

BACHELOR OPPGAVE, SYKEPLEIE.  
SYKS - 027, VÅREN 2008.

# Kunsten å ivareta en helhetlig omsorg - Hjertets øye



VEILEDER:  
ÅSHILD HAVNERÅS  
HSH, AVD. STORD

Kandidat nr. 815 og nr. 826

Antall ord: 8454

## **Innholdsfortegnelse:**

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING:</b> .....	<b>4</b>
1.2 Begrunnelse for valg av tema:.....	4
1.3 Avgrensinger og presisering av problemstilling: .....	4
1.4 Formålet med oppgaven: .....	5
1.5 Oppgavens oppbygging:.....	5
1.6 Begrepsforklaringer:.....	5
<b>2. METODE:</b> .....	<b>6</b>
2.1. Litteraturstudium:.....	6
2.2 Databasen: .....	7
<b>3. TEORI:</b> .....	<b>9</b>
3.1. Kari Martinsens sykepleieteoretiske perspektiv .....	9
3.1.1. Omsorg:.....	9
3.1.2. Mennesket: .....	10
3.1.3. Helse:.....	11
3.2. Sykepleiefaglig perspektiv: .....	11
3.2.1. Den psykiske dimensjon: .....	11
3.2.1.1. Angst: .....	12
3.2.1.2. Depresjon: .....	13
3.2.1.3 Håp: .....	14
3.2.1.4. Mestring: .....	15
3.2.2. Den sosiale dimensjon:.....	16
3.2.3. Åndelig dimensjon: .....	17
3.2.4. Den fysiske dimensjon: .....	18
3.2.5. Pårørende:.....	20
<b>4. DRØFTING:</b> .....	<b>22</b>
4.1 Psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner: .....	22
4.2 Mestring, håp og pårørendes forhold i den helhetlige sykepleie/omsorgen.....	25
<b>5. KONKLUSJON</b> .....	<b>29</b>
<b>6. LITTERATURLISTE:</b> .....	<b>30</b>
6.1. Bøker .....	30
6.2. Internett: .....	31
<b>7. VEDLEGG</b> .....	<b>34</b>
Vedlegg 1. Intervjuguide:.....	34
Vedlegg 2. Den barmhjertige samaritan.....	35
Vedlegg 3. Godkjenning av problemstilling: .....	36

## **Sammendrag:**

### **Kunsten å ivareta helhetlig omsorg – hjertets øye.**

Det forventes en økning i antall diagnostisering av kols pasienter, og vi har erfart gjennom praksis at hjemmesykepleien i hovedsak ivaretar bare de fysiske behovene for pasientgruppen. Formålet med oppgaven er å fokusere på en helhetlig omsorg. Vi ønsker å øke kunnskapen om hva hjemmesykepleien kan bidra med for å ivareta de psykososiale og åndelige dimensjonene på lik linje med de fysiske dimensjonene hos kols pasienter. Helhetlig omsorg er sentralt i sykepleierens yrke, og både forskrifter og de etiske retningslinjer for sykepleiere krever dette. Ut fra problemstillingen har vi gjennomført en kvalitativ metode som har gitt mulighet for synspunkter fra primærkilder gjennom artikler. Håp, mestring, pårørende og gjensidig tillit er sentrale fenomen for å komme frem til svar på problematikken.

# 1. Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling:

Tema for problemstillingen er hvordan hjemmesykepleieren kan imøtekomme pasientenes behov innenfor de grunnleggende behovs dimensjoner ved alvorlig grad av kols.

Problemstillingen ble ut ifra dette:

*Hvordan kan vi som hjemmesykepleiere bidra til å ivareta helhetlig omsorg til pasienter med diagnosen kols?*

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema:

Vi ønsker å rette fokuset på helhetlig omsorg da forskrifter og yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere pålegger oss dette som ferdig utdannet sykepleiere. I Helse og omsorgsdepartementet [HOD] (2003) sin *forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste* har hjemmesykepleierne en sentral rolle der pasientenes behov skal ivaretas. Helhetlig omsorg er selve grunnlaget for sykepleie som yrke, og det bør derfor ligge i sykepleierens natur å tenke helhetlig (Nortvedt, 1998).

I løpet av praksisperiodene i studiet har vi opplevd å møte pasienter med alvorlige lungesykdommer flere ganger. Vi har sett at de fysiske behovene har høy prioritet og hva for eksempel små rutineavvik kan føre til. For kols pasienter kan uforutsette forsinkelser som medfører at tjenesten ikke blir utført tidsnok være livstruende. Andre utfall som forringer livskvaliteten kan være bekymringer, angst og depresjon.

I følge Landsforeningen for Hjerte og Lungesyke (LHL) er det i Norge diagnostisert 2-300 000 tilfeller av kronisk obstruktiv lungesykdom (kols).

Forskning viser at flere vil få stilt diagnosen kols i framtiden, og vi vil derfor møte denne pasientgruppen uansett hvor vi kommer til å jobbe innenfor helsevesenet.

## 1.3 Avgrensinger og presisering av problemstilling:

Vi har valg å fokusere på pasienter i alder 65 år og oppover. Det er en gruppe som innbefatter mennesker som gjerne har planlagt framtiden som pensjonist alene, eller sammen med pårørende. Det er også denne aldersgruppen som oftest benytter seg av hjemmesykepleien ved diagnosen kols. Vi tar utgangspunkt i at pasientene har levd med diagnosen en tid og er i en fase med alvorlig grad av kols. Profesjonell hjelp og støtte fra hjemmesykepleien slik at tiltak

kan iverksettes er nødvendig for å mestre hverdagene. Å oppleve mestring er en motivasjonsfaktor i rehabiliteringen. Fjørtoft (2006) refererer til Rustøen (2001) slik:

*livskvalitet er et sentralt og verdifullt begrep i sykepleien,... det flytter oppmerksomheten fra diagnose til hele mennesket og dets liv*

Det er viktig å presisere at helhetlig omsorg innbefatter den fysiske dimensjonen på lik linje med de tre andre dimensjonene. Da vi mener at den blir godt ivaretatt under hjemmebasert helsetjeneste har vi valgt å legge mindre vekt på den i vår oppgave.

#### **1.4 Formålet med oppgaven:**

Vi har gjennom erfaring sett at kols diagnosen forringer livskvaliteten til pasientene på grunn av at flere grunnleggende behov ikke blir tilfredsstillende dekket. Det er helt nødvendig at vi som sykepleiere vet hva kols er, og hva diagnosen kan forårsake hos den enkelte pasient, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig.

Vi ønsker med denne oppgaven å få mer kunnskap om hvordan vi på best mulig måte kan møte denne problematikken. Vi vil lære om hvilke kunnskaper og ferdigheter hjemmesykepleier må ha for å kunne imøtekomme den individuelle pasienten på disse områdene. Vi mener at det å klare å "være i situasjonen", og kunne gi av seg selv, er en stor utfordring for dagens sykepleiere.

Oppgaven kan være interessant for sykepleierstudenter, sykepleiere, og andre yrkesgrupper som jobber innenfor hjemmesykepleiertjenesten. Vi mener pårørende og utsatte grupper også kan ha nytte av å lese oppgaven.

#### **1.5 Oppgavens oppbygging:**

Oppgaven er inndelt i syv hovedpunkter som igjen har sine underpunkt. Gjennom innledningsdelen belyses og begrunnes problemstillingen og formålet med oppgaven. De neste punktene (2 – 4) er oppgavens hoveddel der vi presenterer metoden, oppgavens teoretiske synsvinkel og spesifikke funn som for øvrig er drøftingsgrunnlaget vårt. Her bruker vi fotnoter ved tilleggsopplysninger. Etter å ha drøftet kommer vi med konklusjon på problemstillingen. Litteraturliste og vedlegg kommer helt til sist i oppgaven.

#### **1.6 Begrepsforklaringer:**

Her forklarer vi hva vi legger i noen sentrale begrep slik at leseren best mulig skal forstå vår problemformulering:

**Hjemmesykepleiere:** Autoriserte sykepleiere som jobber innenfor hjemmebasert helsetjeneste

**Ivareta:** Hvordan vi gjennom konkrete tiltak kan bidra til at pasienten opplever velvære når sykdommen setter begrensinger for at han selv skal kunne utføre dem.

**Helhetlig omsorg:** Kunne dekke de grunnleggende behov som omfatter både fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon.

**Pasient:** I oppgaven bruker vi begrepet pasient. Med det mener vi de med kols som er brukere av hjemmesykepleien.

**Kols:** Et samlebegrep på sykdommer i lunger og bronkier som medfører vedvarende forsnævring av bronkiene, og dermed begrenser luftstrømmens hastighet, særlig ved ekspirasjon (Nylenna, 2004).

## **2. Metode:**

### **2.1. Litteraturstudium:**

Vi har valgt å bruke en kvalitativ metode. Den tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste. Vi har basert oppgaven vår på litteraturstudie, der vår problemstilling drøftes opp mot eksisterende litteratur. Spørsmålsformuleringen av problemstillingen tilsier at metoden må være kvalitativ (Dalland, 2004).

Før vi valgte metoden var vi i kontakt med Lungeavdelingen på Haukeland Universitetssykehus, Glitterklinikken og kols-linjen. Vi ble rådet til å utføre litteraturstudie da det allerede er skrevet mye innefor området.

