



Stomi og mestring

Hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme opplevelsen av mestring hos pasienter med stomi ved bruk av undervisning- og veiledning

Kandidatnummer: 708

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave

i Emne 14B

Antall ord: 9 806

Dato: 16.04.18 Kl: 10.00

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16. 04. 18
Tittel: Stomi og mestring – <i>Hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme opplevelsen av mestring hos pasienter med stomi ved bruk av undervisning- og veiledning?</i>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>På bakgrunn av tema ble denne problemstillingen utformet: <i>Hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme opplevelsen av mestring hos pasienter med stomi ved bruk av undervisning- og veiledning?</i> Problemstillingen er utformet på bakgrunn av sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon med den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy. Med dette som grunnlag er det ønsket å undersøke hvordan sykepleieren kan bidra til å fremme opplevelsen av mestring hos pasienter med stomi på en rehabiliteringsavdeling i kommunen.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Oppgavens rammeverk har en undervisende og veiledende perspektiv, og har derfor valgt å bruke sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon med den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>I denne oppgaven er litteraturstudie brukt som metode. Eksisterende litteratur fra både pensum, fag- og forskningslitteratur og primær- og sekundærlitteratur er blitt benyttet for å undersøke problemstillingen. Artikkelsøk på internett er blitt utført med søkeordene; rehabilitation, stoma care, stoma patient, care, psychological considerations, ostomy care, acceptance, ileostomy, brukermedvirkning, pasientundervisning.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Drøftingsdelen tar for seg sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon, og følger strukturen til den didaktiske relasjonsmodellen. Drøftingen omfatter kartlegging av behov for informasjon, pasientens forutsetninger, rehabiliteringsavdeling som kontekst for undervisning og veiledning samt undervisningen- og veiledningens mål, innhold, metode og evaluering. De ulike punktene viser kompleksiteten og viktigheten ved å planlegge undervisning- og veiledning, og at de forskjellige delene trenger stor omtanke og refleksjon hos sykepleier.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Oppgaven gir ingen konklusjon, men en oppsummering på hvordan man kan bidra til opplevelsen til mestring. Sykepleieren har en sentral og viktig rolle ved å undervise og veilede pasienter i stomistell og stomihåndtering, som kan gi mestringskompetanse hos pasienten.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Begrepsavklaringer.....	3
1.5	Oppgavens hensikt.....	3
1.6	Oppbygning av oppgaven.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Teori	4
2.1.1	Permanent ileostomi	4
2.1.2	Krise og krisereaksjoner	5
2.1.3	Stress og mestring	6
2.1.4	Informasjon, undervisning og veiledning.....	7
2.2	Oppgavens rammeverk	9
2.2.1	Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon	9
2.2.2	Den didaktiske relasjonsmodellen.....	9
2.2.3	Samhandlingsreformen.....	10
2.2.4	Etiske og juridiske aspekter.....	11
3	Metode	13
3.1	Presentasjon av metode	13
3.2	Artikkelsøk	13
3.3	Kildekritikk	14
4	Presentasjon av forskningsresultater	16
5	Drøfting	18
5.1	Kartlegging av behovet for undervisning og veiledning	18
5.2	Pasientens forutsetninger	20
5.3	Kontekst for undervisning og veiledning.....	22
5.4	Undervisningen- og veiledningens mål, innhold, metode og evaluering.....	24
6	Oppsummering/ avslutning	28
7	Litteraturliste.....	30

1 Innledning

Innledningsvis vil temaet presenteres, samt bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Videre vil oppgavens avgrensning, noen begrepsavklaringer og hensikt presenteres, og til slutt nevnes oppgavens oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for denne oppgaven er stomi og mestring, med fokus på hvordan sykepleieren kan fremme opplevelsen av mestring hos pasienter med stomi. I følge Norsk forening for stomi og reservoaropererte var det i 2014 over 18 500 personer som tok ut medisinsk forbruksmaterialer på blå resept knyttet til stomi (NORILCO, 2017). Det anslås videre at det er rundt 10 000 nordmenn som lever med en permanent stomi (NORILCO, 2015). Ordet stomi betyr åpning eller munn, men i medisinsk terminologi brukes ordet om en kirurgisk konstruert åpning i kroppen. Ved både kolo- og ileostomi blir tarmen trukket ut gjennom en åpning i huden, vrent og sydd fast. Pasienter som får stomi vil ikke ha kontroll over tarmtømming eller luftavgang fordi muskulaturen i tarmen ikke er viljestyrt, slik som lukkemuskelen rundt endetarmen (Nilsen, 2015). Felles for de som får stomi er at de mister en funksjon de tidligere hadde, og dette kan for mange være skremmende og antageligvis være forbundet med mye usikkerhet.

En stor grunn til valg av tema er egen erfaring med nyopererte pasienter som har fått anlagt permanente stomier. Erfaringene er gjort på egen arbeidsplass på en rehabiliteringsavdeling på et helsehus (kommunenivå). Mye grunnet samhandlingsreformen (2012) er ofte disse pasientene sendt tidlig ut og er i en tidlig postoperativ fase. Pasientene er som regel mellom 60-80 år. De er spreke og oppegående, men har vanskeligheter med å akseptere sin stomi. Mye av grunnen til liten aksept av sin stomi har vært bunnet i akutt og kritisk sykdom. Mange er derfor i en krisesituasjon. Jeg har sett viktigheten av å bidra til at pasienter med nyanlagt stomi aksepterer sin nye situasjon. Ved aksept hos pasienten setter man grunnlaget for at pasienten kan ta til seg informasjon og veiledning sykepleieren gir. Dette gir igjen grobunn og mulighet for mestring hos stomiopererte pasienter. Dette er en ressurskrevende jobb for kommunen, mye grunnet tidspress, liten bemanning og antall oppgaver som må utføres per dag. Derfor er ofte disse pasientforløpene lange og krevende. På grunn av kompleksiteten i et

slikt sykepleier ansvar, fant jeg interesse og nysgjerrighet for å lære mer om stomi og mestring.

For å kunne mestre livet som stomioperert trenger pasienten kunnskap om stomistell, stomiutstyr, stomikomplikasjoner og hvordan det er å leve med en stomi (Nilsen, 2015). For å tilegne seg denne kunnskapen er sykepleieren en viktig medspiller. I følge Nilsen (2015) er undervisning og veiledning en vesentlig del av sykepleierens funksjon og ansvar ved sykepleie til pasienter med stomi. Man kan anse at temaet er av høy sykepleiefaglig relevans, og kan begrunnes på bakgrunn av at det er mange diagnoser som kan medføre anleggelse av stomi. Det kan derfor anses at sykepleiere sannsynligvis kan møte pasienter, som har fått eller skal få stomi, uavhengig av arbeidssted.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av teori og forskning, er følgende problemstilling utarbeidet: *”Hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme opplevelsen av mestring hos pasienter med stomi ved bruk av undervisning- og veiledning?”*.

1.3 Avgrensning

Pasientene i denne oppgaven har enten fått en ileostomi. Jeg har valgt å fokusere kun på anleggelse av permanent ileostomi da jeg har mer erfaring med dette. Årsaken for anleggelse av ileostomi er en akutt sykdom eller skade. Bakgrunnen for denne årsaken er forutsetningene pasienten har for inntak av informasjon og veiledning. Ved innleggelse på sykehus havner pasienten i uvant situasjon som kan medføre usikkerhet. I tillegg må man innstille seg på en operasjon som forandrer livet. Det betyr at pasientens forutsetninger for å ta til seg informasjon er begrenset (Nilsen, 2015). Man kan anta at disse pasientene er i en krisesituasjon. Sykepleieren ivaretar pasienten i en postoperativ fase, men er ferdig behandlet og skrevet ut fra en postoperativ sengepost på sykehus. Dette innebærer at pasienten har fått informasjon og veiledning på sykehuset, som etter lovverket, er en lovfestet rett.

Oppgaven er skrevet ut fra en rehabiliteringsavdeling på et helsehus (kommunenivå). Bakgrunnen for valg av kontekst er at jeg da kan bruke min egen erfaring, og kan bli interessant med tanke på drøftingsdelen. I følge rapporten fra NORILCO (2015) kommer det

frem at liggedøgn etter operasjon av nyanlagt stomi er kortet ned og man kan anta at pasientenes forutsetning for inntak av informasjon og veiledning er begrenset. Forløpet for disse pasientene er ofte korte opphold på sengepost (ofte under en uke siden operasjonen), og det er lett å anta at det blir et mer komplekst og ressurskrevende arbeid for ”ikke spesialiserte sykepleiere” på en rehabiliteringsavdeling i kommunen.

1.4 Begrepsavklaringer

Jeg vil avklare begrepet *empowerment* da jeg anser dette begrepet som nødvendig å definere. Øvrige begreper blir beskrevet videre i teorikapittelet.

Empowerment forstås som omfordeling av makt, fra fagfolk til pasienten. Dette innebærer at pasienten ikke er en mottaker, men en deltaker (Tveiten, 2016).

1.5 Oppgavens hensikt

I følge rapporten fra NORILCO (2015) viser det store forskjeller mellom hvordan opererte har blitt fulgt opp og opplært etter operasjon, og det er spesielt forskjeller over tid. Det viser seg at de som har blitt operert de siste tre årene har markant dårligere opplevelse av denne tematikken enn for dem som ble operert for mer enn tre år siden. Sammenhengen anses at liggetiden på sykehuset etter operasjonen har blitt kortet ned. Ved kort liggetid på sykehus etter operasjon, er opplæringen også blitt begrenset (NORILCO, 2015). Hensikten med denne oppgaven er å fordype meg i tematikken undervisning og veiledning av stomiopererte for å øke min egen kunnskap. Videre er hensikten med oppgaven å drøfte hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å fremme opplevelsen av mestring hos pasienter med ileostomi, gjennom undervisning og veiledning.

