

BACHELOROPPGÅVE

Tryggleik og heimebuande personar med KOLS

- Koordinator si rolle

av

Kandidatnummer 316

Ann-Kristin Midtun

Bacheloroppgåve vernepleie
VPL5-302
Mars 2010



Innholdsliste

1.0 Innleiing	side 1
1.1 Bakgrunn for val av tema og problemstilling	„ 1
1.2 Avgrensing av problemstilling	„ 2
2.0 Metode	side 3
2.1 Litteraturstudie som metode	„ 3
2.2 Relevans og pålitelig	„ 4
2.3 Forskningsartiklar	„ 4
3.0 Teoretiske omgrep	side 6
3.1 Individuell plan (IP) og koordinatoren sin rolle	” 6
3.2 Brukarerfaringar og opplevelser med IP	„ 7
3.3 Kva er kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS)	„ 8
3.4 Joyce Travelbees sjukepleieteori	„ 8
3.4.1 Kommunikasjon/relasjonar	„ 9
3.5 Tryggleik	„ 10
3.6 Heimebuande brukarar	„ 11
4.0 Koordinatoren sitt bidrag til auka tryggleik	side 11
4.1 Tryggleiken si betydning i møte med brukar med KOLS	„ 12
4.2 Koordinatoren i møte med brukar	„ 13
4.3 Å læra den sjuke å kjenne	„ 14
4.4 Samhandling til heimebuande brukar med KOLS	„ 16
4.5 Vegen vidare til eit tverrfaglig samarbeid	„ 18
5.0 Avslutning	side 21
Litteraturliste	„ 22

1.0 Innleiing

Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) er ein alvorleg kronisk sjukdom med varig nedsatt lungefunksjon. Meir enn 200 000 personar i noreg har denne sjukdommen, og KOLS utgjør derfor eit stort helseproblem som det er viktig å førebygge og behandle på ein adekvat måte. KOLS er ein av dei hyppigaste hovudårsakene til sjukdom og død i verda. Dette er ein sjukdom med mange og samansette behov. Og eit av symptomona er at lufta vert hindra ved inn og ut pust, men mest ved ut pust. Typiske symptom på KOLS er plagsam hoste med oppspytt og dårlegare pust. Det er mange brukarar med KOLS som vel å bu heime og dei har behov for koordinerte tenester. KOLS har vore kjent i mange år, men det er først i dei seinare åra at helsepersonell og helsemyndigheter har blitt merksame på dei aukande tilfella, samt auke i folketall på døde (Den Norske Lægeforening, 2002).

1.1 Bakgrunn for val av tema og problemstilling

Eg er vernepleiarstudent og har lang erfaring innan pleie og omsorg. Eg har jobba i ca 15 år som hjelpepleiar i heimesjukepleien. Der møter ein fleire brukarar med KOLS sjukdom. Eg ønskjer å sette fokus på brukarar med KOLS. I denne oppgåva vil eg bruke omgrepet ”brukar” til den som mottok teneste. Denne kroniske sjukdommen fører med seg ei ukjend framtid for brukar. Mitt inntrykk er at det er viktig med forutsigbarheit, tryggleik og informasjon for å oppleve at kvardagen er trygg for brukaren.

I denne oppgåva ønskjer eg å sjå på individuell plan som eit verktøy og ein prosess som eg frå her vil kalla IP. IP er eit plandokument som kan sikre brukar eit individuelt tilpassa, heilhetleg og koordinerte tenester. Planen skal ta utgangspunkt i brukaren sine behov og verdiar og planen skal beskrive brukaren sine ønskjer og mål, og kva brukar meiner kan vere eit godt hjelpetilbod (Kjellebold, 2009). Mine erfaringar er at IP er eit lite nytta verktøy. I oppgåva vil eg ta utgangspunkt i vernepleiaren i rolla som koordinator. Her vil eg ha hovudfokus på koordinatoren si rolle i møte med brukar, korleis den kan legge til rette for å auke tryggleiken i kvardagen til brukaren.

No når eg har vore ute i andre praksisfelt har eg sett og erfart at IP kan vere eit nyttig verktøy. Der nytta dei IP som eit verktøy der brukarane eller pårørande sjølve er med på å utforme planen. Mitt inntrykk med IP er at det er eit godt verktøy som bidreg til ein trygg situasjon i heimen, og er med på å skaffe dei tenestene som brukaren har behov for. Eg ønskjer difor å sjå nærmare på koordinatoren sin betyding og korleis den kan fange opp

problem og kan hjelpe brukar til å bli meir trygg i høve til situasjonen og sjukdom. Kommunikasjon, relasjonar og samhandling er viktige omgrep for å legge til rette for ein trygg situasjon. Tilstekkeleg informasjon om sjukdomen, samt gi brukar tryggleik ved at det er ein koordinator som har hovudansvar for tenestene og som jobbar tett med brukar.

Med utgangspunkt i litteratur har eg sett at koordinator har ei sentral rolle. Eg har lest boka til Hanne Thommasen, Normann og Sandvin (2008) ” *Innviduell plan Et sesam, sesam?* ”. Denne boka handlar om erfaringar med IP . I denne undersøkelsen er det kome fram at personleg koordinator blir oppfatta som svært sentral i ordninga med IP. I tillegg ønskjer eg å få læring og innsikt om temaet, noko eg håpar å få gjennom å skrive denne oppgåva.

Problemstillinga eg har valt er:

”Korleis kan IP koordinator bidra til auka tryggleik hjå heimebuande brukarar med KOLS?”

1.2 Avgrensing av problemstilling

Det er mange element i IP som kan ha betydning for å trygge situasjonen til heimebuande brukarar med KOLS. For at oppgåva ikkje skal bli for omfattande, har eg valt å avgrense meg til korleis koordinator vil møte brukar for at den skal føle tryggleik samt vegen vidare til eit tverrfagleg samarbeid. Eg vil legge sterk vekt på kommunikasjon og relasjonar for å legge til rette ein trygg situasjon.

Eg har valt å konsentrere meg om heimebuande brukarar som bur åleine, med moderat KOLS. Med dette meiner eg at dei er i stadium to (sjå pkt.3.3 s.8). Desse har gjerne hatt sjukdommen i mange år og, har ofte vore innlagt på sjukehus med akutt forverring (exacerbasjonar).

I denne oppgåva startar eg med å beskrive den metoden eg har valt der eg gir ei kort skisse over litteratur og tre forskningsartiklar. Deretter vil eg avklarar ulike sentrale omgrep eg meiner er sentrale i høve til mi problemstilling. Ut frå problemstillinga, korleis vernepleiaren i koordinatorrollen kan bidra til auka tryggleik og korleis koordinator kan nytte IP, har eg valt ut Joyce Travelbee sin sjukepleieteori. Kommunikasjon og relasjon kan ein forstå ut frå ulike perspektiv. Joyce Travelbee har fokus retta mot dei mellommenneskelege aspektane. Dette er eit perspektiv som er sentralt for vernepleiaren. Føremålet med vernepleiarutdanninga er å

sette mennesket i sentrum, planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukar og andre tenesteytarar. Ein blir kvalifisert for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid saman med menneske med fysiske, psykiske og/ eller sosiale funksjonsvanskar som ønsker og har bruk for slike teneste (rammeplan 2005).