Vi har også relatert til Imanuel Kant`s sitat (fra HOD sine etiske retningslinjer, 2001):  
*vi ikke skal bruke andre mennesker som et middel, men som et mål i seg selv.*

En annen grunn som var relevant i vår vurdering var at vi mente at litteraturstudie ville øke vårt kunnskapsnivå innen området ved at vi fikk satt oss inn i fagstoff fra artikler og bøker. Ulemper med denne framgangsmåten er at vi lett kan påvirkes av forfatterens syn, samtidig kan det være vanskelig å plukke ut den litteraturen som er mest relevant for vår oppgave. Vårt datamateriale er sykepleiefaglig litteratur, forskning, og undersøkelser som er presentert i artikler og lignende. De funn vi gjør i oppgaven er vår empiri (Dalland, 2004).

Vi vil bruke en hermeneutisk tilnærming ved fortolkning av teksten. Det vil si at det skjulte og underliggende i teksten blir satt i sammenheng og blir betydningsfullt og meningsgivende

(Dalland, 2007). Fortolkningsmetoden kan brukes til å finne svar på eksempelvis hvordan et menneske reagerer på en spesifikk hendelse og hvorfor det ikke er samme løsning på samme problem hos de forskjellige individene. Hvilke problemer kan oppstå ved generelle løsninger og hvordan fortolker vi alt dette (ibid)?

Vår forforståelse av problematikken som tas opp kan lette datainnsamlingen da vi er bevisst hva vi leter etter. Samtidig kan den gi oss uventede overraskelser som for eksempel at vi ikke kommer frem til våre forventede svar. Vi vil trolig sitte igjen med nye spørsmål etter at vi er ferdig med oppgaven. Ved å se de forskjellige dimensjonene hver for seg vil vi lettere se helheten, hvor sammensatt og individuelt fenomener kan forstås ut fra den enkeltes tidligere levde liv. Et kjennetegn på hermenautisk fortolkning er nettopp at en ikke blir ferdig med fortolkningen. Det kan sammenlignes med en spiral som stadig går rundt i nye sirkler som ingen ende tar. Når en er ferdig å undersøke et problem står en igjen med nye spørsmål. En ny undersøkelse startes der delene igjen blir undersøkt hver for seg for å få frem helheten med hjelp av en ny forforståelse av det nye problemet. Det er en konsekvens av den hermenautiske spiralen (Dalland, 2007).

## **2.2 Databasen:**

Vi har bruk mye pensumlitteratur da vi mener at den inneholder relevans og gyldighet i forhold til datamaterialet. Primær, sekunder og tertiære kilder er blitt brukt om hverandre i fortolkningen av Kari Martinsens omsorgsteori og datainnsamlingen.

Biblioteket har også vært i bruk, samt internett der vi har søkt etter tidligere forskning og artikler. Vi har søkt etter kilder i blant annet OVID, Norart, SveMed+ og Medline der vi har brukt søkeordene kols, omsorg, krenkende omsorg, mestring, håp, hjemmesykepleie, helhetlig omsorg, åndelig fellesskap, sosialisering og psykiske lidelser. Vi har også kombinert flere av disse søkeordene, spesielt sammen med kols.

Vi har brukt flere forskningsartikler, deriblant Knapstads, (2007) som har en IMRAD standard<sup>1</sup>. Den introduseres med bakgrunn for studiet som er et utviklingsprosjekt som ønsker å finne et svar på hvorfor kols pasienter har problem med å forbli røykfri etter hjemkomst etter organisert røykeavvenningskurs. Studiet har en kvalitativ tilnærming. Det blir utført intervju der pasientene kommer med sine opplevelser om hvilke faktorer og mestringsstrategier som virker/ikke virker for å oppnå mål om varig røykfrihet. Resultatene

---

<sup>1</sup> Artikkelen skal inneholde en introduksjon, metod, resultat og diskusjon av studiet som er gjort (Markusen, 2004).

presenteres før de diskuteres. Vi vurderte reliabiliteten og validiteten og vurderte den som stor i forhold til vårt problemområde til tross for at det var få personer med i undersøkelsen. Vi har stort sett brukt nyere litteratur skrevet etter år 2000, og mener at kvalitetsnivået på oppgaven da blir best opprettholdt. Vi har også lagt vekt på at forskning og fagartikler er utført og forfattet av fagpersoner med relevant erfaring og utdanning for å ivareta reliabiliteten i forhold til vår problemstilling.



### 3. Teori:

#### 3.1. Kari Martinsens sykepleieteoretiske perspektiv

Vi har valgt Kari Martinsen<sup>2</sup> som teoretiker. Hun har vært sentral i utdanningen, og vi kjenner oss igjen i hennes humanistiske menneskesyn som innebærer å se hver enkelt individ i et helhetsperspektiv. Det innbefatter de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner.

Vi har valgt dette utgangspunktet som forankres i fenomenologien. Med det menes at mennesket og omgivelsen utgjør en enhet, og kan derfor ikke forstås eller betraktes separat (Hanssen, 2000). Det som gir rom for tolkning og det individuelle er at Martinsen er nokså lite konkret angående sykepleierens spesifikke domene, noe som gjør at de praktiske oppgavene til sykepleieren blir litt uklare. Hennes intensjon er at vi som sykepleiere skal være reflektert å la individualiteten råde i hver situasjon (Alvsvåg & Gjengedal, 2000 [forordet]). I henhold til vår problemstilling blir det relevant å trekke inn begrepene menneske, omsorg og helse av Martinsens teori. Vår tolking av hennes teori kommer i forkant av hvert underkapittel i teoridelen. Videre har vi valgt å bruke lignelsen om den barmhjertige samaritanen i flere av underpunktene for å belyse hva hennes teori sier (Martinsen, 2002).

##### 3.1.1. Omsorg:

Martinsen mener omsorg er en grunnleggende forutsetning for all menneskelig eksistens. Sykepleieomsorgen er spesiell, og ytes med en balansegang mellom faglig kunnskap, erfaring og skjønn. Å opptre som likeverdige, å inkludere og anerkjenne den hjelpetrengende er nødvendig for å skape tillit. Hun presiserer også at omsorg ikke er sykepleie, men en elementær del av sykepleien. Å våge å gå inn i og stå i situasjoner er og sentralt for sykepleieren (Martinsen, 2003).

Omsorg handler om hvordan vi forholder oss til hverandre og Martinsen sier at det er tre aspekter en er avhengig av ved omsorg. Vi presenterer her disse kort, men kommer mer inn på de senere i oppgaven.

##### *Det relasjonelle aspektet:*

Omsorgens relasjonelle aspekt oppnås mellom to parter der den ene har behov for omsorg, og den andre gir omsorg (Martinsen, 2003). For å kunne oppnå en god relasjon mellom

---

<sup>2</sup> Kari Martinsen er født i 1943. Hun er en norsk sykepleier som har magistergrad i filosofi bak seg. Hun har gjennom flere år forfattet bøker og artikler som hun selv mener har bidratt til å utvikle sin tenkning (Kristoffersen, 2000).

sykepleier og pasient må sykepleieren kunne sette seg inn i pasientens situasjon. Det er denne situasjonen som skal være et utgangspunkt for relasjonen (Martinsen, 2002).

*Det praktiske aspektet:*

Omsorgens praktiske aspekt bygger på lignelsen om den barmhjertelige samaritanen, om å hjelpe den som lider. Martinsen (2003) sier at handlingen vokser ut fra den konkrete situasjonen som pasienten befinner seg i, der vi som sykepleiere forplikter til praktisk handling. Hun mener at det er omsorgens kvalitet som kjennetegner omsorg i en yrkessammenheng (ibid).

*Det moralske aspektet:*

Omsorgens moralske aspekt kommer til uttrykk gjennom måten vi handler på, det er en del av vårt dagligliv. Martinsen (2003) sier at moral er å handle til det beste for den andre. Hun mener det moralske aspekt dreier seg om måten de konkrete handlingene blir utført på, uten å forvente noe tilbake (ibid).

### **3.1.2. Mennesket:**

Martinsen mener at det er relasjon som er det fundamentale i menneskelivet. Menneskene er avhengig av hverandre, og dette kommer tydelig fram hvis noen blir syke, skadet eller ved funksjonstap. Hun betegner sitt menneskesyn som kollektiv, det er fellesskapet som er det sentrale. Martinsen sier at det er gjennom vår avhengighet av andre vi utvikler oss til å bli selvstendige og dermed klarer å utvikle oss. Hun mener at det er de spontane og suverene livsytringene<sup>3</sup> som tillitt og barmhjertelighet som er det fundamentale i relasjonene. Det er dette som er det bærende element i menneskets liv. Martinsen mener at vi er født med disse livsytringene, og vi bevarer dem inntil vi på en eller annen måte blir skuffet. Det er først da mistilliten, løgneren, håpløsheten og ubarmhjerteligheten får grobunn i oss (Kristoffersen, 2000).

Martinsen framhever likeverd når hun omtaler menneskeverd. Ingen menneske er mer verd enn andre, og det er sykepleieren, på grunn av hennes maktposisjon, som skaper atmosfæren som er avgjørende for pasientens opplevelse av seg selv og sin situasjon (Martinsen, 1995).

---

<sup>3</sup> Vi mener livsytringer har med etikk å gjøre, og dekker også andre subjektive fenomen som blant annet kjærighet, håp og åpenhet.