1.6 Oppbygning av oppgaven

Kapittel 2 presenteres teori som er av betydning for å besvare oppgavens problemstilling, samt oppgavens rammeverk. Kapittel 3 presenteres metode og kildekritikk. Kapittel 4 presenteres forskningsresultater gjennom en artikkelmatrise. Kapittel 5 drøftes litteratur fra kapittel 2 og 4, samt ny litteratur. Avslutningsvis blir trådene samlet som en oppsummering.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet presenteres relevant teori om permanent ileostomi, krise, stress og mestring, og til slutt informasjon, undervisning og veiledning som er hovedtematikken for oppgaven. Videre i kapittelet vil rammeverket for oppgaven bli presentert som er av betydning for å besvare oppgavens problemstilling i diskusjonskapittelet.

2.1 Teori

Det å få en stomi er for de fleste en skremmende og fremmed opplevelse, og pasienter vil reagere forskjellig. Sykepleieren trenger kunnskap om vanlige krisereaksjoner, mestring av stress og hvordan reaksjoner påvirker pasientens mulighet for å ta til seg undervisning og veiledning. Hun må i tillegg ha kunnskap om hvordan læreprosessen kan gjennomføres på en pedagogisk måte (Nilsen, 2015).

2.1.1 Permanent ileostomi

Formålet med en stomi er å avlaste eller erstatte et sykt organ. Det finnes flere typer stomier, og de har fått navn etter hvilket organ som er lagt ut (NORILCO, 2008).

Ileostomi er framlagt tynntarm og innebærer at den nederste delen av tynntarmen blir lagt frem på pasientens mage. Tykktarmen er vanligvis fjernet ved slike permanente inngrep (Nilsen, 2015). De vanligste årsakene ved anleggelse av permanent ileostomi er ulcerøs kolitt og Chrons sykdom, men også familiær polypose, fistler og skader er vanlige årsaker.

Næringsopptaket for en pasient med ileostomi vil være det samme som før, men væske- og elektrolyttopptaket blir redusert grunnet tykktarmens fravær. Det er tykktarmen som har den viktigste funksjonen for væskeopptaket gjennom mage- og tarmsystemet (Nilsen, 2015). På grunnlag av dette vil avføring som kommer i stomiposen være tynnflytende eller grøtete i konsistens og inneholde proteolytiske fordøyelsesenzymer som er svært hudirriterende.

Tarmen vil tømmes kontinuerlig og den øker ved inntak av mat. Normalt vil det være rundt 600 – 800ml tarminnhold som kommer hvert døgn, men det vil være mer i den postoperative fasen (Nilsen, 2015).

Ved ileostomi er det fare for lekkasje av tarminnholdet på huden, mye grunnet den tynnflytende konsistensen. Lekkasje av tarminnhold på huden er en av de vanligste årsakene

til hudsårhet. Sår hud rundt stomiåpningen vil føre til at stomiposen sitter dårligere, og hyppigere lekkasjer vil oppstå og derav hyppigere stomiskift. Summen av dette kan føre til at huden er mer utsatt for slitasje, irritasjon og allergier. Behandling av sår hud og lekkasjer bør gjennomføres snarest (Nilsen, 2015). På grunn av risikoen for lekkasje av hudirriterende tarminnhold, konstrueres ileostomi 3-4 centimeter over hudnivået på nedre høyre del av magen til pasienten (Nilsen, 2015). Generelle hensyn som sykehuset tar preoperativt er at plasseringen av stomien skal ha en viss avstand til operasjonssnittet slik at man får festet festeplaten til stomiposen (Nilsen, 2015). Erfaringsmessig ved akutt og kritisk sykdom med ileostomi som konsekvens er at avstanden kan være noe kort, og sykepleier ved helsehus må være oppmerksom på lekkasjer kan komme i kontakt med operasjonssåret. Ved kun en liten lekkasje over i operasjonssåret må det skiftes med en gang (Nilsen, 2015).

Konsistensen på avføringen påvirker væskebalansen og derav risikoen for lekkasje. Pasienten bør oppfordres til å spise mat som gir fastere tarminnhold. Ved bruk av fiberpulver som Vi-Siblin eller Lunelax bindes det væske, og pasienten må passe på å drikke vann ved siden av (Nilsen, 2015). Det finnes i tillegg legemidler som forlenger passasjetiden i tarmen og gir fastere avføring, men dette må gjøres i samråd med lege. Det er viktig å legge merke til som sykepleier at ved fastere tarminnhold kan gjøre det vanskelig for tarminnholdet å passere grunnet tarmpartier som kan være trange grunnet ødem (Nilsen, 2015). Ileum tar over etter hver noe av tykktarmens væskeabsorberende evne, men en ileostomioperert trenger rundt 2 liter væske hver dag for å erstatte væsketapet. I tillegg kan pasienten ha behov for å salte maten mer enn vanlig, siden saltopptaket fra tarmen er redusert. Salt- og væsketilførsel er viktig ved diare (Nilsen, 2015).

2.1.2 Krise og krisereaksjoner

En krise kan oppstå når en person må få en stomi grunnet alvorlig sykdom. Personen kan oppleve å miste kontrollen over en funksjon, og kan føle hjelpeløshet overfor den nye situasjonen (Nilsen, 2015). En krise kan defineres slik:

”Med krise menes den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon” (Håkonsen, 2014, s 255).

Det deles gjerne mellom to typer kriser, traumatisk krise og utviklingskrise. Utviklingskriser er en krise som utløses av hendelser relatert til normale livshendelser (Håkonsen, 2014). Ved akutt og kritisk sykdom, der eksempelvis resultatet er permanent ileostomi er vi inne i den traumatiske krisen. En traumatisk krise er utløst av dramatiske og uforutsette hendelser, og tidligere erfaringer og reaksjonsmåter er ikke lenger tilstrekkelige for å forstå og håndtere situasjonen (Hummelvoll, 2014). Som reaksjon på en krise blir det ofte definert fire faser i et kriseforløp og de kan flyte noe i hverandre: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Eide & Eide, 2014).

Sjokkfasen er den første tiden etter en alvorlig hendelse, og man er ikke i stand til å bearbeide opplevelsen, men bruker tid på å forstå hva som har skjedd (Håkonsen, 2014). Personen kan vise sterke sorgreaksjoner, angst og fortvilelse, og kan gjenkjennes ved benektelse, uvirkelighetsfølelse, apati, vansker med å ta inn og bearbeide informasjon, endret tidsopplevelse og kroppslige stressreaksjoner (Hummelvoll, 2014).

Reaksjonsfasen er en mindre kaotisk fase, men her vil personens emosjonelle reaksjoner komme tydelig frem (Håkonsen, 2014). Krisereaksjoner kan her vise seg som søvnforstyrrelser og mareritt, dårlig matlyst, frykt og sinne, angst og depressiv fortvilelse, gjenopplevelse av krisehendelsen og tidligere kriser. Det vil settes i gang ulike former for forsvarsmekanismer som benektelse, fortrenkning, undertrykkelse, isolasjon og regresjon. Gradvis begynner bearbeidningen av det som har skjedd (Hummelvoll, 2014).

I bearbeidingsfasen søker personen å finne tilbake til det som skapte trygghet og stabilitet, og de sterkeste følelsene avtar (Håkonsen, 2014). Her vil personens egne mestringsmåter tre frem. Dette kan føre til at personen får bedre grep på situasjonen (Hummelvoll, 2014). Ved bearbeidelse ved for eksempel å få permanent stomi, innebærer en aksept av det som har skjedd (Håkonsen, 2014). Nyorienteringsfasen er den siste fasen, og her har man akseptert hendelsen (Håkonsen, 2014). Det vil ikke bli beskrevet noe videre om denne fasen i drøftingskapittelet.

2.1.3 Stress og mestring

I møte med stomiopererte er begrepene stress og mestring av stor relevans for sykepleiere, og som nevnt tidligere trenger sykepleiere kunnskap om vanlige krisereaksjoner og mestring ved

sykdom (Nilsen, 2015). Stress er ansett som et fenomen alle mennesker har et forhold til og en forståelse av. Begrepet sier noe om ulike typer belastninger mennesker utsettes for (Kristoffersen, 2015b). Det er personens egen vurdering av den gitte kontekst som er avgjørende for hvor belastende situasjonen oppleves og hvilke stressreaksjoner som aktiveres (Kristoffersen, 2015b).

Stress, konflikter, kriser eller andre psykologiske påkjenninger er forbundet med følelser av ubehag og mistriivsel. Disse følelsene øker motivasjonen for å endre situasjonen (Håkonsen, 2014). I følge Tveiten (2016) handler *mestring* om hvordan mennesker møter krevende livssituasjoner, og er summen av indre ressurser og den enkeltes handlinger for å kontrollere indre og ytre krav og konflikter. Forandring står sentralt i begrepet *mestring*, og forstås med noe som krever tilpasning. Når forandring skjer fort, klarer ikke vi mennesker å håndtere eller tilpasse oss endringene like fort. I tiden mellom forandring og tilpasning oppstår behovet for *mestring* (Tveiten, 2016).

