nære relasjoner. Kvalitetene som utmerker disse relasjonene kan være om de viser åpenhet, forståelse og ærlighet. Vi mennesker søker en relasjon der man blir hørt og trodd, der man ikke trenger å gardere seg og man føler seg respektert (Segesten 1994).

Om vi opplever oss trygge i en situasjon, vil vi sannsynligvis bære med oss denne trygge opplevelsen til neste gang vi kommer i samme situasjon (Thorsen 1997). Tryggheten vil i denne sammenhengen være en måte å møte livet på og ikke bare en følgetilstand. Trygghet har også vært omtalt som behov, men faren ved å se på trygghet kun som et behov, kan være

med å stenge for andre tolkninger. Vi kan ikke skape trygghet, men vi må stadig søke etter hva vi kan gjøre for å gi rom for tryggheten hos den andre. Dette er ikke alltid så enkelt da det ikke er sikkert det som gjør oss trygge vil gjøre den andre trygg (Thorsen 1997). Segesten (1994) er også opptatt av å stole på andre mennesker når man har havnet i en situasjon man ikke selv har kontrollen over. Hun sier det er viktig for tryggheten at det finnes hjelp og at den er oppnåelig. Det er også viktig for pasienten at behandlingen finnes tilgjengelig om en skulle trenge det, samt at det finnes eksperter, kunnskap og det å få lov å være i ”trygge hender”. I boken til Segesten (1994) har hun tatt med studier hun har foretatt seg. Der viser det seg at det er trusselen og ikke de faktiske forholdene rundt for eksempel en sykdom som skaper utrygghetsfølelse. Det kom frem at det pasientene visste hadde de en mulighet for å håndtere, men uvissheten som kommer med sykdommen er i følge undersøkelsen svært vanskelig å bære. Trusselen og utryggheten blir beskrevet som skremmende, pasientene føler seg utlevert, en urolighetsfølelse, de er svært bekymret og har en angstfølelse (Segesten 1994).

Det har innen sykepleien vært vanlig å se trygghet som et behov vi mennesker har. Den humanistiske psykologen Abraham Maslow skiller mellom mangelbehov og vekstbehov (Thorsen 2005). Maslow setter de grunnleggende behovene for mat, drikke og søvn først i behovspyramiden sin, og om de fysiologiske behovene er relativt godt tilfredstilt, kan andre trygghetsbehov som behov for sikkerhet, stabilitet, tillit og frihet fra frykt og uro tilfredsstilles. Når trygghetsbehovene er tilfredstilt, kan følelsen av selvtillit og følelsen av å være verdifull få vokse frem (Burstrøm et al. 2007).

Joyce Travelbee (2001) ser i retning av et psykologisk perspektiv. Noen av disse pasientene føler seg utrygge fordi respirasjonen er besværet, og angsten fører til større pustebesvær. Sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdommen og lidelsen, og om nødvendig skal sykepleierne hjelpe til å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 2001). Travelbee (2001) er opptatt av et menneske-til-menneske-forhold i sykepleien. Det vil si at sykepleieren og den som har behov for sykepleierens tjenester deler noen erfaringer og opplevelser. I følge Travelbee står opplevelsen av lidelse og tap sentralt i teorien. Joyce Travelbee (2001) fokuserer veldig mye på kommunikasjon, og at sykepleieren skal hjelpe mennesket til å finne mening og mestre livet under sykdom og lidelse

Virginia Henderson hevder at alle mennesker, om de er friske eller syke, har noen grunnleggende behov (Kirkevold 1998). Det er utrolig enkelt for sykepleieren å misforstå pasientens behov, om hun ikke drøfter sin tolkning med pasienten (Henderson 1998). I sykepleiens grunnprinsipper identifiserer hun at alle trenger mat, hus, klær, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og det å ha gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den medmenneskelige sammenhengen. Henderson har identifisert 14 komponenter som sykepleiegrunnleggende gjøremål. Der tar hun blant annet for seg det å kunne hjelpe pasienten til å puste normalt og det å kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger. Henderson (1998) mener at det å sette seg inn i et annet menneske og hans situasjon er alltid en vanskelig prosess, og den lykkes bare delvis. Denne prosessen krever et lyttende øre og konstant observasjon. Den krever også en tolkning av ikke-verbal kommunikasjon. I følge Henderson kreves også stor selvinnsikt hos sykepleierne, som å vedkjenne seg følelser som hindrer henne i å konsentrere seg om pasienten sitt behov og hjelpe pasienten til å oppfylle disse behovene (Henderson 1998).

