

BACHELOROPPGAVE

*Hva er sykepleiefunksjonen  
i sikring av et godt pasientforløp?*

GRUPPE: LAILA HOLSBREKKEN  
INGUNN ODLO ØDEGÅRDEN

Antall ord: 9 789

Dato: Mai 2012



### Sammendrag av Bacheloroppgaven

Tittel:	Hva er sykepleiefunksjonen i sikring av et godt pasientforløp?	Dato: 6.mai 2012
Deltakere:	Stud. nr.: 080286Laila Holsbrekken Stud. nr.: 080284, Ingunn Odlo Ødegården	
Veileder(e):	Tove Karin Vassbø, Høgskolen i Gjøvik	
Evt. oppdragsgiver(e):		
Stikkord/nøkkelord (3-5):	Sykepleiefunksjon, pasientforløp, samhandling	
Antall sider/ord: 41/ 9 789	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Kort beskrivelse av Bacheloroppgaven.</p> <p>Oppgaven er basert på litteratur. Litteraturen fra pensum er samfunnsfag, grunnleggende sykepleie, etikk og klinisk sykepleie. Teoretikere som er brukt for å belyse temaet er Kari Martinsen og Betty Neumann. Det er lagt vekt på statlige føringer og lover for å finne svar på hvilke rammer sykepleiefunksjonen har. Her er helsepersonelloven, pasient - og brukerrettighetsloven og helse - og omsorgsloven tre sentrale lover. Samhandlingsreformen, forskrift om individuell plan og kvalitetsforskriften gir føringer for sykepleier og pasientforløpet. Avgrensingen er sykepleie i kommunehelsetjenesten. Oppgaven tydeliggjør hvor sammensatt sykepleiefunksjonen er. Det er vanskelig å finne rammer for innholdet i sykepleiefunksjonen i lover og statlige føringer. For å sikre et godt pasientforløp kan Neumanns systemmodell og individuell plan være gode planverktøy. En koordinator og et godt dokumentasjonssystem er viktige element for å sikre et godt pasientforløp.</p>		

### Abstract of Bachelor Thesis

Title:	What is the nurse function in the maintenance of a good patient pathway?	Dato: 6.mai 2012
Participants:	Stud.nr.: 080286 Laila Holsbrekken Stud.nr.: 080284 Ingunn Odlo Ødegården	
Supervisor:	Tove Karin Vassbø, College of higher education in Gjøvik	
Employer:		
Keywords (3-5):	Nursing function, patient pathway, interaction	
Number of pages/words: 41/ 9789	Number of appendix: 0	Availability(open/confidential): Yes
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>The thesis is based on literature. The chosen literatures from the nurse study curriculum are basic nursing, ethics and clinical nursing. The theorists used to elucidate the theme are Kari Martinsen and Betty Neuman. It is laid stress on guiding lines from the government and laws for the nurses' work and the patient pathway. The three laws used are: helsepersonelloven, pasient - og brukerrettighetsloven og helse - og omsorgsloven. The governmental guidelines are "samhandlingsreformen", directions on individual plan and the quality directions. The limitations are the nursing in community healthcare. The thesis makes clear the complexity of nursing. It is difficult to find clear guidance for nursing in the laws and from the government. The Neuman system model and IP are good tools for securing the patient through his/hers patient pathway. One coordinator and good documentary systems are important elements in securing the patient pathway.</p>		

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag av Bacheloroppgaven .....	2
Abstract of Bachelor Thesis.....	3
Innholdsfortegnelse .....	4
1.0 Innledning med problemstilling .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Avklaring av problemstilling.....	6
1.3 Avgrensninger .....	6
1.4 Oppgavens oppbygging.....	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Søk etter litteratur .....	8
2.2 Kritikk .....	9
3.0 Teorigrunnlag.....	10
3.1 Sykepleie .....	10
3.2 Betty Neumanns systemteori .....	12
3.3 Kari Martinsens omsorgsteori.....	14
3.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....	15
3.5 Lover og forskrifter .....	17
3.5.1 Lov om Helsepersonell (1999) .....	18
3.5.2 Lov om Pasient – og brukerrettigheter (1999).....	19
3.5.3 Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m. (2011). .....	19
3.5.4 Kvalitet i helse – og omsorgstjenesten .....	20
3.5.5 Individuell plan.....	21
3.6 Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen .....	22
3.7 Multippel sklerose.....	23
4.0 Drøfting .....	25
5.0 Konklusjon.....	37
6.0 Etterord .....	38
Litteraturliste .....	40

## 1.0 Innledning med problemstilling

I dette kapitlet vil vi beskrive vårt utgangspunkt som sykepleiestudenter og presentere bakgrunn for valgt av tema og problemstilling.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er voksne damer som har med oss ulike erfaringer i bagasjen. Begge har vi jobbet i det private næringslivet. Her er viktigheten av å ha gode systemer, ta raske beslutninger, kunne takle omstillinger og tenke økonomi og ressursbruk en selvfølge for god og effektiv drift. Vi står nå på terskelen til å møte jobbhverdagen som nyutdannede sykepleiere. Følelsen av uklarhet rundt hvilke rolle og funksjon vi skal inn i, og hva som forventes av oss, er nærliggende.

Gjennom hele studiet har vår innfallsvinkel til helse og -omsorgstjenestene og sykepleien vært preget av denne bakgrunnen. Spesielt i veiledet praksis har denne bakgrunnen blitt tydelig for oss knyttet til møte med sykepleiens organisering og prioritering, men også i forhold til effektivitet, personlig engasjement og ansvarsfølelse.

I våre praksisperioder både i kommune – og spesialisthelsetjenesten har vi observert situasjoner der mangel på organisatoriske system, svikt i pasientoppfølging, mangel på empowerment og pasientmedvirkning har gitt uheldige konsekvenser for pasienten. Den helhetlige sykepleietenkingen der pasienten blir møtt som et helt menneske med sammensatte behov har til tider vært fraværende. Kan hende har vår erfaring som nære pårørende også vært med på å bekrefte dette bildet.

Pasientrettighetsloven vektlegger at pasienter med behov for langsiktige og koordinerte tjenester har krav på Individuell plan (IP), nettopp for å sikre et helhetlig og samhandlende behandlingsopplegg for pasienten. Tilsvarende i Helsepersonelloven står det at helsepersonell har plikt til å tilby IP for pasienter i denne gruppen.

Stortingsmelding nr 47, *Samhandlingsreformen*, som trådte i kraft fra 1.januar 2012, har økt fokus på samhandling mellom etater og fagmiljøer for å bedre pasientforløpet til pasienter med behov for langsiktige og koordinert tjenester. Dermed ser vi at

funksjonsområdene til fagetatene som er involvert i et slikt pasientforløp bør være konkrete.

Sett i lys av dette, og med bakgrunn i de erfaringene vi har gjort oss, ser vi nødvendigheten av å sette fokus på hva som faktisk er sykepleierens funksjon for å oppfylle pasientens behov og overordnede føringer. I møtet med pasienter i et pasientforløp er det av betydning at sykepleier har klare funksjonsområder. Dette både for at pasienten skal føle seg ivaretatt og fulgt opp, og for at utførelsen av sykepleien skal være av god kvalitet. Økt fokus på økonomi, effektiv utnyttelse av ressurser og faglig kompetanse er sentrale begreper i helsesektoren i dag. Uklare funksjonsgrenser for sykepleierne mener vi er med på å vanskeliggjøre vår rolle / funksjon, vårt ansvarsområde og god ressursutnyttelse.

Vi stiller derfor spørsmål til hvordan svikten vi har erfart oppstår, og hvordan det kan oppstå når lovverket er så entydig. Videre reflekterer vi over hva som er vår sykepleierrolle i dette bildet.

## 1.2 Avklaring av problemstilling

Med bakgrunn i det vi har presentert i kap. 1.1 har vi valgt følgende problemstilling:

***”Hva er sykepleiefunksjonen i sikring av et godt pasientforløp?”***

Sykepleieyrket er sammensatt og mangfoldig. Med begrepet funksjon forstår vi dette mangfoldet satt sammen til en helhet, en sykepleiefunksjon.

## 1.3 Avgrensninger

Vi avgrenser oppgaven til å omhandle sykepleier i møte med pasienten som er i et pasientforløp og de funksjonene sykepleier i kommunehelsetjenesten har i dette møtet. I oppgaven ser vi på hvilke funksjoner sykepleier har. Funksjon er sammensatt av mange oppgaver. I dette møtet kan det også være nødvendig å samarbeide med andre fagetater. Vi vil ikke diskutere de ulike fagetatenes oppgave i pasientforløpet.

Vi var begge i kontakt med pasienter med MS diagnose i veiledet praksis. Da observerte vi hvilke utfordringer denne pasientgruppen møter i hverdagen. For bedre

å kunne utdype og diskutere problematikken rundt sykepleiefunksjonen har vi valgt derfor valgt å bruke denne pasientgruppen for å eksemplifisere drøftingen.

## 1.4 Oppgavens oppbygging

I oppgavens metodedel beskrives metoden vi har valgt for oppgaveløsningen, og hvordan vi har anvendt denne.

I en teoridel, kap. 3.0 presenterer vi litteratur vi mener er relevant for drøfting av vår problemstilling. Teorigrunnlaget omfatter teori fra samfunnsfag, naturvitenskap og åndsvitenskap. Sentralt i teorien vil lovverk og statlige føringer samt yrkesetikk for sykepleiere stå, da disse elementene er med på å danne rammen rundt sykepleiefunksjonen.

I drøftingsdelen drøfter vi problemstillingen med bakgrunn i teorien. Vi vil forsøke å belyse sykepleiefunksjonen og eventuelt avklare den. Deretter tar vi for oss pasientforløpet, og drøfter hvordan sykepleieren gjennom sin funksjon kan bidra til å sikre pasienten et godt pasientforløp.

Oppgaven avsluttes med en konklusjon, der vi oppsummerer og vurderer om drøftingsdelen kan gi et svar på problemstillingen vår.