Mestringsstrategier brukes av personer i vanskelige situasjoner for å håndtere og skape endring i situasjonen (Håkonsen, 2014). Det skilles gjerne mellom to typer mestringsstrategier, problemorientert *mestring* og emosjonelt orientert *mestring*. Ved bruk av problemorientert strategi forholder personen seg aktivt og direkte til det situasjonen eller problemet det gjelder (Kristoffersen, 2015b). Personen fokuserer på situasjonen for endring, avslutning eller løse problemet (Håkonsen, 2014). Strategien brukes hvis personen selv mener han har gode muligheter til å mestre situasjonen (Kristoffersen, 2015b). Emosjonelt orientert *mestring* handler om at personen har fokus på de følelsesmessige problemene som er knyttet til situasjonen eller problemet. Her søkes det etter å redusere eller fjerne det følelsesmessige ubehaget uten å forandre situasjonen (Håkonsen, 2014). Dette er en strategi som får personer til å holde ut og er helt nødvendig. Det anses derimot at strategien kan betraktes som et forsøk på å unngå, unnvike eller flykte fra problemet (Kristoffersen, 2015b).

2.1.4 Informasjon, undervisning og veiledning

Informasjon brukes i en rekke forskjellige sammenhenger. Vi kan ha informasjonsbrosjyrer, informasjonstavler, informasjonsmateriell, informasjonsteknologi og mer. Vi kan forstå ordet informasjon som en *enveis formidling av fakta eller opplysninger* (Tveiten, 2016). Eide & Eide (2014) forklarer det å gi hjelpende informasjon som formidling av kunnskap som

pasienten har behov for og er i stand til å ta imot. Formidling og tilpasning av informasjon til pasienten krever omtanke av sykepleieren som skal gi informasjonen. Pasienten skal høre, forstå og huske det som er nødvendig, og i tillegg skal han oppleve å bli ivaretatt av sykepleieren. Det er tre hovedområder som sykepleieren må tenke på for at pasienten skal kunne mestre situasjonen bedre og bli mest mulig selvhjulpen; (1) hva trenger pasienten informasjon og kunnskap om, (2) tilegne seg kunnskap, planlegge, identifisere mål og dette kan foregå i en dialog med pasienten, og (3) formidle informasjonen på en god måte og da gjennom dialog og samhandling (Eide & Eide, 2014).

Undervisning innebærer vanligvis om en planlagt formidling av kunnskap om et bestemt tema i en gitt sammenheng, for eksempel ”hvordan skifter man stomiutstyr på seg selv” eller ”hva er riktig hudpleie hos stomiopererte?”. Både enveis formidling og dialog har en plass under denne formen for kunnskapsformidling. Fordelen med dialog, er at sykepleieren kan oppklare kunnskap som er blitt misforstått og være sikker på at kunnskapen blir forstått. Det er i tillegg bra at pasienten er aktiv, for da kan kunnskapen som formidles bli mer betydningsfull (Tveiten, 2016). Undervisningsmetoder kan være dialog, skriftlig materiale gjerne med bildeillustrasjoner hvis det er behjelpelig og forelesning. Hensikt, innhold og læreforutsetningene er av stor betydning for valg av metode for undervisningen, også om undervisningen skal være individuell eller i gruppe (Tveiten, 2016).

Veiledning er et virkemiddel i empowermentprosessen. Sykepleieren skal legge til rette for at pasienten blir mest mulig i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker eget liv og egen helse (Tveiten, 2016). Sykepleieren skal prøve å legge til rette for at pasienten blir oppmerksom på og bevisst disse forholdene, ikke miste troen på seg selv, egne muligheter og ressurser når det kommer til helse og livskvalitet. Når veiledning har som fokus å bidra til å utvikle kompetanse til å mestre helseutfordringer eller til å leve et liv som ivaretar helse, kan den kalles helseveiledning. Tveiten (2016) definerer veiledning slik;

... en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten, 2016, s. 89).

Definisjonen er vid, men tillater andre pedagogiske metoder, som informasjon, undervisning og rådgivning. Definisjonen innebærer at kunnskap og makt omfordes fra sykepleieren til pasienten, og går inn under begrepet empowerment (Tveiten, 2016).

2.2 Oppgavens rammeverk

Oppgavens rammeverk omfatter sykepleierens undervisende og veiledende funksjon med den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy, og blir presentert her. Videre presenteres den politiske rammen samhandlingsreformen (2012), og avslutter med etiske og juridiske aspekter.

2.2.1 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon

Sykepleie er et praktisk yrke som har områder eller funksjoner som utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområder. Det er 7 grunnleggende funksjonsområder som sykepleieren har og en av disse er sykepleierens undervisende -og veiledende funksjon. Dette funksjonsområdet er rettet mot både pasienter og pårørende, men også mot medarbeidere, studenter og elever (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015). I denne oppgaven vil denne funksjonen primært være rettet mot pasienter. Disse funksjonene, undervisning og veiledning, har som hensikt å bidra til læring, utvikling og mestring. For pasienter er denne funksjonen knyttet til behovet for kunnskap og forståelse som grunnlag for å foreta valg forbundet med å ivareta egen helse. I forbindelse med undervisning og veiledning som sykepleieren gir, skal sykepleieren også gi informasjon og støtte til pasienter, som en integrert helhet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015).

2.2.2 Den didaktiske relasjonsmodellen

Helsepedagogikk dreier seg om det teoretiske grunnlaget og om hva som kan iverksettes for å legge til rette for at pasienter skal mestre utfordringer knyttet til helse, om samhandling og aktiv medvirkning (Tveiten, 2016). Samhandling kan skje gjennom veiledning, coaching, motiverende intervju, samvalg og undervisning. I denne sammenhengen kan samhandlingsmåtene defineres som empowermentintervensjoner som har mestring som hovedmål, og der medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse vektlegges (Tveiten, 2016).

Den didaktiske relasjonsmodellen er innen helsefaget et viktig hjelpemiddel i opplæring av pasienter. Når en sykepleier vurderer hva som er en god måte å samhandle med pasienter på, gjøres det en rekke valg og vurderinger (Tveiten, 2016). Disse vurderingene bygger på teori om pedagogikk og didaktikk. Denne modellen handler om planlegging, gjennomføring, vurdering og evaluering, og vi deler den didaktiske relasjonsmodellen opp i seks punkter eller elementer; *Læreforutsetninger*, her spør man seg selv om hvem pasienten er og hva slags kunnskapsgrunnlag pasienten har. *Rammefaktorene*, dreier seg om hvilken situasjon pasienten befinner seg i og hvilke begrensninger som kan ha innvirkning på formidling av kunnskap, eksempelvis tidspress (Tveiten, 2016). *Mål*, handler om hva målsetningen for formidling av kunnskap er, og det er lett å anta at hovedmålet her er kompetanseøkning og mestring for pasienten (Tveiten, 2016). *Innhold* av den planlagte læresituasjonen bestemmes ofte ut i fra målsetninger man har satt seg, og kan dreie seg om kunnskap, holdninger eller konkrete ferdigheter (Tveiten, 2016). *Metoder/ læreprosessen* handler om arbeidsmåter, og kan inneholde forelesninger, dialog, diskusjon, brosjyrer, lesestoff og mer. Til slutt har vi *vurdering*, hvor vi evaluerer om målene er nådd. Det er viktig å legge merke til at man også vurderer underveis i prosessen. Relasjonen mellom de forskjellige elementene går på kryss og tvers (Tveiten, 2016). Dette gjør at denne modellen er og brukes dynamisk, der alle elementene påvirker hverandre.

2.2.3 Samhandlingsreformen

Siden 1990 årene har Norge reorganisert ulike deler av helsevesenet. Bakgrunnen for disse endringene har vært å effektivisere tjenestene som gis og redusere kostnadene, og har vært mye inspirert av "Ny offentlig styring" (Killie & Debesay, 2016). Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, og er en av de store reformene som er blitt gjennomført.

Hensikten med reformen var å redusere den økte bruken av spesialisthelsetjenesten ved å vride den over til primærhelsetjenesten, og i tillegg bidra til økt satsing på forebygging (Killie & Debesay, 2016). Reformen førte til en ansvarsdreining fra sykehusene til kommunehelsetjenestens sykehjem og hjemmetjenester. Rehabiliterings – og korttidsavdelinger på sykehjem (nå helsehus i Oslo kommune) var viktige bidragsyttere for dette skiftet og tok i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus (Killie & Debesay, 2016).

Samhandlingsreformen begrunnes med økt befolkningsvekst og økning i antall eldre som gjorde det nødvendig å flytte pasienter, økonomi og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til

primærhelsetjenesten. Det ble derfor flyttet økonomiske ressurser fra sykehusene til kommunen. Det ble innført et betalingsansvar per døgn etter at en pasient er erklært utskrivningsklare (ca. 4000 kr fra 2012). Det vil si at kommunen er betalingsansvarlig per døgn pasienten blir et ekstra døgn på sykehusene etter at de er utskrivningsklare. En av kritikkene reformen har møtt er reduksjonen av liggedøgn på sykehus, og hvor flere behandles i kommunen. Dette har ført til at kommunen må tilby mer spesialiserte tjenester, noe virkemidlene som ble gitt ikke dekker (Befring, 2015). Samhandlingsreformen for rehabilitering -og korttidsavdelinger på helsehus har ført til flere arbeidsoppgaver, kompliserte og krevende behandlingsforløp enn tidligere og et økende behov for spesialisert kunnskap (Killie & Debesay, 2016).

2.2.4 Etiske og juridiske aspekter

En rehabiliteringsavdeling på et helsehus er en del av kommunehelsetjenesten og reguleres av Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Loven er en juridisk ramme for kommunen, og trådte i kraft sammen med samhandlingsreformen 1 januar 2012. I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helsetjenester. Dette innebærer at pasienten som er utskrivningsklar fra sykehus, men ikke klar for å dra hjem, har kommunen ansvar for å finne riktige helsetjenester som for eksempel en rehabiliteringsavdeling i kommunen.