### **3.1.3. Helse:**

Martinsen vektlegger den enkelte pasients opplevelse av situasjonen når hun omtaler helsebegrepet. Målet for omsorgen er at pasienten skal ha det best mulig i hans situasjon slik at livsmotet øker, og da er omgivelsene sentrale. Martinsen mener at opplevelsen av velvære må være en naturlig del av helsen. Omsorgen trenger ikke nødvendigvis være framtidsrettete mål som uavhengighet eller funksjonsdyktighet. Dette er urealistiske mål for store pasientgrupper, det er ikke det som karakteriserer god helse. Det er ofte nok at sykepleieren er til stede i nuet. Martinsen bruker ordet vedlikeholdsomsorg når hun skriver om mål som sikter på å unngå forverring samtidig som pasienten skal klare å opprettholde et visst funksjonsnivå, det er dette som ifølge Martinsen forteller noe om den enkeltes helse (Kristoffersen, 2000).

## **3.2. Sykepleiefaglig perspektiv:**

I denne delen vil vi presentere de funn vi har gjort innenfor de forskjellige dimensjonene. Skal vi som hjemmesykepleiere vite hvordan vi kan ivareta en helhetlig omsorg til pasienter med kols trenger vi kunnskap om temaet. Det er ikke et enhetlig svar på problematikken vi tar opp, noe som vil komme frem i funnene. Vi kommer også litt inn på hvilke tiltak som er nødvendig for å kunne opprettholde optimale funksjonsnivå ut fra de individuelle tilstandene. Dette er nødvendig for å ivareta en helhetlig omsorg.

### **3.2.1. Den psykiske<sup>4</sup> dimensjon<sup>5</sup>:**

Martinsen (2003) sier at hvert menneske er spesielt med forskjellige ønsker og behov, og må derfor behandles som den unike personen den er. Hun sier også at ved å gjøre et miljø mindre farlig for den enkelte, eller å gjøre pasienten bedre rustet til å tåle det farlige miljøet vil være forebyggende for sykdomsforløpet. Når vi tar utgangspunkt i hennes humanistiske menneskesyn tolker vi at hun med dette mener at det er helt nødvendig å ivareta den psykiske dimensjoner. Pasienten og hans omgivelse vil da ha de beste forutsetninger for å kunne forholde seg til den sykdommen de er blitt rammet av (ibid).

Reaksjonene og opplevelsen på samme type diagnose kan være svært individuell. Bastøe (2004:63) sier det slik:

---

<sup>4</sup> Psyke blir av Nylenna (2004) definert som ”sjelelig, mental, ordet blir ofte brukt i motsetning til kroppslig, fysisk og somatisk.”

<sup>5</sup> Dimensjonen blir av kunnskapsforlagets elektroniske ordbok (lest 11.02.08) definert som *størrelse, omfang*.

*En sykdom sier mye om symptomer og antatt prognose, men lite eller ingenting om hvordan det vil være å lide av akkurat denne sykdommen.*

Psykiske reaksjoner som angst, depresjon, sinne, fornektelse og skyldfølelse er vanlige reaksjoner hos pasienter med diagnosen kols. Vi vil her gå videre og beskrive angsten og depresjonen som kan være svært framtreddende hos kols-pasienter. I forhold til vår problemstilling er det også viktig at pasienten får mulighet til å sette ord på følelser og tanker han har for framtiden. Dette gjør at hjemmesykepleieren får økt forståelse av pasientens bruk av forsvarsmekanisme, og hvor sterkt håpet er (Sorknæs, 2005).

Hvor sterke de psykiske reaksjonene er, og hvordan pasienten uttrykker dem er individuelt. Det som er sikkert er at psykisk ubalanse påvirker respirasjonen negativt, og dårlig respirasjon kan forårsake psykisk ubalanse (Sorknes, 2005). Det er nødvendig at sykepleier har kunnskap om for å kunne gjenkjenne symptomer, kunne forebygge og handle når situasjonen krever det. Helsepersonelloven 199-07-02 nr 64 fremmer at hjemmesykepleiere er forpliktet til å utføre faglig forsvarlig sykepleie. I Monstad (u.å.) sin undersøkelse kommer det fram at hjemmesykepleiere ofte kommer i konflikt med loven, normer, arbeidsoppgaver og tiden. Dette på bakgrunn av at det ofte er konkrete tiltak som vedtas og det blir liten tid og rom for sykepleierne å imøtekomme pasientenes behov ut over dette. Å bruke sin egen fritid for å utføre jobben helhetlig blir for mange en løsning og i lengden vil det bli en slitasje. En annen undersøkelse fra Bergen viser at få hjemmesykepleiere ønsket faste pasienter å gå til slik at de ikke fikk for sterke bånd. Et annet argument var at flere pasienter oppleves som krevende og de ansatte fryktet utbrenthet (Hanssen, 2000).

### **3.2.1.1. Angst<sup>6</sup>:**

Angst skapes ved frykten av at noe ubehagelig skal skje, og vi føler oss truet (Hummelvoll, 2005).

Selv om kols er en somatisk sykdom viser det seg at denne pasientgruppen sliter mye med angst og redsel for å dø. For å klare å takle angsten kan det være til hjelp for pasienten å gjøre seg kjent med eget reaksjonsmønster på de somatiske symptomene. Dette kan være til hjelp for å klare å fokusere på egne ressurser (Gjengedal, 2005).

---

<sup>6</sup> En indre uro, spenning og kroppslig ubehag, og som opptrer når individet føler seg truet (Nylenna, 2004).

Et eksempel på dette kan være dyspnoe, som er et vanlig symptom hos kols pasienter. Dyspnoe føles som en kvelingsfølelse, og fører til sterk angst. Angsten forverrer dyspnoen, og en kommer inn i en vond sirkel (Sorknæs, 2005).

Stewart (2005) mener at kols pasienter må få et tilbud som er rettet mot psykologisk behandling. På lungerehabiliteringskurs og lungeskole kan en lære om sykdommen og få hjelp til trening. For at dette skal bli en helhetlig, pasientsentrert behandling må et tverrfaglig samarbeid til, der hjemmebasert tjeneste kan samarbeide med sykehuset.

### **3.2.1.2. Depresjon<sup>7</sup>:**

I følge Sorknæs (2005) er skyldfølelse veldig vanlig hos pasienter med diagnosen kols da over 90% av den pasientgruppen er røkere, eller tidligere røkere. Dette kan føre til at pasienten går inn i en depresjon. Unødvendige bekymringer reduserer livskvaliteten, mens det å klare å tenke positivt, og være bevisst og vise interesse for egen livskvalitet påvirker den psykiske dimensjonen positivt hos oss mennesker (Hjalmarsen, 2007).

Tap av helse kan være en årsak til svekket livsmot. Kronisk og alvorlig syke mennesker står også i fare for å bli deprimert som følge av livssituasjonen. Å være oppmerksom på denne faren og å iverksette forebyggende tiltak som kognitive, målrettede og livsfilosofiske strategier kan være til stor hjelp for den syke (Karoliussen, 2004)

Pasienter med diagnosen kols må forholde seg til at de lider av en irreveribel sykdom. De trenger av den grunn et apparat rundt seg som kan være til hjelp og støtte. I følge Karoliussen (2004) er eldres mestringsevne generelt nedsatt i forhold til yngre mennesker, og dette igjen øker faren for depresjoner.

Sagen og Nielsen (1998) mener at latter kan ha en gunstig effekt på kronisk syke da en ikke kan le og tenke samtidig. Latteren øker produksjonen av katekolaminer og styrker dermed respirasjonssystemet, løser opp slim, øker hjertefrekvensen og bedrer sirkulasjonen. Immunforsvaret styrkes, musklene slapper av, puls og blodtrykk synker. I forhold til kols pasienter kan latter være med på å bedre gassutvekslingen i alveolene (ibid).

---

<sup>7</sup> Alvorlig langvarig nedstemthet med redusert initiativ og søvnvansker (Nylenna, 2004).

### 3.2.1.3 Håp<sup>8</sup>:

Martinsens tre aspekter for omsorg er alle med på å fremme håpet. I det relasjonelle aspektet er sykepleiers innlevelse og samhandling med pasienten avgjørende for om pasienten har grunnlag for å opprettholde håpet. Ved å se, høre og vise interesse for andre individer bidrar en til å gi den andres liv mening som fremmer håp. Martinsens bilde om den barmhjertige samaritan er en god illustrasjon. Om ikke samaritaneren hadde hjulpet den hjelpeløse personen ville han ikke hatt noe håp for fremtiden, ingen mening i livet, livet ville trolig ebbet ut. Han var avhengig av at noen foretok seg en praktisk handling og hjalp han. Det var forutsetningen for at han igjen fikk oppleve håp og mening i tilværelsen. Det moralske aspektet uttrykkes også i måten han handlet på. Han tenkte helhetlig og brakte han til noen som kunne gi ham den pleie som han trengte. For samaritanen var det en selvfølge å ordne opp slik at den syke ikke skulle oppleve ytterligere lidelse og bekymring etter overfallet. Han hadde lidt nok. Fenomenene håp og mening står sentralt i utøvelsen av syke pleien for at pasientene skal oppleve helhetlig ivaretagelse (Martinsen, 2002).

Lohne (2005) refererer til Travelbee som sier at håp er en nødvendig faktor for å bære sykdommens byrder. I Monsen (2006) kommer det frem at Lohne har gjennomført en intervjuundersøkelse med pasienter i en rehabiliteringsfase. Samtlige opplevde at håpet hadde stor betydning for fremdriften, men like mange etterlyste at sykepleiere engasjerte seg i å fremme håpet hos de lidende. Pleierne opplevdes som reservert på området.

