



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse

Ragnhild Riise og Grethe Stubsveen
Veileder: Wenke Moldjord

Hjelp - jeg har fått KOLS! Help - I`ve got COPD!

Bacheloroppgave

2014

Antall ord: 12031

BASYD 2011

4DBACH

Utlånsklausul:

Nei

Ja. Antall år

Sammendrag

I denne oppgaven har vi valgt å skrive om kronisk obstruktive lungesykdommer(KOLS) og hvilke tiltak vi som sykepleiere kan iverksette for å dekke grunnleggende behov hos pasientene.

Problemstillingen ble som følgende:

”Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe KOLS-pasienter med å få dekket grunnleggende behov?”.

Vi vet at pasientene med KOLS har mange grunnleggende behov de skal få dekket, men i denne oppgaven har vi beskrevet noen av dem. Disse er behovet for tilstrekkelig med luft, behovet for tilstrekkelig med ernæring og behovet for balanse mellom aktivitet og hvile.

Formålet med oppgaven er at sykepleiere i praksis kan dra nytte av oppgaven i møte med KOLS-pasienter. Oppgaven belyser sykepleiefaget ut i fra D. Orems egenomsorgsteori, hvor fokuset er på å tilrettelegge og støtte pasienter så de får grunnleggende behov dekket.

Vi har valgt å skrive oppgaven som et litteraturstudium. Den består av litteratur hentet fra pensum, forskningsartikler, selvvalgt litteratur og erfaringer fra praksis.

Vi konkluderer med at vi må iverksette mange tiltak for å dekke pasientenes grunnleggende behov. Vi må sørge for at pasientene har optimal ventilasjon i alle situasjoner, hvis ikke blir det vanskelig for pasientene å dekke de andre behovene. Vi har kommet fram til at tilrettelegging rundt måltider og personlig hygiene er viktige tiltak for pasientene. En viktig sykepleieoppgave for oss blir å opptre veiledende og støttende, samt at vi gjør pasienten mest mulig selvhjulpen.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	
1.0	Innledning..... 3
1.1	Presentasjon av problemstilling..... 3
1.2	Avgrensninger 4
1.4	Oppbygging av oppgaven..... 5
2.0	Metode..... 5
2.1	Fremgangsmåte for litteratursøk..... 5
2.2	Kildekritikk..... 7
3.0	Teori 8
3.1	Sykepleiefaglig referanseramme 8
3.1.1	Egenomsorg..... 9
3.1.2	Egenomsorgsbehov 10
3.1.3	Egenomsorgssvikt 11
3.1.4	Hjelpemetoder 11
3.2	Teori om KOLS 13
4.0	Drøfting 15
4.1	Behovet for tilstrekkelig med luft..... 16
4.2	Behovet for tilstrekkelig med ernæring 21
4.3	Behovet for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile..... 25
5.0	Konklusjon 33
	Siterte verk 36
	Vedlegg 1

1.0 Innledning

I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er det 64 millioner mennesker i verden som lider av Kronisk obstruktive lungesykdommer (KOLS). Hvert år dør 3 millioner av sykdommen og det er den fjerde hyppigste årsaken til dødsfall. Det antydes også at i 2030 vil KOLS være den tredje hyppigste dødsårsaken (WHO, (s.a.)).

I Norge er det beregnet at mellom 250.000-350.000 mennesker er rammet av sykdommen. Det er årlig en vekst på 1 % av den voksne befolkningen som får diagnosen, og sykdommen forårsaker ca 2000 dødsfall hvert år (Helsedirektoratet, 2012).

I løpet av vår utdanning har vi møtt mange pasienter med KOLS-diagnose, og som ferdig utdannede sykepleiere vil vi i framtiden møte mange pasienter med denne problematikken. Derfor er det av stor interesse for oss å velge dette som tema i vår bacheloroppgave. Nye kunnskaper i emnet mener vi vil være med på å øke vår forståelse for pasienter som skal leve med utfordringer som følger av sykdommen. Hovedutfordringen til disse pasientene er den nedsatte respirasjonsevnen, og når den er nedsatt vil det gå utover alle grunnleggende behov for pasientene.

Derfor har vi valgt følgende problemstilling:

1.1 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe KOLS-pasienter med å få dekket grunnleggende behov?”

1.2 Avgrensninger

Tilstrekkelig oksygeninnhold i blodet er nødvendig for at mange prosesser i kroppen skal fungere optimalt. Med utgangspunkt i behovet for luft, har vi valgt å se på hvordan dette behovet influerer andre grunnleggende behov. På grunn av oppgavens rammer i tid og omfang, kan vi ikke ta for oss alle grunnleggende behov, men har valgt ut behovet for mat og drikke og behovet for balanseaktivitet og hvile.

Med pusten mener vi altså respirasjon; som består av inhalasjoner (luftstrøm inn i lungene) og ekspirasjoner (luftstrøm ut av lungene). Inhalasjon og ekspirasjon utgjør ventilasjonen som er ensbetydende med utveksling av gasser. Vi har valgt at pasientene ikke er i en akutt situasjon med pustebesvær.

Vi vil i oppgaven komme med tiltak som letter pasientens respirasjonsproblemer i forbindelse med daglige aktiviteter som personlige hygiene, og i forbindelse med måltider. Vi velger å belyse situasjonene slik at det ikke gjelder en konkret pasient, men at tiltakene kan benyttes til mange pasienter. Under behovet for aktivitet har vi valgt å se på situasjoner der pasientene forbruker energi som f. eks ved stell, forflytning og trim. Under behovet for hvile har vi valgt å se det i sammenheng med aktiviteter. Vi har lagt vekt på at pasientene har behov for tilstrekkelig med hvile for å greie å være i aktivitet.

Pasientene er innlagt på sykehjem, dette fordi vi har valgt at de ikke er i stand til å være hjemmeboende p.g.a. sykdommen, samt at de ikke er akutte dårlige hvor det er behov for sykehusinnleggelse. Vi ser for oss pasientene i KOLS-stadium tre-fire, og vi har valgt å ikke se KOLS i sammenheng med andre diagnoser. Pasientene er i gruppen 70+ og adekvat mentalt tilstede.

For å belyse hva vi mener med grunnleggende behov, har vi brukt i D. Orems egenomsorgsteori.

1.4 Oppbygging av oppgaven

I første kapittel har vi begrunnet hvorfor vi har valgt det aktuelle temaet. Vi har presentert problemstillingen og gjort rede for hvilke avgrensninger vi har foretatt. I kapittel to som er metodedelen, har vi gjort rede for valg av litteratur, hvordan vi har gått frem for å finne litteraturen, og gjort en vurdering av litteraturen som er brukt. Kapittel tre har teori om sykepleie og KOLS. I kapittel fire har vi drøftet vår problemstilling i forhold til de avgrensningene vi har foretatt. I kapittel fem kommer konklusjonen som er gjort på bakgrunn av drøftinger.

2.0 Metode

I dette kapittelet sier vi noe om på hvilken måte vi har funnet stoff som er relevant for oppgaven og som kan være med på å besvare valgt problemstilling. I forhold til høyskolens retningslinjer for bacheloroppgaver, er denne oppgaven en litteraturstudie basert på andres forskning og faglitteratur. I retningslinjene står det at det gis muligheten til å inkludere flere kilder, noe vi har gjort. Vi har brukt observasjoner, praksiserfaringer og samtaler med relevante personer. Det sies at praksiserfaringer er en hjørnestein i sykepleien (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). Vi har derfor i våre drøftinger belyst våre egne praksiserfaringer og drøftet teorien opp imot praksisfeltet. Dette synes vi gjør oppgaven mer konkret og levende.

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

I oppgaven har vi benyttet oss av forskningsartikler, fagartikler, nasjonale retningslinjer, pensumlitteratur og tidsskrifter. Som utgangspunkt har vi benyttet Høyskolens bibliotek for å finne litteraturbøker, samt brukt BIBSYS. Vi startet med å bruke lærebøker og fagbøker

knyttet til studiet, og som inspirasjon til utforming av oppgaven har vi tatt i bruk boken ”Metode og oppgaveskriving for studenter” av Dalland(2010).

Pensumlitteratur har vi tatt i bruk fordi det er skrevet av forfattere som har stor innflytelse på studiet, og derfor ses på som troverdige kilder med god faglig tyngde. Noe av stoffet vi har brukt har også blitt funnet ut i fra kildehenvisninger i pensumlitteratur og på nettsider anbefalt i lærebøkene. Dalland skriver i sin lærebok om viktigheten av å starte søk i biblioteket på Høgskolen, noe vi også startet med. Vi valgte også å formulere problemstillingen vår tidlig i skriveprosessen, fordi da hadde vi klart hva vi skulle gjøre søk etter i litteraturen (Dalland, 2010). For å strukturere arbeidet med å skrive en stor oppgave hentet vi inspirasjon fra boken ”Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode”. Her tok vi i bruk tipset om bruk av en loggbok. Det vil si at vi i søkeprosessen brukte en loggbok som vi noterte alle søkeord, idèer, datoer for søk og spørsmål til veileder i. Slik unnlot vi å miste viktige opplysninger underveis i skriveprosessen (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Vi gjorde søk i søkemotorene på Høgskolen sine nettsider. Disse er: Idunn, Brage, Swemed+, google scholar, EBSCOhost, cinahl og helsebiblioteket. Ellers har vi også brukt nettsider som: Pubmed.gov, Forskning.no, LHL.no, NHI.no og folkehelseinstituttet.no. Vi har brukt søkeordene KOLS/COPD, pust, breathing, breathing exercices, ernæring, nutrition, nursing care, lungdisease, dyspnea, pulmonary rehabilitation, lungerehabilitering, threathment, patientcentered care, respiratory nursing, pursed-lip breathing, oksygen, eksaserbasjon, exacerbation, oxygen, medisinerer and medication.

Resultater på søkene finnes i vedlegg 1.

Vi startet med få søkeord som ga mange treff, og deretter bygget vi videre med flere søkeord for å minske antall treff. Slik har vi kommet fram til det mest relevante stoffet for problemstillingen vår. Søkeprosessen har vært vanskelig og det har vært tidkrevende å finne gode forskningsartikler. Flere artikler fikk vi ikke åpnet eller lastet ned da det krevdes brukerkontoer. Dette førte til at vi søkte på forfatterens navn og publikasjoner, og via linker fant vi artiklene i fulltekst.

Vi satte ingen kriterier for hvilke årstall artiklene skulle være publisert, men vi har for det meste brukt forskningsartikler og litteratur fra 2000-tallet. De fleste lærebøkene er fra slutten av 2000-tallet, men vi har også med eldre litteratur som vi mener er veldig relevant for temaet. Dette er kilder som innehar stoff om emnet KOLS og som er utarbeidet av kjente og troverdige forfattere. Det er bl.a. en lærebok om KOLS og sykepleie og et hefte om kosthold utarbeidet av LHL. Vi har også med boken til Cavanagh (1999) om Orems sykepleiemodell.