## 2.0 Metode

En metode er systemet som brukes for å finne kunnskap for å belyse problemstillingen i en oppgave (Dalland 2007). Vi har valgt å belyse problemstillingen vår med litteratur fordi vi tror det er best egnet for vår oppgave. Valg av metode er gjort på bakgrunn av krav og retningslinjer til en Bacheloroppgave ved Høgskolen i Gjøvik (HiG). Vi har valget mellom litteraturstudie og empirisk studie. En oppgave basert på relevant litteratur vil være mindre tidkrevende enn å gjøre en empirisk studie.

### 2.1 Søk etter litteratur

Vi har brukt pensumlitteratur i grunnleggende sykepleie, teori, etikk og klinisk sykepleie for å se på vår rolle som sykepleiere i forhold til pasientforløp.

Samhandlingsreformen som ble innført 1.januar 2012 er et viktig dokument i forbindelse med denne oppgaven. Vektlegging av pasientforløp og fokus på samhandling og pasientmedvirkning er viktige element i reformen.

Flere lover regulerer og gir rammer for sykepleierens funksjon og forhold til pasienten. Sentralt i denne sammenhengen er helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, og den nye helse- og omsorgstjenesteloven.

For å få en forståelse av hva som menes med pasientforløp og sykepleierens funksjon, er det foretatt søk på Helsedepartementets nettsider. Valget her falt i tillegg til samhandlingsreformen på kvalitetsforskriften og forskrift om individuell plan. Vi fant disse relevante som føringer for sykepleiers funksjon og pasientforløp. For å belyse problemstillingen har vi også valgt å søke støtte i Kari Martinsens filosofiske omsorgsteori og Betty Neumanns systemteori.

Vi har søk i databasen SweMed+, Cochrane Library og Ovid Nursing. Disse har vi tilgang til via HiGs database og helsebiblioteket. Som søkeord i søk etter forskning og artikler har vi benyttet:

forløp, pasientforløp, sykepleierfunksjon, sykepleierrolle, samhandling, multipel sklerose og kombinasjoner av disse. I søk etter artikler konkret om pasientforløp og MS, fikk vi ingen treff på aktuelle artikler. En rapport fra Fafo med forfattere Heidi Gautun og Arne Grønningsæter viste seg å bli sentral for vår problemstilling.



Rapporten fant vi etter at vi søkte på navnet til Heidi Gautung som var referanse i en annen rapport. Den er fra 2002 og har interesse for oss på grunn av forskningen på individuell plan. Vi ble fra veileder gjort oppmerksom på Nina Olsvolds (2010) doktoravhandling som heter ”Ansvar og yrkesrolle”. Denne vi fikk tilsendt direkte fra forfatteren etter forespørsel via e-post. Her fant vi vinklinger og synspunkter på sykepleiefunksjonen som var aktuelle for oss.

## 2.2 Kritikk

Vi har valgt å bruke sekundærkilder til Kari Martinsens omsorgsteori. Martinsen har et mangfoldig forfatterskap, og med vår tidsbegrensningen ble det omfattende å lese primærlitteratur. Dette kan være en svakhet fordi noe av hennes mening kan gå tapt ved at andre forfattere tolker henne. Valget falt på to ulike forfattere i håp om å få en bredere forståelse av hennes filosofiske omsorgsteori. Det er også nødvendig å påpeke at materialet tilknyttet Martinsens og Neumanns teorier er omfattende. Dette er derfor på ingen måte et forsøk på utdypende forståelse av arbeidene deres, kun fra vår side et ønske om å benytte teoriene til å kaste litt lys inn i våre refleksjoner. Det blir i noen av dokumentene brukt forskjellige begrep på tjenestetene; i kvalitetsforskriften blir pleie- og omsorg brukt, mens den nye loven heter helse- og omsorgsloven. Disse betegner det samme, men de ulike benevnelsene kan virke forvirrende. Vi kommer til å bruke de om hverandre etter som om henvisningene viser til kvalitetsforskriften eller loven.

I Fafo - rapporten er det fire pasienter som har fått individuell plan, så grunnlaget for forskningen er ikke stort. På den andre siden er det 76 informanter på tjenesteytersiden. Dette er et bedre grunnlag for de funn som er gjort. Nina Olsvolds avhandling er ikke direkte rettet mot vår problemstilling, men vi finner likevel momenter som er nyttige for vår drøfting.

Pensumlitteratur og litteratur fra departementene anser vi for å være sikre kilder.

### 3.0 Teorigrunnlag

Vi vil her presentere teori som vi mener vil danne grunnlaget for drøfting av vår problemstilling.

#### 3.1 Sykepleie

Sykepleie er et sammensatt fag og hører inn under fagene som kalles *funksjonsfag* (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Målet med å studere faget er å bli funksjonsdyktig i sykepleie. For å oppnå dette er det nødvendig å tilegne seg kunnskap innenfor flere felt.

En helhetlig tilnærming til mennesker og deres behov ved sykdom gjør at en sykepleier må ha innsikt i ulike fag. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) har utformet et oppsett av disse fagene.

Naturvitenskapelige fag:

- fysiologi
- medisin
- farmakologi

Åndsvitenskapelige fag:

- historie
- filosofi
- pedagogikk

Samfunnsvitenskapelige fag:

- psykologi
- sosiologi

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) understreker at grensene mellom fagfeltene er flytende.

Viktig i sykepleiens **fokus** er *pasientens helse, livskvalitet og hans evne til å mestre hverdagen* (ibid). Omsorg for andre kan være et mål i seg selv, og for å kunne yte god omsorg er det viktig å kjenne pasienten som person. Det er viktig med god kommunikasjon og godt samarbeid i sykepleie. Teorier kan ha forskjellige fokusområder. Joyce Travelbee har i sin teori fokus på samhandling og

kommunikasjon, eller Katie Eriksson som er opptatt av omsorgen for det syke mennesket (Kristoffersen 2005).

**Innholdet** i sykepleien er *verdier og fagkunnskap*. Verdiene bygger på nestekjærlighet og barmhjertighet og tidligere ble sykepleie sett på som et kall, en uegennyttig tjeneste for andre (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

Verdigrunnlaget til dagens sykepleie finner vi i Norges Sykepleieforbunds Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2011). Verdigrunnlaget og videre om etikk er omtalt i eget punkt (3.4).

I tillegg til variert *fagkunnskap*, er det viktig at en sykepleier bruker sansing i møte med pasienten. En evne til å observere ved å se, lytte, lukte og føle er nødvendig for å få en forståelse av pasienten og hans behov. Her er det viktig å ha handlingskompetanse for å kunne ivareta pasientens grunnleggende behov.

Menneskets grunnleggende behov er av Virginia Henderson (Kristoffersen 2005) definert som:

1. å puste normalt
2. å spise og drikke tilstrekkelig
3. å få fjernet kroppens avfallstoffer
4. å opprettholde riktig kroppsstilling
5. å sove og hvile
6. å velge passende klær og sko
7. å opprettholde riktig kroppstemperatur
8. å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
9. å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre
10. å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser
11. å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
12. å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe
13. å finne underholdning og fritidssysler
14. å lære det som er nødvendig for god helse og utvikling

De åtte første punktene gjelder fysiologiske behov, de seks siste er psykososiale behov. I tillegg til dette er prosedyrer for å kunne utføre for eksempel injeksjoner og sårstell en del av det vi kan kalle erfaringsbasert kunnskap (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

Med *fokus* og *innhold* kartlagt, kan sykepleierens **funksjon** defineres. Sykepleierens funksjonsområder kan identifiseres som:

- den helseforebyggende og helsefremmende funksjon
- den behandlende funksjon
- den lindrende funksjon
- den rehabiliterende funksjon
- den undervisende funksjon
- den administrative funksjon
- den fagutviklende funksjon

Her er de fire første punktene rettet direkte mot pasienten og pårørende, mens de tre siste er rettet mot sykepleieren som leder. Bakgrunnen for denne definisjonen er en beskrivelse av sykepleierens funksjons og ansvarsområde fra Sosialdepartementet i 1982. Denne blir ikke lenger brukt fra departementets side (ibid).

### 3.2 Betty Neumanns systemteori

Betty Neumann (1995) har laget en systemmodell for sykepleie. Neumann så at bruk av systemmodeller innen næringslivet hadde effekt. Bakgrunnen for å utarbeide en systemmodell var at hun så at sykepleiefaget ville vinne på å jobbe etter et strukturert system. Hun sier at ved å bruke et system, kan sykepleien lettere definere seg selv for eksempel i forhold til nye helsereformer (Neumann 1995).

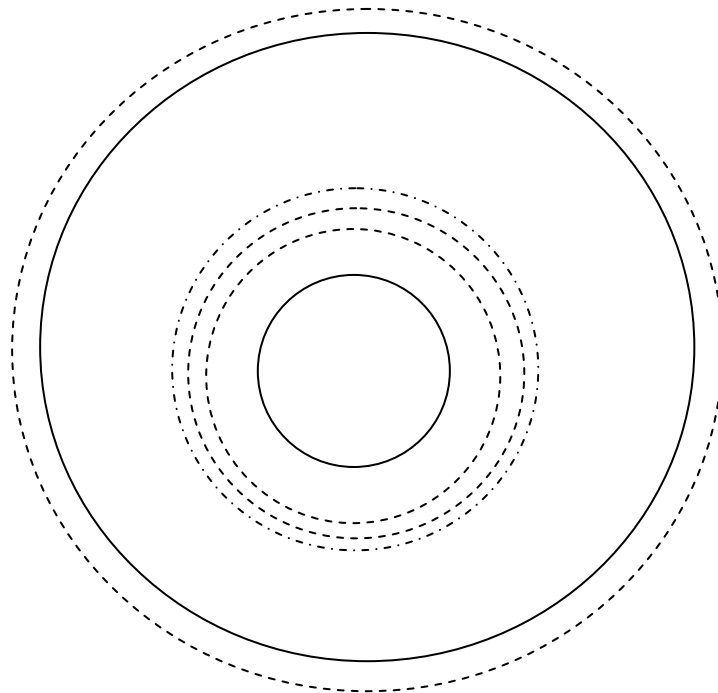
Det skjer store endringer i samfunnet som fører til at sykepleiefunksjonene blir mer komplekse og varierte. For å være i stand til å møte endringene på en fleksibel måte kan sykepleie ha nytte av å ha et system å arbeide etter. Et system kan gi trygghet og stabilitet gjennom endringer (ibid).