### *3.4 Aktuelle lover og regler*

I Stortingsmelding nr 26 fra 1999-2000 står det om trygghet for omsorgsfull og kyndig tjeneste (Helse og omsorgsdepartementet 1999-2000). For yrkesgruppene i helsesektoren er det den tradisjonelle etikken som står sterkt sentralt når det gjelder møtet mellom pasient og den som behandler pasienten. De fleste yrkesgrupper har felt ned de etiske prinsipp i skriftlige retningslinjer, som de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2008b). Kjernen i dette verdisetet er at pasienten skal ha tiltro til helsevesenet og at han får et tilbud som er best mulig tilpasset situasjonen han er kommet opp i. Tilbudet skal være faglig forsvarlig og bygge på god teoretisk og praktisk fagkunnskap.

I lov om pasientrettigheter § 1-1 står det om lovens formål som er å bidra til at befolkningen får lik tilgang på helsehjelp, ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten (Helse og Omsorgsdepartementet 1999). Det står videre at lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen vil i samhandlingsreformen fra første januar 2009, legge til rette for at pasienter i større grad skal bli behandlet utenfor sykehusene (Kalvø 2008). Kalvø (2008) skriver om forbundslederen i Norsk sykepleierforbund som mener dette er et stort steg mot det å få fastsykepleier i kommunen, noe som vil være svært positivt for pasientene. Tanken bak fastsykepleierne i kommunen, er at de skal arbeide tett opp mot fastlegen, de skal ha et spesielt fokus på å unngå at eksisterende sykdom forverrer seg, og hindre at ny sykdom oppstår (Helmers Block 2008).

I helsepersonelloven står det at tryggheten til pasientene skal sikres, kvaliteten i helsetjenesten skal sikres og en skal skape grunnlag for at folk skal ha tillit til helsepersonell og helsetjenester (Solheim, Aarheim 2004).

Solheim og Aarheim (2004) skriver at kommunehelsetjenesteloven slår fast at kommunen skal sørge for nødvendig helsehjelp for alle som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen. Lov og forskrifter slår fast at hjemmesykepleie er et tilbud til alle aldersgrupper som trenger behandling, pleie og omsorg i hjemmet av fysisk og psykisk art. Det som særlig blir vektlagt er informasjon, støtte og undervisning.

### *3.5 Peplaus teori om mellommenneskelige relasjoner i pleie*

Hildegard E Peplau skriver om hvor viktig det er med trygghet i forhold til sykepleier og pasient og er svært relevant for denne undersøkelsen om trygghet til KOLS-pasienter.

Peplaus teori har gjort det mulig for sykepleierne å gå fra å gjøre noe for pasientene, til å gjøre noe sammen med dem (Forchuk, O'Connor & Evans 1995). Peplau ser på kommunikasjon som en stor del av relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (Peplau 1952). Et generelt prinsipp er at pasienten sannsynligvis ikke prater om alt han opplever når han er sammen med sykepleieren, og det som ikke diskuteres kan heller ikke forstås, sier Peplau. I følge Peplau (Engqvist et al. 2007) innebærer en bra sykepleie et trygt og støttende forhold mellom pasient og sykepleier, der det er viktig at begge kan kommunisere og forstå hverandres tanker og følelser. Slik kan pasienten finne alternativer å leve med eller løse problemene og bekymringene

Peplau skriver om fire faser for utvikling i sykepleier og pasientforholdet (Peplau 1952). Det handler om orientering, identifisering, utnyttelse og løsningsfasen. Disse begrepene er ment å skulle overlape hverandre og kommer i følge Peplau (1952) inn i enhver sykepleiesituasjon. I disse fasene lærer sykepleieren og pasienten hverandre å kjenne og pasienten begynner å få tillit til sykepleieren. Pasienten identifiserer de problemer som skal arbeides med.

Utnyttelsesfasen skjer når pasienten begynner å bruke sykepleierens tjenester, for igjen å bearbeide sine identifiserte problemer. Løsningsfasen skjer når de faktiske problemene blir løst og er et punkt da relasjonen skal avsluttes. Det er viktig å skape en relasjon til den som trenger hjelp slik også Peplau skriver i sin teori. Dette for å gi støtte og trygghet og for å bygge opp et godt samarbeid (Peplau 1952).