Travelbee sier ved håpløshet ønsker en som regel å gjøre noe med det, og da må en selv være aktiv (Lohne, 2005)

Mange diagnoser er en gradvis prosess og flere er selvpåført som et resultat av livsstil og vaner. Det igjen kan føre til skuffelser over seg selv og det oppleves en ubevisst håpløshet i følge Lohne (2005). Videre refererer hun til filosofen Fromm som mener at det ubevisste kan ende i håpløshet der menneske ikke lenger ser noen mening med livet. Dette kan relateres til alvorlig syke mennesker som kols pasienter. Som sykepleiere har vi som oppgave å hindre at den syke opplever meningsløshet og håpløshet. Lohne, (2005, s.190) refererer Fitzgerald sin definisjon av håp som *...en vei ut av mørket...*

Smebye (2004) viser til Dufault og Martocchios studier som sier at minner, tidligere mestring, den åndelige dimensjon, familie og venner og verdifølelsen er sentrale faktorer som er med og

---

<sup>8</sup> Håp bringer mening og hensikt i tilværelsen (Lamb og Lamb, sitert i Knustad & Kamp Nilsen, 2005).

bidrar til håp. Travelbee presiserer også at gir en pasient helt opp i form av apati, likegyldighet og fortvilelse skal en reagere med akutte tiltak og sammenligner med somatiske livstruende tilstander (Lohne, 2005).

#### **3.2.1.4. Mestring<sup>9</sup>:**

Også for å fremme mestring er Kari Martinsens tre omsorgsaspekter nødvendig. Enhver situasjon består av sammensatte fenomen. Blir ikke den syke møtt ut fra sitt ståsted vil det virke demotiverende, og uten håp og mening har en et dårlig mestringsgrunnlag. I hver enkelt situasjon vil den relasjonelle samhandlingen føre frem til hvor pasienten står, hvilke mestringsstrategier som fungerer og balansepunktet mellom pasient og hjelper. Pasientens skal være forutsetningen for hvordan pleieren på bakgrunn av sin erfaring, profesjonalitet og medmenneske handler. Samtidig kan det være aktuelt å bruke skjønn<sup>10</sup> ved vurdering av hvordan en best kan møte den enkelte i hans krisesituasjon (Martinsen, 2003).

Mestring er nødvendig for å håndtere kriser som følge av sykdom. Det er individuelt hvordan hver enkelt reagerer på krise. Felles er at livet endrer seg og en må se på fremtiden fra et nytt perspektiv (Eide & Eide, 2005). Folkman & Lazarus (sitert i Eide & Eide, ibid) mener at de mange mestringsstrategiene har individuell virkning i de enkelte tilfellene og det er flere faktorer som spiller inn. De har utarbeidet en mestringsmodell som illustrerer forholdene de mener er avgjørende mestringsstrategier. Sentrale områder er fokus på det emosjonelle og problemløsende ut fra subjektive opplevelser. Holdningene vises via handling og kan begrense/styrke kognitive adekvate vurderinger og bearbeide reaksjonene (ibid).

Hobby og aktiviteter kan være positive mestringsstrategier, men tilbaketrekning er en strategi som mange også tyr til om en ikke opplever å mestre sine handlinger (Vistnes, 1997). Forskning viser at det er avgjørende at kols pasienter selv er motivert og innstilt på, for eksempel å endre vaner. Press fra omgivelsene har motsatt virkning og skaper usikkerhet. Det viser seg også at kols pasienter har vansker med å holde seg røykfri. Egenvurdering, motivasjon og selvtillit er viktige mestringsfaktorer (Knapstad, 2007).

Martinussen (2003) har komnt frem til at anerkjennelse i enkeltsituasjoner er avgjørende utgangspunkt for mestring. Med kronisk sykdom er en ofte avhengig av blant annet

---

<sup>9</sup> Mestring innebærer å forholde seg til den belastende situasjonen på måter som gjenoppretter mening og sammenheng, bidrar til å bearbeide de følelsemessige reaksjonene og eventuelt også til å løse de vanskelighetene man står ovenfor. (Eide & Eide, 2005;104)

<sup>10</sup> Praktisk – moralsk handlingsklokskap. (Martinsen, 1995).

hjemmesykepleie, og en oventil og ned holdning fra hjelpeapparatets side reduserer den sykes mestringsevne. Stene & Fjerstad (2008) bekrefter mestringens betydning innen hjemmesykepleien da pasientens utfordringer for det meste skjer i hjemmet. Fjørtoft, (2006) sier at kronikere som for eksempel kols pasienter har behov for å ha færrest mulig sykepleiere å forholde seg til på grunn av sitt sammensatte sykdomsbilde. Det vil kvalitetssikre pleien og redusere utryggheten for pasientene og dermed øke mestringsevnen. Også pårørende er sentrale faktorer i opplevelsen av mestring (ibid).

### **3.2.2. Den sosiale dimensjon:**

Martinsen mener at den sosiale dimensjonen av helhetlig omsorg er en sosial relasjon, det vil si at omsorg har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre.

Hun mener at menneskene er skapt for å ta vare på hverandre, vi er avhengige av hverandre. Samtidig skiller Martinsen mellom mennesket og person, der hun sier at et menneske er hvem som helst, mens en person er noe unikt. Med dette forstår vi at en person har med seg særegne erfaringer og opplevelser, selv om han også har mye felles med andre (Martinsen, 2003).

Mennesket er et sosialt og kulturelt vesen, noe som kan spores flere tusen år tilbake i tid (Sorknæs, 2005). Pasienter med alvorlig grad kols har lett for å isolere seg, samtidig som de ofte har skyldfølelse for sykdommen. Det blir hevdet at psykisk trening er like viktig som fysisk trening. Gruppeterapi kan derfor være til stor hjelp. En er da sosialt sammen med andre mennesker, samtidig som en blir mer observant hvordan en reagerer og handler når de somatiske symptomene inntreffer (Gjengedal, 2005).

Folk vet ofte ikke hva de skal snakke om, og hvordan de skal forholde seg når en man kjenner godt er blitt syk. Resultatet blir ofte å velge den enkleste veien, å trekke seg bort. Den syke velger ofte å la være å snakke om sin lidelse for å spare menneskene rundt seg, vil ikke skremme dem bort, noe som fører til at han sitter inne med hele byrden selv. Dette kan føre til sosial isolasjon og ensomhet, også når han er sammen med andre (Hanssen, 2004).

Sykepleiere som jobber som innenfor kommunenes helsetjeneste har ikke lov til å trekke seg bort. I § 1 i forskrifter om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunenes helsetjeneste (2003) kan vi lese sykepleieren skal vektlegge forebyggende arbeid. Dette innbefatter opplysende og rådgivende virksomhet.



De fleste kols pasienter ønsker hjemmebehandling da de setter autonomiprinsippet høyt. Det å kunne bestemme sin egen rytme for dagen og oppholde seg i kjente omgivelser både innendørs og utendørs, viser seg å virke positivt på mestringfølelsen. Det er lettere å være aktiv og deltagende når fremmedgjøringen er minimal. Pasienter som flytter på institusjon føler ofte friheten blir tatt ifra dem ved at de får nye rutiner, folk og omgivelser å forholde seg til (Hanssen, 2000).

Det er nødvendig for kols-pasienter å ha en god ballanse mellom aktivitet og hvile for å opprettholde motstandskraften og greie nødvendige daglige gjøremål. Det er pasientens interesse som må være utgangspunkt for planleggingen, samtidig må han få informasjon hvor viktig det er å sosialisere seg. Foruten å leve et liv med mange forbehold og hensyn kan følelsen av å være en byrde for andre være en stor påkjenning for kronisk syke (Wahl og Hanestad, 2002).

### **3.2.3. Åndelig<sup>11</sup> dimensjon:**

En av Kari Martinsens inspirasjonskilder er filosofen og teologen K.E. Løgstrup. Han mener at de menneskelige verdiene gjør seg gjeldende i form av livsytringene der blant annet barmhjertigheten står sentralt (Martinsen, 2003).

*Når en ser med hjertets øye, er øyet sjelens ... speil (Martinsen, 2000:20).* Vi tolker dette som Martinsen definisjon på det åndelige i den helhetlige menneskeheten. Det er hentet i forbindelse med historien om den barmhjertige samaritan som så den hjelpetrengende i et helhetlig perspektiv. Det er fra hjertet livet utgår, og i helhetlig omsorg handler en med hjertet i tillegg til forstanden. Overført til et pasientperspektiv er det sentralt at i sykepleien blir disse behovene også ivaretatt (ibid).

Å yte profesjonell omsorg kan på flere måter ses på som noe forutbestemt. I lignelsen om den barmhjertige samaritan var det to profilerte og velutdannede menn som gikk forbi den hjelpetrengende uten å hjelpe. Da samaritaneren kom hjalp han uten å nøle. Han så at den andre var avhengig av hans hjelp, og kan sees på som den guddommelige nestekjærligheten. På same måte er det lidende mennesket avhengig av hjelp og støtte fra medmennesker. For eksempel kan ekstensielle spørsmål som gir livsmot mange ganger være krevende, men viktig for pasienten å få svar på og å snakke om. Det er nødvendig at de åndelige behovene får

---

<sup>11</sup> Ånd - defineres som *det som utgjør livet i et levende vesen; liv i følge kunnskapsforlagets elektroniske ordbok, ordnett (lest 11.02.08).*

profesjonell omsorg der den hjelpetrequende får tilfredstilt sine behov i en vanskelig tid (Martinsen, 2000).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2007) pålegges det sykepleiere å kjempe for at enkeltindividene får ivarettatt sine behov innen alle dimensjoner. Hovdenes (1999) går i sin artikkel til motangrep på oppdelingen av de fire dimensjonene. Hun viser til forskning som bekrefter helheten. Hun mener at den åndelige behovene blir oversett i omsorgen, og belyser at ånden er det fundamentale for et helhetlig menneske. Det er nettopp ånden som er det mellommenneskelige relasjonsgrunnlaget og fremmes via holdninger.