Systemtenking kan være med på å bringe sykepleien mot å bli en vitenskaplig disiplin. Sykepleie er en del av et større system, helsesektoren, og består av to hovedkomponenter: teori og praksis. Et system som ramme å arbeide etter, skal være med på å bygge bro mellom teori og praksis (ibid). Dette er stadig et aktuelt tema, og er en del av det denne oppgaven ønsker å belyse.

Neumann har en helhetlig tilnærming til pasienten. Dette innebærer at hennes systemmodell tar hensyn til helheten rundt pasienten. Hun bruker fem variabler som påvirker hverandre hos et menneske:

- psykologi
- fysiologi
- sosio-kultur
- utvikling
- åndelighet

Hun lager en struktur rundt pasienten som tar hensyn til disse fem delene og danner en helhet rundt et menneske. I denne modellen finnes det ringer som symboliserer forsvarsgrenser mot omgivelsene og stressfaktorer. Modellen fremskaffer strukturen, organisasjonen og retninger for sykepleiehandlinger. Strukturen er fleksibel nok til å gi handlingsrom for pasientens kompleksitet.



**Figur 1:** Neumanns systemmodell. Den indre sirkel er mennesket med grunnleggende overlevelsesfaktorer. De tre stiplede linjene er forsvarslinjer mot stressfaktorer. Den hele linjen representerer menneskets stabile tilstand. Ytterste stiplede linje er den fleksible forsvarslinjen (ibid s. 6).

Betty Neumanns syn på helse er at et menneske kan bevege seg på en linje fra velvære til sykdom og død. Hvis et menneske har overskudd av energi oppholder det seg på linjens ene endepunkt som er velvære. Har mennesket av en eller annen grunn for lite energi, er det på vei mot det andre endepunktet som er sykdom og død. Det er forskjellig stress som tar energi fra et menneske. Stresset som tar energien vekk kan komme fra alle de fem områdene i et menneskes liv. Sykepleierens handlinger er, i samarbeid med pasienten, rettet mot å identifisere stressfaktorene og å sette inn tiltak for å stanse dem (Neumann 1995).

### 3.3 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er sykepleier og filosof. Hennes sykepleieteori oppfattes som en filosofisk omsorgsteori (Kristoffersen 2005).

Kari Martinsen er kritisk til at sykepleieryrket gjøres for akademisk og teoretisk. Hun legger stor vekt på sykepleierens faglige skjønn og praktiske kunnskap. I følge Kristoffersen hevder hun dette er viktigere enn teoretisk kunnskap for en sykepleier (Kristoffersen 2005 s.60). Hun fremhever mester - lærling som en god måte å lære sykepleieryrket på. Det er etter hennes syn riktig at sykepleieforskning skal avdekke praktisk kunnskap (ibid).

Omsorg er grunnleggende i menneskelig samhandling og er grunnlaget for sykepleie. Hun tar avstand fra egenomsorgsteorier. Disse fokuserer på at pasienter skal bli friske og klare seg selv. Mange syke kan ikke bli friske, og trenger derfor omsorg for å gjøre dagen best mulig. De svakeste og mest pleietrengende syke er de som sykepleien primært skal ta seg av. Ved å gi pasienten omsorg ved praktisk handling vil livsmotet øke og de helbredende kreftene virke (Kristoffersen 2005 s.64).

Kari Martinsen sier at menneskers liv er forbundet med andre menneskers liv og at omsorg er en forutsetning for livet. Menneskets avhengighet av andre blir spesielt tydelig ved sykdom, lidelse og funksjonshemming. Motsvaret til denne avhengigheten er omsorg (Kirkevold 2001).

Kari Martinsen deler omsorgsbegrepet i tre:

- omsorg som relasjonelt begrep
- omsorg som moralsk begrep
- omsorg som praktisk handling

Omsorgsrelasjoner er forholdet mellom to mennesker. Basisen for sykepleie er at omsorgslyter ikke forventer gjengjeld fra den det gis omsorg til (Kirkevold 2001). Omsorgens moralske aspekt er at forhold mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Sykepleieren må forvalte makt på en ansvarlig måte. Hun knytter moral til nestekjærlighet og ansvar for de svake (Kirkevold 2001). Hun bruker begrepene spontan moral og normmoral. Den spontane moralen er den grunnleggende nestekjærligheten. Normmoralen har regler og prinsipper, og skal gi et grunnlag og handle etter. Som sykepleier er det nødvendig å kunne handle etter normmoralen, men begge er nødvendige i god sykepleie (Kristoffersen 2005).

Martinsen understreker at omsorg er praktisk handling. Hun sier at sykepleien må ha utgangspunkt i å sanse for å få forståelse for den andres situasjon. Denne sansingen for å forstå foregår gjennom alle sansene våre. Hun sier at dette gir oss ferdighetskunnskap. Denne kunnskapen er forskjellig fra begrepslig kunnskap som forholder seg til pasienten utenfra. Martinsen bruker også begrepet skjønn mye (Kristoffersen 2005).

I Kari Martinsens bok Omsorg, Sykepleie, Medisin fra 1989 står det:

*Det faglige skjønnnet har to hovedkomponenter; en følsom åpenhet som gjør at en ser appellen om livsmot i den andres lidelse, og det å bruke fagligheten for å kunne forstå og handle godt for og sammen med ham, dvs. få frem pasientens fundamentale livssammenheng - vedkommendes lidelses- og livshistorie. Det er gjennom dette at vi kan få livsmotet fram hos andre (Martinsen 1989, s. 141).*

### 3.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I sitt forord til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skriver NSF at retningslinjene skal være sykepleierens viktigste redskap når de møter på etiske dilemmaer, og anvendbare i klinisk sykepleie og overfor myndighetene (NSF 2011). Retningslinjene er revidert en rekke ganger, og tilpasset den medisinske, teknologiske og politiske utviklingen. Siste reviderte utgave kom i 2011.

Yrkesetiske retningslinjer definerer sykepleiens grunnlag som:

*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.*

*Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneske - rettighetene, og være kunnskapsbasert (ibid, s. 7).*

Det internasjonale sykepleierådet (ICN) deler sykepleierens ansvar inn i fire områder; å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse. Disse fire områdene er verdier som danner grunnlaget for sykepleierens yrkesetikk.

Som sykepleiere møter vi pasienten i en sårbar og intim situasjon, hvor han er avhengig av vår hjelp og kompetanse. Med kunnskap og kompetanse gir vi pasienten trygghet og tillit, og nødvendig helsehjelp. Det er viktig at sykepleieren utfører sine oppgaver på en moralsk forsvarlig måte (Brinchmann 2008).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2011) deles inn i seks hovedpunkter. Under første punkt omhandles sykepleieren og profesjonen. Her vektlegges sykepleierens faglige, etiske og personlige ansvar for egne handlinger i yrkesutøvelsen. Andre punkt vektlegger sykepleierens ivaretagelse av pasientens integritet og verdighet. Her kommer også pasientens rett til helhetlig sykepleie og medbestemmelse inn. Under tredje hovedpunkt omtales de pårørende, og nødvendigheten av sykepleiers respekt og omtanke for disse. Sykepleier skal ivareta pårørendes behov for informasjon og særskilte behov. Fjerde punkt rette søkelyset mot sykepleier og medarbeiderne, der sykepleier skal vise respekt for kollegers arbeid og være til støtte i vanskelige situasjoner. I det femte hovedpunktet er det sykepleier og arbeidssted som omtales. Sykepleier skal sette seg inn i visjoner, verdier og mål for arbeidsstedet, og så langt de er i samsvar med sykepleiens grunnlag å være lojal mot disse. Det siste, og sjette punktet presiserer sykepleiers rolle i samfunnsdebatten. Ved aktiv deltakelse skal sykepleier bidra til at faglige og etiske normer legges til grunn for helsepolitiske beslutninger (NSF 2011).



### 3.5 Lover og forskrifter

Juridiske virkemidler spiller en viktig rolle i både utforming og gjennomføringen av norsk helsepolitikk, på linje med økonomiske og organisatoriske midler. Juridiske virkemidler kommer i form av lovetekster og forskrifter. Forskrifter utfyller bestemmelsene regulert i en lovttekst (Mølven 2009).

Som helsepersonell er vår sykepleiefunksjon regulert i lovpålagte plikter.

Tilsvarende er pasientens individuelle rettigheter i møte med helsetjenesten nedfelt i lovverk.

Det er fire ulike lover som regulerer helsepersonells yrkesutøvelse (NSF 2008).

- Lov om helsepersonell mv (lov nr. 64 av 2.7.1999), Helsepersonelloven
- Lov om pasient - og brukerrettigheter (Lov nr. 63 av 2.7.1999), Pasient – og brukerrettighetsloven
- Lov om kommunale helse – og omsorgstjenestene (Lov nr. 30 av 24.6.2011), Helse – og omsorgstjenesteloven
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (lov nr. 61 av 2.7.1999), Spesialisthelsetjenesteloven

Vi utdyper de tre første lovene.

I lovverket brukes benevnelsen helsepersonell, sykepleier brukes ikke spesifikt.

**Helsepersonell** defineres jfr. § 3 i Helsepersonelloven som alle som yter helsehjelp.

Personell med autorisasjon nevnes spesielt i § 48, der sykepleier nevnes i § 48 v).

I samme lov defineres **helsehjelp** som ”enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell” (Helsepersonelloven 1999).

**Pasient** defineres i Pasient – og brukerrettighetsloven § 1-3 a) som ”en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp” (Pasient – og brukerrettighetsloven).

**Helsetjenesten** er jfr. § 1-3 d) primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (...) (ibid).

### 3.5.1 Lov om Helsepersonell (1999)

Helsepersonellovens formål er å bidra til *sikkerhet* for pasienter, *kvalitet* i helsetjenesten samt *tillit* til helsepersonell og helsetjeneste. Under denne loven kommer helsepersonell med autorisasjon og som yter helsehjelp i Norge. Loven regulerer de plikter og ansvar helsepersonell har i helsetjenesten.