I analysen vil eg fokusere på å komme nærare eit svar på problemstillinga. Eg vil prøve å knytte sjukepleieteori og eigne erfaringar opp mot problemstillinga. Eg vil bruke brukar erfaringar med IP i min drøftingsdel. Avslutningsvis vil eg trekke fram dei sentrale momenta som er drøfta i diskusjonen til heimebuande brukarar med KOLS, og korleis IP koordinator kan bidra til auka tryggleik.

2.0 Metode

I følge Dalland (2007) fortel metoden oss om korleis me kan gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Han hevdar at metode er eit reiskap. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil seie den informasjonen me treng til undersøkinga vår. Me brukar den i møtet med det me ønskjer å lære meir om. Metoden hjelper oss til å ta inn det me treng av grunnlag i arbeidet vårt.

2.1 Litteraturstudie som metode

Eg har valt litteraturstudie, Dalland (2007) seier at det er litteratur og kilder skapt av andre forskarar innanfor feltet. For å finne litteratur har eg brukt BIBSYS, og brukt søkeord som er relevant til problemstillinga. Eg har og brukt søkeord som individuell plan, KOLS (kronisk obstruktiv lungesjukdom), kronisk sjukdom og koordinator. Eg har søkt på kombinasjon som individuell plan til kronisk sjuke. Eg har brukt andre søk på internett, men eg har vore kritisk til informasjonen eg har funnet. I samanheng til litteraturstudie flettar eg inn konstruert empiri. Dette er nokre eksempel frå eigne erfaringar som er anonymisert og omarbeida (Alver og Øyen 1997). Dalland (2007) seier at denne måten å samle data på er svært verdifull fordi refleksjonen tvingar seg fram.

2.2 Relevans og pålitelig

Dalland (2007) påpeiker det viktige med at data i forskning må være relevant. Den må være korrekt for mi problemstilling. I tillegg må kjeldene vere pålitelige. Ein er ansvarleg for å sjekke at dei stemmer. Eg har av den grunn nytta meg av nokre primærkjelder som er den opphavslege kjelda. Rettleiar og forskrift til IP og sjukepleieteorien til Joice Travelbee er primærdata. Ut over dette har eg brukt sekundærkjelder som er kjelde forfattaren har henta frå andre forfattarar. Ein fordel med dette er at ein får eit emne belyst frå mange kjelder. Ei svakheit er at kvar enkelt kjelde ofte er kort gjengitt og tolka av forfattaren. Denne tolkinga kan vere anleis enn opphavet hadde tenkt, eller meininga kan bli ein anna ved å ta den ut av samanhengen frå primærkjelda.

Eg har hovudsakleg vore på utkikk etter litteratur av nyare dato, helst ikkje over ti år, med tanke på at utviklinga i samfunnet skjer kontinuerleg, spesielt innan profesjonsutøving. Nyare litteratur gir såleis eit mest korrekt bilete av dagens røyndom. Likevel var noko av den aktuelle litteraturen eg fann av eldre dato, slik som Joice Travelbee sin teori om sjukepleiaren si mellommenneskelege aspekt (1971). Eg meiner hennar teori er like aktuell i dag som den var då det blei gitt ut.

Eg vil nytte meg mykje av Røkenes og Hanssen (2002) ”*Bære eller bryte*”. Deira fokus er sentral til koordinatorrolla som tek føre seg samhandling i arbeid med menneske og refleksjon over seg sjølv. Dette er sentralt i høve mi problemstilling. Eg vil og nytte meg av boka til Thommesen, Norman og Sandvin (2008) ”*Individuell plan*” som er ei primærkjelde. Denne boka tek føre seg erfaringa frå brukarar av IP, samt frå pårørande og fagfolk som har teke del i utforminga av ordninga. Som tidlegare nemnt vil koordinatorrolla bli framheva som sentral i arbeidet med IP. Forfattarane har lang erfaring i rehabiliteringsarbeid, men ingen har vore med på å utarbeida ein individuell plan. Eg ser difor litt kritisk på materialet som er samla inn, då det er mest dei positive opplevingane som er tekne med.

2.3 Forskningsartiklar

Det er tre artiklar som eg vil bruke i denne oppgåva.

Randi Andenæs, disputert ved Universitetet i Oslo 25. november 2005. Ho er førsteamanuensis ved Avdeling for sjukepleieutdanning ved Universitetet i Oslo og har arbeida med ei avhandling om livskvalitet hjå brukarar med KOLS. Ho har funne ut at låg

livskvalitet på alle område, angst og depresjon, er kvardagen for mange av brukarane. Ho meiner dette er eit område som treng meir forskning. KOLS medfører ikkje berre fysiske plager slik som pustebesvær, hoste og trøythet. Sjukdommen har psykiske og sosiale konsekvensar, seier ho. Andesnæs intervjuar 92 brukarar, dei fleste hadde alvorleg og svært alvorleg grad av KOLS. Ho følgde brukarane over tid, mens dei var innlagte på sjukehus, ein månad etter utskriving og mellom seks til ni månader etter utskrivinga. Ho seier det er viktig å lære brukaren korleis dei kan takle sjukdommen sin, og å lære seg å leve med den. Eit døme er at mange blir redde når dei får pusteproblem. Utfordringa går blant anna ut på å lage eit tilbod til desse og satse meir på forskning på denne brukargruppa. Tilboda bør vere meir direkte retta i forhold til psykologiske behov, få dei ”ut av einsemda”, som ho seier. Ei løysing Andenæs trekk fram er å få til ei meir heilhetleg og brukarsentrert behandling, og ho foreslår ein kombinasjon av heimebaserte tenester og sjukehus. Men det kan ta tid. Brukarar med KOLS er ei lite prioritert gruppe, seier ho. Andenæs ser det som ein føresetnad å få til ein tverrfagleg tilnærming for å møte behova til brukarar med KOLS (<http://www.hio.no>).

Opptil 67 prosent av brukarar med KOLS har symptom som kan samanliknast med panikkangst, og nærmare 60 prosent har symptom på depresjon. Dette viser ei gjennomgang av 81 studiar om psykologiske symptom ved KOLS som forskarar ved UiB står bak.

”Me må være ærlige nok til å sei at me medisinarar har vore mest opptatt av brukarar med KOLS lungefunksjon, men det er rimelig å tro at angst og depresjon bidrar til sykdommen,” seier Bakke (<http://www.dagensmedisin.no>).

Det er viktig at helsepersonell er klar over at angstproblematikk ofte er ein underliggende årsak til symptom hos brukarar med KOLS. Brukarar med KOLS har eit kronisk sjukdomsforløp. Antall personar med sjukdomen er aukande. Me veit mykje om fysisk helse hjå denne brukargruppa, men er me like gode på sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse? Ifølge ei skandinavisk undersøking utført i 2005 aukar risikoen for gjentekne innleggingar dersom brukar har angst. På same måte har brukarar som er innlagt for KOLS høg forekomst av angst, står det å lese i ein artikkel i sjukepleien (<http://www.sykepleien.no>).

3.0 Teoretiske omgrep

I denne delen vil eg avklara ulike sentrale omgrep som eg meiner er sentral til korleis IP koordinator kan bidra til å auka tryggleiken hjå heimebuande brukarar med KOLS.