2.2 Kildekritikk

Vi har hele tiden prøvd å være kritiske til kildene og vi har tenkt på opphavet. Vi har vært kritiske til hvilke intensjoner avsenderen har hatt; om studien har vært basert på en økonomisk gevinst istedenfor helsegevinst. Vi har også for det meste prøvd å bruke primærkilder som er relevante kapitler i lærebøkene og flere av artiklene våre. Disse kjennetegnes av at det er forfatteren som selv har produsert innholdet, og det er ingen som har omskrevet noe eller sitert til hva andre har sagt. Sekundære kilder kan noen ganger kan være omskrevet på en slik måte at poenget har blitt borte eller mistolket. Hos sekundære kilder kan også språklig oversetting gi artiklene en annen betydning enn hva den opprinnelig var ment som. Vi har brukt noen sekundærkilder fra lærebøkene. Ettersom litteraturen er knyttet direkte opp imot studiet, har vi valgt å stole på kilden. Vi har blitt anbefalt av skolen å bruke pensumlitteraturen.

Det har vært et krav til oppgaven at den skal inneholde minst fire forskningsartikler og minst to av dem skal være på engelsk. En svakhet ved dette er at vi må oversette og at det kan føre til feiltolkning i forhold til artiklenes innhold. De engelske artiklene har også sin styrke i oppgaven da søk i utenlandske databaser kan gi en større sjanse for å få med det nyeste på forskningsfronten. Vi har også brukt en del litteratur fra Sverige og Danmark, både via nettsider og lærebøker.

Forskningsartiklene er relevant for problemstillingen vår. Svakheten ved noen av dem er antallet i studiepopulasjonen som har blitt intervjuet eller inkludert i studiet. Det har vært et lite antall og det kan dermed gi et feil resultat i forhold til den virkelige verden. Vi har allikevel valgt å bruke artiklene da de har fått mye støtte i faglitteratur. Vi har også gjort søk rundt forfatterne og funnet ut at de er utført av dyktige fagfolk innen feltet, og dette gjør artiklene troverdige. Noen av artiklene er basert på studier gjort på andre områder i helsevesenet enn på sykehjem hvor pasientene i vår oppgave er plassert. Dette kan være opphav til feilkilder, men vi har i hovedsak valgt artiklene ut i fra relevans for problemstillingen, og om de kan underbygge sykepleieperspektivet.

3.0 Teori

I dette kapittelet vil vi se på Dorothea Orems egenomsorgsteori og dens betydning for vår sykepleieutøvelse til pasienter med KOLS. Vi mener teorien hennes er egnet for vår pasientgruppe, fordi hennes teori er relevant for arbeid med pasienter med kroniske lidelser. Den beskriver pasientenes behov for egenomsorg og den understreker viktigheten av praktiske handlinger for å løse disse behovene (Kirkevold, 1998). Det er disse praktiske løsningene som blir en del av våre tiltak i drøftingsdelen. Vi vil også belyse Orems tolkning av hjelpemetoder, og vi vil se på hvilke av de som vi benytter til sykepleie for KOLS-pasientene. Videre vil vi gi en fordypning i diagnosen KOLS.

3.1 Sykepleiefaglig referanseramme

Vi har valgt å bruke Dorothea Orems egenomsorgsteori. Pasienter med KOLS har nedsatt evne for å dekke grunnleggende behov som tilstrekkelig med luft og ernæring samt balanse mellom aktivitet og hvile. Vi sykepleiere må hjelpe disse pasientene med mange gjøremål gjennom en hverdag for at de skal dekke behovene. Orems teori tar for seg nettopp dette med egenomsorg og sykepleierens veiledende og utfyllende rolle. Hennes teori er bygget på at

sykepleie er erstatning for egenomsorg der hvor pasienten ikke klarer å ivareta seg selv. Pasientene med KOLS har et stort hjelpebehov da det er en rekke handlinger de ikke greier på egenhånd, som f. eks å utføre dusjing og spisesituasjoner på egenhånd. Det er her vår rolle som sykepleiere inntreffer, og vi må kompensere for deres manglende evne, eller vi må veilede og støtte pasientene slik at de mestrer oppgaven mer på egenhånd. Orem var også opptatt av forebyggende helsearbeid, og hun delte dette i primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Det er spesielt den primære forebyggingen vi tar for oss i vår oppgave; den som går på det å oppfylle universelle egenomsorgsbehov, hvor ett av dem hun nevner er behovet for luft (Cavanagh, 1999). Orem var opptatt av at forebyggende helsearbeid var en viktig del av sykepleien. Vår oppgave blir å forbygge forverring av tilstanden til pasientene. Dette belyser vi i drøftingsdelen ved at vi setter inn tiltak som hjelper pasienten til å dekke grunnleggende behov.

Orems teori er inndelt i flere områder: egenomsorg, egenomsorgsbehov, egenomsorgssvikt, og hjelpemetoder.

3.1.1 Egenomsorg

Det vi legger i begrepet egenomsorg er at pasienten har mange grunnleggende behov som skal dekkes. Orem deler ordet egenomsorg i to og definerer "egen" som hele individet; psykisk, fysisk og åndelig. Hun sier at "omsorg" er utførelsen av de aktiviteter som individet tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Her blir vår sykepleieoppgave å tilrettelegge for at pasientene får mulighet til å bli mest mulig selvhjulpne. For pasienter med KOLS er det i mange situasjoner vanskelig å utføre aktiviteter på eget initiativ når de sliter med respirasjonen. Derfor har de et stort hjelpebehov for å dekke sin egenomsorg. Orem mener at individet ivaretar livsprosesser og normal funksjon, vekst og utvikling. Hun mener også at det forebygger sykdom, skader og funksjonssvikt, og fremmer velvære (Cavanagh, 1999). KOLS-pasientene vil ikke alltid være i stand til å ivareta livsprosessene selvstendig når de har pustebesvær. Derfor er det at vi på mange områder må inn med tiltak for å kompensere eller veilede og tilrettelegge. Vi skal hjelpe pasientene til å bedre mestre sin hverdag ved at vi finner tiltak som pasienten selv mestrer og som vi kan være

en aktiv del av. Orem var opptatt av at egenomsorgen ble igangsatt frivillig og ble tilsiktet av individet. Hun mente at pasientene måtte lære at alder, modning og kultur påvirker omsorgen. Derfor er det viktig at vi sykepleiere har kunnskaper om den geriatriske pasienten og hvilke naturlige prosesser som vi kan forvente oss skjer. Det vil for KOLS-pasientene på sykehjem være naturlig at de grunnet alder blir svekket i muskelmasse, og at søvnbehovet endres med alderen. Denne pasientgruppen vil ha et stort egenomsorgsbehov da KOLS er en sykdom som rammer flere funksjonsområder i kroppen og påvirker pasientens livskvalitet. Vi vet derfor at alle tiltak blir individuelt rettet og at det er mange faktorer rundt hver enkelt pasient som spiller en rolle for omsorgsbehovet. De med KOLS må i stor grad ta mye initiativ til å fremme egen helse. Når evnen til å ta eget initiativ svekkes må vi som sykepleiere inn å kompensere for å opprettholde funksjoner. Disse funksjonene blir det som Orem definerer som universelle egenomsorgsbehov. Vi skal gå nærmere inn på noen av disse. Vi skal se på hvordan vi kan hjelpe pasientene å kompensere ved deres svikt i opprettholdelse av egenomsorgen.

3.1.2 Egenomsorgsbehov

De åtte egenomsorgsbehovene som Orem mener er felles for alle mennesker er:

- 1) behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft
- 2) behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av vann
- 3) behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av mat
- 4) behov for eliminasjonsprosesser og utskillelse av avfallsstoffer
- 5) behov for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile
- 6) behov for å opprettholde balanse mellom det å være alene og ha sosial kontakt
- 7) behov for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære
- 8) behov for å fremme funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper, i samsvar med menneskelig potensial, kjente begrensninger og ønsket om positivt selvbilde

Vi vet at alle disse behovene er viktig for pasienten, men ut i fra våre avgrensninger har vi valgt å ta for oss noen av dem. Vi har valgt å se nærmere på behovet for å opprettholde tilstrekkelig med luft i sammenheng med flere behov. Disse er behovene for tilstrekkelig med mat og vann som vi har valgt å sammenføre til behovet for ernæring. Vi vil også se på dette i sammenheng med behovet for balanse mellom fysisk aktivitet og hvile. Orem mener at disse egenomsorgskrav må sees i et samspill, og i vår oppgave skal vi belyse dette opp i mot pasientene med KOLS. Vi vet at når noe truer respirasjonen til pasienten så vil det influere på alle andre gjøremål. Derfor vil vi finne tiltak som letter på pusten til pasienten slik at den er i stand til å utføre flere aktiviteter. Pasienter med KOLS har ofte vansker med å dekke behovet for tilstrekkelig med luft, dette resulterer i at vi sykepleiere må finne gode måter å hjelpe pasienten for å unngå forverring av tilstanden.

3.1.3 Egenomsorgssvikt

Når vi møter pasienter med KOLS så stiller det krav til ivaretagelse av egenomsorg, og Orem beskriver dette som egenomsorg ved helseavvik. Her stilles det krav om at pasientene får nok kunnskap om sykdommen, og om hvordan de best kan ivareta sin egen helsesituasjon. Det blir beskrevet i teorien at egenomsorgssvikt oppstår når det ikke er handlekraft hos pasienten til å utføre egenomsorg for å tilfredsstillere behovene den enkelte har. Når pasientene ikke greier å ivareta de grunnleggende behov på egenhånd, vil de ha bruk for hjelp. Det er her vi kommer inn med sykepleie (Cavanagh, 1999). Hos pasientene med KOLS vil det være en stor svikt i egenomsorgen, for de har så store hjelpebehov for å få de grunnleggende behov dekket. I mange tilfeller som f. eks under stell og måltider har de ikke handlekraft til å dekke sine egne behov fordi pusten truer dem. Her blir vår oppgave å tilrettelegge og hjelpe de.

3.1.4 Hjelpemetoder

Orem mener at når vi hjelper pasientene til å oppnå de krav den har så utøver vi sykepleiefaget og dette har hun satt i fem kategorier av hjelpemetoder (Cavanagh, 1999):

- 1) å handle eller gjøre noe for en annen
- 2) å veilede en annen
- 3) å støtte en annen, fysisk eller psykisk,
- 4) å tilrettelegge omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner
- 5) å undervise

Hos vår pasientgruppe er det flere hjelpemetoder som er aktuelle å bruke når vi skal utøve sykepleiefaget. Vi ser at det i hovedsak er hjelpemetodene *å støtte* og *å tilrettelegge* som vi har valgt å bruke til pasientene i oppgaven vår. Men det hender også at vi tar over funksjoner på noen områder som f eks når vi mater noen eller under stellsituasjoner. Da bruker vi hjelpemetoden *å handle eller gjøre noe for en annen*. Denne er lett å sette i sammenheng med sykepleien, fordi i møte med disse pasientene er det vesentlig at vi kompensere der egenomsorg svikter. Vi ser at alle metodene blir tatt i bruk for KOLS-pasientene, fordi de er en gruppe med stort hjelpebehov. De ulike metodene vil flyte inn i hverandre under hvert tiltak, samt at de krysses etter pasientens dagsform og etter hva pasienten er mottakelig for av veiledning og undervisning. Vi sykepleiere skal rettlede og veilede så pasientene mestrer egenomsorgen Dette skal vi gjøre ved at vi sørger for riktig bruk av medikamenter, viktigheten av fysisk aktivitet og godt kosthold. Vi skal støtte pasienten i de situasjoner hvor han opplever angst og redsel over å ikke få tilstrekkelig med luft.