Lovens formål om sikkerhet, kvalitet og tillit reguleres av lovverkets krav.

Krav til helsepersonells yrkesutøvelse, der vi har et selvstendig ansvar for å utføre forsvarlig yrkesutøvelse. I § 4 stilles det krav til forsvarlighet, der det heter at helsepersonell:

*(...) skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes av helsepersonell ut fra faglige kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig.*

Videre sier loven at helsepersonell skal utføre helsehjelp etter sine faglige kvalifikasjoner. Er det nødvendig og mulig skal det hentes bistand fra annet kvalifisert helsepersonell (Helsepersonelloven 1999).

Helsepersonell er også pliktig til å gi omsorgsfull hjelp. I tillegg til den direkte behandlingen av pasienten, skal helsepersonell også vise respekt og omtanke for pasienten, og dekke dennes basale behov.

Loven stiller krav til hvordan virksomheter organiseres. I § 16 presiseres det at virksomhetene som yter helsehjelp må organiseres på en slik måte at helsepersonell faktisk blir i stand til å utføre sine lovpålagte plikter. For at helsepersonell etter § 4 skal kunne utføre sitt arbeid faglig forsvarlig, er det av stor betydning at arbeidsstedet organiseres og tilretteslegges for å muliggjøre dette.

§ 17 pålegger helsepersonell en individuell plikt til å varsle Fylkeslegen om forhold som kan være en fare for pasientens sikkerhet (ibid). Loven er ikke konkret på hva som defineres som ”forhold”. Vi mener at det her siktes til situasjoner som forverrer pasientens helsetilstand eller påfører pasienten skade.

### 3.5.2 Lov om Pasient – og brukerrettigheter (1999)

Lovens formål er ”å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasient og bruker rettigheter overfor helse – og omsorgstjenesten”. Videre skal bestemmelsene i loven bidra til ”å fremme tillitsforhold mellom pasient og helse – og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd” (Pasientrettighetsloven 1999).

I denne loven er pasientens rettigheter mot kommune og stat definert. Pasientens rettigheter i form av tjenester fra helsepersonell står ikke direkte definert her, men kommer som en følge av helsepersonellens plikter etter Helsepersonelloven (Molven 2009).

Loven definerer pasientens rett til helsehjelp og transport (§ 2-1 til 2-7), individuell plan (§ 2-5), medvirkning og informasjon (§ 3-1 til 3-6), samtykke (§4-1 til 4-9) og journalinnsyn (§5-1 til 5-3).

### 3.5.3 Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m. (2011).

I forbindelse med Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, trådte det i kraft ny helse – og omsorgslov fra 1.1.2012.

Loven gjelder for helse – og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen.

Jfr. § 1-1 er lovens formål er å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig (Helse- og omsorgstjenesteloven).

### 3.5.4 Kvalitet i helse – og omsorgstjenesten

Sosial og – Helsedirektoratet har i sin Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring gitt kvalitetsbegrepet et konkret innhold (Sosial – og helsedirektoratet 2005). De sier at god kvalitet for helse – og omsorgstjenestene innebærer at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003-06-27 nr 792) skal bidra til å utdype eksisterende lovverk med fokus på kvalitet og grunnleggende behov.

Forskriften er hjemlet i Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester (2011-06-24 nr 30).

Kvalitet defineres som:

*Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstillte uttalte og underforståtte behov (Kvalitetsforskriften 2003).*

Helse – og omsorgstjenesten stilles overfor krav, forventinger og behov fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunen og fra pasienter og pårørende. Kvaliteten på helse – og omsorgstjenesten betegnes som tjenestens helhetlige evne til å tilfredsstillte disse kravene.

Formålet med forskriften er å bidra til at mottakere av helse – og omsorgstjenester sikres sine grunnleggende behov ivaretatt, jfr. § 1. Tilnærmingen til pasientens behov skal være helhetlig, og pasienten skal møtes med individuelle og fleksible tjenesteløsninger. Samtidig vektlegges det at pasientens rett til medbestemmelse skal ivaretas. Dette for at helsetjenesten som utformes og utøves skal føles trygg og forutsigbar for pasienten, og at pasienten føler seg respektert og opplever livskvalitet. Det er kommunens ansvar å etablere skriftlige systemer og prosedyrer som ivaretar det helhetlige helse- og omsorgstilbudet, jfr. § 3 i Forskriften. Dette skal sikre at pasienten får de tjenester han har behov for i rett tid. Samtidig skal systemer og prosedyrer sikre at pasientens tjenester er samordnet, helhetlig og fleksible.

### 3.5.5 Individuell plan

I ulike Stortingsmeldinger påpekes det at helsetjeneste – apparatet er for oppstykket og dårlig koordinert (Helsedirektoratet 2010). Dette er bakgrunnen for innføringen av individuell plan (IP) som et lovpålagt virkemiddel for å kunne gi pasienter med behov for langsiktige og koordinerte tjenester et bedre og helhetlig helse – og omsorgstilbud.

I følge Lov om Pasient – og brukerrettigheter § 2-5 har pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester *en rett* til å få utarbeidet individuell plan (pasient – og brukerrettighetsloven 2011).

Dette innebærer at pasienten har rett til å få utarbeidet en plan som gir en oversikt over pasientens egne, helhetlige tjenestetilbud. Planen skal også inneholde vurderinger av pasientens behov samt virkemidler (Helsedirektoratet 2010).

Den delen av helse – og omsorgstjenesten som pasienten henvender seg til, har en selvstendig *plikt* til å tilby pasienter med behov for langsiktige og koordinerte behov en individuell plan. Plikten innbefatter også å sørge for at arbeidet med IP kommer i gang (ibid). Helse – og omsorgslovens § 7-1 presiserer at kommunen

*(...) skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (...). Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.*

Videre i § 7-2 heter det at pasienter med behov for IP også skal få tilbud om en kommunal koordinator. Koordinatorens jobb er å sikre pasienten nødvendig oppfølging og samordne de ulike tjenestetilbudene pasienten har (helse – og omsorgsloven 2011).

I forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) heter det at formålet med IP er å sikre at pasienten ytes tjenester som bidrar til økt mestring – og funksjonsevne, likeverdighet og deltakelse. Samarbeidet mellom de ulike tjenesteyterne og pasienten skal styrkes, likeså samarbeidet mellom de ulike tjenesteyterne. Det vektlegges også at pårørende trekkes inn i utarbeidelsen og gjennomføringen av planarbeidet.

Samtidig skal IP sikre at pasienten har en i helsetjenesten som har hovedansvar for

oppfølgingen av pasienten. Det presiseres i forskriftens § 17 at IP ikke skal utarbeides uten pasientens samtykke.

### 3.6 Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

For å presisere lovverket utarbeides stortingsmeldinger og forskrifter. Via stortingsmeldinger går regjeringen mer konkret inn med føringer for helsetjenestens utøvelse.

Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009), Samhandlingsreformen, trådte i kraft 1.januar 2012. Undertittel på reformen er ”Rett behandling - på rett sted - til rett tid”.

Reformen legger opp til endringer i oppgave – og ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og vil dermed endre omfanget av helsetjenester som tilbys og utføres i kommunene. I reformen trekkes det fram noen hovedutfordringer helse – og omsorgstjenesten står overfor (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)). En av disse utfordringene er at pasienter med behov for koordinerte tjenester ikke ivaretas godt nok. Vi har gode bestemmelser som er rettet inn mot hver enkelt detaljert tjeneste pasienten møter. Analyser reformen bygger på, viser at det i liten grad finnes systemer og strukturer for hvordan helsetjenestene kan ivareta pasientens samlede, helhetlige behov. Svakheten i dag er at de ulike tjenesteyterne ikke har et pålagt ansvar for samhandling over etatsnivå (ibid).

Samhandling defineres i reformen som:

*(..) helse – og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (ibid s.13).*

Hovedmålet i Samhandlingsreformen er å bedre helse – og omsorgstjenestenes evne til å samarbeide for at pasienter med behov for koordinerte tjenester skal møtes med et helhetlig pasientforløp. Det skal legges vekt på pasientens integritet og behov for helsetjenester.

Et (pasient)forløp defineres som:

*(...) den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse – og omsorgstjenestene.  
Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (ibid s.15).*

En viktig brikke i samhandlingen er pasienten selv. Det presiseres i reformen at pasientens medvirkning og medbestemmelse i eget forløp må styrkes. Pasienten må gis mulighet til å delta i eget omsorgsopplegg. Helsepersonell har en plikt til å se pasientens helhetlige situasjon, og legge brukerperspektivet til grunn når helsetjenester planlegges. Gjennom denne økte samhandlingen skal pasienten sikres helhetlige helsetjenester av god kvalitet (ibid).

Samtidig skal pasient – og brukerorganisasjoner delta i prosessene som foregår på systemnivå. Her er de en viktig bidragsyter i defineringen og kartleggingen av gode pasientforløp for de ulike sykdomsgruppene. Gjennom utvikling av systemer og beslutninger, skal disse gi rammer for samhandlende tjenesteyting til den enkelte pasient (ibid).

### 3.7 Multippel sklerose

Multippel sklerose (MS) er en nevrologisk sykdom som er kronisk. Myelinkjedene blir ødelagt og nervefibrenes evne til å lede impulser blir redusert eller borte. Det ødelagte myelinet blir erstattet med bindevev, og det dannes arrvev. Funksjonen i et demyelinisert område kan komme tilbake og dette er typisk for sykdommen. Den har et svingende forløp (Almås og Johansen 2001).

Forskjellige stressfaktorer kan forverre sykdomsforløpet. Eksempler på stressfaktorer kan være infeksjoner, følelsesmessige påkjenninger, overoppheting eller tretthet og store påkjenninger (ibid).

Denne sykdommen er uforutsigbar og sykdomsforløpet har individuelle variasjoner. Skadene som oppstår i nervesystemet gir forskjellige nevrologiske funksjonsutfall. Dette dreier seg om nevrologiske smerter, motoriske forandringer, vannlatingsproblemer og avføringsproblemer. Svimmelhet og ustøhet er et vanlig

problem og mange opplever mentale endringer som hukommelsessvikt, problemer med oppmerksomhet og innlæring (ibid).