I Pasient og brukerrettighetsloven gir pasientene en rekke rettigheter, og herunder retten til medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Begrepet medvirkning er blitt beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene, og i punkt 2.5 sies det at sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Retten til å medvirke og bli informert blir også beskrevet i de fire prinsippers etikk, og da særlig autonomiprinsippet. Prinsippet om pasientautonomi handler om retten til å ta en autonom beslutning og at denne blir respektert. Dette er både en etisk og juridisk rettighet og pasientens rett til medvirkning og informasjon er nedfelt i lovverket (Brinchmann, 2014). I Pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 første ledd står det at ”pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon”. Medvirkningen forutsetter et samspill med pasienten og sykepleieren. Det er ikke blitt beskrevet noe ut over at pasienten

kun har rett til medvirkning, og kan selv velge å ikke medvirke, men sykepleieren skal legge til rette for mulighet til at medvirkning blir ivaretatt (Molven, 2014).

Molven (2014) poengterer at pasientens behov for informasjon ofte er størst på sykehus, men behovet strekker seg også til andre deler av helsevesenet som på et helsehus. I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 første ledd sies det at ”pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”. Bak denne retten ligger hensynet om at pasienten skal vite det som skjer med en selv, både kortsiktig og langsiktig, for å planlegge og ha oversikt over ens eget liv (Molven, 2014). Informasjonsplikten gjelder diagnose, prognose, undersøkelsestiltak og behandlingstiltak, samt tiltak pleien krever og påkjenninger av behandlingen. De yrkesetiske retningslinjene beskriver også den etiske retten til informasjon i punkt 2.4 hvor det står at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2011). Informasjonsplikten er også beskrevet i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 4-2a hvor kommunen skal sørge for at det gis informasjon til pasienten som han har rett på.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver en ideologi for gode og praktiske handlinger, og konkretiserer hva sykepleiere bør strekke seg etter for å sikre god praksis i møte med pasienter og pårørende, kolleger, arbeidssted og i samfunnet (Norsk sykepleierforbund, 2011). I punkt 2.2 skal sykepleiere understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og har stor relevans for oppgaven. I følge Helsepersonelloven (1999) § 4 skal sykepleiere utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon. Videre poengteres det at sykepleieren skal hente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Ved en rehabiliteringsavdeling på et helsehus uten stomisykepleier er sannsynligheten for at sykepleierens kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelig nok slik at de kan ha behov for å innhente bistand eller henvise til stomisykepleier for konsultasjon.

3 Metode

I dette kapittelet blir det beskrevet hvordan litteraturen er funnet, hvilke søkekombinasjoner som er blitt brukt for å finne relevant litteratur og hvordan litteraturen er blitt valgt ut. Videre blir det forklart hvorfor litteraturen er aktuell for oppgaven. Avslutningsvis blir kildekritikk presentert.

3.1 Presentasjon av metode

I følge Thidemann (2015) er metode en systematisk fremgangsmåte som brukes til innsamling av informasjon for å belyse en problemstilling. Videre blir det presisert at beskrivelsen av hvordan man har kommet frem til litteraturen skal være så presis at andre kan gjøre det samme etter deg (Thidemann, 2015). Man kan dermed si at metode er den fremgangsmåten man velger å bruke for å svare på eller belyse en bestemt problemstilling, som i denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleieren kan bidra til opplevelsen av mestring hos pasienter med ileostomi.

Litteraturstudie er brukt som metode i denne oppgaven. Dalland (2014) beskriver at en litterær oppgave er bygd på eksisterende litteratur fra skriftlige kilder, der vurderingene av kildene er oppgavens metode. En litteraturstudie omfatter systematisk litteratursøk, samt tolkning og analyse av et utvalg av eksisterende litteratur innenfor et bestemt område (Thidemann, 2015). Dette forutsetter at det finnes fag- og forskningslitteratur om emne man skriver om (Thidemann, 2015). I begynnelsen ble det gjennomført enkle søk i ulike databaser for å undersøke om det fantes nyere forskning om emne, samt for å spesifisere en problemstilling. Pensumlitteratur er blitt benyttet for å bli kjent med emne og omfatter dessuten store deler av kapittel 2. Dessuten er pensumlitteraturen blitt brukt til å utføre søk etter relevante artikler. Fag- og forskningslitteratur blir benyttet for å belyse oppgavens tema stomi og mestring, og omfatter både primær- og sekundærlitteratur. Fag- og forskningsartikler blir presentert og drøftet i kapittel 5, men en artikkel blir allerede presentert i kapittel 2.

3.2 Artikkelsøk

Jeg har brukt Cinahl, Svemed+, Pubmed og Sykepleien.no til å søke etter relevant fag- og forskningsartikler. Søkerordene som er benyttet i Cinahl er *Ostomy care* med resultat på 1976 artikler og *Acceptance* med 11 493 treff. Kombinerte disse søkeordene med AND, og fikk 15

artikler. Videre avgrenset jeg med 5 år og endte opp med 6 artikler. På bakgrunn av overskriftene og abstraktene som ble lest valgte jeg to relevante forskningsartikler ”*Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration*” og ”*Patients experiences of performing self-care of stomas in the initial postoperative period*”. Videre i Cinahl valgte jeg søkeordet ileostomy grunnet valg av ileostomi som avgrenser oppgaven. Jeg avgrenset videre med 5 år, peer reviewed, research article og full tekst, og fant 10 artikler. Jeg valgte ut en forskningsartikkel på bakgrunn av abstrakt ”*Current nursing practice by hospital-based stoma specialist nurses*”.

I sykepleien.no og i Svemed+ har jeg benyttet søkeordene brukervedvirkning og pasientundervisning. I Sykepleien.no søkte jeg etter forskning og fagartikler, og brukte søkeordet pasientundervisning med 31 treff. Jeg fant en fagutviklingsartikkel med en integrert spørreundersøkelse ”*Pasientundervisning krever kunnskap*”. I Svemed+ brukte jeg søkeordet brukervedvirkning med avgrensninger på 5 år og ”nurse-patient relations”, og fikk et treff på 27 artikler. Valgte ut fra abstrakt en forskningsartikkel ”*Pasientens opplevelse af at blive mødt og inddraget*”.

I Pubmed ble søkeordene rehabilitation, stoma care, stoma patient, care og psychological considerations benyttet. Ved å kombinere *rehabilitation* og *stoma care* med AND kom det et treff på 137 artikler. Etter å ha lest abstrakt og overskrift fant jeg en fagartikkel ”*Rehabilitation and stoma care: Addressing the psychological needs*”. Et nytt søk med søkeordene *stoma patient*, *care* og *psychological considerations* samt kombinerte dem med AND og avgrenset med 10år og full tekst ga det 2 treff. Etter å ha lest abstrakt og overskrift fant jeg fagartikkelen ”*Continuity of care for the stoma patient: Psychological considerations*”.

I tillegg har jeg benyttet en forskningsartikkel fra pensum, hvor jeg da søkte på skolens hjemmeside på biblioteket med søkeordene *Killie* og *Debesay* og fikk frem ”*Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem*”.

3.3 Kildekritikk

Fag- og forskningsartiklene er fra Storbritannia, Danmark, Norge og Singapore. Jeg anser artiklene som pålitelige fordi de er publisert i sykepleiefaglige tidsskrifter i de ulike landene,

og de handler stort sett om opplevelser pasienter har med ny stomi, relasjoner til helsetjenester og sykepleiere samt sykepleierrollen som underviser og veileder. Forskningsartikkelen fra Singapore ”*Patients experiences of performing self-care of stomas in the initial postoperativ period*” blir benyttet mye gjennom drøftingen og handler om pasientenes opplevelse med ny stomi. Siden dette er en kvalitativ studie som peker på opplevelser har jeg vurdert den som relevant til oppgaven, men tar høyde for at organiseringen av helsevesenet er annerledes enn i Norge. I tillegg anser jeg den som pålitelig da den er publisert i *Cancer Nursing* som er en anerkjent tidsskrift, samt at artikkelen kun er 3 år gammel. En annen artikkel jeg har brukt mye gjennom drøftingen er forskningsartikkelen fra Storbritannia ”*Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration*”. Jeg anser artikkelen som pålitelige da den er publisert i ”*International Journal of Nursing Studies*”, der alle artikler blir fagfellevurdert, samt at artikkelen kun er 4 år gammel. Det tas høyde for at organiseringen av helsevesenet er annerledes enn i Norge, men anser den til å ha gode pekepinner på opplevelser pasienter har med sykepleiere i forbindelse med å være i krise.

Forskningsartikkelen ”*Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem*” anser jeg som pålitelig da den er norsk og kun 2 år gammel. Denne artikkelen er brukt mye i både teoridelen og drøftingsdelen, og anser den som relevant da den peker på sykepleiernes erfaringer på korttidsavdelinger, som er kontekst for oppgaven, og at den peker på konsekvenser samhandlingsreformen har hatt for sykepleierrollen.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Nr.	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Siew Hoon Lim, Sally Wai Chi Chan og Hong-Gu He (2015)	Patients experiences of performing self-care of stomas in the initial postoperative period.	Cancer Nursing	Finne ut pasienters erfaringer med å håndtere stomien, hva slags behov de har og faktorer som påvirker hvordan de håndterer deres stomi	Kvalitativ studie. Semistrukturert intervju av 12 pasienter en måned postoperativt på kolorektal sengepost på sykehus i Singapore	5 temaer ble identifisert; prosessen ved aksept og mestring av stomien, fysiske begrensninger, psykologiske reaksjoner, sosial støtte og behov for god tid og tilstrekkelige forberedelser samt kunnskap om stomi.
2	Gabrielle Thorpe, Margaret McArthur og Barbara Richardson (2014)	Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration	International Journal of Nursing studies	Finne ut hvordan det er å leve med en ny stomi og hvordan relasjonen til helsepersonell var over tid med hensikt å informere helsetjenesten.	Kvalitativ studie. Intervju med 12 personer med ny stomi etter 3, 5 og 15 mnd etter opr. 10 helsepersonell ble intervjuet for å gi tilleggsdata. Intervjuene varte i 35-90min, og det ble brukt emneregister	Tre temaer ble identifisert ved opplevelse av helsetjenester hos pasienter som hadde gjennomgått stomioperasjon; Relasjoner med helsepersonell, følelse av å være forberedt og gjenvinne autonomi. Pasientene avslørte at de måtte jobbe med å få tilbake selvtilit og få økt sosial tillit. Dette kunne oppnås gjennom å gjenvinne fysisk kapasitet, mestre stomien, ved målrettet omsorg og aksept og støtte fra andre.
3	Paul A. Killie og Jonas Debesay (2016)	Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem	Nordisk Tidsskrift for Helseforskning	Finne ut erfaringer sykepleiere hadde ved innføring av samhandlingsreformen og betydningen dette har hatt for deres mulighet til å utøve sykepleie overfor pasienter som er utskrevet fra sykehus	Kvalitativ studie. Semistrukturert intervju med åpne spørsmål med 6 sykepleiere ved 4 forskjellige korttidsavdelinger . Intervjuene varte i 1-2 timer.	Sykepleierens rolle på korttidsavdelinger har blitt endret etter samhandlingsreformen trådte i kraft. Sykepleiere opplevde et økt tidspres, ønske om kompetanseøkning og reformen har påvirket samarbeide mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
4	Helle Alrø og Bente Skadkær Møller (2016)	Pasientens opplevelse af at blive mødt og inddraget	Klinisk Sygepleje	Finne ut hvordan pasienter blir møtt av helsepersonell, hvordan opplevelsen er å bli ivaretatt og hvordan man kan bli ivaretatt samt involvering i behandlingen	Kvalitativ studie. Feltstudie som ble gjennomført i løpet av 3 dager. Intervjuer fulgte 10 sykepleiere ut til 11 forskjellige pasienter , og i alt 20 samtaler. Det var først individuelle intervjuer og etter 4 mnd etter	Pasienter føler seg sett, hørt, møtt og involvert når sykepleiere setter seg ned, lytter, gir tid til pasientene, setter ord på sine observasjoner og stiller spørsmål til pasienten og svarer på spørsmål fra pasientene.

					utskrivelser var det fokusgruppeintervju. Deretter var det enkeltintervjuer av 4 pasienter. Formålet var pasientopplevelser	
5	Jennie Burch (2014)	Current nursing practice by hospital-based stoma specialist nurses	British Journal of Nursing	Finne ut hva som er nåværende sykepleiepraksis for sykepleiere i Storbritania for sår hud rundt stomien til pasienter. Dette spørsmålet ble utforsket videre av beskrivelser/observasjoner, behandling eller tiltak og meninger om komplikasjonen om sår hud rundt stomien	Kvalitativ og kvantitativ metode gjennom en spørreundersøkelser som gikk ut på; beskrive sår hud rundt stomien, forklar behandlingstiltak eller behandlingen av dette og til slutt undersøke hva slags meninger sykepleierne hadde. 62 spørsmål ble gitt og undersøkelsen tok ca. 30 minutter. 109 deltok i undersøkelsen.	80 % av deltakerne beskrev hudforandringer (erythema) om sår hud rundt stomien. Stomipudder (98%) og convex stomiplate (98%) var de mest brukte behandlingstiltakene. Den vanligste årsaken som ble rapportert om sår hud rundt stomien var stomilekkasje (61%).

5 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte funn fra fag- og forskningslitteratur opp mot oppgavens rammeverk som er blitt redegjort for tidligere i oppgaven opp mot den valgte problemstillingen; *”Hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme opplevelsen av mestring hos pasienter med stomi ved bruk av undervisning- og veiledning?”*.

Innledningsvis vil jeg drøfte hva som må tas hensyn til når sykepleieren skal kartlegge pasientens behov for veiledning. Deretter drøftes pasientens forutsetninger for læring. Så vil helsehus som kontekst bli drøftet før jeg videre går inn på mål og innhold. Avslutningsvis blir valg av metode og evaluering drøftet.

5.1 Kartlegging av behovet for undervisning og veiledning

Før en planlegger undervisning eller veiledning om stomistell og stomihåndtering må sykepleier i samråd med pasienten kartlegge hva slags informasjonsbehov han har (Eide & Eide, 2014). Det må antas at pasienten har fått både informasjon, undervisning og veiledning om stomistell, stomihåndtering, stomikomplikasjoner og det å leve med stomi på sykehuset, som Nilsen (2015) poengterer at det trengs kunnskap om for å mestre livet med stomi. I tillegg bør man anse at dette er gjort grunnet informasjonsretten som er nedfelt i lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). I en studie gjort av Lim, Chan & He (2015) beskriver pasientene at de ble overveldet av all informasjonen om stomi og stomihåndtering som ble gitt postoperativt på sykehuset. Dette var mye grunnet negative følelser over hvordan stomien så ut og følelse av å være traumatisert. Dette samsvaret med en studie fra Storbritannia hvor pasientene følte tap av kontroll over seg selv og at de ikke følte seg klare for å ta til seg informasjon og læring av stomihåndtering (Thorpe, Mcarthur & Richardson, 2014). Litteraturen viser også til at forsvarsmekanismer postoperativt reduserer pasientens mottakelighet for informasjon og veiledning (Nilsen, 2015). Nilsen (2015) mener det ikke alltid er like realistisk at pasienten skal kunne mestre stomistell alene før utskrivelse, og det blir dermed rehabiliteringsavdelingen som skal fortsette arbeidet som stimulerer til læring og opplevelsen av mestring.

I en rapport fra NORILCO (2015) kommer det frem at liggedøgn etter operasjon på sykehus er en begrensende faktor for inntak av informasjon, da liggedøgn er kortet ned. Dette samsvarer med studien til Killie & Debesay (2016) der en konsekvens av

samhandlingsreformen var kortere liggedøgn på sykehuset samt en annen standard for ”utskrivningsklare pasienter” til korttids- og rehabiliteringsavdelinger i kommunen. Man kan dermed anta at pasienter skrevet ut fra sykehuset til rehabiliteringsavdeling i kommunen har begrenset med informasjon, og kunnskap om stomistell og stomihåndtering kan allerede være glemt eller redusert. Sykepleieren bør ta høyde for dette. Det viser seg i tillegg i studien til Lim et al. (2015) at informasjon og veiledningen som ble gitt var begrenset grunnet korte liggedøgn på sykehuset. Men både pre- og postoperativ informasjon og veiledning ble verdsatt, selv de som måtte haste opereres (Thorpe et al., 2014). I følge Tveiten (2016) kan mangel på informasjon gi utrygghet, usikkerhet og økt lidelse.

I møte med stomiopererte på en rehabiliteringsavdeling bør sykepleieren åpne for samtale om hvordan avdelingen fungerer, hva hensikten med oppholdet er og hva målet for samtalen er. Dette kan skape trygghet, tillit og etablere en relasjon (Eide & Eide, 2014). I studien til Thorpe et al. (2014) poengterte pasientene at relasjonen til sykepleiere og kvaliteten på helsetjenesten var avhengig av tilliten de hadde til sykepleierne. Det bør henholdsvis avtales et møte på et senere tidspunkt som handler om hva pasienten har av kunnskap, slik at pasienten kan forberede seg (Eide & Eide, 2014). Ved neste møte kan sykepleier stille direkte spørsmål om hva pasienten trenger informasjon om, for kartlegging av behov, og for hjelp i videre planlegging av undervisning og veiledning. Informasjonen skal oppleves som nødvendig for pasienten (Eide & Eide, 2014). I tillegg bør man benytte seg av åpne spørsmål slik at pasienten kan fortelle fritt av erfaringer, følelser, tanker og opplevelser gjort på sykehuset. Dette gir et innblikk i hva pasienten har godt i gjennom, og hva slags erfaring og kunnskap pasienten har tatt med seg til rehabiliteringsavdelingen (Eide & Eide, 2014). Sykepleiere som tar seg tid til å lytte samt at de verdsetter pasientens tanker og følelser, klarer å skape en relasjon bygd på tillit (Thorpe et al., 2014). Dette samsvarer med studien til Alrø & Møller (2016) der pasienters opplevelse av å bli sett, hørt, og møtt ble best gjort ved at sykepleieren setter seg ned med pasienten, lytter og gir tid. Tveiten (2016) skriver om at tidspunkt for undervisning og veiledning bør være tilpasset pasientens tilstand og behov, og i tillegg vektlegger flere forfattere at ved planlegging av undervisning og veiledning bør foregå i samarbeid med pasienten (Tveiten, 2016; Eide & Eide, 2014; Nilsen, 2015; Kristoffersen, 2015a).

5.2 Pasientens forutsetninger

I min oppgave vil pasientene være i alderen 60-80 år, spreke og oppegående, og alle vil ha permanent ileostomi. Det er imidlertid viktig for sykepleieren å huske at selv om de alle har fått stomi og er i samme alder, vil ikke deres reaksjoner være det samme (Nilsen, 2015).

Pasientene er i en tidlig postoperativ fase, ofte under en uke siden operasjon, og de er blitt sendt til en rehabiliteringsavdeling, da sykehuset mener at helsehjelpen som gis i hjemmesykepleien ikke er tilstrekkelig. Erfaringsmessig ser det ut til at disse pasientene ofte har blitt hasteoperert eller at forløpet fra diagnose til operasjon har gått fort. Forskjellen fra pasienter som får informasjon og veiledning før operasjon og de som får lite eller ingen informasjon, er at reaksjoner på å våkne opp med stomi kan oppleves som et sjokk. Selv om Nilsen (2015) poengterer at selv vel informerte og underviste pasienter vil oppleve at det ikke er lett å våkne opp til en ny og ”ukjent” del av kroppen synlig på magen.

Det å få en stomi innebærer en stor forandring som kan utløse sorgreaksjoner og krise (Nilsen, 2015). Hendelsen her kan være så overveldende at den overstiger personens evne til å møte utfordringene på en passende måte (Hummelvoll, 2014). Påkjennningene pasienten opplever kan, i en kort eller lengre periode, være både fysiske, psykiske og sosiale belastninger (Eide & Eide, 2014), og samsvarer med studien til Lim et al. (2015). Der funn av både fysiske og psykiske forandringer påvirket pasienten evne til å lære stomistell og stomihåndtering, og derav opplevelse av mestring. I følge Ang, Chen, Siah, He & Klainin-Yobas (2013) fører fysisk og psykisk stress hos stomiopererte til redusert tilpasning og dårligere helse. De poengterte videre at stress inkluderte forandret kroppsbilde, tap av kroppsfunksjon og vanskeligheter med stell og håndtering på egen hånd (Ang et al., 2013). Ved opplevelse av stress vil personen søke etter å mestre situasjonen han befinner seg i, og uansett forsøk pasienten prøver kan de enten være hensiktsmessige eller uhensiktsmessige (Kristoffersen, 2015b).

Som nevnt tidligere kan traumatisk krise utløse forskjellige reaksjoner, og som sykepleier bør man kjenne til disse slik at en kan tilnærme seg pasienten på en omsorgsfull og hensiktsmessig måte (Hummelvoll, 2014). Erfaringsmessig har pasienter på rehabiliteringsavdelingen flere reaksjonsmåter, og kan gjenkjennes i tre av fire faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen og bearbeidingsfasen. Dette støttes av Lim et al. (2015) da reaksjonsmønstrene var forenelige med de tre første fasene de første to til tre ukene postoperativt. I litteratur gjennomgangen til Ang et. al. (2013) skriver de at psykologiske

problemer som depresjon og angst samt redusert livskvaliteten, ble funnet hos pasienter etter utskrivelse fra sykehus. Disse psykologiske problemene kan også anses som reaksjonsmåter i både sjokkfasen og reaksjonsfasen. Borwell (2009b) beskriver at pasienter som har gjennomgått hasteoperasjon av anleggelse av stomi hadde større vanskeligheter med å tilpasse seg plutselig forandring av kroppsbilde og funksjonstap. Det begrunnes med at disse pasientene hadde ofte for liten tid til å bearbeide hvordan livet med stomi vil være og noen hadde heller ikke forestilt seg en stomi etter en hasteoperasjon (Borwell, 2009b). Egen erfaring viser forskjellige reaksjoner selv etter en uke postoperativt, et eksempel er en pasient med lekkasje første dagen på rehabiliteringsavdelingen der pasienten skriker og ser opp i taket. Pasienten forteller at han/ hun ikke kan fordra lukten og synet av avføring som kommer fra magen, og vil at jeg skal fikse problemet med lekkasjen. Pasienten viste reaksjoner forenlig med sjokkfasen som uvirkelighetsforståelse og kroppslige stressreaksjoner som utartet seg i et panikkanfall (Hummelvoll, 2015). En annen pasient hadde ikke like kaotiske reaksjoner på første lekkasje på avdelingen, men var nærmest apatisk i forhold. Pasienten var omtrent likegyldig til hvordan stomistellet foregikk, og fortrengete en del av følelsene sine ved å ikke ville snakke om opplevelsen. I tillegg isolerte pasienten seg på sitt eget rom. Dette er forenelig med reaksjonsfasen (Hummelvoll, 2015). Det konkluderes med at pasienter som haste opereres hadde høyere risiko for stresslidelser, og psykologisk stress kan påvirke fremtidig stomiaksept, mestring og rehabilitering (Borwell, 2009a). Når sykepleieren identifiserer de forskjellige reaksjonsmønstrene hos pasienten, finner man pasientens forutsetning for læring og derav hvordan man skal planlegge undervisningen og veiledningen.

Når sykepleieren møter pasienter i krise stiller det store krav til henne og hennes personlige egenskaper. Håkonsen (2014) beskriver intervensjoner som ”å lytte”, ”å normalisere”, ”å akseptere” og ”vise mulighet”. Å være til stede og lytte vil ofte være den beste hjelpen pasienten kan få i en krise. Alrø og Møller (2016) beskriver at sykepleierens evne til å sette seg ned og lytte, øker pasientens opplevelse av å bli sett, hørt og møtt. Sykepleieren bør fortelle pasienten at mange av reaksjonene de har er normale. Mange føler seg unormale i en krise, og kan også bli overrasket over egne følelser og reaksjoner til hendelsen. Dette samsvarer med hva Borwell (2009b) beskriver om normalisering etter operasjon. Hun forklarer at sykepleiere bør motivere pasienten til å se seg selv som normale, der stomien er en ulempe fremfor en funksjonshemming. Ved å tillate og akseptere pasientens emosjonelle reaksjoner, gir dette økt støtte for pasienten slik at krisen kan bearbeides og derav opplevelse av mestring. Pasienten skal ikke skamme seg over sine egne reaksjoner, og sykepleieren skal

aldri bagatellisere emosjonelle følelser bare fordi man er ”ille berørt” (Håkonsen, 2014). Ved oppmuntring til å snakke om sine tanker og reaksjoner, er en viktig del av aksepteringen for pasienten (Nilsen, 2015). I tillegg vil det å vise muligheter og hjelpe til å se løsninger i en krise påvirke muligheten for aksept. Det er viktig å vite at dette ikke skal gjøres for tidlig i forløpet (Håkonsens, 2014). Det er i tillegg viktig at pasienten blir møtt av sykepleieren på en aksepterende og medmenneskelig måte for å bidra til trygghet og mulighet for å bygge opp et nytt selvbildet (Nilsen, 2015).

Eide & Eide (2014) skriver at sykepleier må skape gjensidig tillit, trygghet og oppnå en god relasjon for å kunne snakke åpent om stomistell og stomihåndtering. For å kunne skape god relasjon og gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient må sykepleier inneha gode fagkunnskaper og evne til å vise empati. For å vise empati er det viktig at sykepleieren kan sette seg inn i pasientens situasjon og følelser, og vise med kommunikasjon, både verbalt eller non-verbalt, at hun forstår og respekterer det pasienten uttrykker (Eide & Eide, 2014). Dette samsvarer med studien til Thorpe et al. (2014) der empati og forståelse for pasientens opplevelse av helsehjelpen var et fundament for relasjonen til sykepleieren. På en annen side var det ikke alltid mulig å skape tillitsfulle relasjoner da tidspress var et faktum (Thorpe et al., 2014). Dette samsvarer med egne erfaringer på rehabiliteringsavdelingen da man ofte blir avbrutt i samtaler eller veiledning.

5.3 Kontekst for undervisning og veiledning

Når det gjelder situasjon og kontekst er det viktig å tenke på hvilke arena som vil være optimal for å oppnå læring. Det som kan fremme læring, kan også hemme læring i motsatt betydning, og det er viktig å legge til rette for best mulig læringsmiljø (Tveiten, 2016). I denne oppgaven vil som nevnt sykepleieren møte pasienten på en rehabiliteringsavdeling på et helsehus i kommunen. Avdelingen fungerer som et stoppested før man kommer hjem. Hensikten er at pasientene skal få hjelp frem til de klarer seg på egen hånd, og deretter flytte hjem (Killie & Debesay, 2016). Grunnet korte liggedøgn etter operasjon føler pasientene at de ikke får tilstrekkelig med informasjon og veiledning (NORILCO, 2015). Dette strider mot Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), da pasienten har krav og en rett på informasjon. I tillegg strider det mot Norsk sykepleierforbund (2011) punkt 2.4 der det står at sykepleieren skal forsikre seg om at informasjon er forstått. Rehabiliteringsavdeling vil dermed være neste ledd i pasientforløpet der læringen fortsetter. Dermed kan man anse at brudd på de etiske og

juridiske forholdene ikke har funnet sted da læringen fortsetter i neste ledd av helsetjenesten. Dette forutsetter at sykepleieren innehar kunnskap om stomistell, stomihåndtering, komplikasjoner ved å ha stomi samt kunnskap om pasientundervisning og veiledning. Den undervisende- og veiledende funksjonen sykepleieren innehar er en viktig sykepleierrolle og et ansvar (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015). Likevel poengterer Granum & Halse (2011) at pasientundervisning ikke betraktes som en naturlig del av sykepleierens funksjon, og undervisningen beskrives som ustrukturert og vanskelig. Mangel på undervisningsteori og erfaring eller trening, samt at det ikke snakkes nok om undervisningsfunksjonen kan være faktorer som begrenser pasientundervisningen (Granum & Halse, 2011).