Vi prøver å finne strategier for å benytte alle metodene. Ved at vi er tilstede i situasjoner for å berolige og hjelpe pasienten så benytter vi hjelpemetodene *å støtte* og *tilrettelegge*. Dette gjelder under måltider og stell hvor vi ofte må tilrettelegge utstyr og omgivelsene.

I studien til Urbano&Pascual hvor de har studert temaer som er aktuelle rundt pasienter med KOLS, har de funnet ut at pasienter bør skoles på en rekke ting. Det er bl.a. å etterleve legens anbefalinger på medisinbruk, forståelse av bruken av medikamenter, stressmestring og unngå irritanter. Studien viser til at det er viktig at pasientene lærer seg å bruke energien på en fornuftig måte og vite når den skal spare krefter (Urbano & Pascual, 2005). Dette

forsterker vår rolle som sykepleiere og bruken av undervisning, tilrettelegging og veiledning av pasientene.

Orem beskriver tre sykepleiesystemer: det helt kompenserende, det delvis kompenserende og det støttende og undervisende systemet (Cavanagh, 1999). Vi vil i møte med KOLS-pasientene bevege oss innenfor alle disse systemene men i vår oppgave vil vi mest benytte det delvis kompenserende og det støttende. Her er det også slik at systemene vil overlape hverandre etter dagsform og pasientens tilstand. I drøftedelen har vi vektlagt at pasientene kan ha ulike hjelpebehov etter dagsform og at ingen pasienter er like selv om de har samme diagnose.

3.2 Teori om KOLS

I dette kapitlet beskriver vi hva KOLS er. Vi har skrevet om ulike stadier, årsaker, symptomer og hvilke behandlinger som finnes.

Begrepet KOLS brukes ofte som en samlebetegnelse for kronisk bronkitt og emfysem. Kronisk bronkitt kjennetegnes ved kronisk betennelse i slimhinnene i luftrøret. Ved emfysem foreligger en varig og unormal utvidelse av de minste bronkiolene og alveolene, mens ved KOLS foreligger det en kronisk inflammasjon både i luftveiene og lungene. Derfor er lungevevet mindre elastisk, og lungeblærene er ofte skadet og redusert i antall. Dette reduserer lungenes evne til å ta opp oksygen og evnen til å tømme luften ut av lungene. KOLS er en sykdom som ikke lar seg fullt reversere eller normalisere. Den har 4 forskjellige alvorlighetsgrader/stadier, basert på lungefunksjon (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund, & Solheim, 2003).

I følge GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lungdisease) 2011 er de ulike stadiene av KOLS følgende:

Inndeling	Diagnosekriterium	Kjennetegn
	FEV1/FVC < 0,70	
Stadium 1: mild	FEV1 \geq 80 % av forventet	Kronisk hoste og ekspektorat
Stadium 2: moderat	FEV1 50–79 % av forventet	Økende symptomer, tung pust ved anstrengelse
Stadium 3: alvorlig	FEV1 30–49 % av forventet	Episoder med akutte forverringer som virker inn på livskvaliteten
stadium 4: svært alvorlig	FEV1 < 30 % av forventet	Akutte forverringer kan være dødelig og livskvaliteten er svært redusert

(Helsedirektoratet, 2012).

Når vi ser på risikofaktorer for å utvikle KOLS, er det spesielt en ting som utheves med stor skrift og det er røyking. Røyking sies å være årsaken i to av tre tilfeller. Risikoen er økende jo mere man røyker og jo lengre man har holdt på (Hånes, 2013). Yrkeseksponering for kjemikalier som gasser og irriteranter, samt støv, utgjør også en stor risiko for å utvikle KOLS. Det kan også utvikles KOLS hvis man blir utsatt for luftforurensning og forurensning fra fossile brennstoffer. Hvis man i barndommen har slitt en del med luftveisinfeksjoner, er det også en større risiko for å utvikle en kronisk lungesykdom i voksen alder (Gulsvik et al., 2002). Andre risikofaktorer er astma, passiv røyking og arvelige faktorer (Johannessen T. , 2013).

Symptomene på KOLS vil bli mere synlig over tid, og de fleste med sykdommen vil automatisk tilpasse seg den tunge pusten ved å minske aktivitetsnivået. I de nasjonale faglige retningslinjene for KOLS sies det at det underrapporteres når det gjelder symptomer, fordi det oppleves selvforskyldt på grunn av røyking, eller som tegn på aldring. De første klassiske symptomene tidlig i sykdomsforløpet er langvarig hoste med eller uten ekspektorat, tung pust

ved anstrengelse og gjentatte luftveisinfeksjoner. Når sykdommen utvikler seg og blir forverret, sees også symptomer som tyngre pust i hvile, endret nattsøvn, tretthet, vekttap og morgenhodepine som følge av redusert respirasjonsarbeid. Ved en akutt forverring vil økt slimproduksjon føre til ytterligere tetthet i brystet, piping og pustebesvær (Helsedirektoratet, 2012).

I behandlingen av KOLS er første steget å slutte å røyke. Det er også viktig og ikke eksponeres for gasser som er skadelig for lungene. Deretter er det medikamentell behandling som er veien videre. Mange av pasienten står også på O₂-behandling enten fast eller ved behov.

4.0 Drøfting

I dette kapittelet skal vi drøfte problemstillingen vår som er:

”Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe KOLS-pasienter med å få dekket grunnleggende behov?”

I punkt 4.1 vil vi drøfte hvordan vi kan hjelpe pasientene med KOLS til å få dekket behovet for tilstrekkelig med luft. Vi drøfter hva som blir viktig å gjøre for at pusten skal oppleves god for pasienten. Det er viktig at vi hjelper pasienten å starte dagen med et godt utgangspunkt for god pust. Hvis pasientene har følelsen av tilstrekkelig pust, vil det være enklere å gjennomføre hverdagslige gjøremål. Vi har valgt å se på hvilke utfordringer pustebesvær gir og hvilke tiltak vi kan finne for å bedre pusten. Under punkt 4.2 vil vi drøfte hvordan vi kan hjelpe pasienter med å få dekket behovet for tilstrekkelig med ernæring. Her vil vi ta for oss situasjonen rundt et måltid, og vi vil belyse sykepleierens rolle. I siste punkt som er 4.3, vil vi drøfte hvordan pasienter får dekket behovet for balanse mellom aktivitet og hvile. Her vil vi belyse en stellsituasjon og se på hvordan pasienter best mulig oppnår hvile og hvordan de greier å være fysisk aktive. Når vi drøfter gjør vi dette i lys av egne erfaringer, faglitteratur og

forskning. Vi vil diskutere utfordringer og konsekvenser for pasientene og hvordan vi som sykepleiere best mulig kan hjelpe pasientene.

4.1 Behovet for tilstrekkelig med luft

Øverst på listen over egenomsorgsbehovene beskriver D. Orem behovet for tilstrekkelig med luft. En av de aller viktigste oppgavene vi som sykepleiere har, er å sørge for at pasienten har optimale respirasjonsforhold. En forutsetning for å oppnå dette, er at man har kunnskap om både indre og ytre faktorer som kan påvirke pusten, samt hvilke observasjoner som skal gjøres (Holst, 2010). For å kartlegge data og ressurser til pasientene, ser vi på allmenntilstanden til pasientene og gjør noen observasjoner. Vi teller respirasjonsfrekvens, ser på bruk av hjelpemuskulatur og måler SpO₂. Videre ser vi etter cyanose og farge på ekspektorat, samt lytter med stetoskop på lungene. Det er også viktig at vi hører etter ulike pustelyder og observerer hoste og slim (Oksholm, 2010). Hos pasientene med KOLS er det spesielt observasjoner rundt pusten og hvordan den influerer på å få andre grunnleggende behov dekket som blir viktige. Observasjonene danner grunnlag for hvilke tiltak vi må sette inn for å få behovene dekket.

Behovet for luft er det aller viktigste grunnleggende behovet, da det uten luft ikke vil eksistere noe liv. Kroppens celler trenger oksygen for å fungere. Vi som sykepleiere må derfor kunne vite hvilke tiltak vi skal iverksette for å sørge for tilstrekkelig tilgang på luft. Pasienter med KOLS får som regel tung og anstrengt pust ved den minste form for anstrengelse. Eksempler på strakstiltak som kan gjøres for å bedre pusten er endring av stilling, bruk av medisiner, endring av omgivelser, bruk av pusteteknikker og sekretmobilisering.

Når vi skal finne tiltak som går på å bedre pusten er det symptomer som går på respirasjon, delvis sirkulasjon og opplevelse av god ventilasjon som blir viktig å observere. Vi må også vurdere alvorlighetsgraden av symptomene for å kunne sortere hvilken rekkefølge det er hensiktsmessig for pasienten at vi utfører tiltakene i. Vi har kommet fram til at det finnes faktorer som har effekt på pusten ved at det indirekte påvirker forhold som preger pusten, og

dette er f. eks inneklima og fysioterapi. Tiltak som vi setter i gang vil være både primære og sekundære samt at noen er forebyggende. Med primære mener vi de tiltak som er nødvendig for å opprettholde god pust, f.eks medisiner, O2, pusteteknikker og leie. Med sekundære mener vi f.eks avlastning av energibruk og bistand ved måltid.

I praksis har vi erfart at det er nødvendig for pasientene å få tatt sin medisin før den starter dagens aktiviteter, og at noen medisiner må benyttes ut ifra behov gjennom dagen.

Behandling av KOLS med legemidler har som mål å lindre symptomer, forebygge eksaserbasjoner og øke funksjonsnivået. De fleste medikamenter gis som inhalasjoner eller intravenøst i dårlige og akutte situasjoner. Virkning av medikamentene varierer fra pasient til pasient og kan variere fra den ene episoden med forverring til den andre (Larsson, 2012). Vi må kjenne til når det er behov for ytterligere medisiner som f. eks ved stellsituasjoner, før spassertur/trening, når pasienten har besøk og prater mye. Pasienter med KOLS er også utsatt for bivirkninger av medikamenter, og en av bivirkningene er så basal som nedsatt matlyst. Dette blir en ond sirkel for vår pasientgruppe som ofte kan være underernærte.

Pasienter med KOLS må følges nøye opp med legemiddelbehandling, fordi disse pasientene ofte står på flere ulike medikamenter. Legemidler ved KOLS kan være bronkodilatorer, beta-2-agonister, kortikosteroider og glukokortikoider. Det er også anbefalt at pasienter med lungesykdommer får vaksine. Influensavaksine senker risikoen for forverring av KOLS og senker mortaliteten. Det blir derfor en sykepleieoppgave i samråd med pasientens lege å se til at pasientene med KOLS får satt denne vaksinen. Det anbefales også at det gjøres en vurdering på om pneumokokkvaksine bør tas. Det er ikke konkludert via forskning at denne vaksinen har noen signifikant bedring for pasienter med KOLS, men vi innehar kunnskap om at enhver påkjenning på lungene til en allerede lungesyk pasient ikke er det beste for pasienten. I følge de nasjonale faglige retningslinjene bør vi undersøke med lege om pasientene skal få pneumokokkvaksine i tillegg (Helsedirektoratet, 2012) (Hansen, Moll, & Laursen, 2011).