Emosjonelle vansker kan oppstå, og pasienten kan bli ukritisk og kan ha nedsatt vurderingsevne. Alt dette vil føre til store endringer i evnen til å takle dagliglivet.

Det er en stor påkjenning for både pasient og pårørende når en MS diagnose blir satt.

En MS pasient vil oppleve stor sorg etter hvert som funksjoner og helse går tapt.

Depresjon, sinne og apati er ikke uvanlig hos en MS - pasient (Almås og Johansen 2001).



## 4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte problemstillingen vår: *Hva er sykepleiefunksjonen i skiring av et godt pasientforløp*. I drøftingen bruker vi teorien vi har presentert og setter den i sammenheng med hva vi opplever er, og bør være, praktisk gjennomføring av sykepleie. Vi ønsker å gi drøftingsdelen er reflekterende form. Vi reflekterer rundt opplevelser og erfaringer vi har hatt i sykepleiepraksis gjennom studiet og i tidligere yrkesliv. Dette knytter vi opp mot sykepleiefunksjonen.

Som nevnt i innledningen har vi begge erfaringer fra privat næringsliv og som nære pårørende. Denne bakgrunnen vil prege våre forventninger og holdning til sykepleierens funksjon. Våre erfaringer trekker vi inn i drøftingsdelen.

En nyutdannet sykepleier vil stå overfor mange utfordringer. Gjennom studiet har vi fått med oss allsidig kunnskap som er nødvendig for å møte disse utfordringene. Som voksne damer med sammensatte erfaringer fra forretningsdrift, møter vi samtidig sykepleiehverdagen med et fokus preget av dette. Sentralt i vår virksomhet var kunden og kundens ønsker og behov. Vi var vant til å tenke økonomi, effektivitet, system og organisering, og har sett hvor viktig dette er for å oppnå et godt resultat. Dette er noe vi som studenter har reflektert mye rundt i studietiden. I våre praksisperioder opplevde vi situasjoner der vi så at bedre rutiner og systemer ville vært med på å gi sykepleier et bedre grunnlag å jobbe ut fra, og ikke minst gitt pasienten et mer helhetlig tilbud.

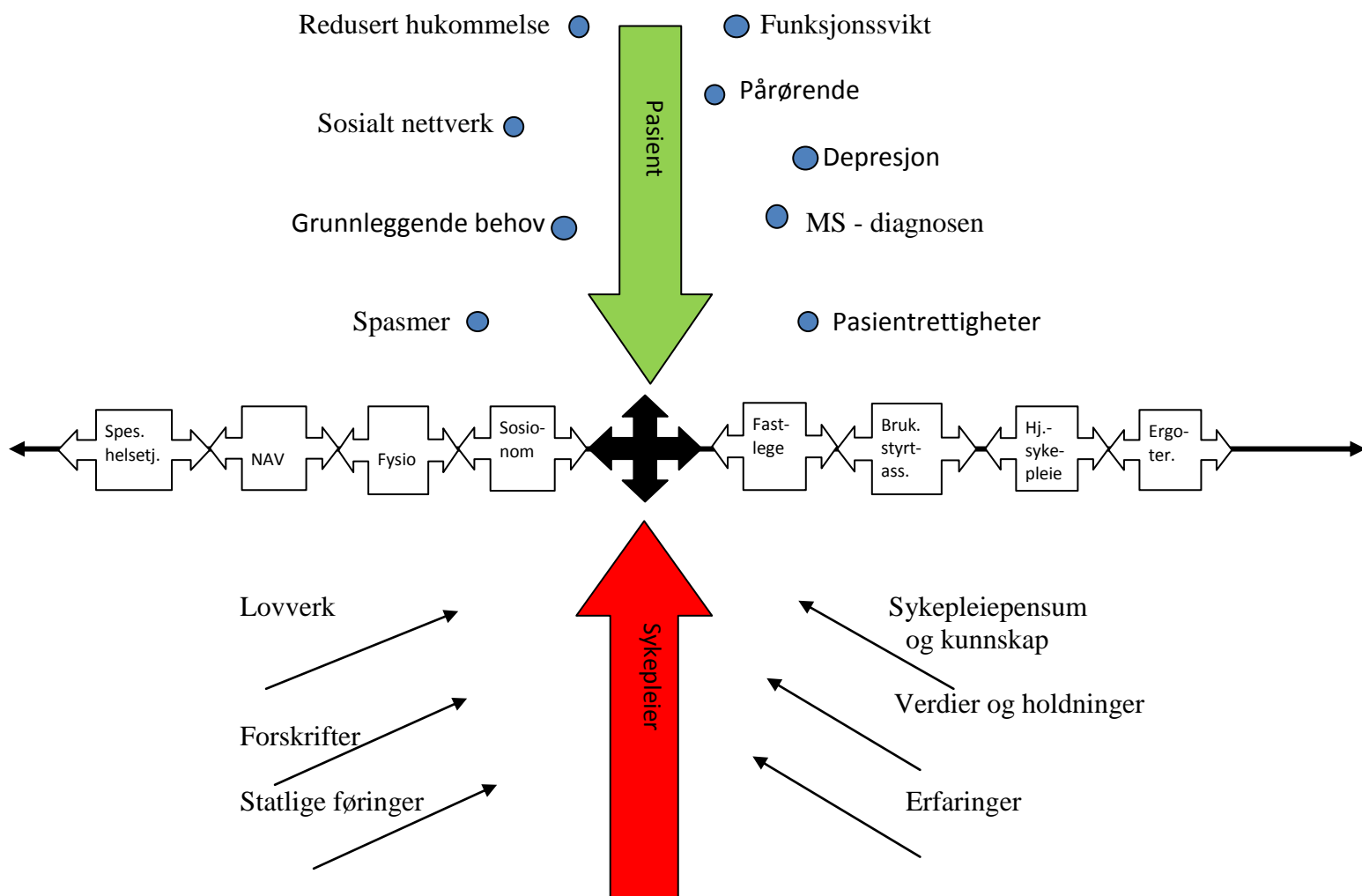
For å tydeliggjøre vårt ståsted benytter vi en skisse, fig.2. Skissen viser hvordan sykepleier og pasient møtes i et pasientforløp. Skissen har momenter vi mener påvirker både sykepleier og pasient.

Som sykepleiere møter vi pasienten i et pasientforløp. Inn i dette møtet har vi med oss de elementene som påvirker vår funksjon. Pasienten i figur 2 har multippel sklerose (MS). Vi bruker figuren som utgangspunkt for å belyse pasientens situasjon. Hun har svikt i mange av de grunnleggende behovene. For å få dekket disse, er hun avhengig av mange ulike tjenesteytere. Hjemmesykepleien er daglig inne for å hjelpe henne med personlig hygiene. Nevrologiske utfall og spasmer gjør at hun er avhengig av fysioterapi. Ergoterapeuten tilpasser behovet for eventuelle hjelpemidler. Fordi pasienten ikke lenger fungerer i arbeidslivet, er NAV en viktig

støttespiller i forhold til økonomiske ytelser. For å få dekket kulturelle og sosiale behov har hun en brukerstyrt personlig assistent. Fastlegen har ansvar for medisinske behov. Endring i livssituasjon er utfordrende, og behov for kontakt med psykiatrien kan oppstå. Pasientens pårørende er viktige støttespillere.

I møte med denne pasienten er det tydelige behov for god sykepleie og funksjonelle systemer for å ivareta hennes helhetlige hjelpebehov.

*Vårt ståsted i diskusjonen.*



**Figur 2:** Pasient (MS-pasient) i grønn pil. Sykepleier i rød pil. Horizontal linje er pasientforløpet. Sort kryss er møtetpunktet for sykepleier og pasient (©Holsbrekken 2012).

Den tradisjonelle oppbyggingen av pleie – og omsorgsfaget bygde på verdier som felles ansvar, oversikt og samarbeid. På grunn av stadig økning i arbeidsoppgaver gjennom statlige føringer og reformer, endres kravene som stilles til sykepleier. Det er økt fokus på effektivitet og økonomi, samtidig som pasientfokus og bedre samhandling skal økes (Olsvold 2010). I Samhandlingsreformen presiseres det at dette skal gjennomføres uten at det settes inn økt bemanning (Stortingsmelding nr.47 (2008-2009)). Dermed ser vi at det blir et misforhold mellom økte oppgaver og tilgjengelige ressurser, og sykepleieren kommer i klem mellom arbeidsgivers krav og krav fra pasientene. Nina Olsvold (2010) presiserer i sin doktoravhandling at sykepleierollen er en yrkesrolle som preges av at vårt konkrete ansvarsområde kun utgjør en liten del av kravene som stilles til vår rolle. Ut over dette er det forventninger til at vi identifiserer og tar ansvar på områder som ikke fungerer rundt oss (Olsvold 2010).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere presiserer at vi skal ivareta pasientens behov for helhetlig sykepleie og omsorg (NSF 2011). Vi skal ivareta hennes verdighet og integritet, og vi har ansvar for å gjøre jobben vår på en slik måte at det fremmer helse og forebygger sykdom (ibid). Her må vi ta inn over oss hva retningslinjene pålegger oss. Dette er viktige og omfattende begreper som gjør oss ydmyke. Vi føler at dette blir en måte å *være* på, en grunnleggende holdning i møtet med pasienten.

Som sykepleier forholder vi oss til lovverket. I helsepersonelloven (1999) heter det at vi må utføre arbeidet vårt etter de krav som stilles til oss som sykepleiere. Vi skal yte omsorgsfull hjelp etter faglige kvalifikasjoner. Vi må være bevisst vår kompetanse, og derfor ikke å yte annen helsehjelp enn det vi er kvalifiserte til. Samtidig skal den helsehjelpen vi yter være forsvarlig og omsorgsfull. I forhold til pasienten med MS - diagnose er det av betydning at vi har kunnskap om MS når vi møter henne.