Det er bare pasienten selv som vet hvilke behov han har, og han er ikke alltid i stand til å identifisere disse behovene selv (Peplau 1952). Det kan i følge Peplau (1952) være at han føler en spenning som trenger å utvikle seg og det å kunne lytte til behovene pasienten har, slik at personligheten kan utvikle seg videre er viktig. Det er en måte å bruke sykepleie på som en "sosial force" som hjelper mennesker til å identifisere hva de behøver hjelp til og føle en frihet for. Denne identifiseringen av behovene skjer mellom sykepleier og pasient og ved at de kommuniserer med hverandre i det interpersonlige forholdet som Peplau er svært opptatt

av i sin teori. Sykepleiere som hjelper pasienten til å føle seg trygg, slik at han kan få uttrykt sine behov og kjenne en tilfredsstillelse ved dette, vil også hjelpe pasienten til å bli sterkere personlig (Peplau 1952).

## 4.0 HVA BØR SYKEPLEIER FOKUSERE PÅ FOR AT HJEMMEBOENDE KOLS-PASIENTER OPPLEVER TRYGGHET?

Etter å ha studert forskningsartikler og litteratur fra bøker har jeg kommet frem til at følgende begreper har stor betydning for å fremme trygghet hos disse pasientene:

- Å stole på andre trygghet
- Relasjonstrygghet
- Kunnskap og kontrolltrygghet

Dette er i følge Segesten, men også Peplau svært viktige begreper når det gjelder trygghet (Segesten 1994, Peplau 1952).

### *4.1 Stole på andre trygghet*

Selv om vi som mennesker er likeverdige, vil vi som sykepleiere og pasienter ikke være likestilte. Dette kan forklares med at den som har en KOLS diagnose er avhengig av en kompetanse de selv sannsynligvis ikke har. Vi som sykepleiere, gjennom våre holdinger og handlinger kan lett gjøre pasienten sårbar, og tilliten kan svikte. Stikkord her vil være empati, det å ha medfølelse, gi støtte og innlevelse for andres livssituasjon (Peplau 1952, Holm 2005).

Fra studien om følelser og mestring for KOLS-pasienter, var et av funnene en stor frykt for å bli avvist (Andenæs 2001). Andenæs (2001) fant også at redselen for ikke å bli trodd på av helsepersonell var et stort problem for KOLS-pasientene. Informantene i Segestens (1994) empiriske undersøkelse om trygghet uttalte også at de var redde for ikke å få hjelp. En av de intervjuede hadde fått beskjed siste gang hun trengte hjelp, at hun kom unødvendig og for henne ble det da naturlig å vente lenger neste gang, før hun ringte etter hjelp. En av informantene i studien mente at trygghet var å vite at han virkelig gjorde det rette når han søkte hjelp (Segesten 1994). Pasienter som føler seg dårlige og er engstelige, trenger hjelp øyeblikkelig. Når pasientene ikke får den hjelpen de trenger, fordi helsepersonellet ikke tar

dem på alvor, kan en se at frustrasjonen kan komme. Det vil være naturlig for pasienten å vente lengst mulig som tidligere beskrevet, før en ber om hjelp neste gang, men da kan selvfølgelig situasjonen rundt sykdommen ha forverret seg, noe som igjen kan føre til at det er vanskeligere å hjelpe pasienten. KOLS-pasienter kan ikke bli friske, sier Sorknæs (2001), men vi som sykepleiere bør ha som mål å gjøre livet best mulig for disse pasientene, slik at de opplever trygghet og livskvalitet. De fleste pasienter blir nok tatt på alvor, men skal vi tro undersøkelsen til Andenæs (2001) og også Segesten (1994) er frykten for å bli avvist stor uansett. Som sykepleier vil det være helt nødvendig å oppnå tillit til pasienten så raskt som mulig og forklare for pasienten at han ikke må være redd for å be om hjelp når han skulle trenge det. Dette står også nedfelt i helsepersonelloven og pasientrettighetsloven der tryggheten til pasientene skal sikres, kvaliteten i helsetjenesten skal også sikres og det skal fremmes et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient (Helse og Omsorgsdepartementet 1999, Solheim, Aarheim 2004).