I forskningsartiklene vi valgte ut til oppgaven vår, står det skrevet at medisinerer er et viktig tiltak. Medikamentene har ulike virkningsmåter som f. eks å åpne luftveiene, forebygge infeksjoner og hindre forverring. Noen har korttidseffekt og brukes under en akutt forverring, mens andre har langtidseffekt. Det finnes også kombinasjonsmedisiner som har en blanding av ulike virkemåter. Det er ikke påvist at medisiner som bronkodilatorer og steroider kan påvirke den naturlige utviklingen av sykdommen eller hindre mortaliteten, men de kan gi andre gevinster ved systematisk bruk. Førstevalget av medikamenter til denne gruppen er bronkodilatorer. De kan lindre symptomer og redusere eksaserasjonsratene og minimalt bedre lungefunksjonen til pasientene (Urbano & Pascual, 2005).

En viktig sykepleieoppgave blir å sørge for at pasientene tar medisiner på riktig måte. I en studie utført på Glittreklinikken kom det fram i pasientintervjuer at flere fortalte at de ikke hadde fått noe særlig rettleiding på bruken av medikamenter. Heller ikke på hvordan de skal håndtere utstyret for å få inhalert medikamentet (Dager, 2006). Det gir oss støtte i at vi må bistå eller overta administrering av medikamentene. Vi kan sørge for at medisiner blir tatt på riktig måte og til riktig tid. Vi må også sørge for at utstyret blir brukt på riktig måte samt at vi instruerer pasienten til å gjøre inhalasjonene riktig. Vi vet at riktig bruk av medisiner vil kunne gi bedre pust. Som en følge av det så vil det gi bedre mulighet for fysisk trening og sørge for at det er igjen energi slik at måltidene blir enklere å gjennomføre. I utøvelse av sykepleiefaget og når det gjelder administrering av medisiner har vi noen bestemte sykepleieoppgaver. F.eks blir vår oppgave å observere og rapportere til lege om virkning, bivirkning og langtidseffekten av medisineren. Vi må tilrettelegge så pasienten greier å administrere medikamenter på rett måte. Det er flere inhalatorer som kan være vanskelig i bruk, og det kan hende at det trengs å bytte administrasjonsmåte for å oppnå best mulig resultat (Crawford & Harris, 2008). Vi har i praksis erfart at ikke bare medikamenter gjør hverdagen bedre for denne pasientgruppen. Medikamenter alene er ikke god nok pleie, det er en rekke andre tiltak som må iverksettes for å få dekket behovet for tilstrekkelig med luft.

Vi som sykepleiere kan i mange sammenhenger bruke oss selv som et hjelpemiddel hvis en pasient har tung pust. Vi kan prøve å påvirke pusten på en direkte måte ved at vi opptrer rolig, støttende og tilstedeværende. Direkte kroppskontakt kan ofte virke beroligende. Fordi om de fysiske årsakene til besværet er til stede, vil det å holde i hånden, stryke lett på ryggen, la

pasienten lene seg på skulderen vår kan også virke dempende på angsten og redselen. Dette virker også beroligende på pusten. Det er også en mulighet at vi sykepleiere prøver å dirigere pusten til pasienten. Det vil si at vi ved hjelp av stemmen vår instruerer pasienten til å puste inn og ut, og det er viktig å tenke på stemmebruken og kroppsspråket (Almås, 1992).

Noe som vil hjelpe pasienten å oppleve bedre pust er at han lærer de å bruke leppepust. Det vil si dype åndedrag med utpust gjennom leppene (Crawford & Harris, 2008). Vi har erfart fra praksis at dette er en nyttig teknikk som pasientene bør lære seg for å mestre tungpusthet. Dette får vi støtte av i en forskningsartikkel av Truesdell, og den belyser viktigheten av å ta i bruk leppepust som et verktøy for å håndtere tungpusthet (Truesdell, 2000). Artikkelen sier også at leppepust har vist gode resultater når det gjelder fysisk aktivitet da flere fra studien har gitt tilbakemeldinger om at de orket å være mere fysisk aktive hvis de flittig benyttet seg av teknikken. Ved leppepust puster man ut med smale lepper, sånn at luften bare presses ut igjennom en liten sprekk. Ekspirasjonen skal minst være dobbelt så lang som inhalasjonen, og det bør ikke pustes hardt men i en jevn fart. Pasienter kan ofte ha problemer med å gjøre dette da de er tungpusten, og det er da vi som sykepleiere skal bidra ved å dirigere og eksemplifisere. Et vesentlig poeng er at treningen aldri skal foregå i den akutte fasen, den bør heller øves inn i friskere perioder. Når en pasient er tungpust har vedkommende nok med å konsentrere seg om pusten, og vi må derfor gi korte, klare og rolige beskjeder. Leppepust gir positive utfall i form av økt bruk av interkostalmuskler, økt tidevolum, senket respirasjonsfrekvens og et bedret oksygeninnhold i blodet. Bruk av leppepust har også vist seg å ha en positiv effekt når det gjelder bruk av inhalasjonsmedisiner, da det viser seg at pasientene bedre mestrer bruken av dem, etter gjennomført leppepust. Det er aktuelt å ta i bruk leppepust under situasjoner som krever ekstra påkjenning for pasientene, som f.eks under stell og under måltider. Dette er ofte situasjoner som skaper tungpusthet. Det er også viktig at man som sykepleier tenker over at pasientene ofte er stresset i situasjoner hvor man føler at man ikke får puste, og at man derfor opptrer selvsikkert og rolig, samt utstråler en sikkerhet om at teknikken er effektiv og fungerende (Truesdell, 2000).

En annen teknikk for å bedre pusten til pasientene med KOLS er å hjelpe de med å mobilisere sekret. Sekretopphopning disponerer for infeksjoner, så ved å fjerne slim i luftveiene vil det forebygge dårligere respirasjon og infeksjonsfare. Sekretmobilisering er også et viktig tiltak i

forkant av matinntak og før fysisk anstrengelse, samt at aktivitet i seg selv vil være et tiltak for å mobilisere slim. Ved å lære pasientene sekretmobilisering vil de oppleve en økt mestring og bedret livskvalitet. Metoder for mobilisering er bruk av utstyr beregnet for å øke lungevolum og trykk, hosteteknikker, rikelig med væske og endring av leie. Vi kan instruere pasientene vi arbeider med til å bruke Positive Expiratory pressure (PEP), som innebærer å puste ut mot motstand. Når man bruker en PEP-fløyte eller PEP-maske vil det ved ekspirasjonen oppstå økt positivt trykk og økt lungevolum, som vil bidra til å fjerne sekret fra luftveiene. PEP-utstyret tilpasses hver enkelt pasient, og det kreves opplæring i riktig bruk. Det blir også vår oppgave å vurdere behovet for justeringer av motstand. Dette kan vi gjøre i samråd med fysioterapeut. Motstanden mot utpusten reduserer respirasjonsfrekvensen og ekspirasjonen skal kun foregå lett aktivt. Det er vår oppgave å se til at PEP-utstyr blir brukt på en hensiktsmessig måte. Vi må passe på at det gir riktig effekt og riktig pusteteknikk, samt at det ikke brukes lengre enn 2 minutter om gangen (Gursli, 2005). En enklere utgave av PEP som vi kan ta i bruk på sykehjemsavdelingen, kan være en plastflaske med vann og et plastrør. En flaske som rommer ca 1 liter fylles med ca 10 cm med vann og det brukes en slange med ca 8-10 mm indre åpning til å blåse i. Motstanden reguleres med mengde vann. Vannet i beholderen må skiftes etter hver bruk, og utstyret rengjøres daglig (Bergbom & Nilsson, 2000). Viktig for all bruk av PEP er at det blåses med motstand for at det skal åpnes flere luftveier i lungene. Pasienten må instrueres til å puste inn gjennom nesen og ut gjennom slangen eller munnstykket. Lungene skal ikke tømmes helt, det skal spares litt til neste åndedrag.

Det finnes en annen teknikk vi kan bruke for å mobilisere sekret og det er hosteteknikk. Vi bør instruere pasientene til å utføre dette ved behov. Framgangsmåten blir som følger:

- 1) pasienten må trekke pusten dypt,
- 2) videre må pasienten ta en tre sekunders pause med luften fylt i lungene for da fordeles luften nedenfor sekretet
- 3) så spenner pasienten bukmuskulaturen, krummer ryggen og legger armene inntil kroppen. Samtidig presser pasienten lårene sammen for da økes trykket i toraks
- 4) tilslutt støter pasienten all luft ut på en gang. Dette fremkaller et host og sekretet drives oppover i luftveiene.

Dette er en teknikk som krever at pasienten blir instruert og i noen tilfeller kan det være at vi sykepleiere må ta en pute og klemme til over abdomen på pasienten i det han skal støte luften ut. En slik hostesekvens kan utføres hver time eller oftere ved behov (Berntzen & Skaug, 2005).

Hvis pasienten har veldig nedsatt allmenntilstand og har veldig dårlig med krefter kan det være vi må hjelpe til å mobilisere slimet ut av de øvre luftveiene. Da bruker vi et portabelt eller veggmontert sug og en kateterslange som føres inn i munnhulen eller via nesen. Det bør ikke framkalle brekninger da det er fare for at pasienten kan aspirere mageinnhold på lungene hvis den kaster opp. Kateteret må føres inn forsiktig så det ikke blir rifter i slimhinnene. Suget skal ikke være tilkoblet mens man fører det inn, det skal vekselvis kobles til og fra, ca 10 sek suging om gangen. Vi må observere pasienten godt mens vi gjør denne prosedyren, slik at slimet mobiliseres bort og ikke blir værende bak i svelget. Ved suging kan nervus vagus bli stimulert og det kan gi bradykardi hos pasienten (Berntzen & Skaug, 2005).

Når det gjelder pasienter med KOLS og pusteproblemer, vil vår atferd som sykepleiere være veldig sentral og viktig. Det er utrolig viktig at vi opptrer rolig og at vi innehar profesjonalitet og kunnskap om tilstanden. På den måten blir pasienten rolig istedenfor oppskaket og redd, noe som forverrer pusten. Vår oppgave er å være tilstede for pasienten og hjelpe dem med å opprettholde og vedlikeholde god pust. Alle tiltak som vi utformer bør bidra til å vedlikeholde og opprettholde god pust, samtidig som det legger til rette for gode opplevelser rundt måltidene og en opplevelse av god ernæringsstatus.

4.2 Behovet for tilstrekkelig med ernæring

Vi som sykepleiere har mye ansvar når det kommer til opprettholdelse av grunnleggende behov. Det er mye å tenke på og ta hensyn til, og det krever mye av oss både faglig og som person. Det finnes en studie gjort ved universitetet i Örebro. Den får frem viktigheten av det arbeidet vi som sykepleiere gjør i forhold til pasienter med KOLS og ernæring. Der kommer det frem at sykepleierne opplever at arbeidet med KOLS-pasienter kan være vanskelig og

utfordrende. Mange av pasientene føler skam og skyldfølelse fordi sykdommen som oftest er selvpåført, og dermed føler de at de fortjener å ha det litt vondt. Det kommer også frem at mange sykepleiere mangler kunnskap og vurderer derfor ernæringsstatus ut i fra egen intuisjon. Resultatet av studiet er at flere områder av sykepleien til KOLS-pasientene må forbedres i framtiden (Odenrantz, Ehnfors, & Grobe, 2007). Vi har erfart i praksis at mange pasienter med KOLS sliter med underernæring. Dette skyldes for lite næringsinntak i forhold til bruk. Overvekt kan skyldes feilernæring eller at man spiser for mye i forhold til det som blir forbrent. Godt ernæringsarbeid vil si at vi kartlegger og vurderer ernæringsstatus hos pasienten og på denne måten sikrer vi målrettet og kvalitetssikret ernæringsbehandling. Målet med behandlingen er å oppnå eller opprettholde god ernæringstilstand, og på den måten prøve å bedre prognose, overlevelse og livskvalitet. Mange av KOLS-pasientene går ned i vekt fordi de har et redusert matinntak grunnet dårlig matlyst, lite matinntak og tung pust (Helsedirektoratet, 2012). Dette stiller krav til gode tiltak rettet mot pusten før og underveis i måltidet. Det er også viktig at vi som sykepleiere kjenner våre begrensninger, og vet når vi bør be om hjelp fra andre fagpersoner. Vi kan samarbeide med ernæringsfysiolog da de kan gi mange gode råd og veiledning både til pasientene og oss sykepleiere.

I forkant av et måltid er det viktig å gjøre gode forberedelser. Dette innebærer at vi har gitt pasienten medisiner og mobilisert bort sekret. Under måltidet er det viktig at vi sørger for at pasienten har en god stilling. Stillingen må være lite slitsom for pasienten og kreve lite energi, for pasientene bør bruke all energi til å spise og drikke. Vi må sette pasienten i en oppreist stilling når han skal spise. Hvis pasienten ligger vil bevegelsen av toraks bli redusert grunnet hevet diafragma, og mageinnholdet presses oppover. Dette fører til nedsatt lungevolum samt dårligere ventilasjonsevne. Tyngdekraften sørger for at blodgjennomstrømningen i lungene går til de områdene som ligger lavest, så ved å hjelpe pasienten til å sitte oppreist sørger man for at fasongen på brystkassen og respirasjonsarbeidet reduseres. Hvis pasienten sitter i sengen er det viktig at vi hjelper til å heve hjertebrettet og fotenden. Dette hindrer pasienten i å synke sammen og skaper et feil trykk mellom abdomen og lungene (Holst 2008).

Når pasienten skal innta selve måltidet er det veldig viktig at maten vekker appetitt. Vi bør tilrettelegge så maten ser innbydende ut, slik at pasienten får lyst å spise. Vi sykepleiere må huske på brukervedvirkning, og i denne sammenheng er ønskekost viktig. Vi kan tilrettelegge

for ønskekost, det vil si at vi finner tak i mat som pasienten har lyst på å spise. Vi kan i samråd med pasienten sette sammen et måltid som dekker de ernæringsfysiologiske behovene, samt at det står i tråd med pasientens smak og ønske (Hougaard, 2008). Vi kan i samarbeid med matleverandør/kjøkkenet på sykehjemmet sørge for at maten blir tilsatt mer energi, slik at pasientene får et mer energirikt kosthold. Dette er veldig fint for de som ikke klarer å spise store porsjoner, da de får dekket mye av behovet for næringsstoffer via en mindre mengde mat. I de nasjonale faglige retningslinjene for KOLS anbefales det at pasienter med lungesykdommer spiser små men hyppige måltider. Vår oppgave som sykepleiere blir å undervise, veilede og tilrettelegge så pasientene kan få spise lite men ofte. Årsaken til at det anbefales og spise lite med ofte, er fordi det øker energiinntaket og pasienten slipper å kjenne press fra abdomen p.g.a. full mage. Press mot diafragma kan resultere i tung pust (Helsedirektoratet, 2012).

I flere tilfeller kan det hende at pasientene ikke orker å spise da de kan synes det er veldig slitsomt og krevende. Det kan være nyttig at vi som sykepleiere tilbyr et godt alternativ som er måltidserstattende næringsdrikker. Næringsdrikkene gjør det enklere å få i seg næring, da det kreves lite energi å få i seg en slik drikk. Det finnes flere typer som er laget for å passe pasienter med KOLS. Disse næringsdrikkene inneholder mye protein og kalorier, og et eksempel på en næringsdrikk som er spesifikk for underernærte KOLS-pasienter er Respifor fra Nutricia (Nutricia Norge AS, s.a). Fra praksis har vi mange gode erfaringer med bruk av næringsdrikker, da vi har sett resultater som vektoppgang over tid, mer energi til arbeid og bedre appetitt.

Vi vet at KOLS-pasienter med dårlig kosthold er utsatt for mangel av viktige næringsstoffer og deriblant vitamin D. Vi har funnet ut at forskning viser at pasienter med KOLS har økt risiko for D-vitaminmangel. Forskningen sier at tilstrekkelig D-vitamininnhold i kroppen kan hjelpe på røykrelaterte lungeskader. Forskning viser også at D-vitamin er en viktig del av immunsystemet da det virker anti-inflammatorisk og beskytter mot infeksjoner. Studier utprøvd på friske mennesker har bekreftet sammenhengen mellom lave D-vitaminlagre og luftveisinfeksjoner (Persson, 2013). Vi sykepleiere bør sørge for at pasientene får i seg D-vitaminrik mat som f. eks: fisk og margarin. Det kan også være nødvendig med tilskudd av D-vitamin i form av tablett. Alle tiltak som vi tror kan ha en positiv effekt for pasienten bør

prøves ut. Derfor ser vi det som et pluss at pasienten får i seg rikelig med D-vitaminer. Vi bør også forsøke å få i pasientene en del andre vitaminer og mineraler, da det er bra for å styrke immunforsvaret. Vitamin A og C er ekstra viktige for disse pasientene da det styrker slimhinnene. Vi kan sørge for at disse vitaminene tilføres maten eller de kan få multivitamin som tilskudd i form av tablett (Stai, 2005).

Det er viktig at vi har et økt fokus på kostholdet, men vi må også ha fokus på å opprettholde væskebalansen til pasientene. De har et utstrakt behov for væske gjennom en dag. Det er fint for de pasientene som strever med mye slim at vi tilbyr dem mye vann for å holde slimet tyntflytende. Vi kan også tilsette slimløsende middel i vannet eller i veldig dårlige perioder gi pasienten væske intravenøst som et tilskudd. I praksis har vi erfart at sitronvann har hatt like god effekt som f. eks bronkyl som er et kjent slimløsende legemiddel. Varm drikk dilaterer bronkiene og det kan virke avspennende i seg selv. Melkeprodukter kan gjøre slimet seigere og bør unngås. Pasienter med mye slim bør vi se til ha noe å spytte i ved siden av seg hele tiden. Cellestoff og en kopp med plastpose i er fint å bruke. Væskebehovet hos pasientene avhenger av kroppsvekt, aktivitet og kostholdet (Berntzen & Skaug, 2005). Norsk helseinformatikk anbefaler ca 2 liter væske per dag, inkludert væske de får i seg via maten (Johannessen, 2010). Det å drikke et glass vann til alle måltider er en god regel, men det lønner seg å drikke mest mot slutten av måltidet da vannet også gir en metthetsfølelse og rommer mye av abdomen. De med KOLS bør drikke mer enn 4-6 kopper væske per dag, og da fortrinnsvis på dagtid. Da slipper de hyppige toalettbesøk på natten som kan være energikrevende (Hånes, 1999).

For at pasientene skal få et optimalt måltid må vi tilrettelegge for gode omgivelser rundt pasienten. Vi må sørge for at det ikke er for varmt eller kaldt i rommet, og at det ikke er tung luft. Noen pasienter kan ha behov for å sitte for seg selv, fordi det krever mye energi å sitte og snakke og være sosial, samtidig som han har nok med å få i seg maten. Noen pasienter har et ønske om å sitte sammen flere, da det skaper en hyggelig sosial situasjon. Å sitte i et fellesskap kan bidra til å øke appetitten. Vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten å komme seg til fellesarealet på en slik måte at den sparer kreftene til måltidet. Vi kan også bringe maten til pasientrommet og sitte der sammen med pasienten når han spiser. Det er viktig at dette tilpasses hvert enkelt individ ut i fra ønske og behov.

Noen pasienter vil trenge hjelp til å spise, inkludert mating. Det å bli matet kan være en veldig sårbar situasjon fordi det kan oppleves veldig intimt. Det er vanskelig for både pasient og oss sykepleiere, da det er mye vi må ta hensyn til. Det er viktig med god tid og tålmodighet når vi mater, og det er ikke alltid like lett. I tidsrommet hvor alle pasienter på sykehjemmet får servert maten, er det ikke lett å ha nok tid å sette av til gode situasjoner for de som trenger mye tid. Vi må prøve å legge til rette dette så godt det lar seg gjøre. Det finnes noen vesentlige ting vi bør tenke på når vi mater. Vi bør ha kjennskap til pasienten, og vi må forsøke å være tilstede hos pasienten under hele måltidet og ikke gå til og fra. Vi må observere pasientens reaksjon på maten og gjøre pasienten så delaktig som mulig. Vi må sørge for at pasienten har en god sittestilling og legge tilrette for at pasienten kan se og lukte maten.

Det er gjort en studie ved universitetet i Örebro som underbygger det vi har skrevet om når det gjelder faktorer som påvirker inntaket av mat. Resultater fra studiet viser at pasientene mener at det å ha noen å spise sammen med er vesentlig for å føle velvære og matlyst. De nevner også faktorer som appetitt, aktivitet, god tid og hvor lett maten er å spise. Studiet får også frem hvilke positive og negative tanker KOLS-pasienter har om mat, og at underernæring hos KOLS-pasienter ikke kun skyldes vanskelighetene med å spise (Odenrantz, Ehnfors & Grobe, 2005).

4.3 Behovet for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile

I følge D. Orems teori om egenomsorg er et av menneskenes grunnleggende behov å opprettholde balansen mellom aktivitet og hvile. Derfor skal vi drøfte hva pasienter og vi sykepleiere kan gjøre for å opprettholde dette. Vi skal se på hvordan pusten påvirker denne oppnåelsen og hvilke tiltak vi kan gjøre for å dekke behovet for både det elementære med pust og videre balansen mellom å bruke energi og spare energi. Når pasientene er i aktivitet så brukes energi, og det kan være under f. eks: personlig stell, forflytning, og turer rundt på avdelingen. Med hvile mener vi når pasienten sparer energi som f. eks når han mottar hjelp under stell, forflytning ved hjelp av rullestol eller når den hviler i senga. Vi kan motivere og

tilrettlegge så pasientene kan benytte seg av hensiktsmessige hjelpemidler som f. eks rullator og gåstaver.

Orem var opptatt av at det var sykepleierens ansvar å observere og kartlegge pasientens egenomsorgsbehov og hvordan pasienten klarte å dekke disse behov selv eller hva den måtte ha hjelp til. Det er her vi sykepleiere kommer inn og i kraft av vår kompetanse vet hvilke tiltak som skal iverksettes og hvordan pasienten i samspill med oss når målene. Vi må gjennom faglig dyktighet, pasientens anamnese og brukervedvirkning finne fram til hvordan vi dekker pasientens behov. Vi sykepleiere kan hjelpe pasientene ved å samarbeide med andre faggrupper som f. eks: fysioterapeuter, ergoterapeuter og lege. Det er viktig at sykepleien blir gitt helhetlig og at alle sider ved pasienten blir ivaretatt.

For å belyse hvordan pasientene får det grunnleggende behovet for balanse i hvile/aktivitet dekket, har vi valgt å se på pasienten i ulike situasjoner og hvilke tiltak vi må sette inn. Disse situasjonene kan være når han gjennomfører morgenstell og ved forflytning i avdelingen samt når han legger seg for å sove i senga. Derfor vil vi se for oss pasienten i gjennom en vanlig dag på sykehjemmet. Når pasientene starter dagen er det vanlig at de bruker tid på sekretmobilisering og noen pasienter må utføre hosteteknikker nevnt tidligere i oppgaven. Dette gjør at pasientene er klare for å ta fatt på dagens første aktivitet som er morgenstell. Dette er et område som ikke bare av en hygienisk årsak er viktig, men dette er ofte det som legges til grunn for velbehag og opprettholdelse av en normal situasjon. KOLS kan ofte føre til at pasientene ikke orker å stå opp og stelle seg. Sykdommen har tatt grepet på hverdagen og satt nye betingelser for gjennomføringen av den. KOLS gir variabel dagsform og det gir oss sykepleiere utfordringen på å tilpasse hjelpen etter behov.

En psykolog ved Glittreklinikken har utført en studie som baseres på pasienters opplevelse av å leve med KOLS. Her beskrives det å få livet forandret, og at ADL ble vanskeligere å gjennomføre. Studien beskriver også at pasientene ble satt i et hjelpebehov etter de fikk diagnosen. Før de fikk denne så de på seg selv som en ressurs (Dager, 2006). En av informantene i den studien beskrev at ”*hun var alltid frisk før dette, men nå var hun konstant sliten og utmattet*”. Dette gir oss sykepleiere et bilde av at pasienten har med seg en historie

som vi må være bevisste på. Vi må vite hvordan pasienten var før sykdommen og hvilke rutiner og måter den gjennomførte personlig hygiene på når den bodde hjemme og gjorde alt selv. Dette handler også om brukermedvirkning, at pasienten er med på å bestemme hvordan han vil ha morgenstellet utført. Vår oppgave er at vi kompenserer der de ikke har krefter til gjennomføring, for da sparer pasientene på energien sin. Det gjør at de kan benytte den på andre områder det er vanskelig for oss å kompensere. Vi kan hjelpe pasienten med å vri opp kluten, samt hjelpe han med påkledning. Dette vil føre til at han har krefter til å sitte på fellesareal å spise frokost etterpå. En annen måte å spare energien for pasienten på er å være tilstede slik at vi ser an situasjonen og behovet underveis i stellet. Vi bør ta over på enkelte områder når vi leser pasientens kroppsspråk og lytter til pusten hans. Pusten vil være en indikator på når vi må sette inn hjelpen. Vi må i samråd med pasienten gi hjelpen før dyspnè inntreffer. Vi må i alle situasjoner gjøre vurderinger om behov for medisiner eller oksygentilførsel. Det er viktig at vi er i forkant av situasjonen og tilbyr hjelp til stellet. Det er gjort en studie på stell av lungesyke på en sykehusavdeling i Danmark, og den studien sier at det er viktig at sykepleiere tilbyr hjelp til pasientene (Jensen, Vedelø, & Lomborg, 2013, ss. 1005-15). Det kom fram i studien at pasientene kan virke friskere enn det de i realiteten er. Videre i studien så viste det seg at pasientene synes det var godt å utsette stellet til utpå dagen når formen har blitt bedre. Dette gjør at vi må vurdere pasientenes form og om vi skal utsette hele eller deler av stellet til senere på dagen. I praksis har vi f. eks erfart at noen pasienter synes det er mest komfortabelt å vente med en dusj til kvelden.

I forkant av selve stellsituasjonen så kreves en planlegging mellom pasienten og oss som sykepleiere. Dette gjelder uansett hvilket tidspunkt på dagen stellet gjennomføres på. Vi må sammen finne ut hvor pasienten er selvhjulpent og hvor vi skal tre inn og hjelpe til. En viktig ting vi gjør er å tilrettelegge omgivelsene. Tilrettelegging på badeværelset vil også være et bra tiltak for at pasienten kan spare på kreftene sine. Vi kan sette inn en dusjstol, ha alt tilgjengelig utstyr i umiddelbar nærhet til vasken og ha klærne lett tilgjengelig. Det kan hende at pasienten må hvile seg etter stellet før han en stund etterpå foretar påkledningen. Hjelp til dusjing kan være et tiltak, fordi dusjdamp kan framkalle dyspnè. Vi kan oppfordre pasienten til å bruke lette og løse klær, det vil gjøre pusten bedre ettersom klærne ikke strammer eller legger press på diafragma. Det er også slik at ved akutte situasjoner hvor pustebesværet oppleves alvorlig for pasienten vil det ha en lindrende effekt å løsne på klær og skjert i halsregionen. Vi erfarte i praksis at det hjalp å sette opp vinduer for å kjøle luften og at

pasienten kjente en sval bris. Dette handler om å tilrettelegge omgivelsene, og det blir et viktig tiltak i mange situasjoner for denne pasientgruppen.

Under selve stellet må vi tenke på plassering av pasienten. En riktig sittestilling under stellet er viktig for å oppleve god pust. Pasienten kan sitte på sengekanten og lene seg framover med hendene støttet på nattbordet, da vil det oppleves bedre å puste for han. Det er viktig at vi ser an hver enkelt pasient og deres behov under stellet, og tilpasser dette etter formen. Noen dager kan det være at stell i seng er bedre enn å gå på badet, og noen dager kan det hende vi må gjøre hele stellet for dem uansett tidspunkt på dagen og om det er på badet eller i sengen.

Når det gjelder fysisk aktivitet så er det mange faktorer som spiller inn for pasientene. Mange av dem vi møter på sykehjemmet har vært aktive mennesker før de kom til det stadiet at de ikke lengre greide å ta vare på seg selv. Mange har tidligere vært flittige turgåere og har vedlikeholdt fysisk aktivitet regelmessig. Disse pasientene er lette å få til å benytte anledninger gjennom en vanlig dag til å være i aktivitet på. Det er erfart fra praksis at de pasientene som ikke har hatt et bevisst forhold til å trene kroppen sin fra før, er de som kan være vanskelig å motivere i gang med trening. Pasienter med KOLS har nedsatt muskelmasse og dermed er de respiratoriske musklene også svekket. Dette gjør at ved alle prosesser som krever muskelarbeid vil det være ekstra behov for økt ventilasjonsarbeid. Fysisk trening til KOLS-pasienter vil gi en ubehagelig og tung pust, men har som mål på sikt å styrke respirasjonen (Lange & Martinez, 2011). Det er en viktig oppgave at vi sykepleiere veileder og motiverer til økt fysisk aktivitet i hensikt å hjelpe pasienten til å få en bedre pust. Konkrete treningsprogram, gå turer, dans og bevegelse er eksempler på aktiviteter som vi kan tilrettelegge for på avdelingen. Noen sykehjem har tett samarbeid med fysioterapeut, og dette er naturlig at blir en arena for trening for KOLS-pasientene. Fysioterapeutene kan også gi pasienter med KOLS egnet lungefysioterapi. Det er viktig at vi i forkant og under aktiviteter gjør observasjoner om pasienten får behov for medisiner eller oksygen. Flere av pasientene på sykehjem i stadiet tre-fire har oksygentilførsel hele tiden, og disse pasientene kan ha behov for ekstra mengde under fysisk aktivitet.

Oksygen (O₂) kan sees på som et legemiddel når det brukes av pasienter med KOLS, og er alltid forordnet av en lege. Det vi må vite er når det er økt behov for O₂-tilførsel, bivirkninger og vi må observere virkning og nytte av O₂ i visse situasjoner. Det står beskrevet i faglitteraturen at skal O₂ ha effekt i langtidsbehandling (LTOT), må den startes i gang før pasienten blir for dårlig. Dette fordi det kan ta måneder før pasienten merker effekten. Målet med slik behandling er å bedre livskvalitet og muligens forlenge levetiden hos pasientene. Behandlingen bør være at pasienten får O₂ mer enn 18 timer i døgnet, mest optimalt er det med 24 timer. Pasientene skal optimalt stå på laveste mulige dose O₂ for å oppnå blodgassverdier som er optimale, dvs. at arterielle O₂ verdi skal være over 8 og det må ikke være stigning av arterielle CO₂(Karbondioksid). Det vi enkelt kan gjøre av målinger daglig hos pasienter med KOLS er å måle saturasjon. Et akseptabelt nivå på SpO₂ hos denne gruppen er 90-92% (Crawford & Harris, 2008). Vi vet at det er mange og risikofylte bivirkninger ved oksygenbehandling. Dette gjør at det er viktig med gode sykepleieobservasjoner ved oksygenbehandling.

Når det gjelder effekt av O₂ opp mot fysisk utfoldelse, så viser det seg at det er gunstig for pasienten at den har kontinuerlig O₂-behandling. Da reduseres dyspnè og det forebygges hypoksi (Bailey, et al., 2013). Det som blir vår sykepleieoppgave er å følge med på at pasientene får riktig foreskrevet mengde O₂ til enhver tid. Det er viktig at vi innehar kunnskaper om bivirkninger og farer ved tilførsel av for mye O₂. Vi må vite hva som skjer hvis pasienten får for mye karbondioksid-gasser (CO₂) i blodet, og hva dette utløser av farer. Vi må være i stand til å observere tegn på tidlig CO₂-opphopning. Dette kan pasienten uttrykke som hodepine og vi kan se det på økt tretthet og langsommere respirasjon. Ved for mye CO₂ i blodet vil pasienten kunne havne i narkose og ubehandlet kan det føre til respirasjonsstans (Gravdal, 2000). Det er viktig at vi følger nøye med på dette hos de pasienter som står på LTOT. Vi må forsikre oss om at vi ikke misoppfatter allmenne symptomer som pasienter kan en vanlig dag, nettopp det med trøtthet og hodepine, med CO₂-opphopning.