I følge Smebye (2000) består ikke det åndelige bare av religiøse behov. Menneskets grunnverdier og det som gir hvert enkelt individ mening er også en del av dimensjonen. Den åndelige dimensjonen er med på å skape mening og relasjoner der håp og tro er viktige elementer. Troen er med på å styrke det fremtidsrettede håpet og er en sentral faktor for å opprettholde egenomsorgen. Kristne har sin tro som en grunnleggende forankring i livet og ved alvorlig og kronisk sykdom endrer ofte personer sitt perspektiv på livet og de eksistensielle spørsmål får større betydning. Hva er meningen med livet og hva skjer etter døden er noen eksempler på det. For mange kan det være viktig å avklare dette og som sykepleier kan vi formidle kontakt mellom pasient og prest eller en annen åndelig leder om pasienten kommer fra andre trossamfunn (ibid).

#### **3.2.4. Den fysiske<sup>12</sup> dimensjon:**

Den sykes relasjonelle avhengighetsforholdet forsterkes ved fysisk sykdom sier Martinsen (Kristoffersen, 2000). Sykepleierens plikt til å yte omsorg og pleie ut fra sin kunnskap og erfaring basert på samhandling med pasienten forsterkes. På den måten svarer sykepleieren den hjelpetrequende i hans behov samtidig som han opplever aksept, basert på likeverd og gjensidighet. Martinsen bruker begrepet for å uttrykke en betingelsesløs omsorg som det er mellom sykepleier og pasient. Hun ser på observasjon av pasientens non-verbale signaler som en sentral sykepleieoppgave, og sykepleieren må iverksette pasientsentrert tiltak for å tilfredsstille pasientens behov. Med et oppøvet klinisk blikk ser en erfaren sykepleier hva pasienten trenger uten at han nødvendigvis uttrykker seg verbalt (Martinsen, 2003).

---

<sup>12</sup> Legemlige.

Kols<sup>13</sup> er en sykdom som har så store fysiske konsekvenser at pasientens funksjonsnivå nedsettes, i tillegg til at respirasjonsfunksjonen<sup>14</sup> reduseres og gir økt ubehag (fig. 1). Dyspnoe og angst er noe som følger med sykdommen som er irreversibel. (Sorknæs, 2005). Største risikogrupper for å utvikle kols er røykere og arbeidere innen støv og kjemikalieforurensing (HOD, 2006). Pasientens funksjonsområder blir svekket på grunn av redusert oksygenmetning i kroppens celler, og allmenntilstanden nedsettes. Funksjonsevnen avhenger av om graden er av mild, moderat eller alvorlig art og utløsende faktorer bør unngås. I tillegg spiller også værforholdene inn. Hva en reagerer på og hvordan en reagerer er individuelt. Kols pasienter har økt risiko for infeksjon i nedre luftveier på grunn av nærmest konstant bakterieflora i lungene. Ved medikamentell behandling brukes glukokortioider<sup>15</sup>, B2 stimulatorer<sup>16</sup> og slimløsende<sup>17</sup> preparat. Det kreves at pasientene har kunnskap om virkning og bivirkninger (Sorknæs, 2005).

Helsepolitisk jobbes det mot at kols pasienter skal øke sin kunnskapen om sykdommen. Da er de bedre utrustet til å vurdere medisinendringer ved behov etter avtale med fastlegen (Simonsen, 2005). Videre har regjeringen nylig opprettet en nasjonal strategi for kols der det blant annet vektlegges et bedre rehabiliterings og pasientoppfølgingstilbud med hovedvekt på den enkeltes behov. Bakgrunnen for prosjektet er blant annet på grunn av at kols pasientene er en stor gruppe og alvorlig sykdom som tidligere har hatt liten prioritet i helsepolitikken (HOD, 2006).

---

<sup>13</sup> Defineres som: den mengden luft som blåses ut per sekund (FEV 1), og hvor mye som blåses ut etter total inspirasjon (FVC). Ut fra dette kan vi definere kols slik: FEV 1 er mindre enn 70% av FVC. (Sorknæs, 2005).

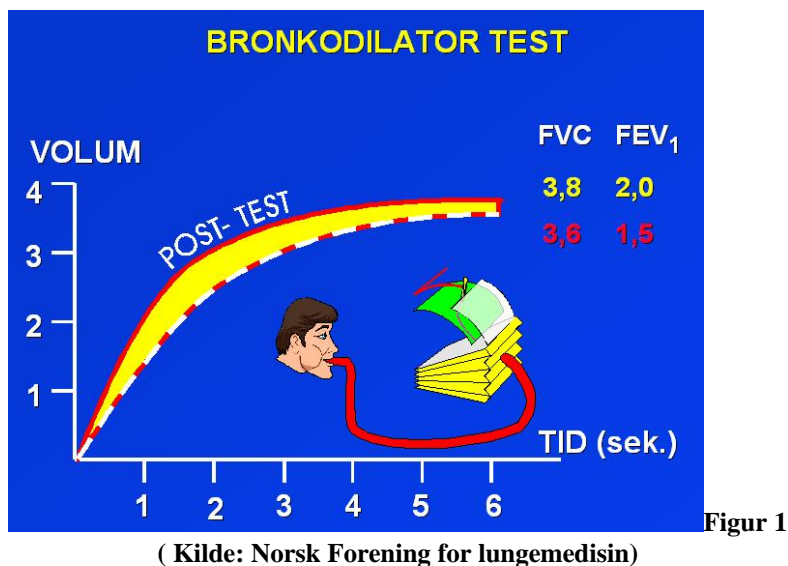
Kols pasienter bør ta influensa og pneumokokk vaksine som forebyggende tiltak (Legemiddelhåndboken, 2007).

<sup>14</sup> Lungene har nedsatt respirasjonsfunksjon som følge av kronisk bronkitt (hovne bronkier og økt slimproduksjon), emfysem (nedbrutte skillevegger i alveolene, - gassutvekslingen reduseres) og slapt bindevev som hindrer tilstrekkelig ekspirasjon. Disse faktorene øker faren for kronisk respirasjonssvikt og respiratorisk acidose, (for mye CO<sub>2</sub> i blodet), (Wyller, 2005).

<sup>15</sup> Pulmicort og Flutide, brukes som oftest ved inhalasjon og er antiinflammatoriske (Simonsen, 2004).

<sup>16</sup> Inhaleres og bedrer ventilasjon som resultat av redusert ødem i slimhinnen, utvidelse av bronkiene og økt slimproduksjon. Kortidsvirkende preparat: Ventoline, Airomir, Bricanyl og langtidsvirkende: Seretide, Serevent, Foradil.

<sup>17</sup> Mucomyst og Bisolvon brukes mye (Simmonsens, 2004).



Figur 1

### 3.2.5. Pårørende<sup>18</sup>:

*Hvordan tar vi som sykepleier vare på menneskets evige betydning, den enkeltes uendelige verdi... (Martinsen, 1993, s 18, sitert i Knustad og Kamp Nielsen, 2005, s.92)?* Martinsens spørsmål får oss til å tenke på pårørende er medregnet i ...den enkeltes ...verdi. Også de opplever krise når deres nærmeste blir syke, og det er ingen selvfølge at noen ser deres behov. I følge Martinsen menneskesyn har alle individ samme verdi (Martinsen, 1995). Hun mener at mennesker og deres omgivelser utgjør en enhet, og kan derfor ikke betraktes separat. Vi må ta utgangspunkt i omgivelse for å kunne forstå mennesket (Kristoffersen, 2000).

Fellesskap kan være familie, venner, kolleger, naboer, dyr eller en Skaper, og det formes i relasjoner. Det er en del av personens liv, og må integreres i et helhetlig omsorgsperspektiv noe som samfunnet bør prioritere for å spare den syke for tilleggsbelastninger (Alvsvåg, 2005).

Å ha andres hjem som arbeidsarena krever at vi innordner oss etter det enkelte hjems regler samtidig som vi formidler at vi ønsker å være en hjelper også for pårørende uten å være påtrengende (Fjørtoft, 2006). HOD (2006) ønsker at pårørende og nærmiljøet skal ha en mer sentral rolle i forhold til, oppfølging og forebygging av kols.

<sup>18</sup> Pårørende er den pasienten selv gir, eller ville ha gitt denne status dersom han hadde hatt mulighet til det. Pårørende og pasient er to personer som står hverandre følelsesmessig nær, og som har et gjensidig avhengighets- og kontaktforhold. (Fjørtoft 2006;102):

I følge Berland (1999) har pasientenes psykiske reaksjoner negativ belastende innvirkning på pårørende. De får en tilleggsbelastning da de fra før er pålagt et stort ansvar som ”heltidsansatt” omsorgsperson for sin nærmeste. Det følger mye uro med å være pårørende til kronisk syke. Fjørtoft (ibid) refererer til pårørende som mener at hjemmesykepleierne i større grad må tørre å møte deres behov. De uttrykker at med jevnlig avlastning vil en kunne yte mer i hverdagen. De er ufrivillig havnet i en krevende situasjon innen alle dimensjonene. Stene & Fjerstad (2008) bekrefter dette i sin artikkel samtidig som de viser til tidligere forskning som sier at om pårørende er positive i forhold til situasjonen og blir integrert tidlig i forløpet vil det ha positiv innvirkning på en kroniker. Pårørende er en ressurs i hjemmesykepleien og bør belønnes ut fra det. Det er blant annet å bli anerkent, sett og hørt i forhold til sine behov sier Fjørtoft (ibid) og Stene & Fjerstad (ibid).