I kjølevannet av samhandlingsreformen opplevde sykepleierne flere dårligere pasienter, travlere arbeidshverdager, samt at medisinsk utstyr og kvalifisert personalet ikke var på plass. Prioriteringene sykepleierne måtte gjøre i forhold til hvem som fikk sykepleie ble tøffere (Killie & Debesay, 2016). Tveiten (2016) beskriver aspekter som fremmer læring som ro i situasjonen, unngå forstyrrelser som lyder og utstyr, og at omgivelsene rundt ikke krever oppmerksomhet. Funnene i studien til Killie & Debesay (2016) viser til et økt tidspress med mye avbrytelser. Dette strider mot det Tveiten (2016) mener om optimal læring av ro og at omgivelsene ikke krever oppmerksomhet. Sykepleierne har vanskeligheter med å planlegge dagen, og dermed planlegge undervisning og veiledning av stomistell og stomihåndtering. Erfaringsmessig er kompetansehevingen økt, da helsehus ikke tillater ufaglærte på avdelingen. I studien til Killie & Debesay (2016) etterspør sykepleiere behovet for kompetanse, og fra studien ble gjort til per i dag har kompetanseøkning skjedd. I tillegg har man fått flere sykepleiere på avdelingen, samt et mer etablert tverrfagligteam med fysioterapeuter, ergoterapeuter og egen lege på avdelingen. Det er i tillegg blitt et bedre samarbeid mellom søknadskontoret i kommunen og helsehuset. Søknadskontoret innvilger korttidsplasser, rehabiliteringsplasser, langtidsplasser og hjemmesykepleie eller avslutter helsetjenester (Killie & Debesay 2016). Selv med kompetanseheving er opplevelsen av at grunnbemanningen er dårlig, og dette går ut over prioriteringene sykepleieren gjorde (Killie & Debesay, 2016). Man prioriterer de dårligste pasientene først, og dermed kan undervisning og veiledning av pasienten ikke bli gjennomført eller bli gjennomført for raskt med kun enveis-kommunikasjon. Enveis formidling av fakta og opplysninger er ikke tilfredsstillende nok, da pasienten skal kunne mestre helseutfordringene, og for å få til dette trengs det en dialog med pasienten (Tveiten, 2016). Som sykepleier ved en rehabiliteringsavdeling er det viktig at disse pasientene også blir prioritert og at avtalt tidspunkt for undervisning og

veiledning blir overholdt. Dette skaper tillit og god relasjon mellom sykepleier og pasient, noe Tveiten (2016) mener er viktig for å mestre utfordringer pasienten står ovenfor. Dette samsvarer med Norsk sykepleierforbund (2011) punkt 2.2 da sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Undervisningen og veiledning av pasienten kan foregå under morgenstell. Da kan man avtale med pasienten om tidspunkt, samt at veiledningen kan foregå i ro og uten forstyrrelser på sitt eget pasientrom. På rehabiliteringsavdelingen har alle pasienter et eget rom. Dette støttes av Tveiten (2016) da ro og dialog er en forutsetning for god læring.

5.4 Undervisningen- og veiledningens mål, innhold, metode og evaluering

Når sykepleier og pasient samarbeider for å sette mål for undervisning og veiledning, er det viktig med dialog mellom sykepleier og pasienten, slik at en kan forsikre seg om at målene er forstått (Tveiten, 2016). Allikevel følte pasienter at de ikke hadde noen kontroll over behandlingen de fikk i følge Thorpe et al. (2014), og man kan anse at dette er grunnet for dårlig dialog mellom pasient og sykepleier, og derav for dårlig forståelse for målene av behandlingen. Dette strider mot pasientens rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Autonomiprinsippet er også truet her, da prinsippet handler om retten til å bli informert og ta egne valg. Pasienter skal ha den informasjonen som angår dem selv og deres livssituasjon, slik at de kan ta autonome valg. Det handler om at sykepleiere skal respektere og ta vare på pasientens integritet og autonomi (Brinchmann, 2014).

Tveiten (2016) poengterer at det er viktig at målene som settes er konkrete, og jo mer konkrete målene er jo bedre grunnlag er det for valg og vurderinger som blir gjort i undervisningen og veiledningen. I tillegg mener Tveiten (2016) at det er viktig å tidfeste målene, både kortsiktige- og langsiktige mål, samt at de skal være målbare. Det kan tenkes at ved å sette konkrete og kortsiktige mål som, ”innen to dager skal pasienten kunne ta av brukt stomipose og kunne vaske riktig rundt stomien”, er overkommelig og målbart. Dette gjør at det langsiktige målet om å kunne mestre stomistell og stomihåndtering ikke blir altoppslukende og føles uoverkommelig. Allikevel kunne man se at tidspress for sykepleiere kunne føre til dårlig planlegging av veiledning, ingen dialog med pasienten og utførelser av prosedyrer ble gjort raskt, som stomistell (se vedlegg 1), og kan anses som brutte målsetninger for pasienten (Thorpe et al., 2014). Erfaringsmessig kan tidspress ødelegge

målene som sykepleier og pasienten har satt seg, samt at sykdom blant ansatte fører til dårlig kontinuitet for pasienten. Effekten av dette kan gi økt belastning, stress og utrygghet for pasienten.

Innholdet i undervisningen og veiledningen er noe som sykepleier må planlegge, og da gjennom samarbeid med pasienten (Tveiten, 2016). Dette fører til at pasienten blir medvirkende i behandlingen av sin stomi (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). I følge Thorpe et al. (2014) beskriver pasienter at det å bli involvert i beslutninger hadde en påvirkning for å få kontrollen tilbake. Hensikten med undervisningen eller veiledningen har betydning for hva man velger av innhold (Tveiten, 2016). Undervisning og veiledningen, som vil skje individuelt på en rehabiliteringsavdeling, dreier seg om å øke mestringskompetanse. Dette kan være å legge til rette for forståelsen av sykdommen, ferdigheter som for eksempel å se symptomer på sår hud rundt stomien og hvordan behandle dette, eller prosedyrer som stomistell (se vedlegg 1) (Tveiten, 2016). Selv om pasienten er med på å planlegge undervisningen og veiledningen, er det viktig i følge Tveiten (2016) at sykepleieren, med fagkompetanse, tar hovedansvaret for undervisningen. Undervisning av sårhet rundt stomien vil være naturlig innhold i pasientundervisningen, da dette er en av de vanligste komplikasjonene for pasienter med ileostomi (Burch, 2014). Studien til Burch (2014) var funnene på sår hud rundt ileostomien enten lekkasje eller dårlig plassert/ ukorrekt utstyr. Erfaringsmessig ser man denne type komplikasjon som hyppig blant ileostomiopererte, og det vil være viktig for sykepleier å undervise og veilede om riktig stell av huden og riktig bruk av utstyr. Dette vil antageligvis gi økt mestringskompetanse hos pasienten når pasienten da vet hva man skal se etter og hvordan man skal behandle dette. Allikevel føler pasienter at de mister kontrollen og selvstendigheten ved lekkasje, da de føler seg avhengig av sykepleierne (Thorpe et al., 2014). Ved læring av ferdigheter som for eksempel stomistell, kan man demonstrere ferdigheten ved å knytte det opp mot kunnskapsformidling. Noen pasienter lærer best av å vite hva hele prosedyren innebærer, men noen har behov for å ta litt om gangen (Tveiten, 2016). Undervisning har som hensikt å øke kunnskapen hos pasienten, og ved veiledning skal kunnskapen brukes i praksis.

Den metodiske delen på undervisning og veiledning av pasienten vil ofte være dialog på en rehabiliteringsavdeling. Dette er ofte grunnet i hektiske dager, da dårlige pasienter blir ofte prioritert først (Killie & Debeasy, 2016). Erfaringsmessig kan man begrunne det med for lite ressurser på avdelingen, og mange forskjellige pasienter med forskjellige diagnoser. I følge

Lim et al. (2015) uttrykte pasienter at de kunne ønske de fikk med seg skriftlig materialet som ”educational booklets”. Pasienter får ofte med seg skriftlig materialet fra norske sykehus, men erfaringsmessig viser det seg ofte at pasientene ikke alltid forstår innholdet i brosjyrene.

Tveiten (2016) beskriver en kombinasjon av muntlig og skriftlig materialet som viktig for best mulig læring. Ved å fortelle, illustrere, vise bilder, vise utstyr som pasienten skal bruke samtidig som pasienten får mulighet til å stille spørsmål stimulerer flere sanser, og dette kan fremme læring (Tveiten, 2016). Når sykepleieren skal veilede pasienten til å stelle sin egen stomi, kan det være at pasienten ønsker at sykepleieren gjør det først, mens man forteller hva man gjør og hvorfor. Deretter kan sykepleieren og pasienten bli enige sammen om at pasienten skal ta av stomiposen ved neste skift, mens sykepleieren gjør resten. Videre kan de bli enige om at pasienten skal utføre stell av huden ved neste skift, og til slutt skal pasienten utføre hele prosedyren med sykepleieren som en støttespiller (Tveiten, 2016). I studien til Thorpe et al. (2014) ble pasienter møtt med støtte av sykepleiere til å utføre stomistellet selv, og spesielt var det å bli ekspert på seg selv motiverende for pasientene. Det at de visste at støtten og hjelpen ikke var langt unna, gjorde at de ikke var redde for å utføre stellet alene (Thorpe et al., 2014).

Siden en rehabiliteringsavdeling i kommunen ikke har noen stomisykepleiere på avdelingen, vil det være viktig med et godt samarbeid med en stomisykepleier eksternt. Erfaringsmessig er det et godt samarbeid med stomisykepleiere på poliklinikk i spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere fra avdelingen kan ringe poliklinikken for oppfølging hvis det skjer forandringer med huden rundt stomien eller at man trenger justering eller endring av utstyr (Nilsen, 2015). Ofte kan tiden man må vente på timen man har fått, oppleves som lenge, og det kan også være nødvendig for sykepleiere å ringe enten stomisykepleiere eller bandasjister for hjelp eller tips. Dette samsvarer med Helsepersonelloven (1999) § 4 der sykepleiere skal utføre sitt arbeid ut i fra forsvarlighet, og der det videre poengteres at sykepleiere skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der egen kompetanse ikke strekker til. I studien til Lim et al. (2015) uttrykte pasienter et ønske om oppfølging per telefon eller veiledning etter man ble skrevet ut. Det kan tenkes at for å få en myk overgang fra rehabiliteringsavdelingen kan det være at pasienter har behov for hjemmesykepleie en periode. Enten det er at man ikke er helt selvhjulpen eller trenger trygget for å vite at de kan kontakte noen ved problemer (Nilsen, 2015). Dette støttes av Thorpe et al. (2014) der pasienter uttrykte at det følte trygt å vite at hjelpen var kun en telefon unna.