En annen sykepleieoppgave som angår O₂-behandling er å tilse at utstyret føles behagelig på for pasienten og at pasienten får en opplevelse av frihet selv om den har kolbe med seg på gåtur. Oksygen kan gis på nesekateter, nese-/brillekateter eller maske. Det mest vanlige med

LTOT er nesebrillekateter og ved akutt behov for stor mengde O₂ kan maske være aktuelt for en kort periode. Medisiner kan også gis ved å bruke maske eller nebulisator med O₂-tilførsel. Nesebrillekateter kan ofte gi decubitus hos KOLS-pasientene, derfor må vi være nøye med å forebygge dette. Når pasienter får O₂ har vi erfart i praksis at slimhinnene ofte tørker ut, så om vi fukter luften vil det være bra. Etersom pasienter med KOLS er lett mottakelig for infeksjoner blir en viktig sykepleieoppgave å rengjøre utstyret. Vi må også være bevisst på at Oksygen er ekstremt brannfarlig, så vi må følge med på pasienten slik at den ikke utsettes for farer rundt åpen ild. Ved en eventuell brann må O₂ stenges av. Pasientene som har bruk for kontinuerlig O₂-tilførsel vil kanskje synes at det å være mobil rundt i avdelingen er vanskelig med slange, kolbe og kanskje en kondensator som bråker. En viktig oppgave for oss blir da å motivere, tilrettelegge og tilpasse så pasienten kan opprettholde sin sosiale del av hverdagen. Vi kan hjelpe pasienten å forflytte utstyr og sørge for at pasientene har det mest optimale utstyret til sitt nivå. Eks: lettflasker til transport og stillegående kondensator til pasienter som liker å være sosiale på fellesarealet(AGA, 2006).

Noen av KOLS-pasientene vi har møtt i praksis har hatt nytte av O₂-tilførsel på natten, men vært ute tilførsel på dagtid. Dette varierer veldig fra pasient til pasient. Noen har også behov for det vi kaller ventilasjonsstøtte. Det er ment for de pasientene som har utviklet respirasjonssvikt; at blodet får høyt innhold av CO₂ og for lite O₂. I praksis har vi møtt flere pasienter som har hatt NIV-behandling (non-invasive-ventilasjon). Dette har ført til lavere mortalitet, færre sykehusinnleggelser grunnet eksaserbasjon og rimeligere behandling samfunnsøkonomisk (Bailey, et al., 2013).

NIV kan gis på apparater som gir overtrykk ved inspirasjon og ekspirasjon av luft inn og ut av lungene (CPAP) eller som gir høyere overtrykk ved inspirasjon enn ekspirasjon (BiPAP). Det er viktig at vi setter oss inn pasientens journal om det står beskrevet at dette kan tas i bruk ved akutt forverring hos pasienten. Det som skjer er at hvis pasienten blir enda dårligere med pusten og det oppstår behov for videre behandling på sykehus, må det avklares om mottakene sykehus f. eks på natt kan ta imot en slik pasient for respiratorbehandling.

Respiratorbehandling vil være neste steg i behandlingen hvis NIV ikke hjelper pasienten nok. Hos disse pasientene er det høy mortalitet(Oksholm, 2010). Sykepleieoppgaver ved NIV blir mye teknisk rettet rundt utstysbruken, renhold og tilpassing av maske. Vi må også passe på at

ikke pasientene får decubitus etter nese-brillekateteret. Ellers blir det observasjoner av effekten samt av vitale parametre for å sørge for optimal effekt. Vi har en viktig rolle i å dele erfaringer, observasjoner og spesielle hendelser med legen til pasienten. Alltid når det gjelder medisiner og oksygenbehandling så er det en lege som må forordne, mens vår rolle blir å håndtere utstyr og medisineringen/oksygentilførselen på en forsvarlig måte for både pasienten og oss selv.

I sykepleie av KOLS-pasienter er oksygenbehandling en vesentlig kilde til å fremme aktiviteter hos denne pasientgruppen. Vi vet også av erfaring og kunnskap om KOLS, at de har et utstrakt behov for å hvile i løpet av en dag. Pasienter med KOLS er ofte plaget med hoste og tungpusthet på natt og i morgentimene, slik at de har et økt behov for å hvile seg gjennom dagen. Noen pasienter har nytte av ekstra medisinerings på natta, slik at de slipper å våkne med tette luftveier på morgenen. Pasienter som lider av pustebesvær vil ofte føle seg utmattet og dette fører til nedsatt aktivitet. Da kan pasienten fort havne inn i en ond sirkel som består av redusert aktivitetsnivå, dårlig kondisjon som igjen reduserer aktivitetsnivået (Oksholm, 2010). Det er påvist at fysisk aktivitet øker muskelmassen i respirasjonsmusklene slik at det resulterer i bedre ventilasjon (Lange & Martinez, 2011). Derfor er det viktig at vi tilrettelegger for balanse mellom fysisk aktivitet og hvile. Nok hvile vil gi pasienter energi til å trene, som igjen gir gevinst for velbehag i hverdagen. Som sykepleiere må vi være i stand til å tilrettelegge for gode hvilestunder for pasientene.

For å få til gode hvilestunder gjennom dagen er det viktig at vi hjelper pasientene å finne gode stillinger å hvile i. Endring av stilling er et viktig tiltak rettet mot bedring av pust og mobilisering av sekret. Vi kan få pasientene til å strekke hendene over hodet og rett ut fra kroppen, dette gjør så toraks utvides og bedrer ventilasjonen. For sengeliggende pasienter finnes det ulike drenasjeleier. I praksis erfarte vi at hovedmomentet var å skifte sengeleie hyppig, helst hver andre time. Pasientene ble lagt i sideleie og med den siden med mest slim opp for da renner dette ved hjelp av tyngdekraften ned mot trakea og kan hostes opp eller suges vekk manuelt. At vi hjelper pasienten å ligge i bukleie kan også være et hjelpemiddel for å drenere slim. Dette må tilpasses hver enkelt pasient og hva pasienten synes er effektivt og behagelig. Hensikten med stillingsendringer er å oppnå endringer i regional ventilasjon, riktig pustemønster og lettere og redusert pustearbeid, samt sørge for mobilisering og

transport av sekret. Man kan veksle mellom å ligge på høyre og venstre side, ryngleie, mageleie, fowlers leie og sittende fremoverlent støende mot et bord eller lignende. Det er viktig at man prøver seg ut litt og finner løsninger som gir best respons og best klinisk effekt, samt velvære og behag for pasienten (Bergbom & Nilsson, 2000).

Vi kan hjelpe pasientene til å få god nattesøvn ved å tilrettelegge omgivelsene med kald luft på rommet. Vi kan også sette inn en vifte på rommet. Pasienter med KOLS bør få tildelt seng som er elektrisk regulerbar. Dette vil gi mange muligheter for god ligge-/sittstilling for pasienten, samt en bedre arbeidsstilling for oss som hjelper pasienten. Når pasienter har pustebesvær og sekretproblematikk er det vår oppgave å ivareta pustebesværet først. Vi må finne gode stillinger for å lette på respirasjonen slik at pasienten får hvilt seg. Det er viktig at pasienten opplever stillingen behagelig, hvis ikke greier han ikke å hvile seg. Noen pasienter trenger mye hjelp til leiring i senga, mens andre trenger hjelp til kun få ting. Vi erfarte i praksis i hjemmesykepleien at flere pasienter med KOLS hadde nattesøvnen sin i lenestol på stua. Inne på en sykehjemsavdeling kan vi også tenke alternativt til sengen, at pasienten får bedre hvileposisjon i en lenestol. Dette blir individuelt for hver enkelt pasient hva som fungerer og ikke. En bra type stol til disse pasientene er løfte- og hvilestoler som kan skaffes gjennom hjelpemiddelsentraler. Disse er elektrisk justerbare opp/ned og rygg- og fotende kan heves/senkes etter behov. Dagsform vil også være avgjørende for mengde hjelp. Et annet tiltak på natten er å sette inn en dostol på rommet til pasienten, hvis den blir veldig tungpust av å gå på toalettet. Vi kan også tilby bekken eller urinflaske på natten. Dette vil spare energiforbruk for pasientene.

I Sykepleieboken 1 står det skrevet at sammenliknet med flatt ryngleie og sideleie gir høyt ryngleie bedre bevegelse av toraks, økt hvilevolum, bedre ventilasjon og mindre respirasjonsarbeid og redusert fare for atelektase (Holst, 2010). Derfor må vi til hver pasient finne ut hvilken stilling som letter på pustebesværet. Hvilestillinger er bra for pasientene for å sikre best mulig respirasjonsfrekvens og at de er sparsommelige med respirasjonsarbeidet.

En stilling som ofte er brukt til pasienter med pustebeviser er Fowlers leie. Ved dette leiet er pasienten i seng og hodeenden er i hevet posisjon. Det er også lagt to puter på langs under toraks med en pute på tvers i øvre kant som hodet hviler på. Vi legger også store puter under armene slik at pasientene hviler armene godt langs siden eller i svak bue foran overkroppen. Fotenden er lett hevet og med b y under knærne. Det er viktig at sykepleieren observerer hvordan pasienten opplever bruken av puter. De må føles behagelig, og de skal ikke være til hinder for pusten men hjelpe til så respirasjonen blir lettere (Nygaard, 2012). Semi-Fowlers leie er en teknikk hvor pasienten ligger i 45 graders vinkel med hodeenden slik at diafragma får muligheten til å ekspandere (Harris & Crawford, 2008). Enkelte pasienter vil synes at en sittestilling lett foroverbøyd med overkroppen er behagelig for pusten. Gj rne med armene lent på et bord foran seg. Dette gjelder også i st ende stilling. Hvis pasienten får behov for å hvile seg i løpet av en gåtur kan han stoppe opp og hvile seg. Han kan stå lett foroverbøyd med hendene støttet på noe, eller støtte kroppen inn mot en vegg for å slappe av. Dette er stillinger som kan bidra til å lette pustebeviser.

I all sykepleie til pasientene med KOLS er det viktig at vi tilpasser aktivitetsnivået individuelt. Det samme gjelder med hvile. Disse pasientene tåler ikke stor fysisk belastning f r de får pustebeviser. Dette gjør at vi må vite når den enkelte har behov for medisiner og eventuelt oksygen. For å oppnå balanse mellom aktivitet og hvile er det mange faktorer som spiller inn. Det som blir vår viktigste oppgave er å støtte pasientene til å være mest mulig aktiv gjennom en dag, og at de er mest mulig selvhjulpen. Vi må også hjelpe pasientene så de får hvilt seg, og vi må sammen med pasienten finne stillinger som passer den enkeltes behov.

5.0 Konklusjon

Vi har i denne oppgaven sett på hvordan vi kan hjelpe pasienter med KOLS å dekke sine grunnleggende behov. Vi har kommet fram til at det er mange ulike faktorer som påvirker dette, og det er mye som avhenger av v r opptreden, tilrettelegging og veiledning. Vi sykepleiere må være bevisste på hvilken påvirkning kroppsspråket og v r framtden har på

denne pasientgruppen. Vi kom fram til at vi kan bruke oss selv som et redskap for å instruere, støtte og virke beroligende på pasienten og dermed lindre pustebesvær. Ved å gjennomgå teori om KOLS og sammenligne den med egne praksiserfaringer fant vi ut at sykdommen påvirker mange ulike sider av pasientene. Dette er pasienter som strever med respirasjonen, og vi har erfart at den influerer på mange andre områder. Dette fører til at pasientene ikke greier å gjennomføre alle gjøremål. Vi fant derfor ut at sykepleietiltak for å bedre respirasjonsarbeidet må settes inn for at pasientene skal greie andre gjøremål.