## 4. Drøfting:

Vi vil vi ta opp og drøfte problematikk rundt problemstillingen

**Hvordan kan vi som hjemmesykepleiere bidra til å ivareta helhetlig omsorg til pasienter med diagnosen kols?**

### 4.1 Psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner:

I følge yrkesetiske retningslinene for sykepleiere og ICNs etiske regler (2007), samt i HODs forskriftene om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunenes helsetjeneste (2003) skal vi som sykepleiere sikre en helhetlig sykepleie der opplysende og rådgivende virksomhet skal vektlegges. Med dette forstår vi at vi er pålagt å ha utgangspunkt innen alle fire dimensjoner, som igjen samsvarer med Kari Martinsens teori om helhetlig omsorg der evne til innlevelse står sentralt.

Det kommer fram i en undersøkelse at sykepleiere i hjemmebasert tjeneste ikke ønsker å besøke faste pasienter (Hanssen, 2000).

Vi kan derfor spørre hva årsaken til dette kan være og hva vil det gjøre med pasientenes rettighet til en helhetlig omsorg.

Martinsen sier at hvert enkelt individ er unikt og dermed forskjellige, dette gjelder både pasient og sykepleier. Videre sier hun at profesjonell omsorg skal ha utgangspunkt i pasientens situasjon. Det er pasientens opplevelse av situasjonen som forteller oss hvordan pasientens helsetilstand er (Kristoffersen, 2000). Det som gjør sykepleieomsorgen så spesiell er at den må ha solide fagkunnskaper i tillegg til erfaring og evne til å bruk av skjønn (Martinsen, 2003). Det er ikke alle pasientene som ønsker å imøtekomme eller ta innover seg at de for eksempel har psykososiale problemer knyttet til sin diagnose, de kamouflerer det. Dette må en hjemmesykepleier ha med seg når hun skal bygge opp et tillitsforhold med pasienter med kols diagnose.

Martinsen sammenligner sykepleie med den barmhjertelige samaritan, der barmhjertelighet står sentralt. Hun presiserer at den lidende er avhengig av hjelp og støtte. Vi skal lytte, vise forståelse og bekrefte pasientens eksistens (Martinsen, 2002).

Av erfaring har vi sett at tillitt og kjennskap ofte blir etablert over tid. For noen kan det ta måneder før en klarer å stole på et annet menneske, spesielt hvis de har en bakgrunn med mye mistillit, skuffelser og løgner (Kristoffersen, 2000). Men tid alene er ikke nok. Pasienten må

kunne føle seg trygg på at hjemmesykepleieren har opparbeidet seg så mye fagkunnskaper at hun kan utføre konkrete handlinger om situasjonen krever det. Som tidligere nevnt er det nødvendig at kols pasienter får sette ord på tanker og følelser. Det er individuelt hvordan den enkelte pasient forholder seg til sin diagnose (Sorknæs, 2005). Gjennom praksis har vi erfart at pasienten ikke vil åpne seg hvis de ikke føler seg trygg på oss. Vi får dermed ikke mulighet å sette oss inn i pasientens situasjon, eller skape gode relasjoner der humor bør ha en sentral plass. Det er først når dette tillitsforholdet er opparbeidet vi mener pasienten får den omsorg og pleie som både Martinsen, forskrifter om lovbestemte sykepleiertjenester og de etiske reglene påpeker at pasienten har krav på. Humor med mye latter kan ha en gunstig effekt på den fysiske og psykiske dimensjonen. Den fysiske dimensjonen blir påvirket positivt med at respirasjonssystemet styrkes, latter virker slimoppløsende, hjerterefrekvensen øker og bedrer dermed sirkulasjonen. Gassutvekslingen i alveolene bedres hos kols pasienter. Den psykiske dimensjonen påvirkes ved at vi mennesker ikke kan le og tenke samtidig. Vonde tanker og engstelser får dermed hvile (Sagen & Nilsen, 1998). For å kunne oppnå dette må hjemmesykepleien etablere et kjennskap til pasienten, noe som krever kontinuitet mellom pasient og pleier. Ut i fra dette har vi kommet fram til at det kan være problematisk å bli kjent med en person uten å samtidig knytte bånd til han. Det gjør det vanskelig for hjemmesykepleien å ivareta alle dimensjonene uten å være villig til å besøke faste pasienter.

Sykepleieren er også en person, med egne følelser og behov. Når hun sier at hun ikke ønsker å knytte for sterke bånd til pasientene, ser vi ikke bort i fra at det kan være et forsøk på å skjule egne følelse og dårlige samvittighet. Det viser seg at hjemmesykepleien ofte kommer i konflikt med tiden (Monstad u.å.). Dette fører til at pasienten aldri med sikkerhet vet når sykepleieren kommer. Usikkerhet kan føre til angst for pasienten. Dette er svært uheldig for kols pasienter da dette er symptom som også er vanlige i forbindelse med selve diagnosen (Gjengedal, 2005). Vi har erfart at hjemmesykepleien har strenge retningslinjer å forholde seg til for å få hverdagen til å gå opp, samtidig har hun regler og forskrifter som skal overholdes. Vi ser derfor ikke bort ifra at grunnen til at de ikke ønsker å involvere seg mer i den enkelte pasient rett og slett er en form for overlevelsesstrategi for å klare å fungere i yrket over lengre tid.

Martinsen forklarer sitt menneskesyn som kollektivt, vi er avhengig av hverandre og det er fellesskapet som er sentralt. Vi bevarer de spontane og suverene livsytringene våre helt til skuffelser ødelegger dem (Martinsen, 1993).

Å aldri vite når på dagen hjemmesykepleieren dukker opp kan også virke inn på den sosiale dimensjonen. Det blir vanskelig å lage avtaler med andre og det blir vanskelig for omgivelsen å rekne med denne pasienten i forskjellige anledninger. Vi har erfart at hjemmesykepleien ikke alltid klarer å holde tidsavtaler som blir gjort, da det ofte dukker opp uforutsigbare oppgaver. Dette kan føre til at tillitt som eventuelt er bygget opp blir brutt, og mistilliten får grobunn. Brutte avtaler er også en medvirkende faktor som vanskeliggjør å opprettholde et tillitsforhold i utgangspunktet.

På den andre siden viser det seg at kols pasienter velger å motta hjelp fra hjemmebasert tjeneste framfor å bli behandlet på institusjon hvis muligheten er der (Hanssen, 2000). I en institusjon ville de hatt pasienter i samme situasjon, samt personal rundt seg kontinuerlig. Det kan være letter å få tilfredsstilt åndelige behov da det er regelmessige arrangement der presten er til stedet, og det er lettere å kontakte prest for samtale da han ofte befinner seg der. For å finne ut hvorfor de tar dette valget må vi drøfte fordelene opp mot ulemper. Martinsen (2003) mener at mennesker er avhengig av hverandre, vi er skapt for å ta vare på hverandre. Men hun utelukker ikke at noen relasjoner er mindre bra enn andre. Hun sier også at omgivelsen og pasienten utgjør en enhet, de må sees i sammenheng (Kristoffersen, 2000).

Pasienten setter autonomiprinsippet høyt. Hjemme kan de ta imot besøk når de måtte ønske, de velger sin egen døgnrytme og bestemmer selv over eget hjem. Noen har en hage som de liker å oppholde seg i, og det kan virke både betryggende og befriende å oppholde seg i kjente omgivelser. Mange har pårørende som de ønsker å være sammen med, noe som kan være betryggende i seg selv, men også en støtte og trøst i tunge stunder. Som tidligere nevnt virker kjente omgivelser positiv på mestringsfølelse, og bidrar til mer aktiv deltagelse i behandlingen. Med et godt mestringsgrunnlag har vi også håp, og håpet gir oss mening til å kjempe (Hanssen, 2000).

Det er mange fordeler med å bo på en institusjon, men også ulemper (Hanssen, 2000). På en institusjon må opplagte rutiner følges, og det er bare ukjente mennesker rundt dem, både personalet og medpasienter. Det er ikke alle som er vant til å ha folk rundt seg kontinuerlig, de får ikke tilstrekkelig med privatliv. Det er ikke sikkert at personalet har tid til å involvere seg i pasientens tanker akkurat når han har behov for det, og savnet etter pårørende kan være uutholdelig. Kanskje er det de pårørende som er den beste støttespiller når det gjelder å få dekket de åndelige behovene, og ikke presten.

Økt kunnskap om helhetlig omsorg har gitt oss helsearbeidere mulighet til å overta omsorgsytningen der det sosiale nettverket ikke fungerer tilstrekkelig. Eksempel på dette kan



være en kols pasient som ikke har et familiært nettverk, eller venner rundt seg. Han er avhengig av hjelp til daglige gjøremål. Hjemmesykepleien er den eneste daglige sosiale kontakten han har. I stedet for å bruke tid på å sette seg inn i pasientens situasjon, overtaler hjemmesykepleier pasienten til å søke plass på institusjon. Dette kan føre til at pasienter blir overlatt til fremmede og opplever en sosial død lenge før den fysiske døden inntreffer. Som tidligere nevnt i drøftingen settes autonomiprinsippet svært høyt hos kols pasienter (Hanssen, 2000). Dette må vi som hjemmesykepleiere ta med oss for å kunne ivareta helhetlig omsorg.

## **4.2 Mestring, håp og pårørendes forhold i den helhetlige sykepleie/omsorgen.**

Med problemstillingen som utgangspunkt spør vi om hvordan omgivelsene rundt pasienten virker inn på mestringsevnen og hvilken rolle pårørende har og hvordan de opplever situasjonen. Hvordan opplever pasientene å forholde seg til omgivelsene? Blir de ivaretatt ut fra sine behov innen alle områder.