Gjennom hele prosessen er det viktig å evaluere fortløpende om målene sykepleieren og pasienten har blitt enige om er oppnådd, både de kortsiktige og langsiktige (Tveiten, 2016). Det er derfor ikke nok å se om resultatet til slutt er oppnådd, men behovet for hvordan man skal planlegge videre undervisning og veiledning bør vurderes underveis. Målene kan også endres etter hvert som pasientens behov endres (Tveiten, 2016). Her kan sykepleier observere hvordan pasienten steller stomien selv, stille spørsmål i forhold til stomihåndtering og hva slags symptomer man skal se etter ved komplikasjoner som sårhet rundt stomien. Det er forøvrig viktig at sykepleieren ivaretar pasientens opplevelse av likeverd og respekt. Dette bør skje i samtale med pasienten etter eller under undervisningen og veiledningen (Tveiten, 2016). Sykepleieren bør også evaluere sin egen undervisende- og veiledende rolle, slik at en kan bli bedre og derav utvikle sin undervisende- og veiledende funksjon. Nilsen (2015) poengterer at gode dokumentasjonsrutiner som viser til undervisning og veiledning av pasienter med stomi er viktig. En veiledende pleieplan vil sikre pasienten god sykepleie og er nyttig for sykepleierens egen læring (Nilsen, 2015). Allikevel poengterer Granum & Halse (2011) at dokumentasjon av pasientundervisning ikke er tilfredsstillende nok da det ikke er klare retningslinjer for hvordan man skal dokumentere pasientundervisning. Sykepleiere har en plikt til å dokumentere undervisning og veiledning i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5. I tillegg vil dette gjøre evalueringen av informasjon, undervisning og veiledning lettere for sykepleiere på avdelingen samt at det skaper god kontinuitet for pasienten.

6 Oppsummering/ avslutning

Hensikten med denne oppgaven var fordypning i tematikken undervisning og veiledning av stomiopererte på helsehus for å øke min egen kunnskap. Videre var hensikten å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til opplevelsen av mestring hos pasienter med ileostomi, gjennom undervisning og veiledning. I dette kapittelet vil oppgaven oppsummeres, hvor de viktigste funnene trekkes frem. Oppgavens drøftingsdel er strukturert etter den didaktiske relasjonsmodellen som innen helsefaget er et viktig hjelpemiddel i opplæring av pasienter.

Å få anlagt ileostomi vil medføre flere endringer i pasientens liv, og det kommer frem at pasienter blir overveldet over all informasjonen som blir gitt postoperativt om stomi og stomihåndtering, samt tap av kontroll og neglet for inntak av informasjon. Grunnet kortere liggedøgn, kan man anta at forutsetningene pasienten har av kunnskap og informasjon er begrenset. Det poengteres at sykepleiere på rehabiliteringsavdelingen bør i en tidlig fase skape tillit, trygghet og etablere en god relasjon. Videre bør sykepleier kartlegge informasjonsbehovet pasienten har gjennom direkte- og åpne spørsmål, og det kommer frem viktigheten i at sykepleieren lytter og gir tid.

Påkjenningene pasienten opplever kan både være fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Det kommer frem at fysiske og psykiske forandringer påvirker pasientens evne til å lære stomistell og stomihåndtering, og derav opplevelsen av mestring. Pasienter reagerer forskjellig på traumatisk krise, og det poengteres viktigheten av at sykepleieren kjenner til disse. Reaksjonsfaser som gjenkjennes i oppgaven er sjokkfasen, reaksjonsfasen og bearbeidingsfasen. Depresjon, angst og redusert livskvalitet ble ofte funnet hos pasienter etter utskrivelse fra sykehus. Videre kommer det frem at hasteopererte hadde større vanskeligheter med å tilpasse seg plutselig forandring. Det stiller store krav til sykepleier å møte pasienter i krise, og intervensjoner som ”å lytte”, ”å normalisere”, ”å akseptere” og ”vise mulighet” ble identifisert. Empati og forståelse for pasienten var et fundament for relasjon til sykepleier.

Det kommer frem at læring i kontekst på en rehabiliteringsavdeling på et helsehus er utfordrende da det viser til økt tidspress, mye avbrytelser og prioriteringer av de dårligste pasientene først. Planlegging av undervisning- og veiledning er ofte ikke en indikator på at det blir gjennomført da dager på denne avdelingen ikke kan planlegges. I så fall kan veiledning skje rask og kun i en enveis-kommunikasjon, som ikke er heldig for pasienten da

det kreves ro og dialog med pasienten i en veiledningssituasjon. Dette kan skape utrygghet og brutte løfter for pasienten. I tillegg viser det seg at pasientundervisning ikke betraktes som en naturlig del av sykepleierens funksjon selv om det poengteres i litteraturen, etikken og lovverket.

Både kortsiktige- og langsiktige mål er viktige for progresjon i læring, samt at målene er konkrete og målbare, men at funnene tydet på at tidspress førte til dårlig planlegging og brutte målsetninger for pasienten. Det poengteres videre at planlegging av innholdet i undervisningen og veiledningen skulle skje i samarbeid med pasienten. Dette kunne øke mestringskompetansen til pasienten. Selv med medvirkende pasient, var det viktig at sykepleier anerkjente seg selv som ansvarlig for undervisningen. Det ble identifisert at dialog var den mest hensiktsmessige metoden for undervisning og veiledning, men at pasienter savner skriftlig materialet. Det var viktig at man gradvis drar pasienten inn i stomistellet og stomihåndtering ved å ta litt om gangen. Dette kunne øke opplevelsen av mestring.

Videre viser oppgaven viktigheten av et godt tverrfaglig samarbeid. Det kommer frem at samarbeid med andre tjenester i helsevesenet er nødvendig da sykepleiere på rehabiliteringsavdelingen ikke er spesialiserte sykepleiere for stomipasienter. Spesielt samarbeid med stomisykepleiere, bandasjister og hjemmesykepleie ved hjemreise viser seg viktig for pasientens forutsetning og trygghet for å kunne mestre livet med stomi. Pasienter poengterte viktigheten av å kunne kontakte noen ved problemer som kunne oppstå når de var hjemme, og dette kunne skape mestringsfølelse for å kunne reise hjem.

Optimal undervisning og veiledning på en rehabiliteringsavdeling ser jeg som utfordrende da det er et økt tidspress, økende arbeidsoppgaver for sykepleiere, dårlig bemanning og mange pasienter med forskjellige diagnoser. Selv med et godt samarbeid med andre tjenester, har jeg sett utfordring med at alle oppgaver sykepleieren gjennomfører er mange og komplekse. Men jeg har sett en positiv utvikling ved omorganiseringen etter hvert som tiden har gått, men det er mye som gjenstår.

7 Litteraturliste

- Alrø, H. & Møller, B. S. (2016). Pasientens opplevelse af at blive mødt og inddraget. *Klinisk sygepleje*, 30(3), 196-208. Doi: 10.18261/issn.1903-2285-2016-03-05
- Ang, S. G. M., Chen, H-C., Siah, R. J. C., He, H-G. & Klainin-Yobas, P. (2013). Stressor relating to patient psychological health following stoma surgery: An intergrated literature review. *Onkology Nursing Forum*, 40(6), 587-594. Doi: 10.1188/13.ONF.587-594
- Befring, A. K. (2015). *Helsepolitikk og ledelse: Styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Borwell, B (2009a). Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. *British Journal of community nursing*, 14(8), 326-331. Doi: 10.12968/bjcn.2009.14.8.43511
- Borwell, B. (2009b). Rehabilitation and stoma care: adressing the psychological needs. *British Journal of Nursing*, 18(4), 20-22, 24-25. Doi: 10.12968/bjon.2009.18.Sup1.39632
- Brinchmann, B. S. (2014). De fire prinsippers etikk: Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burch, J. (2014). Current nursing practice by hospital-based stoma specialist nurses. *British Journal of Nursing*, 23(5), 31-34.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Granum, V. & Halse, K. (2011). Pasientundervisning krever kunnskap. *Sykepleien*, 98(15),

62-64 Doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0011>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24 juni 2011 nr. 30. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helsepersonelloven>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2 juli 1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Killie, P. A. & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(2), 1-19. DOI: 10.7557/14.4052

Kristoffersen, N. J. (2015a). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2015b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 133-196). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2015). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lim, S. H., Chan, S. W. C. & He, H-G. (2015). Patients experiences of performing self-care of stomas in the initial postoperative period. *Cancer Nursing*, 38(3): 185-193. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.000000000000158>

- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nilsen, C. (2015). Sykepleie til pasienter med stomi. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 2* (s. 103-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NORILCO. (2008). *Stomi/ Reservoar: Informasjon om colostomi, ileostomi, urostomi og reservoar for pasienter, pårørende og andre interesserte* (Brosjyre). Oslo: NORILCO.
- NORILCO. (2015). *Utfordringer for stomiopererte i Norge: En rapport om oppfølging og opplæring etter operasjon og om blåreseptordningens funksjonalitet for stomiopererte*. Hentet fra <http://www.norilco.no/aktuelt/utfordringer-for-stomiopererte-i-norge-en-rapport2>
- NORILCO. (2017). *Informasjon*. Hentet fra <http://www.norilco.no/informasjon>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2 juli 1999 nr. 63. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02/63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_2
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorpe, G., McArthur, M. & Richardson, B. (2014). Healthcare experiences of patients following faecal output stomaforming surgery: A qualitative exploration. *International journal of nursing studies*, 51(3): 379-389.
Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.014>
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.