3.1 Individuell plan (IP) og koordinatoren sin rolle

Brukarar med KOLS har mange og samansette behov, dei har ein rettighet til å få utarbeide ein IP. Denne lova tredde i kraft 1. juli 2001. Eg vel å ikkje gå nærmare inn på lova på grunn av oppgåva si avgrensing. IP skal være med på å bidra til større tryggleik og forutsigbarheit for brukar. Den skal avklare ansvarsforhold, sikre betre samarbeid og styrka samhandlinga til koordinator, brukar og deira pårørande. Formålet med IP er blant anna å sikre at det til ei kvar tid er ein koordinator som har hovudansvaret for oppfølging av brukar. Det at brukaren får ein bestemt person i tenesteapparatet å forhalde seg til, blir sett på som ein svært viktig del av ordninga med IP. IP blir sett på som eit viktig verktøy for å sikre brukar eit individuelt tilpassa, heilhetleg og koordinert tenestetilbod. Det skal leggest til rette for at brukar skal ta del under planlegginga, få tilstrekkeleg informasjon og bli høyrte. Slik brukarmedverknad må stå sentralt i IP (Kjellevold,2009).

Når det er avklart at det skal utarbeidast ein IP, må ein ansvarleg koordinator peikast ut. Ein instans i kommunen bør peka ut ein koordinator, ha opplæring og veiledningsansvar for den. Det at brukar og eventuelt dei pårørande får ein bestemt person i tenesteapparatet å forholde seg til, blir sett på som ein svært viktig del av ordninga med IP. Koordinatoren si arbeidsoppgåve er å sikre oppfølginga av brukar og ei god framdrift i planprosessen (Kjellevold, 2009).

Tverrfagleg samarbeid er ein viktig del av ordninga med IP. Koordinator og brukar i lag må finne ut av kva etatar og instansar det er behov for å få tenester frå. Det er naudsynt med samarbeid og ein god dialog mellom brukar, koordinator og dei øvrige tenesteapparat, for å finne fram til dei beste løysingane for den enkelte. Samtalar, møter og samarbeid mellom dei ulike tenestene vil danne grunnlaget for eit heilskapleg og individuelt tilpassa tilbod (Veileder til forskrift om individuell plan, 2007).

3.2 Brukarerfaringar og opplevelser med IP

Forskning og erfaringar har vist at IP ikkje berre handlar om tenester. Det kan handle om opprydding, strategi for å utløyse ressursar, og om å skape tilgjengelighet og støtte i brukaren sin omgivnad. Erfaringar viser at det viktigaste for brukar er å bli lytta til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring, og ikkje minst å få hjelp til å sjå muligheiter (Kjellebold 2009).

Lorentsen og Bergen (2006) tek føre seg undersøking, erfaringar og opplevelse frå arbeidet med IP. Det er tydeleg at den nye ordninga gir muligheiter dersom koordinator våger å stå på brukaren si side, våger å gi frå seg noko av kontrollen og våger ikkje å la ”fagligheiten” overstyre brukaren sine ønske og behov. Denne undersøkinga viser at koordinator blir oppfatta som svært sentral i ordninga med IP. Nesten 70% svarer på ulike vis, at denne funksjonen er viktig, ja heilt nødvendig. Nesten 15% svarer elles at dei ikkje har, eller har hatt, koordinator. Nokon av dei har eit sterkt ønskje om at ein fagperson skal gå inn i ei slik rolle. Eg vil kort presentera nokre sitat som underbygger dette:

”IP er utenkelig utan. Det er svært viktig å slippe å måtte forholde seg til mange ulike personer”

”Koordinator er alfa omega, viss koordinator er god”

”Prosessene er avhengig av koordinatoren. Vi har erfaringar med tre ulike, og veit derfor hvor avhengig prosessen er av denne funksjonen”

”Har ikkje hatt koordinator. Ville vært fint. Hører så ofte ”Du har ikkje krav på det og det. Blir så skuffa.”

”Det er vanskelig å si klart, har ikkje erfaring. Men eg skulle ønsket meg en som virkelig fungerte som koordinator!”

”Lytter til meg. Følger opp prosessen men utvikling av mål. Sørger for hjelp når situasjonen gjør det aktuelt. Informerer de som skal ha ansvar for tiltak. Legger litt press på meg”(Lorentsen & Bergen, 2006, s.24 og 25).

Koordinatoren framstår for mange som viktigare enn sjølve planen. Nokon er opptekne av at koordinatorfunksjonen er så viktig, kan det heile bli nokså personavhengig. Nokon meiner koordinatorfunksjonen ikkje er viktig, men dei har god kontakt med føresette og andre involverte fagfolk som ordnar opp. Og felles for dei få som ikkje ser nokon særleg verdi og viktigheit i koordinatorfunksjonen, er at dei heller ikkje ser nokon verdi i IP (Lorentsen & Bergen, 2006).

3.3 Kva er kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS)

KOLS er ein samlediagnose som vanlegvis omfattar tilstandar som kronisk bronkitt og emfysem, med eller utan astmatisk komponent. Sjukdommen er kronisk og blir verre over tid. Symptom som dominerer er tung pust, hoste og slimdanning særleg om morgon. Typisk er piping i brystet og kortpusta ved anstrengelse og kvile. Ein brukar med KOLS er kronisk tett i brystet. KOLS er ofte assosiert med akutte forverringar (exerbasjoner) av symptom. Symptoma varierer med alvorlighetsgraden og er inndelt i tre stadier: mild, moderat og alvorleg. Når ein brukar har moderat KOLS har ein vanlegvis aukande symptom. Typisk symptom er tung pust ved anstrengelsar, samt akutte forverringar av symptoma som har innvirknad på brukar sin livskvalitet og prognose (Den Norske Lægeforening, 2002).

Problem med å puste kan være knytt opp til psykiske problem. Mange brukarar opplever problem av denne art etter kvar som aktivitets- og funksjonsnivå blir skrenka inn. Arbeidet med å puste og skaffe nok oksygen til kroppen krev mykje energi. Som ein følgje av dette kan brukar føle auke trøyttheit og slappheit som igjen fører til redusert livskvalitet. Ein blir meir og meir avhengig av menneske rundt seg. Slik kan problem som angst, uttrygghet og depresjon melde seg, og ein kan komme til å isolere seg. God informasjon og god støtte er ofte avgjerande for god livskvalitet. Oppmuntring og forståing er basert på tryggleik og kunnskap (Dahle & Jørstad,2005).

3.4 Joyce Travelbees sjukepleieteori

Denne teorien kom i siste utgåve ut i 1971, og er med andre ord derfor ein relativt gammal teori. Joyce Travelbee er født i New Orleans, USA i 1926. Ho har arbeida som psykiatrisk sjukepleiar, ho ser på sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess der sjukepleieren gir hjelp til å førebygge, meistre eller finne mening ved sjukdom og lidning (Kristoffersen 1, 2000).

Travelbees definisjon på sjukepleie:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringar med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringane” (Kristoffersen 1, s.406).