Da kols er en sykdom i stadig utvikling og det er mye mørketall er det av den grunn er trolig behov for økt fagekspertise, blant annet innen hjemmesykepleien. HODs storsatsing på kols vil kreve betydelige ressurser. Som hjemmesykepleiere har vi et stort ansvar for at pasientene skal få ivaretatt sine behov og jmf. Martinussen (2003) er det av betydning hvordan en blir møtt av hjemmesykepleieren. En må anerkjenne situasjonen og opptrer profesjonelt med likeverd som utgangspunkt. Viss ikke kan det resultere i negative konsekvenser for pasienten i form av nedsatt mestring og utagering/inneslutning. Dette bekrefter Martinsens (ibid) omsorgsteori da hun sier at anerkjennelse er et grunnleggende behov. Vi mener at det kan være nødvendig med kontinuitet i sykepleien, og det kan være viktig for pasientene å ha få av personalet å forholde seg til (Fjørtoft, 2006). Ved å ikke spiller på lag med pasientene eller våger å gå inn i og stå i situasjonen som medmenneske og profesjonell kan det oppleves krenkende. Pasienten blir emosjonelt usikker og kan tolke situasjonen som at han er et problem og en belastning for sykepleieren.

Følelsene spiller en sentral rolle innen mestringsstrategier (Eide & Eide, 2005), og det kan være vanskelig å oppleve mestring om en er i emosjonell ubalanse. Følelsene kan endre holdningene for eksempel til omgivelsene. Det kan få negative følger for relasjon og samhandling noe som igjen kan resultere i at håpet svekkes og en opplever meningsløshet. I

Lørdagsrevyen 09.02.08 kom det frem igjennom en reportasje med en kronisk syk slik: *En dag uten målsetting er en meningsløs dag. Jeg må ha mening med alt det jeg gjør.* Dette sitatet understreker betydningen av en meningsfylt hverdag til tross for sykdom.

I følge Monsen (2006) forventer pasientene at sykepleierne skal være med på å styrke fremtidshåpet hos pasientene. Dette er riktig ut fra undersøkelser Lohne (2005) viser til der det kommer frem at meningsbærende verdier fremmer håpet som igjen fremmer mestringen. Ånden defineres som det livbærende i mennesket i følge kunnskapsforlagets ordbok. Det viser seg at behov innen denne dimensjon nedprioriteres og det kan vi relatere til nedsatt mestring ut fra datafunn (jmf. Martinussen, 2003) som bekrefter dette. I følge Sorknæs (2005) har kols pasienter tilleggsplager som angst og depresjon og bør stimuleres til mestring som en forebyggende faktor da angst kan føre til pustebesvær. Blir en ikke anerkjent av omgivelsene er det svært uheldig og en kan få angst for å få angst noe som igjen fører til depresjon.

Martinsen sier at pasienten og omgivelsen utgjør en enhet. Pårørende bør sees på som en del av pasienten, taes med i behandlingen og møtt på sine behov. Allikevel må de selv ha mulighet til bestemme hvor mye de ønsker å involvere seg (Hanssen, 2000). Det viser seg at mange familier yter omfattende ulønnet omsorg overfor pasientene, det offentlige tar bare toppene i følge Berland (1999). Er dette ønskelig, og hva gjør det med de fysisk, psykisk og sosialt. Når for eksempel ektefellen får kols, vil dette ramme hele familien. Framtidsplaner må gjerne kansleres, dårlig samvittighet, sorg og engstelse kan føre til søvnmangel og de kan få mangel på sosial kontakt da de blir pålagt å ha hovedansvaret for ektefellen.

Hjemmesykepleier må være bevisst dette da det er pårørende som kjenner pasienten best. Tradisjonelt krever eldre lite fra omgivelsene, og kan over tid resultere i at hjemmesykepleien har to pasienter istedenfor en. Pårørende må involveres etter deres premisser slik at de kan være en ressurs for pasienten og hjemmesykepleien (ibid).

Samtidig kan press og forventninger fra omgivelsene være en belastning for pasienten. Pårørende kan ubevisst pålegger den syke press, for eksempel livsstilsendring som et resultat av at de frykter at pasienten skal dø. At en kols pasient røyker kan være vanskelig å mestre for pårørende. I følge Knapstad, (2007) har denne gruppen større vanskeligheter med å slutte og forbli røykfri enn andre kronisk syke. Dette til tross for oppfølgende tiltak. Da HODs kols strategi vektlegger fellesskapet kan det være en inngangsport der pårørende får et systematisk tilbud om deltakelse i for eksempel rehabiliteringsopplegget slik at de får større kunnskap om

situasjonen i sin helhet. Det viser seg at informasjon og integrering er sentrale faktorer i helhetlig omsorg, også til pårørende (Berland, 1999). Det er uheldig å pålegge kols pasienter påkjenninger i tillegg til sykdommen. Det kan sees i sammenheng med Martinsen (2003) sin omsorgsteori der hun sier at umoralsk relasjonell handling ikke er omsorg. Det kan tolkes som at pårørende tenker mest på sine emosjoner til tross for en god intensjon. Det kan og si mye om deres håpløse situasjon som tidligere nevnt kan føre til redusert livskvalitet.

En som er rammet av kols lider ofte også på vegne av sine pårørende. Pasienten påtar seg skylden for at de har kommet i en ufrivillig krevende situasjon (Sorknæs, 2005). En slik skyldfølelse er ikke tjenlig for noen parter. Pårørende ønsker ofte å være en støttespiller i slike situasjoner, men det kan være vanskelig å se sine begrensninger og plassere følelsene. De kommer i emosjonell konflikt. Som hjemmesykepleier er det viktig at vi er oppmerksomme på at pårørende trolig vil komme til en fase der de er psykisk og fysisk utslitt (Berland, 1999). Denne fasen kan kanskje unngås om de blir møtt slik som Martinsen (2003) sier i sin teori om å møte den lidende på hans behov. Pårørende er også en lidende part og trenger et relasjonelt samspill med hjelpeapparatet rundt pasienten.

Sykepleieren som medmenneske bør ikke ha vansker med å sette seg inn i de syke og pårørendes situasjon, men man må da ha fokus på det og være reflekterte (Alvsvåg & Gjengedal, 2000). På den andre siden kan det være lett å opptre som en allvitende sykepleier med intensjon om å gjøre det beste for pasienten og hans nærmeste. Kan en lese og lære seg til hvordan sykepleiere skal opptre i enhver situasjon? Martinsens teori sier at det ikke går an, men i kombinasjon med sin erfaring og kunnskap i relasjon med pasienten er utgangspunktet godt. I Martinussen (2003) kommer det frem at hjemmesykepleierne opptrer som at de er de som vet hva som er det beste for pasienten. Når en tenker på ressursmangel og tidsklemmen kan det være lett å forutbestemme hvordan møtet med pasienten må bli og hvordan de skal utføre tjenesten. I praksis har vi erfart at vi har blitt fortalt hvordan vi skal opptre i enkelte hjem der hovedfokus er tidspress og at "vi vet best". Pasientens behov blir oversett, og vi har rett og slett ikke tid nok til å møte hans behov.

I følge Hovdenes (1999) nedprioriteres åndelige behov i sykepleien. Det er motstridende i forhold til Martinsens (2003) teori som sier at mennesket utgjør en helhet. I Hovdenes (1999) defineres ånd som det livgivende i menneskets sjel, og en kan stille seg undrende til hva som bør prioriteres først og sist. Uten at fysiske behov blir ivaretatt vil en ikke ha grunnlag for

tilfredsstillelse innen de andre dimensjonene, men blir det livgivende i mennesket nedprioritert har en kanskje en apatisk pasient som bare eksisterer og ikke lever. I følge Lohne (2005) fremmes håpet i en meningsgivende hverdag, og ved å nedprioritere enkelte behov vil naturlig nok det meningsgivende i livet reduseres. Eksempelvis vil det for kristne være avgjørende at åndelige behov blir ivaretatt da forskning viser at det styrker håp, også etter døden. Uten håp er det nærliggende å tro at en vil bli grepet av uro og angst for hva som vil møte en etter døden. Det vil igjen føre til pustebesvær og en kommer inn i en ond sirkel (Sorknæs, 2005).

## 5. Konklusjon

Gjennom oppgaven har vi leitet etter kunnskap om hvordan hjemmesykepleien kan ivareta en helhetlig omsorg til kols pasienter. Ved å ha hovedfokus på psykososial og åndelig dimensjoner har vi gjort flere funn. Blant annet har vi komnt frem til at håp, mestring og pårørende er avgjørende faktorer for betydningen av pasientenes opplevelse av en meningsfull hverdag. Pårørende er også en gruppe som selv har behov for omsorg fra hjemmesykepleien. Kari Martinsens omsorgsteori har vært med og belyst vårt hovedargument i oppgaven, det at noen behov generelt blir nedprioritert. Andre funn har bekreftet at uten et gjensidig tillitsforhold vil det være vanskelig å gjennomføre tiltak til det beste for kols pasienter. Uten tillit har vi ingen forutsetning for å sette oss inn i pasientenes situasjon som er avgjørende for individuell pleie.

Flere kols pasienter bekrefter i våre funn at et helhetlig perspektiv på deres problematikk er nødvendig for at samtlige av deres behov skal bli ivaretatt. Vi kan se på det som en utfordring da sykepleiefaglig omsorg består i å tilfredsstille behov innenfor alle dimensjoner hos kols pasienter.