I rammeplan for sykepleieutdanning defineres målet for utdanningen; å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesket i sentrum. Vi skal kunne planlegge, organisere og gjennomføre tiltak. Det vektlegges at vi skal samarbeide med brukeren og andre tjenesteytere (Kunnskapsdepartementet 2008). I utdanning vår har refleksjon vært vektlagt. Refleksjon lærer oss å sette pasienten i sentrum. Vi setter observasjon i sammenheng med refleksjon og som en følge av dette kommer

løsninger og tiltak. For å nå utdanningsmålet må studenten gjennom en variert utdanning. Sykepleie - vitenskap, naturvitenskap og samfunnsvitenskap er fagområder som nettopp skal gi oss kunnskap om helhetlig sykepleie (NSF 2011). Vi mener dette tydeliggjør allsidigheten ved sykepleien. Det er knapt noen områder rundt pasienten vi ikke skal ta hensyn til. Ansvar et vårt er ubegrenset i tema (Vike m.fl. 2002).

Nina Olsvold påpeker i sin doktorgradsavhandling (2010) faren ved at sykepleiearbeidet blir mer systematisert og ansvar spesifikt fordelt. Faren kan være at vi kun jobber etter våre fastlagte ansvarsområder, og mister den verdifulle helhetstenkningen rundt pasienten som er grunnleggende for sykepleien. Med helhetlig forstår vi at en sykepleier skal se pasienten som et helt menneske med alle sine behov. Pasientens fysiologiske behov som morgenstell og hjelp med tilrettelegging av frokost, er enkelt for oss å dekke. Det er disse behovene det som regel fattes vedtak på i hjemmetjenesten, og de er samtidig lett målbare. I møte med vår pasient ligger utfordringen for oss som sykepleiere i de psykososiale behovene. I samhandling med pasienten observerer vi at hun er deprimert, og hun forteller at hun har liten kontakt med andre. I følge Henderson er de psykososiale behovene pasientens behov for sosial omgang, mulighet for å arbeide med noe som gir mening og å finne underholdning (Kristoffersen 2005). Dette er behov som krever litt ekstra tid for sykepleier å kartlegge. Det å få en dypere forståelse av hva pasienten ønsker og har behov for, krever relasjonsbygging og kommunikasjon. I tillegg kreves samhandling og at flere tjenesteytere blir tatt med på råd. For å lykkes med kartlegging og relasjonsbygging forutsettes *tid* til et godt møte med pasienten. Tid er en knapphetsressurs. Vi erfarer at vektlegging av de psykososiale behovene blir nedprioritert, og dermed oppstår det svikt i utførelsen av helhetlig sykepleie. Psykososiale behov er sammensatte og vil kreve fagkompetanse på området. Her har vi to faktorer vi mener er utløsende for svikten; mangel på tid og nødvendig kompetanse. I tillegg kommer mangelen på tilrettelegging for samhandling med andre fagetater. Lovverket pålegger oss å yte omsorgsfull, helhetlig sykepleie etter faglige kvalifikasjoner. Vi fremmer ikke helse eller ivaretar pasientens verdighet og integritet ved kun å ha fokus på enkelte grunnleggende behov. I dette bildet mener vi det er utfordrende å utføre helhetlig sykepleie for å sikre et godt pasientforløp.

Verdigrunnlaget til sykepleieren bygger på å vise barmhjertighet, respekt og omsorg (NSF 2011). Pasienten har rett til helhetlig omsorg og medbestemmelse.

Medbestemmelse er også presisert i pasient – og brukerrettighetsloven (1999), der det heter at pasienten har rett til medvirkning og til å motta informasjon i forbindelse med helsehjelp. For at kvaliteten på helsetjenesten skal bli god, må pasienten føle at hun har innflytelse og blir hørt. Dette føler vi er helt fundamentalt i utøvelse av god sykepleie. Vi må vise respekt for pasienten og pasientens autonomi. På denne måten blir pasienten en aktiv samarbeidspartner. Det er pasienten som best kjenner sine behov og sitt liv, mens sykepleieren har fagkompetansen. Vår oppgave som sykepleiere er å være lyttende og observerende. Vi vil da legge til rette for samhandlende og helhetlig sykepleie. Gjennom samhandling, kommunikasjon og utveksling av informasjon kommer vi fram til gode løsninger som tilfredsstillende pasientens ønsker og behov (Stang 2003). For vår pasient er det av stor betydning å føle at hun har innflytelse over sin situasjon, da hun nå må ha hjelp til å dekke mange av sine behov. For henne vil det være nyttig å ha en kontaktperson som snakker med henne om behov og tiltak. Dette vil skape kontinuitet i pasientforløpet. Som sykepleier har vi daglig kontakt med pasienten, og har kunnskap om situasjonen, behovene og ønskene. Vi mener sykepleier kan ha en rolle som kontaktperson eller koordinator.

Vår pasient må leve med sin MS - diagnose. Kari Martinsen setter i sin filosofi fokus på omsorg. Hun mener at relasjonen og fellesskapet mellom mennesker danner en fundamental avhengighet i et menneskes liv. Spesielt tydelig mener Martinsen denne avhengigheten blir når vi kommer i en situasjon der vi trenger hjelp. Martinsen presiserer at ikke alle kan bli friske, så tiltak der målet kun er å bli frisk gir ikke mening. Det viktige er å gi omsorg for omsorgen sin skyld (Kristoffersen 2005). Sykepleie er for oss å hjelpe pasienten til å leve med sin sykdom. Vi har fagkunnskap om sykdomsforløpet og hva som kan påvirke og forverre forløpet. I samhandling med pasienten vet vi at respekt for henne som person, forståelse for hennes situasjon, kommunikasjon og tillit er god omsorg. Det å føle seg ivaretatt og sett har en positiv innvirkning på selvbildet. God selvfølelse vil redusere negative tanker og stress, faktorer som også virker negativt på pasientens sykdomsforløp. Utførelsen av konkrete, omsorgsfulle prosedyrer opplever vi blir gjort. Dette er *helhetlig sykepleie*, slik ivaretar vi *hele* pasienten godt nok. Hvis vi som sykepleiere erfarer at vår

kompetanse ikke strekker til i slike situasjoner, pålegger helsepersonelloven (1999) oss å innhente bistand fra annet kvalifisert helsepersonell. Det vil fremme tillit og trygghet hos pasienten hvis vi som sykepleiere innser at våre faglige kvalifikasjoner går hit, men fra her og videre trenger vi hjelp fra andre faggrupper. Dette er å jobbe faglig forsvarlig. Vi mener også at dette viser at vi har respekt for pasientens liv, integritet og menneskeverd. I praksis registrerer vi at det ikke er tilrettelagt for enkle måter å samhandle med andre fagetater. Denne mangelen på systemer for tverrfaglig samhandling belyses også i Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr 47 (2008-2009)). Her konkluderes det med at slike systemer må etableres. Hos pasienten med MS - diagnose må pleiepersonalet ta ansvar for å utføre tøyingsøvelser hver morgen. For å utføre disse øvelsene faglig forsvarlig er det naturlig å trekke inn fysioterapeuten for å lære opp personalet.

God og helhetlig omsorg betyr også konkrete sykepleiehandlinger. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) identifiserer funksjonsområder som viser handlinger og oppgaver sykepleier skal utføre. Som følge av sykdommen er vår pasient ikke i stand til å ivareta sine grunnleggende behov eller å fremme egen helse. Vår behandlende funksjon blir da å hjelpe pasienten med personlig hygiene, tilrettelegge for måltider og aktiviteter. Disse praktiske tiltakene er konkrete og målbare. I det vi gjør for pasienten ligger også en lindrende, helsefremmende og forebyggende funksjon. Kan vi få pasientens hverdag til å bli bedre ved at hun føler velvære og har trygge og støttende rammer rundt seg, virker dette lindrende. Kan vi ved god omsorg og godt stell hindre komplikasjoner og unødig symptomfremkalling, vil dette virke helsefremmende og helseforebyggende for pasienten. Disse funksjonsområdene er sammenfallende med Det internasjonale sykepleierådets (ICN) fire ansvarsområder for sykepleier, som er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (NSF 2011).

Vi har drøftet de konkrete rammene rundt sykepleiefunksjonen. Videre vil vi se på denne funksjonen i forhold til pasientforløpet. Som tidligere nevnt har vi observert mangel på organisatoriske systemer. Vi ønsker å drøfte muligheten for å bruke slike systemer for å bedre pasientforløpet.

Vi møter vår pasient nettopp hjemkommet fra sykehus etter et attack. Hun er redusert i sin ADL funksjon (activity of daily living). Det er tatt en avgjørelse om at hun skulle flytte inn i kommunenes omsorgsbolig. Hukommelsen er svekket og hun føler at livet er vanskelig og uoversiktlig. Under morgenstell hos denne pasienten er vi overrasket over hvor krevende oppgaven er. Hun er spastisk og stiv og har behov for tøyning- og oppmykingsøvelser før hun kan hjelpes ut av senga. Disse øvelsene må hun selv instruere i, de er ikke skrevet ned noe sted. Gjennom hele stellet må hun fortelle oss hva som er best for henne. Vi er nye, og en av mange som i løpet av uken er inne hos henne. Hvorfor finner vi ikke rutinene til denne pasienten nedskrevet? Hun må bruke kreftene sine på å forklare oss alle trinnene i morgenstellet. Dette ser ut til å være en uholdbar situasjon for denne pasienten. Hva kan vi som sykepleiere gjøre for å unngå at dette skal gjenta seg?

Hos vår pasient var det ikke utarbeidet et helhetlig system. Det var dokumentert litt i pasientjournalen, men ingen pleieplan forelå. Hver enkelt sykepleier utførte pasientens morgenstell på sin måte. Dette førte til svikt i form av at pasienten brukte unødvendige krefter på å veilede sykepleier, og ble utmattet. Når pasienten hver dag må forklare ønsker og behov for stellet, legges ikke grunnlag for trygg og god pleie, heller ikke tillit til helsetjenesten som ytes. Her ser vi at en god mal for å kartlegge og registrere pasientens behov ville vært nyttig for å få til gode arbeidsrutiner.