3.4.1 Relasjonar/ kommunikasjon

I noko av denne teksten vil eg bruke "hjelpar" i staden for sjukepleiar. Slik eg ser og erfarer er det like viktig med relasjonar og kommunikasjon mellom alle hjelparar og brukarar. Joyce Travelbee sjukepleiemodell tar utgangspunkt i interaksjon, ser på relasjonen mellom sjukepleiar og brukar som grunnleggande i sjukepleie. Travelbee si tenking fokuserer på betydinga av kommunikasjon og samhandling i sjukepleiesituasjon. Slik eg ser Travelbee sin teori på relasjon seier ho at hjelpar må bruke ei form for disiplinert intellektuell tilnærming for å kunne hjelpe den sjuke og lidande med å meistre sin situasjon, og eventuelt finne meaning i desse situasjonane. For å kunne hjelpe ein brukar er det ei utfordring for hjelpar å finne ut kven han er som person, og kva som er av betydning i hans liv. Ut frå Travelbee si tenking er kvar brukar og hjelpar spesiell, og ho framheld at hjelpar må hjelpe kvar brukar på ein individuell måte, ut frå kjennskap til vedkommande dette for å skape gode relasjonar (Kirkevold, 1992).

Evna til å sette seg inn i og forstå eit anna menneske sine reaksjonar definerer Travelbee som empati. Empatisk forståing veks fram av eit ønske om å forstå. Travelbee meiner dette er bevisst intellektuell prosess, som ikkje er avhengig av om ein likar eller mislikar personen. Evne til empati veks fram ved at ein vert kjend med den andre som person, og ved at ein prøver å knytte brukar sin situasjon til sitt eige erfaringsgrunnlag. Når hjelpar tenkjer over korleis ein sjølv ville reagert i ein situasjon med tap av fysisk funksjon, forstår ein betre denne personen si fortviling og sorg over det tapet han har tapt. Den empatiske prosessen omfattar eit ønskje om å gjere noko aktivt for å hjelpe personen. Som følgje av empati oppstår det ei kjensle hjå den personen som er vorte berørt av den andre sin situasjon, og ein får eit oppriktig ønske om å hjelpe (Kristoffersen 1, 2000).

Travelbee omtalar sjukepleiaren sitt mål som å hjelpe menneske til å meistre, bere eller finne meaning i erfaringar knytt til lidinga eller sjukdommen. I den møysommelege prosessen fram mot langsiktige planar om å meistre eller halde ut, er det av avgjerande betydning å fremje mennesket si oppleving av håp. Håpet er knytt til ein positiv forventning om at det faktisk er mogeleg å oppnå ein forbetra situasjon i framtida. I følgje Travelbee er håpet knytt til avhengigheit til andre, det er framtidorientert, knytt til val, ønskje, tillit, utholdenheit og mot. Tillit kjem til uttrykk i trua på at andre vil hjelpe oss når det trengs (Kristoffersen 1, 2000).

Travelbee skriv om kommunikasjon som eit av sjukepleiaren sitt viktigaste reiskap når det gjeld å etablera ”*eit menneske til menneske forhold*” til brukar. Kommunikasjon er ein gjensidig prosess der eit menneske formidlar sine tankar og følelsar til eit anna menneske. Når menneske møtest, utspelar det seg ein kontinuerleg kommunikasjon, der partane kommuniserer ved hjelp av ord (verbalt) og ved hjelp av mimikk, tonefall, rørsle og berøring (nonverbalt). Dette gjeld også eitkvart møte mellom hjelpar og brukar. Kommunikasjonen har til hensikt å gjere hjelpar kjend med brukar og dermed verte i stand til å møte hans behov. I denne prosessen er det ei utfordring for hjelpar å finne fram til kva som skil denne brukar frå andre brukarar. Hjelpar må også vere i stand til å skilje mellom egne behov og brukar sine behov, og ikkje overføre sine egne behov til brukar. Hjelpar må verte kjend med brukar som person, og kunne planlegge og utføre ein sjukepleie som er i samsvar med brukar sine egne behov, hevdar Travelbee (Kristoffersen 1, 2000).

Sjukepleiaren sitt mål kan berre vedkomande oppnå gjennom etablering av eit verkeleg ”*menneske til menneske forhold*”, hevdar Travelbee. Eit slikt forhold kan ikkje etablerast mellom roller, men utelukkande mellom individ. Det er difor avgjerande at brukar og hjelpar overvinn det stadiet der dei betraktar kvarandre som roller. Dei bevegar seg inn i eit nytt stadium der dei for alvor ser kvarandre, og der dei forhold seg til kvarandre som unike individ. Ein må vere oppteken av å bruke seg sjølv bevisst og målretta med den hensikt å hjelpe brukar til å meistre, utholde eller finne ny mening med situasjonen ein befinn seg i. Hjelpar må vere bevisst på den kommunikasjonen ein deltek i med brukar, og ein må bruke seg sjølv på ein hensiktsmessig måte (Kristoffersen 1, 2000).

3.5 Tryggleik

Tryggleik kan vere eit mål i seg sjølv, men i mange tilfelle er tryggleik eit viktig brubyggjande element i samhandling. Tryggleik og tillit er ein føresetnad for at djupare mellommenneskeleg samhandling skal kunne utviklast. Ein får sterk tillit til ein person som gjennom sine handlingar viser at ein er til å stola på. Behov for tryggleik er knytta til behovet for struktur, orden, forutsigbarheit og vern i ein kvar sin livssituasjon. Struktur og orden er med og gir oversikt og forutsigbarheit. Når dette manglar, oppstår frykt. Forutsigbarheit aukar muligheita for å oppnå dei resultat ein ønskjer og forventar, og gir høve for å ta i vare eigen og andre si velferd. Er situasjonen ustrukturert og uoversiktleg, blir ein enda meir usikker på om ein kan meistre den. Å vite at ein har ein vaken og kompetent koordinator kan redusere

angsten. Men angst kan også oppstå dersom ein mister høve til å ta imot omsorg når ein har trong for det (Kristoffersen 1, 2000).

Dei fleste føretrekkjer at tilveret er trygt, ordna og forutsigbart. Behovet for å kunne sei kva som kjem til å skje, gjeld andre si atferd og følgjene av eigen åtferd. Når det gjelde andre si atferd, dreier det seg om å vete relativt sikkert korleis den andre vil reagere i bestemte situasjonar. Det forutsett at ein kjenner den andre og hans atferdsmønster (Kristoffersen 1, 2000).

3.6 Heimebuande brukarar

Når ein jobbar i helse og omsorgsyrke kjem ein inn i heimen til brukar. Ein kjem midt inn i det personlige og private, og inn i ein sosial og kulturell kontekst. Heimen er eit nøkklesymbol i vår kultur, og er overlag viktig for oss. Heimen er viktig for identiteten vår, den står som symbol for tryggleik og nærleik, og er eit fast punkt i tilveret. Arenaen samhandlinga går føre seg på, er i heimen til brukar, hans domene. Brukaren er den kjende, han som eig arenaen, og har all makt. I brukar sin heim har koordinator mindre makt enn dersom brukar kjem til kontoret eller ein institusjon. Som koordinator må ein heile tida vere bevisst på å handle i høve til at heimen mest skal vere heim, og brukar har all makt(Solheim, 2000).

Hjå den kronisk sjuke er samarbeid med anna hjelpeapparat svært viktig for å få ”dagleglivsarbeid” til å fungere. Å leve med KOLS kan føre med seg medisinske kriser som pustevanskar. For alle brukarar er det å leve med slike potensielle farar vanskeleg å takle. Men spesielt for personar som bur åleine, kan redselen for slike kriser gjere livet svært vanskeleg og utrygt (Solheim, 2000).