## 6. Litteraturliste:

### 6.1. Bøker

- Alvsvåg, H. (2005). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I: *Sykepleieboken 2*, red. U. Knutstad og B. Kamp Nilsen, s. 63 – 96. Oslo, Akribe.
- Alvsvåg, H. & Gjengedal, E. (red.) (2000) *Omsorgstenkning : en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*, Bergen, Fagbokforl.
- Bastøe, L-K H. (2004). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I: *Grunnleggende sykepleie, Sykepleieboken 1* red. T. E. Mekki & S. Pedersen s. 51 – 72. Oslo, Akribe
- Dalland, O. (2004) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3. utg., Oslo, Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4. utg., Oslo, Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2005) *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*, 1. utg., Oslo, Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A. (2006) *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Hansen, H.P (2004) Et dobbeltblikk på sykepleie I: *Grunnleggende sykepleie, Sykepleieboken 1*(red) Mekki, T & Pedersen S s 669-686., Oslo Akribe.
- Hanssen, I. (2000) Å være syk og hjelpetrengende. I: *Generell sykepleie 2* red. N. J. Kristoffersen, s. 111-138 Oslo, Universitetsforl.
- Hummelvoll, J. K. (2004) *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Karoliussen, M. (2004) Aldring og mestring. I:*Eldre, aldring og sykepleie*. M. Karoliussen & K.L. Smebye, s. 131 – 186. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Knutstad, U og Kamp Nilsen, B (red.) (2005) *Sykepleieboken 2*, Oslo, Akribe.
- Kristoffersen, N,J. (2000). Teoretiske modeller i sykepleie. I: *Generell sykepleie 1* red. N. J. Kristoffersen, s. 361 – 456. Oslo, Universitetsforl.
- Martinsen, K (red.) (1995) *Den omtenkssomme sykepleier*, Engers boktrykkeri, Otta.
- Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*, Bergen, Fagbokforl.

- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*, 2. utg., Oslo, Universitetsforl.
- Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell, (2007)
- Nordtvedt, P (1998) *Sykepleiens grunnlag – historie, fag og etikk*, AiT Enger, Otta.
- Nylenna, M (2004) *Medisinsk ordbok*. Kunnskapsforlaget ANS, H.Aschehoug & Co. A/S og Gyldendal Norsk Forlag ASA, Oslo 2004.
- Simonsen, T. (2004) *Illustrert farmakologi, bind 1*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Simonsen, T. (2004) *Illustrert farmakologi: bind 2*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Smebye, K.L. (1997). Verdi og mening. I: *Eldre, aldring og sykepleie*, 2. utg., red. M. Karoliussen & K.L. Smebye, s. 753 – 820. Oslo, Universitetsforl.
- Solheim, M. & Aarheim, K.A. (red.) (2004) *Kan eg komme inn? : verdier og val i heimesjukepleie*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Sorknæs, A.D. (2005) Spesiell sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. I: *Klinisk sykepleie: bind 1*, red. H. Almås, s. 338 – 365. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Wyller, V.B. (2005) *Det friske og det syke mennesket*, Oslo, Akribe, Bind II
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere/ICNs etiske regler. (2007)

## 6.2. Internett:

- Berland, A. (1999) Det kan røyne på mange ganger. *Sykepleien*, 1999, årg. 87, nr. 7, s. 56-58. Tilgjengeleg fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=355> [lest 13.02.2008]
- Gjengedal, K. (2006) Tar angsten alvorlig. *Forskning.no*. 09.02.06. Tilgjengelig fra: <http://www.forskning.no/Artikler/2006/januar/1138616132.39> [lest 27.02.08]
- Helse og omsorgsdepartementet, (2006). *Nasjonal strategi for KOLS – område 2006-2011*. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/Upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal\\_strategi\\_for\\_kols\\_24-11-06\\_forord.pdf](http://www.regjeringen.no/Upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal_strategi_for_kols_24-11-06_forord.pdf) [lest 28.02.08]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjenest*. Paragraf 1. [internett] Tilgjengelig fra: Lovdata [Lest 07.03.08]

- Helse og omsorgsdepartementet (2001) *Xenotransplantasjon* Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2001/NOU-2001-18/8.html?id=143869> [lest 18.02.08]
- Helsepersonelloven (2008) *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*. Paragraf 4. [internett] Tilgjengelig fra: Lovdata [lest 07.03.08]
- Hjalmsen, A (2007) Rehabilitering av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom *Tidsskrifter for Den norske legeforening, medisin og vitenskap* 2007;127:609-12, Tilgjengelig fra : [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1498127](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1498127) [lest 16.01.08]
- Hovdenes, G.H. (1999). Det ”åndelige” er det relasjonelle. *Sykepleien* 11/1999. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=377&categoryID=27> [lest 29.02.08]
- Knapstad, Aa. (2007). Kunsten å forbli røykfri – samtaler med KOLS pasienter. *Sykepleien forskning*, 02-2007. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=15754> [lest 28.01.08]
- Markussen, K. (2004). Forskningslitteratur: Lesing og vurdering av forskningsartikler. *Sykepleien* 6/2004. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=981&categoryID=60> [lest 03.03.08]
- Martinussen, I. (2003). Essay: Myndig i eget hus. *Sykepleien* nr. 1/2003. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=830&categoryID=40> [lest 27.02.08]
- Monsen, M. (2006). Håpet betyr alt. *Sykepleien*, 23.08.06. tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=2667&categoryID=144> [lest 29.02.08]
- Monstad, N.J. (u.å.). Hjemmesykepleiere i klemma. *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=16447&categoryID=38> [lest 11.02.08]
- Norsk Forening for Lungemedisin, Bilder. [bilde internett] Tilgjengelig fra: <http://www.lunge.no/files/bilder/kols%20utredning%204.JPG> [lest 03.03.08]
- Røyset, H (2007) KOLS- den nye folkesykdommen *LHL*, tilgjengelig fra: [http://www.lhl.no/portal/page?\\_pageid=513,189797&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&articleId=38167&artSectionId=2190edlegg](http://www.lhl.no/portal/page?_pageid=513,189797&_dad=portal&_schema=PORTAL&articleId=38167&artSectionId=2190edlegg) [lest 08.02.08]



- Sagen, H & Nilsen J (1998). Det er en vits å le. *Sykepleien*, 1998, nr 10. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=246> [lest: 16.01.08]
- Sosial- og helsedirektoratet (2006), Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/Upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal\\_strategi\\_for\\_kols\\_24-11-06\\_forord.pdf](http://www.regjeringen.no/Upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal_strategi_for_kols_24-11-06_forord.pdf) [lest 28.02.08]
- Stene, J. & Fjerstad, E. (2008). En gjest som aldri går: Å leve med kronisk sykdom i familien. *Tidsskriftet for Norsk Psykologiforening, I*, 1249-1253. Hentet fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?a=Kapittel&seks\\_id=32121&sok=1](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?a=Kapittel&seks_id=32121&sok=1) [lest 08.01.08]
- Stewart, E. (2005) Sliter med KOLS, *Forskning.no*. Tilgjengelig fra: <http://www.forskning.no/Artikler/2005/desember/1135079822.64> [lest 27.02.08]
- Vistnes, K. (1997). En mestringsmodell med vekt på følelsene. *Sykepleien nr. 18/1997*. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=926> [lest 03.03.08]
- Wahl, A & Hanestad, B (2002) Psykososial intervering av kronisk sykdom. *Sykepleien*, 2002, nr 21. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=824&categoryID=40> [lest 11.02.08]

## 7. Vedlegg

### Vedlegg 1. Intervjuguide:

I vår søken etter data har vi brukt følgende spørsmål til litteraturen. Den er i størst mulig grad rettet mot hjemmesykepleien:

- Er det en selvfølge at helhetlig omsorg blir satt daglig fokus på?
- Hva er grunnlaget for håp og mening?
- Er behovene innen alle dimensjoner like høy prioritert?
- Viser pasienterfaring at sykepleierne generelt utøver en ”god” sykepleie?
- Satses det optimalt politisk for å bekjempe utviklingen av kols?
- Hvilke konsekvenser kan krenkende omsorg få?
- Hvorfor er psykososiale lidelser utbredt hos kols pasienter?
- Hva ligger til grunn for at hjemmesykepleien ikke klarer å dekke alle dimensjonene hos kols pasienter?
- Hvilke konkrete tiltak kan iverksettes for å bedre behandlingen for kols pasienter?

## Vedlegg 2. Den barmhjertige samaritan.

### Den barmhjertige samaritan

Lukas evangelium kap. 10, v 30 - 35

En mann gikk ned fra Jerusalem ned til Jeriko,  
og han falt blant røvere. De både kladde  
av han og slo han, og gikk bort og lot  
ham ligge igjen halvdød.

Nå traff det seg slik at en prest drog  
ned samme veien, og han så mannen  
og gikk forbi.

Likeså kom det en levitt til stedet og så  
ham, og gikk forbi.

Alen en samaritan som var på reise,  
kom også dit mannen lå. Og da han så  
ham, syntes han inderlig synd på ham.

Han gikk bort til ham og forbant  
Sårene hans og helte olje og vin i dem.  
Og han løftet han opp på sitt eget dyr,  
Og førte ham til et herberge og pleiet  
ham.

Neste dag tok han frem to denarer,  
Gav dem til verten og sa: Plei ham! Og  
Hva du mer måtte legge ut det skal jeg  
Betale deg når jeg kommer tilbake.

(Bibelen den hellige skrift, 1988, Norsk Bibel A/S)



### **Vedlegg 3. Godkjenning av problemstilling:**