Vi sykepleiere må sørge for at pasientene får dekket behovet for tilstrekkelig med luft først. For å hjelpe pasientene med dette er det mange tiltak vi så nytte av å sette inn. Vi må sørge for at pasientene får mobilisert sekret, da det er en viktig faktor for å bedre respirasjonen. Dette kan pasienten gjøre ved å bruke ulike hosteteknikker eller ved å endre leie. Vi har også sett at det er en positiv effekt av rikelig med vann, kald luft og bruk av PEP-utstyr. Vi har sett at medisiner er viktig for å bedre forholdene rundt respirasjonsarbeidet til pasientene. Vi må sørge for at pasientene får administrert medisinene riktig, og at vi ser når pasientene har økt medisinbehov eller behov for tilførsel av oksygen. Når pasientene skal få behovet for ernæring dekket er det viktig at pasienten har god pust. Dette er en forutsetning for at pasientene skal klare å gjennomføre måltider. Vår oppgave blir å gjøre gode forberedelser i forkant av måltidene. Vi må hjelpe pasientene til å sitte godt, og tilrettelegge omgivelsene. Vi må ha avklart om pasientene ønsker å sitte alene eller på fellesareal. Vi må også avklare om det er behov for hjelp til selve spisingen. Vi har funnet ut gjennom faglitteraturen at maten til denne pasientgruppen bør inneholde en del vitaminer for å styrke immunforsvaret. Vi har også funnet ut at pasientene bør innta små men hyppige måltider. Dette betyr at vi sykepleiere må tilrettelegge for ernæringsrike måltider og at pasientene kan bli tilbudt ernæringsdrikker i tillegg. Når vi skal hjelpe pasientene til å dekke behovet for balanse mellom aktivitet og hvile så er det flere ting vi må gjøre. Et viktig sykepleietiltak blir å hjelpe pasienten til å være mest mulig deltagende i alle situasjoner. Ved at vi motiverer og tilrettelegger for aktiv deltagelse blir det en form for fysisk aktivitet i seg selv. Vi fant ut at denne pasientgruppen hadde et utstrakt behov for å hvile, og det er en viktig sykepleieoppgave å tilrettelegge for gode hvilestillinger. Vi kom fram til at pasientene brukte mye energi på det å puste, slik at behovet for energibesparende arbeid ble viktig for dem. Vi kan kompensere helt eller delvis der vi ser at vi kan hjelpe dem å spare energi. En viktig rolle for oss er at vi samarbeider med pasienten

på bruken av energi, slik at pasienten har overskudd og energi nok til å utføre selvvalgte aktiviteter.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett at sykdommen gir mange utfordringer for pasientene. Dette stiller krav til at flere enn bare sykepleiere arbeider rundt dem. Vi har kommet fram til at det er nyttig med et tverrfaglig samarbeid for å kunne yte en god og målrettet sykepleie. Dette inspirerer oss til å se videre på hvordan vi kan få til et godt samarbeid med annet helsepersonell, og på den måten sørge for at pasienten opplever god livskvalitet og får alle sine grunnleggende behov dekket.

Siterte verk

- *AGA, Linde Gas Therapeutics. (2006). *Oksygenbehandling - brukerhåndbok*. Oslo: Grafia kommunikasjon AS.
- *Almås, H. (1992). Sykepleie til pasienter med forstyrrelser i lungefunksjonen. I H. r. Almås, *Klinisk sykepleie* (ss. 247-294). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- *Bailey, P., Boyles, C., Cloutier, J., Barlett, A., Goodridge, D., Manji, M., & Dusek, B. (2013, januar). Best practice in nursing care of dyspnea: The 6th sign in individuals with COPD. *Journal of Nursing education and practice*.
- *Bergbom, I., & Nilsson, M. (2000). *Vård av pasienter med andningsproblem*. Studentlitteratur, Lund.
- *Berntzen, H., & Skaug, E.-A. (2005). Respirasjon. I N. j. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende Sykepleie* (ss. 45-88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- *Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Crawford, A., & Harris, H. (2008, January). *www.modernmedicine.com*. Hentet fra COPD Help your patients breath easier: Lokalisert på:<http://www.modernmedicine.com/modern-medicine/news/copd-help-your-patients-breathe-easier>
- *Dager, T. N. (2006). *"Jeg har vel ikke direkte sagt til noen at jeg har KOLS"*. LHL, Glittreklinikken.
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- *Gravdal, M. V. (2000, 05). Lungepasienter med langtidsoksygenterapi - en forsømt gruppe i norsk helsevesen. *Sykepleien*, ss. 56-59.
- *Gulsvik, A., Steinert, S., Henrichen, S.H., Skyberg, K., Langdahl, L., Humerfeldt, S., Myrseth, S.E (2002), *Veileder til diagnose, behandling og forebygging av KOLS*, Oslo; Den Norske Lægeforening
- *Gursli, S. (2005). *Lungefysioterapi*. Oslo: Unipub AS.

- *Hånes, H. (1999). *Kosthold ved lungesykdom*. Oslo: LHL.
- *Hånes, H. (2013, 11 15). Lokalisert på:www.fhi.no. Hentet fra KOLS - fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom: Lokalisert på:http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6176&MainContent_6261=6464:0:25,6177&List_6212=6218:0:25,6180:1:0:0::0:0
- *Hansen, E., Moll, L., & Laursen, L. (2011). KOL-eksacerbation. I L. Moll, P. Lange, & B. Dahl, *KOL- sykdom, behandling og organisation* (ss. 123-136). København: Munksgaard Danmark.
- *Harris, H., & Crawford, A. (2008, Januar). COPD: Help your patients breathe easier. *Modern Magasine*.
- *Helsedirektoratet. (2012, 11). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av KOLS*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 01 20, 2014 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols/Documents/IS-2029Revidert.pdf>
- Holst, I. J. (2010). Respirasjon. I T. E. Mekki, *Sykepleieboken 1* (ss. 339-359). Oslo: Akribe.
- Hougaard, L. (2008). Ernæring. I T. r. Mekki, *Sykepleieboken 1* (ss. 453-490). Oslo: Akribe AS.
- *Jacobsen, D., Kjeldsen, S., Ingvaldsen, B., Lund, K., & Solheim, K. (2003). *Sykdomslære-indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Jensen, A., Vedelø, T., & Lomborg, K. (2013, 04). A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 1005-15.
- Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- *Johannessen, T. (2011, 07 20). [www.nhi.no](http://nhi.no). Hentet fra Vann- og væskeinntak: Lokalisert på:<http://nhi.no/livsstil/livsstil/diverse/vann-og-veskeinntak-37627.html?page=5>

- *Johannessen, T. (2013, 11 15). *www.NHI.no*. Hentet 01 22, 2014 fra KOLS: Lokalisert på:<http://nhi.no/sykdommer/lunger/kols/kols-2138.html?page=3>
- Kirkevold, M. (1998). Dorothea Orems egenomsorgsteori. I M. Kirkevold, *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (3.utg) (ss. 128-143). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- *Lange, P., & Martinez, G. (2011). Motion og fysisk trening. I L. Moll, P. Lange, & B. Dahl, *KOL - sykdom, behandling og organisation* (ss. 137-142). København: Munksgaard Danmark.
- *Larsson, K. (2012). *KOL - våga skaffa ett bättre liv*. Karolinska Institutet University Press.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., & Reinart, L. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert praksis - En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- *Nutricia Norge AS. (s.a). *www.nutricia.no*. Hentet fra Hjelp KOLS-pasienten til et bedre liv.: Lokalisert på:http://www.nutricia.no/images/uploads/Files/BROSJYRER/Hjelp_KOLS_pasienten_til_et_bedre_liv.pdf
- *Nygaard, C. (2012, 2). *www.nsf.no*. Hentet fra Behandling av pasienter med dyspnè: Lokalisert på: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/873968/Behandling%20av%20pasienter%20med%20dyspn%20E9.pdf>
- *Odenrantz, S., Ehnfors, M., & Grobe, S. (2007, 03 21). *www.pubmed.gov*. Hentet fra Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): part II. RNs' experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status: Lokalisert på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17428215>
- *Persson, L. (2013, 02). *www.naaf.no*. Hentet fra Kan D-vitaminbrist påvirke sjukdomsforløp hos pasienter med KOL: Lokalisert på: http://www.naaf.no/Documents/1.%20Allergi%20i%20Praksis/2.2013/Sider%20fra%20AIP%202_2013_Persson_D-vitaqmin_og_kols_side_18_24.pdf
- *Stai, E. (2005). *Å leve med lungesykdom*. Oslo: LHL.
- *Truesdell, S. (2000, 08 01). *www.ebscohost.com*. Hentet fra Helping patients with COPD manage episodes of acute shortness of breath: Lokalisert

på:<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/detail?sid=54bad885-05e9-45f7-ae57-7097c6e3b854%40sessionmgr4001&vid=7&hid=4206&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2000056818>

*Urbano, F., & Pascual, R. (2005, Juni). Contemporary Issues in the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of managed care pharmacy*.

*WHO. ((s.a.)). *www.who.com*. Hentet fra Burden of COPD: Lokalisert på:<http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>

Vedlegg 1

Forfatter	Artikkel	Års-tall	Database	Beskrivelse av søk	Relevans
Odenchantz, Ehnfors og Grobe.	Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part I. Struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD.	2005	PubMed	COPD = 54360 treff And nutrition and meal=13 treff	Hvilke faktorer virker inn på måltidene hos KOLS-pasienter
Urbano og Pascual	Contemporary Issues in the Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease	2005	PubMed	I sykepleieboken 3, i kap ”sykepleie til pasienter med lungesykdommer” refereres det til en artikkel: <i>body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease</i> . Ved søk på denne kom det opp flere artikler som var relevant for søkeordene, og da fant vi artikkelen <i>Contemporary Issues in the Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>	Evaluerer relevante kliniske temaer i pleie av KOLS-pasienter

Glitreklubben	"Jeg har vel ikke direkte sagt til noen at jeg har KOLS"	2006	www.LHL.no/glitreklubben	Etter anbefaling fra sykepleier på medisinsk avdeling SIT, gikk vi inn på nettsiden til LHL - fag og forskning – publikasjoner. Der fant vi denne artikkelen	Alle pasienter har en historie med seg, og vi må lytte til den for å kunne gi best mulig pleie.
Odenrantz, Ehnfors og Grobe.	Living with chronic pulmonary disease: part II. RN's experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status.	2007	PubMed	COPD= 54630 treff And nursing =1374 And nutrition=50	Hvilke utfordringer sykepleiere har i møte med KOLS-pasienter
Jensen, Vedelø og Lomborg.	A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease.	2012	PubMed	Søkeordet COPD = 54630 treff And breathlessness=4177 And respiratory nursing =12 treff	Pasienters opplevelse av å motta hjelp til personlig stell på en inkluderende måte.