4.0 Koordinatoren sitt bidrag til auka tryggleik

Individuell plan er eit produkt, ein prosess og eit verktøy. Den skal sikre at brukar får tildelt ein koordinator som har hovudansvar for oppfølging av han eller henne. Koordinator skal sjå på dagen i dag og tida framover (Thommesen et al, 2008).

I denne delen av oppgåva vil eg drøfte korleis koordinator kan bidra til auka tryggleik i heimen til brukarar med KOLS. Eg ønskjer å ha fokus på møte med brukar. Brukaren treng

oppfølging og tilrettelegging i heimen for å føle meir tryggleik. Innleiingsvis ønskjer eg å presentere betydning av tryggleiken. Vidare vil eg fokusere på møte med brukar i heimen der kommunikasjon, relasjon og samhandling er svært viktig for å skape ein trygg situasjon. Til slutt vil eg kort sette fokus på eit tverrfagleg samarbeid. Eg vil og trekke inn nokre brukarerfaringar som blir presentert i boka til Thommesen et al (2006) og nokre eigne erfaringar.

4.1 Tryggleiken si betydning i møte med brukar med KOLS

Når ein har KOLS i stadium to har ein periodar med akutte forverringar, som verkar inn på brukaren sin livskvalitet. Mine erfaringar er at brukar har lett for å isolere seg i periodar. Særleg om vinteren når det er rått og kaldt ute og om sommaren når det er varmt. Dei blir meir plaga med tung pust. Dette fører til redsel og angst. Brukar med KOLS har plager med tung pust, blir fort trøytt og treng ein del kvile. Undersøkinga til Andesnæs (2005) viser at låg livskvalitet, angst og depresjon er kvardagen for mange av brukarane med KOLS. Ein anna skandinavisk undersøking viser at angst fører til hyppigare sjukehus innlegging. Her spelar trygging ei stor rolle. Det å skape tryggleik mellom koordinator og brukar har stor betydning for å få redusert angsten viser undresøkingane. Dermed kan tryggleik og vere med på å hindre sjukehus innlegging for brukar.

Travelbee definerer:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringar med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringane” (Kristoffersen 1, s.406).

Mine erfaringar er at gjentatte innleggingar er ein utrygg situasjon for brukar. Dei opplever det som ei hard fysisk påkjenning med tung pust og lite krefter. Det er og ei psykisk påkjenning som nemnt tidligare. På sjukehus er det mange i personalgruppa som ikkje kjenner til brukar, og det er mange legar å forholda seg til. Heime er det fastlege som kjenner til brukar og på sjukehus kan ein risikere at legen ikkje kjenner til brukar.

Slik eg ser det heng tryggleik og tillit saman. For at ein brukar skal føle tryggleik må han og ha tillit til koordinatoren. Utan tillit vil ein aldri komme over det nivået kor ein berre tilfredsstiller einskilde fysiologiske behov. Det trengst tid for å oppnå tillit. Likevel treng dei

fleste å vere i relasjon til den andre over ei viss tid, før ein tør opne seg. I alle forhold til brukar er det viktig at relasjonane mellom koordinator og brukar er basert på gjensidig tillit.

Mine erfaringar med brukarar med KOLS er at ein må ta seg god tid, sette seg ned, snakke og lytte til brukar. Det er viktig å spørje korleis dei har det, om dei har hatt ei god natt og korleis dei har det no. Tar ein seg tid til dette opplever ein som regel at brukar spør om det er du som kjem igjen neste gang. Eller dei spør etter andre i personalgruppa som har skapt tillit. Det er viktig at ein gjer nytte av det same personalet gjennom tid som kjenner til brukar. Det er mange travle dagar, og då er det viktig å tenke etter korleis ein samhandlar med brukar. Eg opplever at det er mange i personalgruppa som har for mange arbeidsoppgåver. Dette syner dei til brukar verbalt og nonverbalt. Dette blir ein anstrengt situasjon som fører til at brukar blir meir utrygg i situasjonen, og meir tungpusta.

Vidare vil eg sjå på korleis eg vil møte brukar for å skape tryggleik

4.2 Koordinatoren i møte med brukar

Gjengedal og Hanestad (2001), viser til at studia som har fokusert på den kronisk sjuke sitt møte me diverse helsetenester, viser at helsevesenet står ovanfor store utfordringar når det gjeld tilrettelegging for denne gruppa sine behov for tenester. Vidare seier det og at kvaliteten på helsetenester kjem an på den einskilde helsearbeidar sine haldningar og kvalifikasjonar. Den kronisk sjuke etterlyser vennlegheit, respekt og ekte tilstadevere. Å bli sett, høyr, respektert og møtt med likeverd synes å vere grunnleggande føresetnad, for å kunne hanskast med sjukdom og lidning. Utover dette bidreg naturleg nok også det å bli møtt av fagleg kompetente personar og kontinuitet til arbeidet, til tryggleik og auka høve for meistring.

Ein koordinator kan bidra med å tilrettelegge, dette kan igjen føre til tryggleik og meistring. Men eg ser at ein er avhengig av at koordinatoren har gode relasjonar til brukaren. Det viser og studium som er gjort (Thommesen et al, 2008). Eg vil gå vidare å sjå på korleis eg vil skape ein god relasjon og tryggleik til brukara med KOLS.

Travelbee fokuserer på ein mellommenneskeleg prosess der ein gir hjelp til å forebygge, meistre eller finne meining ved sjukdom og lidning. Kjellevold (2009) seier at det kan være naudsynt at koordinatoren og brukar møtes til ein innleiande samtale. Gjennom å bli kjent

med og å lytte til brukaren sin eigen beskriving, vil planlegginga kunne ta utgangspunkt i ein heilskaplig forståing av livssituasjonen til brukar.

Det første eg vil gjere for å avtale til samtale, er å ta ein telefon til brukar. Der vil eg avtale tid og når på dagen det er best for brukar. Mine erfaringar med brukarar med KOLS er at dei treng god tid om morgonen, dei blir fort trøytte etter morgonstell, frukost og eventuelt medisiner. Det kan då vere lurt å få tatt samtalen litt utpå dagen. Under første møte med brukar vil eg innhente samtykkje, det vil seie at han/ho samtykkjer til at eg kan ta kontakt og innhente opplysningar med dei nødvendige samarbeidspartnarane som kan trekkast inn. Eg vil fange opp kor mykje informasjon og kor mykje brukar veit om sjukdommen og sjukdomsforløpet. Andesnæs (2005) seier det er viktig å lære menneske korleis dei kan takle sjukdom.

Eg vil sette meg inn i historikken og sjukdomen slik at eg får innsikt i sjukdomshistorien. Det å sette seg inn i, og forstå ein brukar sine reaksjonar ser Travelbee på som empati. Vidare seier ho at evna til empati veks fram ved at ein blir kjend med den andre som person, og at ein prøver å knytta brukaren sin situasjon til sin eigen erfaring. Det kan vere ei stor byrde for brukar å legge fram heile "livssituasjonen" sin. Eg vil informere brukar at eg har satt av tid til samtalen der brukar styrer tida. Først vil eg presentere rolla mi som koordinator og gi informasjon om individuell plan. Denne informasjonen vil eg ta heilt kort, fordi eg vil bli kjent med brukar. Viktig at koordinator er godt kjent med IP og korleis den skal brukast. Røkenes og Hanssen (2006), seier at i arbeide med menneske er det uheldig dersom me blir einssidig oppteken av å formidle informasjon eller å få tak i informasjon frå den andre. Dei seier og at som koordinator kan ein bli oppteken av å gi og få tak i informasjon i staden for å skape tryggleik, tillit og ei oppleving av kontakt. (Thommesen et al, 2008) seier at, skal ein hjelpa eit menneske i ein vanskelig livssituasjon er det sjølv sagt at ein ikkje oppfattar mennesket som ei "sak", men heller prøver å forstå korleis vedkommande ser situasjonen.