Pasienter med KOLS vil nok være utrolig sårbare. Mange av disse pasientene lever med en konstant trussel for deres sikkerhet, som følge av at de plutselig kan få et akutt pusteproblem, og få følelsen av å bli kvalt (Sorknæs 2001). Denne trusselen utløser i følge Peplau (1952) en angst. Derfor vil det å skape tillit til disse pasientene være avgjørende for resultatet av den videre sykepleien. Det å kunne stole på noen i en situasjon der du er syk og sårbar, tror jeg er veldig viktig. Det å skape tillit til noen er en prosess som nødvendigvis vil ta litt tid. Travelbee (2001) sier også at sykdom og lidelse hos mennesker med alvorlige sykdommer er personlige, og at de fleste opplever det veldig meningsløst at de er blitt alvorlig syke. Sykepleieren har derfor en viktig oppgave her. Den syke trenger gode rutiner og oppfølging og det å kunne føle seg trygg i situasjonen og sykepleien som utøves (Travelbee 2001). Sykepleieteoretikeren Travelbee (2001) er opptatt av et menneske til menneskeforhold, der tillit og det å stole på hverandre spiller en stor rolle. Dette mener også Peplau (1952) da hun sier at en bra sykepleie innebærer et trygt og støttende forhold mellom pasient og sykepleier. Derfor kan en si ut fra sykepleieteoretikerne Peplau og Travelbee, at det vil være helt avgjørende at situasjonen pasienten er i blir positiv fra første stund.

Mange har nok opplevd situasjoner med helsevesenet som ikke er særlig tillitskapende og dette vil føles frustrerende om en er i en sårbar situasjon, som ved sykdommen KOLS. Samtidig kommer nok også følelsen av at helsevesenet utøver og har stor makt. De fleste av oss kjenner nok på følelsen av å ikke bli tatt på alvor når vi har en mistanke om noe er galt, og

legen eller sykepleierne ikke vil ta oss seriøst. Om vi kommer i en situasjon der vi opplever oss trygge vil sannsynligheten for at vi også opplever trygghet neste gang vi kommer i samme situasjon være stor (Thorsen 1997). I stortingsmelding nr 26 er det bestemt at helsetjenesten skal være omsorgsfull og kyndig (Helse og omsorgsdepartementet 1999-2000). For å få dette til må pasienten ha tiltro til helsevesenet, og han må få et tilbud som er best mulig tilpasset hans situasjon.

#### *4.2 Relasjonstrygghet*

Relasjonstryggheten kommer til uttrykk gjennom nettverket av mennesker, varme og nære relasjoner, skriver Kerstin Segesten (1994). Vi mennesker søker etter en relasjon hvor man blir hørt og trodd, hvor en ikke trenger å gardere seg og føler seg respektert. Åpenhet, forståelse og ærlighet er viktige begreper innen denne relasjonen (Segesten 1994). Ettersom sykepleieren lytter til pasienten vil sykepleieren utvikle et generelt inntrykk av pasientens situasjon, og sykepleieren må etterpå forvise seg om at disse antakelsene er riktige, sier Peplau (1952). Min erfaring er at KOLS-pasienter trenger tid. De trenger kanskje ti minutter for å samle seg og få så mye pust at de kan snakke. For å skape en relasjon gjennom kommunikasjon, som Peplau (1952) skriver, må sykepleierne være tålmodige og vise at de har tid til pasientene. Dette kan være en utfordring for sykepleierne, da det i hjemmesykepleien er liten tid til hver enkelt pasient. Kanskje må sykepleieren snakke på en slik måte at pasientene ikke trenger å svare (Sorknæs 2001). I slike situasjoner må en se an situasjonen og hvor mye pasienten strever med å få puste. Pasienten kan bli utrygg med tanke på å måtte snakke, når han kjenner han ikke har pust til å gjennomføre dette.

I følge Andenæs (2001) er det viktig å skape en god relasjon der sykepleier og pasient kan reflektere rundt situasjoner som oppstår og de aktuelle følelser som er involvert. En bør også diskutere om handlingene sykepleieren og pasienten valgte var hensiktsmessige, skriver Andenæs (2001) og Sorknæs (2001). Det bør være viktig for sykepleieren at pasienten er tilfreds i situasjonen. Derfor er det viktig for videre samarbeid mellom sykepleieren og pasienten at de setter seg ned og prater om hvordan pasienten opplevde situasjonen ved en akutt situasjon som oppstod, på grunn av KOLS sykdommen han har. For en av informantene i Segestens studie (1994) var det absolutt viktigste i livet hans å være et sted der det var mennesker rundt han som han stolte på, og kunne få hjelp når pusteproblemene ble for store

og vanskelige. Her vil det å bygge en relasjon være viktig slik at pasienten kan få hjelp om han trenger det, av noen han da stoler på vil gjøre det beste for han og hans situasjon.