Hva er det i vår bakgrunn som gjør at vi tenker at det er godt å arbeide etter systemer? Hvis vi som ledere så at forretningen tjente mindre enn forventet, måtte vi gå i gang med analyser for å finne ut hvor svikten lå: analysere/planlegge – gjøre - kontrollere – handle. Å holde seg faglig oppdatert er nødvendig, både for ledelsen og ansatte. Viktigheten av å være oppdatert på det som er nytt i markedet til enhver tid, er uvurderlig. Det er det også å være klar over hva kundens ønsker er. Vi deltok ofte på kurs for å heve kompetansen. Grunnlaget for vår forretningsdrift måtte skapes ved relasjonsbygging, kompetanseheving og ansvarsfordeling. På denne måten følte alle at de var en viktig brikke i forretningen. Innimellom fikk vi en tilbakemelding fra en kunde om at varen vi leverte ikke var god nok. Vi måtte øyeblikkelig i gang med å analysere hvor svikten lå slik at det ikke skulle gjenta seg. Analysere – finne tiltak – igangsette – evaluere. Å levere dårlige varer er ikke forenelig med god forretningsdrift. Den kunden som ikke da blir tatt på alvor, er tapt. Hvordan overføre denne tenkningen til sykepleie? Den tankeprosessen vi benyttet i nærings -

sammenheng likner den som benyttes i sykepleien. I denne oppgaven har vi valgt å bruke Betty Neumann (1995) og hennes metode for å anskueliggjøre sykepleieprosessen. Vi må være klar over hva pasienten ønsker, og har behov for. Det er da vi blir i stand til å vurdere behovet for hjelp. Vi som sykepleiere må være oppdatert på forskning og utvikling for å kunne yte den beste helsehjelpen. Dette presiseres også i Yrkesetiske retningslinjer (NSF 2011). Vi er avhengige av samarbeid med andre, å kunne fungere som et team for å løse de sammensatte behovene rundt denne pasienten. I forretningen er det nødvendig at noen har ansvar for å drive prosessen framover. Er dette et lederansvar i hjemmetjenesten, eller har vi som sykepleiere også et lederansvar?

Betty Neumann (1995) så at bruk av systemer hadde god effekt i næringslivet, og overførte systemtenkingen til sykepleiefaget. Neumanns systemmodell, fig. 1, er en modell som sykepleier i hjemmetjenesten kan benytte seg av. Sammen med pasienten identifiseres de grunnleggende overlevelsesfaktorer. Vurdering av tilstand og energi hos pasienten skal gjøres. Det neste punktet er å finne ut hva som er pasientens stabile tilstand, eller normale forsvarslinje. Stressfaktorer skal finnes og her må det letes i alle fem variablene fysiologi, psykologi, sosiokultur, utvikling og åndelighet. Når stressfaktorene er identifisert kan sykepleiemål formuleres og tiltak igangsettes, fortsatt i tett samhandling med pasienten. Målet er å beholde eller oppnå stabilitet og vedlikeholde stabilitet i pasientsystemet (ibid). Dette er et system som ville gitt oversikt over pasientens situasjon med problemområder og tiltak. Etter vår mening ville dette styrket pasienten og gitt en opplevelse av at omsorgen hadde kontinuitet og sammenheng. Som sykepleiere får vi et kart og en plan og arbeide etter på et grunnleggende pasient – sykepleiernivå. Med en slik plan ligger sykepleieoppgavene kartlagt, og sykepleieren kan under stell ha full fokus på pasienten og pasientens opplevelser.

Individuell plan (IP) er et verktøy som gir sykepleier og pasient oversikt over pasientforløpet. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til IP. Det understrekes i samhandlingsreformen at individuell plan er et sentralt tiltak for å ivareta samhandling og økt pasientmedvirkning (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)). Vi mener at IP også kan bidra til å trekke pårørende inn i samhandlingen rundt pasienten. Erfaringsmessig vet vi at pårørende gjør en uvurderlig innsats for og rundt



pasienten, men det mangler kanaler der pårørende, pasient og hjelpeapparatet kan samhandle. Vår erfaring fra praksis i hjemmetjenesten viser at det i liten grad utarbeides og brukes IP. Hvorfor brukes ikke verktøyet? Hva er det som gjør at det er så vanskelig i helse og omsorgssektoren å ta i bruk et godt verktøy som IP er? Er det ikke vilje, eller er arbeidet for tidkrevende? Lovene som gir pasienten rett til IP kom for over 10 år siden! Vår mening er at hvis det blir laget en IP med oversikt over hjelpebehovene pasienten har, vil dette være tidsbesparende senere i forløpet. Vi erfarer at det er liten kunnskap om IP og bruken av den i hjemmetjenesten. Dette mener vi er årsaken til at det også er liten vilje til å ta i bruk verktøyet IP. Her mener vi ledelsen har et ansvar. Økt kunnskap blant sykepleieren og mulighet for å bruke tid i en innkjøringsfase vil være nødvendig for å få IP inn i pasientforløpet.

I forskning gjort på A-hus, Rælingen og Ullensaker kommuner i 2002 hadde de fokus blant annet på samhandling og IP. Pasientene var fornøyd med at det ble utarbeidet IP. Sykepleierne som arbeidet rundt pasientene erfarte at IP systematiserte arbeidet, og flyttet sykepleiefokuset vekk fra rutine og over på pasienten. Det var tidkrevende å lage en plan, men gjennom arbeidet ble de mer bevisste på å sette pasienten i fokus (Gautun og Grønningsæter 2002). Vi mener å se at dette er nettopp hva samhandlingsreformen påpeker. Pasientens medvirkning skal økes, og et verktøy for å få til dette er IP.

Proessen i seg selv for å lage en IP kan for enkelte pasienter være viktig ved at de blir sett, lyttet til og har innflytelse over innholdet i planen. Det skal være *en* koordinator å forholde seg til for pasienten og dennes pårørende. Dette er påpekt i samhandlingsreformen og blir sett på som viktig i ordningen med IP.

Vår MS - pasient har behov for koordinerte tjenester, og det blir mange tjenesteytere å forholde seg til. Her kan det lett oppstå svikt i pasientoppfølgingen og en forringelse av pasientforløpet. En koordinator vil hjelpe henne med å koordinere tjenestene, men like viktig: vil *kjenne* pasienten.

Per Fugelli, professor i sosialmedisin, har i sin bok "Døden, skal vi danse?" beskrevet sin opplevelse av aldri å møte samme lege når han er til kontroll. Det er satt av 6 minutter til konsultasjonen, og legen har sine 5 standardspørsmål han vil ha svar på. Konsultasjonen avsluttes av legen med "Er det noe mer?". Der sitter Fugelli og føler at det er "10 tonn mer", men situasjonen innbyr ikke til "noe mer". Hvordan skal han klare å utdype alt han føler rundt sin sykdom til en lege han ikke kjenner, og

som ikke kjenner ham? Fugelli sier videre at: ”Pasienten må stort sett få møte samme lege gjennom sykdomsforløpet. Bare slik kan de to bygge gjensidig kjennskap, åpenhet, tillit og trygghet.” (Fugelli 2010). Dette er viktige tanker for oss å ta med i samhandlingen mellom vår pasient og oss. Vi har tidligere poengtert at å tenke helhet rundt en pasient er viktig. Dette gjelder også når vi må se utover egne faglige rammer for å finne gode løsninger for pasienten. Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr.47 (2008-2009)) nevner at koordinator kan være for eksempel sykepleier, sosionom, fysioterapeut eller ergoterapeut. Vi mener at en sykepleier er godt egnet til å være koordinator fordi vi i tilnærmingen vår har med oss både det fysiske, psykiske, åndelige og det sosiale. Denne allsidigheten får vi også med oss gjennom utdanningen. Og som nevnt tidligere i oppgaven er vi sykepleiere i en unik situasjon som møter pasienten daglig, og dermed kjenner pasienten godt.

Kartlegging av pasientens ressurser, sette mål for planen og kartlegging av behov for tjenester er det videre løpet i prosessen. Det er flere forslag til maler for plandokumenter for IP, her er det vesentlig å dokumentere det partene er blitt enige om. Like viktig er å *bruke* denne planen som et verktøy for kontinuerlig å bedre samhandlingen rundt pasienten (Helsedirektoratet 2010).

For at hjemmetjenesten skal være i stand til å yte helhetlig helsehjelp, er det viktig at det er tilrettelagt for en god tjeneste. I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er det kommunens plikt å tilby helsetjenester i hjemmet (§ 3-2.6). Tjenestene skal være forsvarlige (§4-1) og kommunene skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring for pasient- og brukersikkerhet (§ 4-2). I

Kvalitetsforskriften (2003) utdypes dette nærmere. Her er det seks punkter som angir målet for god kvalitet. At tjenestene er *virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukeren og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og at de er tilgjengelige og rettferdig fordelt* (ibid).

Mange av tiltakene hos pasienten er virkningsfulle, hun får hjelp til å dekke de fleste av de grunnleggende behovene sine. Vi avdekker likevel svikt i flere av målene for god kvalitet. Vi mener at det er det organisatoriske systemet som svikter. Her savner vi tydelige føringer fra ledelsen. Det er ledelsen i kommunen som er ansvarlig for at det etableres effektive styringssystemer for å sikre god kvalitet.