4.3 Å lære den sjuke å kjenne

Travelbee seier at kommunikasjon er ein gjensidig prosess. At ein må ta individuelle hensyn, at ein må lære å kjenne brukar som person. Det er den prosessen koordinator brukar for å søke å gi informasjon, og det midlet brukar og hans familie brukar for å få hjelp. Ein må lære å kjenne til overføring av meiningar eller budskap mellom individ. Desse meiningane blir overført gjennom verbale og non-verbale uttrykksmidlar (Kirkevold, 1992). Mine erfaringar

med brukarar med KOLS i stadium to, er at dei ikkje heile tida klarer å utrykke seg verbalt. Enkelte dagar har dei nok med å bruke kreftene sine på å puste. Difor er det viktig å lytte til om brukar er smertepåverka, eller har brukar ein dag med forverringar. Dette er også viktig for å observere om det kan vere andre årsaker til tung pust. Travelbee seier og at kommunikasjon er ein prosess for å nå fram til målvalg. Som brukar av IP er det mange som ikkje har oversikt eller overskot til å tenke på eigne mål i den første fasen av planprosessen (Veileder til forskrift om individuell plan, 2007). Denne prosessen kan ein koordinator bruke for å finne fram til brukaren sine individuelle behov, og hjelp til å sette realistiske mål. Å sette realistiske mål er viktig for meistring som igjen skaper tryggleik.

Travelbee meiner at kommunikasjon er eit av dei viktigaste reiskapane ein har, og dermed eit middel til å opprette ”*eit menneske- til -menneske forhold*” til pasienten. Mine erfaringar er at dette kan ta tid og difor er det av stor betydning korleis koordinatoren vil kommunisere med brukar, og for å kunne bidra til å skape tryggleik for han der og da. Det er gjennom kommunikasjonen ein blir kjent med brukar og legg heile grunnlaget for det vidare arbeidet. Som koordinator kan ein gå inn i relasjonen med brukar med haldningar som skal finne fram til kva behov brukar har. Røkenes og Hanssen (2006) seier det er lettare å utveksle informasjon og forstå kvarandre sine meiningar dersom me har kommunisert slik at me har bygd opp ein bærande relasjon, prega av tillit, tryggleik og ei kjensle av kontakt. Dersom koordinator ikkje klarar å kommunisere med brukar, så kan ein heller ikkje vere i stand til å kartlegge behova, og kva som kan vere med på å gi brukar ein trygg kvardag. Eg trur heller ikkje det er nok med verbal kommunikasjon, ein må tenke på korleis ein kommuniserer med brukar, kva signal eg sender ut, og kva tolkingar gjer brukar seg når han mottar signala? Dette er spørsmål eg meiner ein alltid må stille seg sjølv i samhandling med brukar. Koordinatoren må gå inn i relasjonen med brukar med holdningar som skal finne ut kva behov brukar har for å skape tryggleik. Men først må ein bli kjend med brukar, og brukaren si framtid. Korleis brukar kommuniserer betyr mykje for den seinare samhandinga. Erfaringar viser at det viktigaste for brukar er blant anna og bli lytta til. Det er eit nyttig reiskap koordinator kan nytte for å hjelpe brukar til å utrykke seg. Mine erfaringar når brukarar med KOLS føler seg utrygge, har dei vanskelig for å snakke om sine følelsar og tankar. Dahle og Jørstad (2005) seier at, når ein opplever at pusten ikkje strekk til, blir ein deprimert og ein kan komme til å isolere seg. Dersom koordinatoren først viser si merksemd og fulle tillit, vil det kunne bidra til at brukar føler seg trygg på koordinator.

Røkenes og Hansen (2006) seier at fagfolk skal være lydhøyr og vise respekt for brukaren si tilbakemelding om korleis han opplever systemet og relasjonane til fagfolk. Brukaren skal oppleve at ein blir respektert, lytta til, informert og sett på som ein aktiv og ansvarleg samarbeidspart, ikkje som eit passivt objekt for fagfolka sine ulike tiltak. Mine erfaringar er at det er viktig å være lydhøyr, å kunne sette seg ned å lytte til brukar. Eg opplever at brukar føler ein tryggleik og ein får eit betre forhold der ein kan fange opp ulike behov. Thommesen et al, (2008), seier at koordinator sine erfaringar seier at det handlar om ”å lytte på en ny måte”. Det handlar om å gi rom for oppmerksomheit til det brukaren har å fortelje om kva han eller ho tenker, ønsker eller vil. Mine erfaringar med å lytte til ein brukar med KOLS, er at brukar sjølv identifiserer det han opplever som eit problem. Eg som koordinator kan foreslå tiltak som kan bidra til tryggleik. Brukar sjølv avgjer kva tiltak som kan gjerast nytte av.

Solheim (2000), seier at i kvardagen i heimesjukepleien er det mangel på personale, og det kan påverke pleiekvaliteten på ein negativ måte. Den enkelte pleiar kjenner seg ofte oppgitt og handlingslamma i slike situasjonar. Mine erfaringar i heimesjukepleien er at ein har mange arbeidsoppgåver, ein utfører dei oppdraga som er på tiltaksplanen og såleis har ein ikkje tid til å sette seg ned å snakke med brukar. Det er mange i personalgruppa å halde seg til, og dette fører ofte til at ein ikkje får tillit til alle. Dermed får ein ikkje fanga opp behova. Her kan eg som koordinator få til meir strukturert forhold, der eg vil få inn ei primærgruppe i heimesjukepleien. Det vil seie ei lita gruppe som har ansvar for brukaren, der brukaren skal få kome med ønske om kven han/ho vil ha. Å bu aleine heime kan være ein stor belastning for brukar med KOLS, det er spesielt å komme inn i heimen til brukar. Da går ein inn i det private.

4.4 Samhandling til heimebuande brukar med KOLS

Solheim (2000) stiller spørsmål til korleis bør ein relasjonen mellom koordinator og brukar vere? Korleis bør helsearbeidaren generelt, og heimesjukepleiaren spesielt gå fram i høvet til brukara dei møter i heimen? Eg meiner desse spørsmåla er aktuelle i høve problemstillinga for å føle tryggleik. Det er ikkje mogleg å seie at det berre er ein type relasjon som er mogeleg. Brukarar med KOLS kan ha ulike behov og opplever situasjonen forskjellig. Difor bør koordinatoren ha ulike relasjonar til dei ulike brukarane, i ulike situasjonar og i ulike fasar i samhandlinga. Tverrfagleg samarbeid som arbeidsform blir trekt fram som det ideelle i helsevesenet i dag. Solheim (2000), seier at dette krev tid på samordning og samarbeid. Det krev at ein har respekt for fagfelta til kvarandre, lyttar til andre sine perspektiv og er bevisst

på at det ikkje berre er mine perspektiv, som er dei gyldige og relevante i situasjonen. Koordinator bør vere god til å samarbeide, vere ein ryddig person som tar ansvar. Tverrfagleg samarbeid er ein viktig del av IP. Finnes det ikkje gode relasjonar mellom brukar og koordinator så kan det blir vanskelig med tverrfaglig samarbeid. Ein får då ikkje tak i behova som brukar har. Viser til forskinga til Andenæs, at utfordringa består i å lage til eit heilheitlig tilbod og brukarsentrert behandling. Ho foreslår og ein kombinasjon av heimebaserte tenester og sjukehus. Ei viktig rolle til koordinator er å lage til eit heilheitlig tilbod.

Solheim (2000), meiner at grunnhaldinga i all samhandling i heimen må være respekt, likeverd og samarbeid, der begge partane er aktive medspelarar. Solheim seier at poenget med heimesjukepleie ikkje skal vere "alt for alle brukarar" som tenesta har kontakt med. Her ser eg nytta av koordinatorrolla den er viktig reidskap til å være "alt" for brukar. Eg er der for å skape trygge rammer rundt brukar, og være ein formidlar til å skaffe dei tenestene brukar har behov for. Eg vil tenkje at brukar har all makt, og at eg er på hans territorium. Med IP er brukarmedverknad sterkt vektlagt, brukar får bestemme kva tenester han har behov for. Eg er inne i heimen som fagperson, Solheim (2000) seier at kunnskap er makt. Med kunnskap som makt vil eg nytte høve til å skape gode relasjonar. Her kan det og vere ein koordinator som nyttar all si makt og dermed blir det dårleg relasjon, og brukar blir utrygg. Thommesen et al.(2008) seier at å få tildele ein koordinator kan påverke maktbalansen mellom tenesteapparatet og brukar. Det kan vere eit viktig verkemiddel for å styrke brukaren si innflyting over eigen livssituasjon. Det er måten makta nyttast på, som kan vere problematisk, og i visse situasjonar øydeleggjande. Men makt kan og nyttast positivt og frigjerande (Thommesen et al. 2008), noko som kan vere nyttig i koordinatorrolla til brukarar med KOLS. Mine opplevingar til brukar med KOLS er at dei i periodar ikkje maktar å sjå sin eigen situasjon, når det gjeld kva dei bør gjera og kva hjelp dei bør ta imot. Her vil eg som koordinator bruke makt til å koma med forslag til kva eg syns er til det beste for brukar.

Brukarerfaringar når det gjelder arbeidet med IP set fokus på betydninga av at det er ein god relasjon mellom koordinator og den einskilde brukar (Thommesen et al, 2008). Med å få gode relasjonar med brukar er det viktig for det vidare arbeidet med IP . Mange av informantane som Thommesen et al. (2008), har skreve at gode relasjonar er eit viktig innslag. Men dei seier at ein bør halde ein viss profesjonell avstand til brukar. Ein bør ikkje involvere seg for sterkt eller sleppe brukar for tett innpå seg. Med dette kan det skje at brukar føler det blir upersonleg preg over situasjonen, og at det blir "eit skjold" mellom brukar og koordinator.

Det er fleire uttalelsar som kan tyde på det. Det er nok ein kunst å finne den rette balansen i arbeidet. Mine erfaringar til brukar med KOLS, er at det tar tid å bli kjent. Ein kan ikkje forvente at det oppstår gode relasjonar på det første møtet.

Det er sjølvsagt viktig at eg som koordinator ikkje bli for påtrengande privat. Ein skal heller ikkje forvente at brukar blir for privat når ein har mange og ulike tenesteytarar heim til seg kvar veke.

4.5 Veggen vidare til eit tverrfaglig samarbeid

Thommesen et al. (2008), hevdar at koordinatorrolla vert framheva som sentral i arbeidet med IP. Undersøkinga viser og at koordinatoren si rolle er å ivareta heilskapen i, samt relevansen av tenestetilbod til brukaren. Vidare er det ein viktig funksjon å gi brukaren tryggleik for at det finns ein person i systemet, som har ansvar for å hjelpe han eller ho. Koordinatoren sin tilgjengelighet blir understreka som viktig for at relasjonen mellom brukar og koordinator blir tilfredsstillande. Eit hovudpoeng er at koordinatoren informerer brukaren om dei muligheitene som finnst for at den skal treffe reelle val.

Det er viktig for meg som koordinator å vere tilgjenglig på arbeid, og at eg alltid ringer tilbake når brukar har lagt igjen beskjed. Thommesen et al. (2008) seier at undersøkingar viser at slike avtaler ikkje blei misbrukt av brukar. Men dei seier og at det er avhengig av relasjonane mellom brukar og koordinator. Undersøkingar seier og at koordinator må vere tilgjengeleg og halde avtaler for å skape dette forholdet. Etter møte med brukar vil eg avtale ny tid for samtale. Det bør ikkje gå så lang tid før ein avtaler neste møte, det er viktig for brukar at den veit at ting skjer rundt han og at ein er trygg på at nokon kjem igjen. Solheim (2000) seier at tilsynsbesøk eller jamlege telefonsamtalar kan være aktuelle tiltak for brukar når han greier den daglige fysiske eigenomsorga si. Ho seier at sjølv om pasienten har "gode periodar", er det viktig at ein opplever at nokon tek kontakt og at brukar får meir hjelp når han har dårlege periodar. Å ha KOLS medfører medisinske kriser som pustevanskar. For alle brukarar som lev med slike farer kan det vere vanskeleg å takle. Men Solheim (2000) seier at det er spesielt for brukarar som bur aleine, fordi redselen for slike kriser gjer livet svært vanskelig og utrygt. Her er det viktig at ein er praktisk og konkret.

På neste samtale vil eg gi meir informasjon om kva kommunen kan bidra med for å gi ein trygg situasjon i heimen. Kjellevod (2009) seier at det er viktig at koordinator har god

oversikt over tenesteapparatet og kven han/ho kan henvisast til. Koordinatoren må ha ein viss oversikt over kva ein person kan ha rett til av bistand. Her vel eg å gå forsiktig fram.

Travelbee bruker tida i prosessen for å hjelpe den sjuke og lidande med å meistre sin situasjon, og at ein må hjelpe brukar på ein idividuell måte. Travelbee har følgjande trinn i prosessen som eg vil nytte meg av:

- Observere for å kartlegge brukarens behov: her vil eg finne ut kor mykje hjelp brukar treng til personlig hygiene, medisinosett, heimehjelp og andre praktiske ting.

- Bekrefte eller avkrefte, saman med brukar om kva behov brukar har: her vil eg finne ut kva og kor mykje hjelp er det brukar får i dag, og kva anna hjelp er det behov for.

- Vurdera sin eigen muligheit til å møte brukars behov (eller om ein skal henvise til andre instansar): finne ut om kva andre instansar som kan være med på å skape trygge rammer i heimen.

- Legge ein plan for korleis brukars behov skal bli teken i vare på, som omfattar val av metode, tidspunkt og alternative måtar å møte pasienten sine behov på: her vil eg vidare jobbe ut i fra dei behova som brukar har..

- Føretar evaluering for å finne ut om brukaren sine behov heilt eller delvis er blitt teken i vare på: det er heile tida viktig å evaluere i lag med brukar, stille seg spørsmåla: Kva er det som er bra? Kva kan gjerast annleis? Er det andre ting som er naudsynt for at brukar skal føle seg trygg?

Denne prosessen ser eg på som nyttig i arbeidet for at IP skal bli eit godt verktøy. Og for at koordinator og brukar i lag skal skaffe dei rette tenestene og møte brukar sine behov. Dette kan vere med på å skape trygge rammer i heimen til brukar.

Kristoffersen et al. (2000) seier det er viktig å vere var og omtenkjam når ein informerer, slik at ein unngår å skremme brukar. Lite gjennomtenkt informasjon kan auke angsten framfor å skape tryggleik. Koordinatoren si evne til empati har stor betyding ved formidling av informasjon og undervisningssituasjon. Ofte er det naudsynt å ta opp att informasjon fleire gonger. Travelbee seier at evna til å sette seg inn i og forstå eit anna menneske sine reaksjonar

er empati. Evna til empati veks fram ved at ein blir kjent med brukar, og at ein forsøker å knytte brukar sin situasjon til sitt eige erfaringsgrunnlag. Det er viktig å tenke over sjølv korleis ein vil ha det.

Eg vil vidare ta kontakt med dei instansane som er nødvendig for eit vidare samarbeid. Kalle inn til samarbeidsmøte der brukar får informasjon om dei ulike tenestene. Mine erfaringar er at det kan være nyttig å kalle inn til samarbeidsmøte med dei ulike instansane, der brukar får informasjon om kva dei kan tilby. Solheim (2000), seier at samansetjinga av fagpersonell vil variere frå brukar til brukar, i høve til den aktuelle problemstillinga og tilgjengelige personell i kommunen. Dei vanlegaste yrkesgruppene vil vere lege, sjukepleiar, hjelpepleiar, heimehjelp, fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom. Vidare seier ho at brukar treng ein person som har til oppgåve å ha oversikt over det totale tilbodet som blir gitt. Dette blir da koordinatoren sin oppgåve. Mine erfaringar er at enkelte kommunar eller fylke har ressurspersonar som har spesialisert seg i lungesjuka. Dei kjem på heimebesøk til brukarar med KOLS, dei gir informasjon og kan hjelpe til å meistre sjukdom. Mine erfaringar er at dette er med på å skape trygge rammer i heimen. Det kan og hindre gjentekne innleggingar som eg opplever at brukarane følte var ei stor belastning.

Denne prosessen har vore med på å fange opp dei behova brukaren har for tenester. Kjellevold (2009) seier at denne individuelle planprosessen kan vere eit viktig grunnlag for å sikre brukar sin påverknad og eit tilpassa tenestetilbud. Det er viktig at eg som koordinator og andre instansar informerer brukar om dei mulighetene som finst, slik at brukar kan treffe reelle val (Thommesen mfl 2008). Tverrfagleg samarbeid er ein krevjande arbeidsmåte, og ikkje alltid enkel å få til. Det krev at ein har respekt for fagfelte til kvarandre, lyttar til andre sine perspektiv og er bevisst på at det ikkje berre er mine perspektiv som er dei gyldige og relevante i situasjonen (Solheim 2000).

5.0 Avslutning

I denne oppgåva har eg drøfta ulike føresetnader som må ligge til grunn for at IP koordinator skal bidra til auka tryggleik hjå heimebuande brukarar med KOLS. Eg har ikkje noko fasitsvar på oppgåva si problemstilling, og eg har berørt ein viktig del av elementa i IP som kan være med på å auka tryggleiken. Eg har hatt fokus på korleis koordinatoren vil møte brukar for at han skal føle tryggleik, og vegen vidare til eit tverrfagleg samarbeid. Eg trur at kommunikasjon med brukar er noko av det viktigaste for å skape ro og tryggleik. For at eit tillitsforhold skal kunne opparbeidast er det viktig at koordinator tek seg tid, set seg ned, snakkar og lyttar til brukar. Dette er med på å opne for kommunikasjon. Det å skape eit godt møte og gode relasjonar er ofte den viktigaste delen av arbeidet. Koordinatorrolla går for å være den viktigaste delen i IP. Det er viktig at koordinator opptrer med respekt, og at ein forstår at det handlar om livet til brukaren. Thommesen et al (2008), seier at koordinatoren må være eit ”ordentleg menneske med sunt vett”, ein som kan være brubyggjar og skape eit godt samhandlingsklima.

Koordinatoren si rolle er ein viktig funksjon for å gi brukaren tryggleik, samt å bistå. Det er viktig at koordinator informerer brukar om dei mulighetene som finns for å treffe dei rette vala. Det er viktig at koordinator har god oversikt over tenester som kommunen kan tilby. Koordinator skal og ha ei god samarbeidsevne i høve andre instansar for å hjelpe brukar. Koordinator må vere ein ”trådtrekkjar” for at IP skal bli eit verktøy som er forutsigbart, og gi eit heilhetlig tilbod der brukaren sitt personlege ønske, draumar og mål står i fokus. Som koordinator er det viktig at ein er godt kjent med kva individuell plan er. Eg ser kor viktig der er å få inn ein fagperson i koordinatorrolla. Og at fagpersonen har gode evne til å kommunisere og gode fagkunnskapar for å auka tryggleikn til brukar.

Det har vore interessant å skrive denne oppgåva. Interessant fordi eg har lært meir om sjukdommen KOLS og eg har sett meg inn i korleis IP kan være eit nyttig verktøy. Det har fått meg til å reflektere over korleis eg er i møte med brukar. Eg vil ta med meg dette vidare i arbeidet for å bli ein god vernepleiar.

Litteraturliste

Alver, Bente Gullveig og Ørjar Øyen (1997). *Forskningsetikk i forskerhverdag : vurderinger og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug

Dahle, Ragnar og Sten-Øyvind Jørstad (2005). *Å leve med KOLS*. Asker: Boehringer Ingelheim Norway KS

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Den Norske Lægeforening (2002): *Veileder til diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)*. Oslo: Den Norske Lægeforening.

Gjengedal, Eva og Berit Rokne Hanested (2001): *Å leve med kronisk sykdom en varig kursending*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag AS

Kirkevold, Marit (1992). *Sykepleieteorier-analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal AS

Kjellehold, Alice (2009). *Retten til individuell plan*. Bergen: Fagbokforlaget

Kristoffersen, Nina Jahren (2000). "Teoretiske modeller i sykepleie" (Kapittel 6, s 406). *Generell sjukepleie 1*. Oslo: Universitetforlaget AS

Lorensen, Øivind & Alf Reiar Berge(2006). "Brukernes erfaringar og opplevelser"(Kapittel 3, s24 og 25). *Individuelle planer- Brukers erfaringar og opplevelser*. Tomter: Rehab-Nor

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2002). *Bære eller breste*. Bergen: Fagbokforlaget

Solheim, Marit (2000). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Sosial og Helsedirektoratet (2007). *Individuell plan 2007 Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet

Thommesen, Hanne, T. Normann og J.T. Sandvin (2008). *Individuell plan- et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforlaget AS.

Utdanning- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*

Artiklar:

<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2007/02/08/angst-flger-kols/index.xml>

<http41648://www.hio.no/content/view/full/10.02.2010>).

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=198990 26.05.2009).