Peplau (1952) sier at kommunikasjon er svært viktig for å bygge en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Fra mine egne erfaringer som jeg skrev om i punkt 1.1 stod sykepleierne i døren hos KOLS-pasienten og snakket til henne. De gikk ikke inn, satte seg ikke hos henne og spurte ikke om hun hadde det bra. Som sykepleier mener jeg at for å bygge en relasjon, er det ikke nok å stå i døren og prate med en engstelig pasient. Dette vil sannsynligvis føre til at pasienten ikke føler noen relasjon med disse sykepleierne, og pasienten vil nok derfor ikke føle tilstrekkelig støtte og trygghet, noe Peplau (1952) og Segesten (1994) påpeker. Men det er ikke så enkelt å vite hva som gjør de ulike pasientene trygge, da det ikke er sikkert det som gjør en pasient trygg, er det samme for den neste en kommer til (Thorsen 1997). KOLS-pasienten jeg skrev om i innledningen fikk medisiner av legen. Ikke fordi legen trodde de hadde noen funksjon lenger, men fordi pasienten følte seg tryggere om hun fikk bruke disse. Derfor vil jeg hevde at det Peplau (1952) sier om å snakke sammen om problemene og finne ut hva den enkelte pasient trenger i livet sitt, er viktig. Pasientene ser det som viktig at sykepleierne viser vennlighet, tålmodighet, interesse, lytter til dem og tar pasientene på alvor, for at de skal føle seg trygge (Segesten 1994). For KOLS-pasienter som ofte er engstelige, tror jeg det kan være viktig med nærhet. Dette gjelder selvfølgelig ikke alle pasientene, men det kan være lurt å prøve seg forsiktig frem. Det at noen stryker en på ryggen for eksempel ved et åndenødsanfall, tror jeg virker tryggende. Pasienten jeg skrev om i punkt 1.1 opplevde det å bli strøket på ryggen, og holdt i hånden, som veldig betryggende. Det er selvfølgelig vanskelig å sette seg inn i et annet menneske og hans situasjon og det er ikke alltid det lykkes helt, men vi som sykepleiere må alltid forsøke (Henderson 1998). Sykepleierne jeg observerte i praksis oppfylte bare de fysiske behovene til pasienten. Med det mener jeg å gi medisin, lage mat og hjelpe pasienten med personlig hygiene. Men hvorfor blir KOLS-pasienter forsømt på det psykiske plan? Kanskje det skyldes at sykepleierne har for liten tid, eller kommer det av prioriteringer som blir gjort av den enkelte sykepleier?

I følge Andenæs (2001) er det i Storbritannia prøvd ut et tilbud til KOLS-pasienter, der de blir behandlet og fulgt opp av en respirasjonssykepleier i sitt eget hjem. Sykepleieren besøker pasienten daglig for å undersøke pasienten eller gi støtte og undervisning om pasienten behøver det. Resultatene viser at de fleste er glade for å bli behandlet i hjemmet, og

undersøkelsen viser at tjenesten trolig avhenger like mye av hvor god sykepleien er, enn hvilke medisiner som blir gitt (Andenæs 2001). I følge Kalvø (2008) vil det være sannsynlig at det også kommer en fastsykepleier i kommunene her i Norge, da helseminister Hanssen nå vil legge til rette for økt behandling i hjemmet. Dette tror jeg vil være svært positivt og tryggheten vil sikres for pasientene som vet at det kommer en sykepleier innom hver dag og ser at han har det bra, noe Kalvø (2008) også skriver. En av informantene i Segestens studie (1994) fortalte at det var viktig for han å ha den samme sykepleieren for å føle seg trygg. Dette kan etter min mening også være bra for relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, da pasienten blir godt kjent med sykepleieren og de kan stole på hverandre. Sett fra en annen side kan dette også være negativt for pasienten om han ikke finner kjemi med sykepleieren. Alle mennesker er forskjellige og jeg har erfart fra tidligere arbeid i hjemmesykepleien, at det er noen som finner lettere kjemi med enn andre, og da er det også lettere å bygge en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten.

### *4.3 Kunnskap og kontrolltrygghet*

Som beskrevet i punkt 3.2 medfører ikke bare KOLS fysiske plager, men det kan se ut som pasientene ofte utvikler angst. Det er grunn til å tro at denne angsten kommer som følge av at pasienten ikke har full kontroll over situasjonen. Pasientene har en trussel hengende over seg fordi de ikke vet når en akutt situasjon kommer. Dette igjen fører til at de sliter med å få puste ordentlig, og noen får en følelse av å bli kvalt (Sorknæs 2001, Segesten 1994). Det er i slike situasjoner angsten kommer. Pasienten vil da automatisk gjøre en vurdering av situasjonen og resultatet av denne vurderingen vil avgjøre hvilke følelser som vekkes, og hvor sterk angsten vil komme til å bli (Andenæs 2001).

I følge Andenæs (2001) er de fleste pasienter glade for å få være hjemme, men det er når de har en fastsykepleier som kommer hver dag. Det å være hjemme alene uten å ha fastsykepleier, og pårørende er borte, viser seg å være utrolig vanskelig og angstfullt (Sorknæs 2001, Williams et al. 2007). En av informantene uttalte at han ble svært engstelig for å bli forlatt alene, da datteren fortalte hun skulle reise bort på ferie og være borte en uke (Williams et al. 2007). Dette har jeg også erfart gjennom tidligere praksis i hjemmesykepleie, der pasientene viste at de ikke følte seg trygge når de var hjemme alene. Pårørende ble sett på som en svært viktig brikke i situasjonen og dette førte til at de igjen fikk dårlig samvittighet

for å være borte fra pasienten, noe Sorknæs (2001) også skriver om i sitt kapittel. For pasientene i studien Andenæs (2001) utførte om følelser og mestring var det viktig å få informasjon, slik at de fikk større innsikt i KOLS-sykdommen, noe som igjen førte til større kontroll over situasjonen. De var mer i stand til å tolke symptomene som kom med for eksempel en akutt åndenød. Pasienter som har fått opplæring og informasjon om sykdommen og hvordan de skal håndtere akutte situasjoner som kan skape angst, får en følelse av kontroll, og det blir lettere for dem å håndtere disse problemene. Disse pasientene fortalte at de laget klar for eksempel medisiner på forhånd i tilfelle et akutt anfall skulle komme (Andenæs 2001). Da var de nok mer forberedt og hadde en større kontroll over situasjonen og angsten som sannsynligvis ville komme, sammen med åndenødsanfallet. I de fleste situasjoner, uansett hva det gjelder, vil nok tryggheten avhenge helt av hvor mye innsikt og kontroll en har. Det viste seg også at de pasientene som hadde tro på at sykdommen kunne kontrolleres, ofte viste bedre funksjon og kontroll (Andenæs 2001). Derfor vil en viktig sykepleieroppgave slik jeg ser det i forhold til KOLS-pasienter, være å informere om sykdommen og hvordan han kan få kontroll før angsten får utvikle seg. Det å være delaktig slik Andenæs (2001) skriver, få beskjed om det skjer forandringer, vite at en kan få hjelp av eksperter og ha kontroll over hva som kommer til å skje i fremtiden, støttes av Burström et al (2007). Segesten (1994) skriver også om hvor viktig det er for pasienten at behandlingen finnes tilgjengelig om en skulle trenge det. Hun sier det også er viktig for pasientens trygghet at det finnes eksperter, kunnskap og det å få være i ”trygge hender”.

Livskvalitet innen helse forstås ofte som tilfredshet med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter knyttet til sykdommen (Klopstad Wahl 1998). Livskvaliteten ønsker man skal være så høy som mulig, men pasienter med kroniske sykdommer kan oppleve redusert livskvalitet som følge av sykdommen. Det er derfor en viktig rolle sykepleierne har ovenfor disse pasientene (Klopstad Wahl 1998). Når vi ser på Delgados (2007) studie viste pasientene med sterk sense of coherence mindre stress og de satte livskvaliteten høyere enn de som ble funnet å ha svak sense of coherence. En kunne ikke se noen sammenheng med om lungefunksjonen var god eller dårlig. Segesten (1994) fant i studien sin at det ikke var selve sykdommen som gjorde pasientene utrygge, men trusselen for hva som kan komme til å skje. En kan da tolke dette slik at pasientene som har trusselen under kontroll, også opplever en høy sense of coherence.

## 5.0 AVSLUTNING

Hensikten med denne oppgaven var blant annet å tilegne meg selv og andre sykepleiere mer kunnskap om hvordan vi kan være bedre forberedt i møte med engstelige KOLS-pasienter. Jeg opplever å ha oppnådd lite kunnskaper om trygghet i forhold til KOLS-pasienter gjennom utdanningen. Som nyutdannet sykepleier anser jeg denne kunnskapen som utrolig viktig, da KOLS sykdommen ser ut til å øke sterkt i tiden fremover (Hånes, Nafstad 2007). En vil sannsynligvis møte disse pasientene om en vil arbeide på sykehus, sykehjem eller i hjemmesykepleien som var mitt fokus i denne oppgaven.

Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har jeg fått en bredere forståelse rundt det å yte god sykepleie i forhold til trygghet hos KOLS-pasienter. Erfaringer fra praksis er at disse pasientene, slik jeg ser det, ikke får god nok sykepleie, sannsynligvis på grunn av for lite kompetanse rundt emnet og usikkerhet ovenfor disse pasientene. Jeg savner mer forskning på trygghet i forhold til KOLS-pasienter da det viste seg å være vanskelig å finne relevante artikler.

*Men: hva bør sykepleiere fokusere på for at hjemmeboende KOLS-pasienter opplever trygghet?*

De bør i alle fall gjøre mer enn jeg observerte i praksis. De fleste oppfylte bare fysiske behov som stod på arbeidslisten deres at de skulle utføre. Det kan være vanskelig å også tenke på psykiske plager pasienten har med sin KOLS-sykdom. En annen ting som kan gjøre jobben vanskelig for sykepleierne er at de har veldig lite tid hos den enkelte. KOLS-pasienter trenger tid, men fra egne erfaringer føler du at du har gjort en mye bedre jobb, om du også har satt deg ned og lyttet til hvordan pasienten egentlig har det.

Funnene i de artiklene og annen litteratur jeg fant, viser at psykisk omsorg er det absolutt viktigste sykepleierne bør fokusere på i møte med hjemmeboende KOLS-pasienter. Dette er utrolig viktig for disse pasientene og avgjørende for at de skal føle trygghet og livskvalitet. Sykepleieren kan gjennom kommunikasjon, lytting og virkelig vise at de tror på det

pasientene forteller og tar dem på alvor, vise omsorg og respekt. Det er også viktig at pasienten kan stole på sykepleieren og at de kan være i en relasjon med hverandre. Ved at jeg bruker denne kunnskapen i praksis, kan pasienten oppnå trygghet i forhold til KOLS-sykdommen og forhåpentligvis få en bedre livskvalitet. Jeg ser gjerne at denne kunnskapen blir brukt i praksis.

## 6.0 LITTERATURLISTE

- Andenæs, R. 2005, "Sliter med KOLS", *forskning.no*, [Online], , pp. 15-01-2009. Available from: [www.forskning.no/artikler/2005/desember/1135079822.64/print](http://www.forskning.no/artikler/2005/desember/1135079822.64/print).
- Andenæs, R. 2001, "Følelser og mestring hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS)" in *Sykepleie-praksis og utvikling*, eds. E. Gjengedal & R. Jakobsen, Cappelen Akademisk Forlag, Oslo, pp. 550-561.
- Burström, M., Boman, K., Strandberg, G. & Brulin, C. 2007, "Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga.", *Vård i Norden*, vol. 27, no. 3, pp. 24-28.
- Dalland, O. 2000, *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3. utg edn, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Engqvist, I., Nilsson, A., Nilsson, K. & Sjöström, B. 2007, "Strategies in caring for women with postpartum psychosis-an interview study with psychiatric nurses", *The Authors*, , pp. 1333-1342.
- Forchuk, C., O'Connor, N. & Evans, C.L.S. 1995, *Hildegard E. Peplau, Imogene King, Josephine Paterson och Loretta Zderad*, Studentlittertur, Lund.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 2. utg edn, Natur och kultur, Stockholm.
- Hånes, H. & Nafstad, P. 2007, "KOLS - fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom.", *Nasjonalt Folkehelseinstitutt*, [Online], , pp. 04.01.2009. Available from: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5670&MainArea\\_5661=5670:0:15,3102:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5670=5544:55604::1:5675:2:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5670&MainArea_5661=5670:0:15,3102:1:0:0:::0:0&MainLeft_5670=5544:55604::1:5675:2:::0:0).
- Helmers Block, A. 2008, "Flere sykepleiere!", *Sykepleien*, [Online], , pp. 13.02.2009. Available from: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=20729&categoryID=137>.
- Helse og omsorgsdepartementet 1999-2000, *Om verdier for den norske helsetenesta*, stortingsmelding nr 26 edn, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/Stmeld-nr-26-1999-2000-/4/2.html?id=322125>.
- Helse og Omsorgsdepartementet 1999, *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*, LOV 1999-07-02 nr 63 edn, <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>.
- Henderson, V. 1998, *Sykepleiens natur : en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*, Universitetsforl., Oslo.
- Holm, U. 2005, *Empati : å forstå menneskers følelser*, Gyldendal akademisk, Oslo.

- Jacobsen, D., Lund, K., Solheim, K., Ingvaldsen, B. & Kjeldsen, S.E. 2001, *Sykdomslære : indremedisin, kirurgi og anestesi*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Kalvø, L. 2008, "Et gjennombrudd for sykepleierne", *Sykepleien*, [Online], , pp. 03.02.2009. Available from: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=21486&categoryID=144>.
- Kirkevold, M. 1998, *Sykepleieteorier : analyse og evaluering*, 2. utg edn, Ad notam Gyldendal, Oslo.
- Klopstad Wahl, A. 1998, "Kronisk sykdom og livskvalitet", *Sykepleien*, [Online], no. 20, pp. 07.02.2009. Available from: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=316>.
- Lernfelt, B. 2006, "KOL hos äldre", *Nordisk Geriatrik*, , no. 2.
- Mæland, J.G. 2005, *Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis*, 2. utg edn, Universitetsforl., Oslo.
- Norsk sykepleierforbund 2008a, "Sykepleie-et selvstendig og allsidig fag.", *Norsk sykepleierforbund*, [Online], , pp. 10.02.2009. Available from: <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Fag/Sykepleie%202008.pdf>.
- Norsk sykepleierforbund 2008b, "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere", *Sykepleierforbundet*, [Online], , pp. 03.02.2009. Available from: <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20Yrkesetisk%20nettversjon.pdf>.
- Oksholm, T. 2008, "sykepleie til pasienter med lungesykdommer" in *Sykepleieboken 3*, ed. U. Knutstad, 1 utgave, 1 opplag edn, Akribe AS, OSLO, pp. 191-237.
- Olsson, H. & Sörensen, S. 2003, *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Peplau, H.E. 1952, *Interpersonal relations in nursing : a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*, Putnam, New York.
- Rienecker, L., Hedelund, L., Hegelund, S., Kock, C. & Stray Jørgensen, P. 2006, *Den gode oppgaven : håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*, Fagbokforl., Bergen.
- Segesten, K. 1994, *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*, Segesten Förlag, Göteborg.
- Solheim, M. & Aarheim, K.A. 2004, *Kan eg komme inn? : verdier og val i heimesjukepleie*, 2. utg edn, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Sorknæs, A.D. 2001, "spesiell sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom" in *Klinisk sykepleie bind 1*, ed. H. Almås, 3 utgave edn, Gyldendal Norsk Forlag AS, OSLO, pp. 338-365.

- Sundset, A. 2001, "Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)", *Doktoronline*, [Online], , pp. 23.01.2009. Available from: <http://www.doktoronline.no/articles/airways/KOLS.html?s=doc.nav2>.
- Thorsen, R. 2005, "Trygghet" in *Grunnleggende sykepleie bind 3*, eds. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug, 1 utgave edn, Gyldendal Norsk Forlag AS, OSLO, pp. 13-38.
- Thorsen, R. 1997, "kan vi skape trygghet ?", *Sykepleien.no*, [Online], no. 7, pp. 22-01.2009. Available from: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=128>.
- Travelbee, J. 2001, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Williams, V., Bruton, A., Ellis-Hill, C. & McPherson, K. 2007, "What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study", *Chronic Respiratory Disease*, vol. 4, no. 2, pp. 77.