Vi stiller spørsmål ved om dokumentasjonen er god nok til at sikkerheten er ivarettatt. Vi fant ingen god pleieplan som kunne følges ved morgenstellet, og vurderer at dette

kan utsette både pasienten og pleieren for fare. Pasienten følte ikke at hun hadde oversikt over de forskjellige tjenesteyterne som var innom hos henne, dette må kunne sies å være en svikt i punktet om å involvere brukeren og gi dem innflytelse. Vi så at det var satt inn mange tiltak for å løse denne pasientens problemer, men de var dårlig samordnet og var lite preget av kontinuitet. Den enkelte tjenesteyter som var innom hos pasienten kan ikke beskyldes for å sløse med ressursene, men vi mener at ressursene blir dårlig utnyttet ved at samordningen rundt pasienten svikter. Et eksempel kan være at det for vår pasient ikke var avklart hvem som skulle mate ved måltidene. Både personale fra omsorgsboligen og hjemmesykepleien har avsatt tid til dette. Når det gjelder om tjenestene er rettferdig fordelt, tar vi ikke stilling til dette i vårt pasienteksempel, men viser igjen til at tid er en knapphets -ressurs. I daglig utøvelse av sykepleie skal vi tenke helhet og ta hensyn til alle momentene rundt pasienten. I dette bildet vil tid og tidsbruk være med og regulere vår sykepleiefunksjon, og som gjør at helhetstenkningen utfordres. Vi ser at det er tid vi må bruke på pasienten, tid vi ikke alltid har. Derfor er tid en knapphetsressurs. Demings sirkel er et godt verktøy for å bygge opp et overordnet kvalitetssystem i kommunene, og er foreslått brukt i flere dokumenter fra Helse- og sosialdepartementet. Demings sirkel består av fire deler:

1. Planlegging: identifisere problem, samle inn fakta, utarbeide mål og foreslå løsninger.
2. Utføre: prøve ut løsningsforslagene i praksis.
3. Kontrollere: finne ut om tiltakene fungerer.
4. Korrigere: justere og standardisere løsningene (Sosial – og helsedirektoratet 2005).

Disse prosessene går kontinuerlig, og bringer på denne måten kvalitetsarbeidet framover. Hvordan skal vi som sykepleiere forholde oss til mangel på organisering rundt denne pasienten? Slik vi ser det kan sykepleieren i dette tilfellet starte arbeidet med en systemmodell. Her gjelder det kontakten mellom pasienten og sykepleieren direkte. Det er viktig å kartlegge problemområder og finne tiltak mot dem raskt. Individuell plan er spesielt rettet mot samarbeid og samhandling rundt pasienten. Dette er også et viktig arbeid, spesielt siden vår pasient har mange tjenesteytere å forholde seg til. Den delen av kommunens helsetjeneste som pasienten henvender

seg til har plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes (Helsedirektoratet 2010). Det betyr i dette tilfellet hjemmetjenesten, som vi er en del av. Det betyr at vi kan be om at det bli igangsatt. Hva så med kvalitetsarbeidet, er det sykepleierens oppgave? Hvis det er mangler i en kommune som påvirker arbeidet vårt eller pasientene, så har vi anledning til å påpeke det. Vi har plikt til å varsle Fylkeslegen om forhold som kan være en fare for pasientens sikkerhet (helsepersonelloven 1999). På den måten er alle som arbeider i en organisasjon en del av kvalitetsarbeidet som gjøres. Vi anser det som viktig å utarbeide gode rutiner for en pasient. Rutinene må dokumenteres godt og systemet være fleksibelt slik at det er mulig å gjøre endringer når behovene endrer seg. På denne måten er det mulig å sikre pasientforløpet. Samhandlingen mellom tjenesteområder og etater vil gå lettere. Hvis informasjonsflyten kan gå mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil dette sikre et bedre forløp. Vår erfaring sier at flyten av informasjon ikke fungerer tilfredsstillende mellom helseforetak, mellom kommune og sykehus eller mellom etatene internt i en kommune. Svikten i informasjonsflyten oppstår for det første fordi tjenestenivåene benytter ulike datasystemer som ikke kommuniserer med hverandre. For det andre ser vi at pasientsikkerhet og personvern begrenser tilgangen på nødvendig informasjon. Dette kan være med på å skape brudd i pasientforløpet.

Vi hadde vår siste praksisperiode på et sykehus i Namibia. Her hadde alle pasientene et helsepass. Helsepasset er en bok hvor deres kontakt med helsevesenet var dokumentert. Dette passet ble levert til lege ved konsultasjon. Legen fikk da et overblikk over pasientens sykdomshistorie. Et enkelt dokumentasjonssystem, men kanskje et bilde på en kjernejournal? En kjernejournal inneholder kjerneopplysninger. Med kjerneopplysninger menes gjeldende medisiner, kontaktoversikt og gjeldende epikriser (Stortingsmelding nr.47 (2008-2009)). En slik journal er ikke fullstendig, men inneholder kun viktig informasjon fra pasientjournalen. Vi mener at en slik kjernejournal vil være nødvendig for å få til god samhandling og øke sikkerheten i pasientforløpet.

## 5.0 Konklusjon

For at sykepleier skal kunne bidra til sikringen av et pasientforløp, er det viktig at hun har klarlagte rutiner og prosesser å jobbe etter. Vi ser at individuell plan er et nyttig verktøy. Planene og prosessene må fungere på flere nivåer i samhandlingen mellom pasient og sykepleier og mellom tjenesteytere. Sykepleie er å tenke helhetlig rundt pasienten. Vi skal hjelpe pasienten med de fysiologiske behovene, og samtidig ivareta de psykososiale behovene. Dette gjør sykepleiefunksjonen altomfattende og sammensatt. Vår konklusjon er at det er vanskelig å avgrense sykepleiefunksjon i sikringen av et godt pasientforløp, nettopp fordi sykepleier skal se det hele mennesket.

## 6.0 Etterord

Arbeidet med denne oppgaven har vært artig, men krevende. Interessen ble vakt allerede da vi hadde forelesning om helse og jus. Samhandlingsreformen er et dokument vi fant interessant og hadde lyst til å jobbe mer med.

Vi hadde vår siste praksisperiode i Namibia, og kom hjem to uker etter ordinær praksisslutt. Oppstart av bachelorskriving var krevende da vår sjel fortsatt var i Afrika. Samtidig var valg av tema avklart og oppgavens mål grundig debattert under sydlige breddegrader.

Tanken var å foreta det meste av litteratursøket i praksisperioden, men på grunn av et meget ustabil og kostbart internett var dette ikke mulig for oss. I ettertid ser vi at litteratursøket ble den største utfordringen for oss. Både søk etter og lesing av litteratur er en tidkrevende prosess, og vi måtte begrense dette på grunn av tidsfrist for innlevering. Et bredere utvalg av litteratur kunne gitt oss flere innfallsvinkler for løsning av problemstillingen.

Underveis i arbeidet med oppgaven, døde våre svigerfedre. Dette har kanskje preget vår konsentrasjonsevne.

Skriveprosessen har vært lærerik. Vi har skrevet hver for oss, og møttes for så å jobbe med endelig utforming av teksten. Vi er to forskjellige typer som drar veksler på hverandres ulikheter. En tenker i systemer og disposisjoner, den andre tegner og forteller og får tankene inn i rett system. Vi har hatt en leser, han har gitt oss nyttige tilbakemeldinger. Vår veileder fra HiG har underveis i oppgaven gitt oss gode innspill.

Temaet for oppgaven vår har vi diskutert mye gjennom hele studiet, og å jobbe med dette over tid gir oss ny kunnskap og nye utfordringer. Vi ser spesielt utfordringen i uttrykket ”helhetlig sykepleie”. Helhetlig sykepleie; omsorg, ivareta integritet, omsorgsfull hjelp etter faglige kvalifikasjoner, planlegge, organisere, samarbeide, relasjonsbygging og kommunikasjon, samhandling, vise barmhjertighet for å nevne noe. Samtidig skal vi vite vår begrensning, for vår oppgave er å jobbe forsvarlig! Kanskje det er derfor vi savner systemer for utførelsen av sykepleie? Systemer som på en måte samler de mange løse trådene av krav og forventninger til *en* konkret og trygg oppgave.

Jobbinga med denne oppgaven har tydeliggjort det landskapet vi nå skal inn i som sykepleiere.

Når oppgava nå er avslutta sitter vi igjen med flere tema vi skulle ønske vi kunne utdype. Pårørende – hvordan ivaretar vi dem? Tverrfaglig samhandling – hvor ligger nøkkelen til dette? Hvor viktig er overordnede systemer og ledelse? Faglige diskusjoner og holdninger – grunnlag for engasjement og ansvarsfølelse?

## Litteraturliste

Almås, Hallbjørg (red.) (2001). *Klinisk sykepleie*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Brinchmann, Berit Støre (2008) *Etikk i sykepleien*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (1993). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20111216-1256.html> (30.3.2012)

\*Fugelli, Per (2010). *Døden, skal vi danse?* Oslo: Universitetsforlaget.

\*Gautun, Heidi og Arne Grønningsæter (2002). *Kompetanseheving – en vei til beder samarbeid?* Oslo: Fafo.

Helsedirektoratet (2010). *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse – og omsorgstjenesteloven (2011). *Loven om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m.* [online] Lovdata. URL: [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=\\*-2011-06-24-30](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=*-2011-06-24-30) (30.3.2012)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om Helsepersonell m.v.* [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV> (30.3.2012)

\*Kirkevold, Marit (2001). *Sykepleieteorier*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005). *Grunnleggende sykepleie*. 1.utgave. Bind 1 s. 13-27. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005). *Grunnleggende sykepleie*. 1.utgave. Bind 4 s. 18-69, s.91-95, s.184-233. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet



Kvalitetsforskriften (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene*. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html> (30.3.2012)

\*Martinsen, Kari (1989). *Omsorg, Sykepleie, Medisin*. Oslo: Tano.

Molven, Olav (2009). *Helse og jus*. 6.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Neumann, Betty (1995). *The Neumann System Model*. Third edition. (s.1 – 44). Stamford, Connecticut USA: Appleton & Lange.

\*Norsk Sykepleieforbund (2008) *Faglig forsvarlighet*. Oslo.

Norsk Sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo.

\*Olsvold, Nina (2010). *Ansvar og yrkesrolle*. Doktorgradsavhandling. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo

Pasient - og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient – og brukerrettigheter*. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> (30.3.2012)

Sosial – og helsedirektoratet (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. Oslo: Sosial – og helsedirektoratet.

\*Sosial – og helsedirektoratet (2005). *...OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo: Sosial – og helsedirektoratet.

Stang, Ingun (2003). I: Hauge, H&Mittelmark, M.B. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog*. Bergen: Fagbokforlaget.

\* St. meld. nr. 47 (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

\*Vike, Halvard m.fl. (2002). *Maktens samvittighet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS