



Høgskolen i Hedmark

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4 BACH

Venke Berget Sveen og Karl Oskar Møen Haugrud

Veileder: Bente Bjørslund

”Hjelp, jeg får ikke puste!”

”Help, I cannot breathe!”

Antall ord: 11733

Bachelor i sykepleie, kull 124

BASY 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge reinnleggelser i sykehus hos hjemmeboende kols pasienter gjennom veiledning?»

Hensikt: I denne oppgaven ønsket vi å finne ut hvordan sykepleier i kommunehelsetjenesten kunne bidra til å forebygge reinnleggelser i sykehus hos kols pasienter. Vi ville finne ut hvordan dette kunne oppnås ved hjelp av veiledning og samhandling med pasienten.

Metode: Dette er en avsluttende fordypningsoppgave i sykepleie som har litteraturstudie som metode. Oppgaven inkluderer pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningslitteratur og egne erfaringer.

Konklusjon: Hjemmeboende pasienter med kols har ulike utfordringer i hverdagen. Studier viser at de på grunn av sin sykdom har dårligere livskvalitet sammenliknet med resten av befolkningen. Utfordringene kols pasientene står ovenfor medfører hyppige reinnleggelser på sykehus. Det kommer frem i studier at undervisning og veiledning i å mestre egen sykdom kan bidra til økt livskvalitet og redusere antall reinnleggelser på sykehus. Ved veiledning utruker sykepleieren pasienten slik at han er bedre i stand til å mestre egen sykdom. Bruk av telemedisinsk utstyr har vist seg å kunne være et godt hjelpemiddel for kols pasienter som bor hjemme.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for oppgaven i et samfunnsmessig perspektiv	5
1.2 Personlig relevans	6
1.3 Hensikt med oppgaven og problemstilling.....	6
1.4 Avgrensing av oppgaven	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Litteratursøk	7
2.2 Presentasjon av forskning og selvvalgt litteratur	9
2.3 Kildekritikk	14
2.4 Etisk vurdering	14
3.0 Teori	15
3.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom	15
3.1.1 Utfordringer i hverdagen	17
3.2 Helsefremmende sykepleie	18
3.2.1 Sykepleieteoretiker Dorothea Orem.....	18
3.2.2 Empowerment begrepet.....	20
3.2.3 Veiledning gjennom dialog for mestring	20
3.3 Hjemmesykepleiens funksjon og ansvar	21
3.4 Lover og retningslinjer	23
4.0 Drøfting	25
4.1 Veiledning og empowerment	25
4.2 Utfordringer i hverdagen for kolspasienten.....	30
5.0 Konklusjon	36
6.0 Litteraturliste	37

Vedlegg 1. PICO skjema.....

Vedlegg 2. GOLD skjema.....

Vedlegg 3. Egenomsorgsbehovene

Vedlegg 4. Aktiv lytting.....

1.0 Innledning

Denne avsluttende oppgaven i sykepleie tar utgangspunkt i pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom [kols] og utfordringene denne pasientgruppen har ved kolsforverring. Vi vil fokusere på sykepleiers rolle i å styrke pasientene gjennom brukermedvirkning og empowerment slik at mestring over eget liv kan oppnås.

Studien til Bentsen, Klopstad Wahl og Rokne (2013) viser at kolspasienter sin livskvalitet har vist seg å være dårligere enn resten av befolkningen i Norge. Livskvaliteten endrer seg negativt i takt med sykdommens forverring, og svekker pasientene fysisk og psykisk helse samt deres sosiale liv. Ettersom kols påvirker hele livssituasjonen, ser vi at Dorotea Orems teori om egenomsorgsbehov passer godt for forståelsen av kolspasienters utfordringer og behov. Orem fokuserer på praktisk sykepleie og hvordan sykepleier kan bruke kompetansen sin til å legge til rette for at behovene blir nådd (Cavanagh, 2001). I denne prosessen der sykepleier skal finne passende tiltak har sykepleiere gjennom samhandlingsreformen et stort ansvar i å forebygge sykdom og utruste pasienten (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009).

1.1 Bakgrunn for oppgaven i et samfunnsmessig perspektiv

Kols er en sykdom som har blitt et folkehelseproblem, da det er en økende forekomst både i Norge og resten av verden. Kols utgjør sammen med kreft, diabetes og hjerte- karsykdommer to tredjedeler av alle dødsfall i verden (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Hvert fjerde dødsfall for de som er yngre enn 60 år skyldes disse sykdommene. Norge har som målsetning å redusere tidlige dødsfall grunnet disse sykdommene med 25 % innen 2025 (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Det er anslått at de direkte kostnadene ved kols er mellom en og to milliarder hvert år (Helsedirektoratet, 2012). Man tror at så mange som 400 000 personer har kols i Norge, men opptil 75 % av disse er ikke diagnostisert (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Dette kan skyldes uvitenhet og bagatellisering av sykdommen hos pasienten, samt manglende bevissthet hos helsepersonell. Tobakksrøyking har vist seg å være hovedårsaken til kols, da 80 % av de som har sykdommen er røykere (Norsk helseinformatikk, 2013). Mange som røyker kan kvie seg fra å kontakte fastlege fordi de føler skyld og ansvar over egen sykdom. Hvert år dør cirka 2000 personer i Norge på grunn av kols. Da disse pasientene har tilleggs-sykdommer, som for eksempel hjertekarsykdommer og dødsårsaken blir relatert til dette, kan det riktige antallet være høyere (Helsedirektoratet, 2012).

1.2 Personlig relevans

Etter nå snart tre år på sykepleierhøyskolen og flere praksiser har vi møtt flere kols pasienter, både i hjemmesituasjon og i spesialisthelsetjenesten. Vi har sett og erfart hvordan denne sykdommen reduserer pasientens livskvalitet. Ved å øke kunnskapen og få pasienten mer delaktig i sin sykdom tror vi at dette vil minske symptomer, bedre pasientens livssituasjon og heve evnen til å delta i dagliglivets aktiviteter. Vi ser for oss at kunnskapen vi får igjennom denne oppgaven vil styrke vår kompetanse i møte med kols pasienten og i vår utøvelse som sykepleiere.

1.3 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Vår erfaring er at helsepersonell i kommunen ikke har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap til å ivareta denne pasientgruppen. Det er hyppig bruk av ufaglærte og stor utskifting av personale. Reinnleggelse på sykehus er belastende for pasienten og det koster samfunnet mye økonomisk. Hensikten med oppgaven er at vi kan lære mer om hvordan sykepleier kan forebygge reinnleggelser ved kolsforverring hos hjemmeboende kols pasienter.

På bakgrunn av dette har vi kommet fram til følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge reinnleggelser i sykehus hos hjemmeboende kols pasienter gjennom veiledning?»

1.4 Avgrensning av oppgaven

Vi har i vår oppgave om sykdommen kols valgt å avgrense til pasienter som bor hjemme, har alvorlighetsgrad 3-4 og som mottar bistand fra hjemmesykepleien. Avgrensingen vil også gjelde for pasienter over 50 år og vil inkludere både menn og kvinner. Grunnen til denne avgrensningen er at våre forskningsartikler tar for seg pasienter innenfor denne aldersgruppen. Vi har i vår oppgave valgt å fokusere på sykepleien til kols pasienter og derfor har vi utelatt områder vi ser kan være viktige for kols pasienten. Dette gjelder særlig den medisinske og den ernæringsmessige behandlingen hos disse pasientene. Vi tror at sykepleieren ved hjelp av sin kompetanse og tilstedeværelse kan bidra til trygghet og lindring for pasienten uten medikamentell behandling. Vår drøfting vil omhandle hvordan sykepleieren ved hjelp av sin kompetanse kan bidra til at pasienten får økt kunnskap, forebygge angst og økt sin fysiske aktivitet. Vi vil hjelpe pasientene til å finne løsningsorienterte strategier, slik at de kan ta tilbake kontrollen over egne liv.

2.0 Metode

I denne oppgaven vil vi benytte oss av eksisterende forskning, dette kalles litteraturstudie. Metode kan defineres på følgende vis:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel for å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder »

skriver Wilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2012, s.111).

Det vil si at vi benytter eksisterende forskning og litteratur for å finne svar på og belyse vår problemstilling, for så å drøfte dette opp mot hverandre senere (Dalland, 2012). Når man anvender litteraturstudier finnes allerede mye litteratur tilgjengelig i databaser og faglitteratur, noe som vi ser på som en fordel. Utfordringen kan være at det er mye litteratur tilgjengelig og dette er tidkrevende å lese gjennom. Vi har søkt både kvantitative og kvalitative studier. Forskjellen på disse er at de kvantitative metodene går mer i bredden, er målbare, strukturerte og systematiserte. Gjerne da med statistikk og tall. Kvalitative metoder på den andre siden har som mål å innhente opplevelser og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste. De har som mål å formidle forståelse (Dalland, 2012).

2.1 Litteratursøk

I denne oppgaven har vi benyttet oss av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Når vi skulle finne litteratur brukte vi høyskolens bibliotek og skolens databaser. Vi kommer til og presentere de mest relevante bøkene vi har brukt, da vi anser det som en selvfølge og bruke pensumlitteratur kommer vi ikke til og presentere disse.

- *Lungerehabilitering* av Audhild Hjalmarssen (2012)
- *Orems sykepleiemodell i praksis* av Stephen J. Cavanagh (2001)
- *Lungesykdommer* av Petter Giæver (2015)
- *Helbredets mysterium* av Aron Antonovsky (1987/2000)
- *Sykepleie-pedagogisk praksis* av Hildfrid Brataas (Red) (2011)

Dette er forholdsvis nye bøker som inneholder mye relevant fagstoff for vår problemstilling. Vi ble anbefalt av vår veileder og bruke en forskningsartikkel som omhandler brukermedvirkning på sykehus (Bjørslund, Kvigne & Wilde Larsson, 2012). Denne synes vi passet fint for vår problemstilling. Når vi skulle skrive om hensikten av oppgaven i et samfunnsmessig perspektiv valgte vi og bruke NCD-strategi 2012-2017, Kols. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, diagnostisering og oppfølging (Helsedirektoratet, 2012) og Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Disse retningslinjene fra departementet sier noe om hvordan vi som sykepleiere skal utøve sykepleie og de legger føringer for hvordan helsetjenesten skal tilrettelegges.

Av sekundærlitteratur har vi kun benyttet oss av Stephen Cavenagh's bok om Orem's sykepleiemodell i praksis. Grunnen til at vi benyttet oss av denne sekundærkilden er at den var lettere å forstå sammenliknet med Orem's egen presentasjon av sin teori på engelsk.

Ved søk etter litteratur har vi vært kritiske til utvalgte kilder. Vi ønsker å benytte oss av de nyeste artiklene og helst unngå artikler som er eldre enn ti år. Nedenfor er det utarbeidet en liste over aktuelle databaser. Fortrinnsvis er oppsummert forskning benyttet, dette fordi den er et resultat av flere liknende forsknings studier. Enkeltstudier er også benyttet. Eksempler på databaser vi har benyttet oss av er: Pubmed, SveMed+, Google Scholar, British Medical Journal, Cochrane Library og Cinahl. Søkord benyttet er: Kols, hjemmesykepleie, forebygge reinnleggelser, hjelpemidler, livskvalitet, tiltak, kompetanse, undervisning, samarbeid, sykepleiere, teknologi og rehabilitering. For å snevre inn antall treff brukte vi forskjellige kombinasjoner av disse søkeordene. PICO skjema ble benyttet i søkeprosessen. Vedlegg 1. Artikler ble valgt gjennom å lese abstraktene på artiklene som hadde relevante titler. Var abstraktene aktuelle leste vi artiklene i fulltekst og valgte dem ut ifra deres relevans.

Den første databasen som ble brukt var Pubmed. Her ble det brukt forskjellige søkeord, men søkeord som ble benyttet flere ganger var «COPD», «Nursing», «Quality of life» og «Self efficacy». Et eksempel er søk nr. 1. Første søkeord var «COPD» med avgrensning på siste 10 år. Da fikk vi 31440 treff. Deretter kombinerte vi søket med «AND» og «Quality of life» som resulterte i 3420 artikler. Vi kombinerte dette med enda et søkeord «Norway», for å innsnevre oss mot norske studier som ga oss 22 artikler. Alle titlene ble lest, tre abstrakter ble lest og en artikkel valgt ut til oppgaven.

Den andre databasen som ble brukt var British Medical Journal. Vi søkte etter fulltekstartikler med søkeordet «COPD» og fikk da 334 treff. Kombinerte med «Home based care» og «Reduced hospital» og endte opp med 50 treff. Herav 50 titler, 5 abstrakter og 3 hele artikler. Vi valgte 2 artikler som ble inkludert i oppgaven. Den ene artikkelen ble publisert i 2002, men vi mener den fortsatt er relevant fordi den viser hvordan veiledning kan gi den hjemmeboende kolspasienten økt kunnskap, hvilket er relevant for vår problemstilling.

Den tredje databasen vi benyttet oss av var Wiley Online Library. Vi benyttet søkeordene: «COPD», «Nursing» og «Empowerment» og endte da opp med 262 treff. Den første artikkelen i søket var interessant og denne ble valgt ut etter at abstraktet og fulltekst var lest.

Den fjerde databasen vi brukte var Cinahl+. Vi brukte søkeord «COPD» og fikk 6284 treff. Kombinerte så med «Empowerment» og fikk 16 treff, hvorav alle titler ble lest, to abstrakter og to artikler ble lest og en inkludert i oppgaven.

Den femte databasen vi benyttet oss av var Cochrane library. Først søkte vi på «COPD» og fikk 7870 treff, vi søkte et søk på «Hospital at home» og fikk 111 treff på dette søket. Deretter kombinerte vi søkene og endte opp med 29 treff hvorav vi leste gjennom titlene, og fant en artikkel som vi har brukt i oppgaven.

2.2 Presentasjon av forskning og selvvalgt litteratur

Her presenteres forskningsartiklene vi har valgt for oppgaven vår:

«A concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease» (Casey, Cooney, Dowling & Murphy, 2011). Studien søker å vise hvordan empowerment kan forstås og brukes i samhandling med pasienter med kroniske lidelser og særlig hos kolspasienter. Metoden som ble brukt var en systematisering av litteratur som omhandler empowerment fra elektroniske databaser. Det kom frem i studien at empowerment kan forstås som en prosess der både sykepleier og pasient har et ansvar. Studien viser at sykepleier må huske på at noen pasienter er eksperter på hvordan sykdommen påvirker seg, mens andre pasienter heller vil støtte seg på helsepersonellens kunnskap. For at empowerment skulle være mulig viste tillit seg å være vesentlig for pasientene.

«A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease»

(Bonsaksen, Fagermoen, Haukeland-Parker & Lerdal, 2013). Hensikten med studien fra Norge var å undersøke sammenhengen mellom sykdomsopplevelse og helserelatert livskvalitet. Metoden som ble brukt var at intervensjonsgruppa som bestod av en gruppe kols pasienter med grad 2 og 3 fikk utdanning slik at de skulle bli utrustet til å endre livsstil. Kurset bestod blant annet av kunnskap og symptomer på kolsforverring, mestringsstrategier, røyking og ernæring. Fysisk aktivitet og pusteøvelser var også en del av kurset. Undersøkelsen viste at pasientene opplevde en økt følelse av livskvalitet. Pasientene som deltok på undervisningen viste deg å være mindre bekymret for sykdommen sin enn de pasientene som ikke fikk undervisning.

«Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population» (Bentsen, Klopstad Wahl & Rokne, 2013). I denne studien søkte forfatterne å sammenlikne livskvaliteten til kols pasienter fra grad 2 til 4. Man ønsket også å finne ut hvordan denne pasientgruppens livskvalitet kunne sammenliknes med resten av befolkningen som ikke er berørt av kroniske sykdommer. Livskvalitet ble målt ut ifra fysisk helse, psykisk helse, generell robusthet, sosial funksjon og følelsesmessig stabilitet. Resultatet av undersøkelsen viste at livskvaliteten hos kolspasienter ble dårligere i takt med sykdomsutviklingen. Kols pasienter med grad 4 hadde dårligst livskvalitet. Personene som ikke var berørt av kols viste seg å ha betydelig bedre livskvalitet enn personene med kols.

«Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial» (Hanley, Krishan, Lewis, MacNee, McCloughan, McKinstry, Pagliari, Pinnock, Sheikh, Stoddart, Todd & Van der Pol, 2013). Hensikten med denne studien var å redusere antall reinnleggelser i sykehus for kols pasienter. En gruppe hjemmeboende kolspasienter ble utstyrt med telemedisinsk utstyr slik at de kunne kommunisere med helsepersonell når de opplevde sykdomsforverring. Pasientene ble informert og gitt opplæring i utstyret slik at de kunne koble seg på et pulsoksymeter og kommunisere med sykepleier. Resultatet av studien viste ingen forskjell i antall sykehusinnleggelser eller livskvalitet hos intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Studien konkluderer med at telemedisinsk utstyr ikke er nok for å forebygge reinnleggelser, men det er et verktøy som kan brukes for å styrke kliniske tjenester.

«Enhancing Cost-Effective Care with a Patient-Centric Coronary Obstructive Pulmonary Disease Program» (Chuang, Levine & Rich, 2011). Denne kvalitative studien søkte å undersøke hvordan sykepleier gjennom mestringskurs kunne istandsette kolspasienter til å mestre egen sykdom, og hvordan dette ville vise seg økonomisk besparende. Pasientene i intervensjonsgruppa fikk besøk av sykepleier der kartlegging av funksjon og behov ble foretatt. Deretter ringte sykepleier pasientene 20 minutter hver uke, med et års varighet. Hadde pasientene behov for å kontakte sykepleier ut over dette kunne han kontakte sykepleier, også etter endt arbeidstid for sykepleierne. Pasientene ble veiledet over telefon i mestringsstrategier der handlingsplan ved symptom forverring hadde hovedfokus. Hver pasient fikk en handlingsplan i lommeformat som kategoriserte symptomene og hvilke tiltak pasienten skulle følge. Studien viste en nedgang i blant annet sykehusinnleggelser og liggedøgn hos intervensjonsgruppa sammenliknet med kontrollgruppa. Total besparelse etter at prosjektkostnadene og lønninger var medregnet var 46 %.

«Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review» (Beech & Pooler, 2014). I denne studien ble det gjort en systematisk gjennomgang av 20 kvantitative studier som undersøkte sammenhengen mellom angst og depresjon hos kolspasienter og sykehusinnleggelser. Hovedvekten av studiene konkluderte med at depresjon og angst påvirket forverring av sykdom negativt og at dette førte til økte kostnader for sykehusene. Flere av studiene la også andre faktorer som dårligere livskvalitet, sykdomsforverring, økt tungpust som avgjørende for sykehusinnleggelse.

«Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease» (Brurberg, Greenstone, Jeppesen, Vist, Walters, Wedzicha & Wright, 2011). Hensikten med studien var å finne effekten av hjemmesykehus for pasienter med en akutt kolsforverring sammenliknet med effekten av behandlingen slike pasienter ville fått på sykehus. Metoden studien ble gjennomført på var en systematisering av tidligere forskning på dette området. Resultatene ble oppsummert der det var mulig til metaanalyser. Studien konkluderte med at behandling av kolspasienter i hjemmesykehus antakelig fører til færre reinnleggelser på sykehus enn ved behandling i sykehus. Kolspasientene som ble behandlet hjemme hadde en noe lavere risiko for død enn pasientene som ble behandlet ved sykehus. Studien kunne ikke konkludere om pasienter og pårørende fikk økt livskvalitet ved behandling i hjemmesykehus fremfor sykehus. Videre er det behov for mer dokumentasjon for å vurdere

kostnadseffektiviteten ved hjemme sykehus, sammenliknet med vanlig sykehusbehandling for pasienter med akutt kolsforverring.

«*Long-term telerehabilitation of COPD patients in their homes: interim results from a pilot study in Northern Norway*» (Hjalmarsen, Zanaboni, Wootten & Aarøen Lien, 2013). I denne studien fra Nord-Norge undersøkte man hvordan telemedisin kunne brukes i rehabilitering av hjemmeboende kolspasienter. Utstyret bestod av pulsoksymeter, tredemølle og en PC. Deltakerne som alle hadde moderat til alvorlig kols hadde ukentlige treninger med fysioterapeut ved hjelp av videooverføring. Tilbakemeldingene fra deltakerne som gjennomførte dette rehabiliteringsopplegget var svært positive. Dessuten var det en nedgang i kolsrelaterede sykehuskostnader på 27 %.

«*Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives*» (Fraser, Kee & Minick, 2006). Denne studien søkte å forklare hvordan livskvaliteten til kolspasienter blir påvirket av sykdommen. Metoden som ble brukt for datasamling var forskningsintervju der 10 pasienter som alle hadde kols grad 4 ble intervjuet i forhold til deres opplevelser av sykdommen. Gjennom intervjuene kom det frem at pasientene opplevde at sykdommen hadde ført til at de hadde dårlig livskvalitet. Det mest utfordrende var dyspne som påvirket alle dagligdagse gjøremål. I flere tilfeller hadde pasientene hatt en opplevelse av at de kvaltes og kom til å dø. Pasientene opplevde at det var svært liten forståelse å få av mennesker rundt seg for hvor skremmende slik tungpust kunne oppleves. På grunn av utfordringene kols førte med seg hadde pasientene måttet legge opp hverdagen etter sykdommen. Samtidig som sykdommen medførte livsstilsendringer var det viktig for pasientene at de ble behandlet mest mulig normalt.

«*Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease*» (Comino, Daffurn, Harris, Hermiz, Marks & Wilson, 2002). Studien fra Liverpool og Sidney hadde som hensikt å undersøke fordelene kolspasienter ville ha ved hjemmebesøk av sykepleier etter sykehusopphold. Av 177 kolspasienter fikk 84 tilfeldige utvalgte pasienter hjemmebesøk av sykepleier i løpet av første uken etter sykehusopphold. Deretter et besøk tre uker senere. Sykepleier underviste pasientene om sykdommen, ulike tegn på symptom forverring og medikamenthåndtering. Pasientene ble også oppfordret til å slutte å røyke og gitt informasjon i forhold til dette. Sykepleiere veiledet også i trening og mestring av daglige gjøremål. Studien viste ingen forskjell i antall innleggelses på sykehus hos intervensjonsgruppa og hos kontrollgruppa som ikke fikk hjemmebesøk. Allikevel oppnådde

pasientene som hadde hatt besøk av sykepleier økt kunnskap om egen sykdom, økt aktivitetsnivå og opplevde mer livskvalitet enn tidligere.

«*Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention*» (Beaupré, Bégin, Borycki, Bourbeau, Collet, Julien, Maltais, Nault, Renzi, Rouleau, Schwartzman & Singh, 2003). Hensikten med studien var å kartlegge effekten av egenmestring hos pasienter med kols. Alle pasientene som deltok i studien hadde kols grad 3 eller 4, og hadde hatt minst en reinnleggelse på sykehus grunnet kolsforverring det siste året. Studien som varte til sammen ett år startet med at sykepleier besøkte pasienten hjemme hver uke i to måneder. Pasienten fikk da veiledning i blant annet puste og hosteteknikker, avspenningsøvelser og livsstilsendringer. Det ble også lagt stor vekt på at pasientene skulle forstå og mestre akutt handlingsplan ved kolsforverring. Etter to måneder med undervisning fikk pasientene oppfølging via telefon av sykepleier i 10 måneder. Etter et år viste intervensjonsgruppen en nedgang i sykehusinnleggelser for kolsforverring med 39,8 % sammenliknet med gruppen som ikke hadde fått utdanning i å mestre egen sykdom. Studien konkluderer med at veiledning og undervisning kan gi kols pasienter økt kunnskap og mestring over egen sykdom. Dette er kostnadsbesparende for helsevesenet og gir høyere livskvalitet til pasientene.

«*Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation--an exploratory study*» (Bentsen, Henriksen, Klopstad Wahl, Rokne & Wentzel-Larsen, 2010). Hensikten med denne studien var å kartlegge de helsemessige gevinstene kols pasienter har ved rehabilitering. 100 pasienter deltok i undersøkelsen hvorav de fleste hadde moderat til alvorlig grad kols. Pasientene fikk over en periode på seks uker undervisning i gruppe og individuelt av sykepleier, fysioterapeut og lege. Gruppeundervisningen tok utgangspunkt i en kols bok som alle deltakerne fikk. Denne tok for seg lungenes anatomi, fysiologi og hvordan kols påvirker dette. Pasientene fikk også gruppeveiledning innen røykeslutt, mestring av tungpust og fysisk trening. Sammen med sykepleier fikk hver enkelt pasient tilrettelagt individuell behandlingsplan, bestående av pasientens egne mål. Resultatene fra studien viste seg som forbedring på flere områder. Pasientene hadde økt selvstendighet, bedre fysisk treningskapasitet, mindre psykiske belastninger av sykdommen og økt livskvalitet enn tidligere.

«*Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus*» (Bjørnsland, Kvigne & Wilde Larsson, 2012). Denne studien ble anbefalt av vår veileder. Studien søker å forklare om kols pasienter opplever

å få medvirke når de er innlagt på sykehus. Metoden som ble brukt for datasamling var et forskningsintervju. Resultatet fra studien viser blant annet at veiledning og dialog var lite benyttet i møtet med kolspasientene på sykehus. Pasientene med akutt pustebesvær og angst hadde et sterkt behov for empati og omsorg.

2.3 Kildekritikk

For å fastslå om en kilde er sann, brukes kildekritikk som metode. Da anmelder, vurderer og bedømmer en de kildene som er brukt. Dette er viktig, da ikke alle kilder er like troverdige. Man må da se etter om kilden er objektiv, nøyaktig og om den er relevant for vår problemstilling. Vi har hele tiden vært fokusert på å finne oppdatert forskning og litteratur som ikke er eldre en 10-12 år. Dette er for at det stadig skjer en faglig utvikling innen vårt fagfelt og som sykepleiere er vi pliktige til å holde hos oppdaterte på dette. Allikevel er vi klar over at det kan ha blitt publisert nyere oppdatert forskning innenfor tematikken vi har skrevet om, som vi ikke har oppdaget. Vi ser at der vi har brukt oppsummert forskning kan noen av forskningsartiklene i studien være eldre enn det vi ønsker. Ved søk av litteratur har vi anstrengt oss for å kun bruke primærkilder, der forfatteren selv presenterer sitt eget forskningsarbeid (Dalland, 2012). I denne oppgaven har vi benyttet oss av studier fra Norge, Spania, Irland, England og Australia. Dette betyr at funnene i artiklene ikke nødvendigvis er anvendbare til det norske helsevesenet. En annen svakhet med vår litteraturstudie er at flere av artiklene er skrevet på engelsk som medfører at vi ikke nødvendigvis har forstått innholdet slik det er ment.

2.4 Etisk vurdering

Etikk er refleksjon over moralen som sier noe om verdier og normer i samfunnet. Verdier har med det som er dårlig eller bra, mens normer er det som forteller oss om noe er påbudt eller forbudt å gjøre. Ofte er dette uskrevne regler (Slettebø, 2002). Når vi i vår oppgave kommer med erfaringer fra praksis, vil vi anonymisere både pasient og praksissted. Dette for at pasient eller andre ikke skal kjenne seg igjen eller få innblikk i andres personlige opplysninger. Helsepersonell-loven Kapittel 5 § 21 sier at: «Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» (Lovdata, 1999). Når vi i denne oppgaven henviser til kilder kommer vi til å følge APA standard til Høgskolen i Hedmark, slik at rett forfatter blir kreditert for sitt arbeid.

3.0 Teori

I dette kapitlet vil vi redegjøre for kols som sykdom og hvilke utfordringer disse pasientene står ovenfor i hverdagen. Videre presenteres helsefremmende sykepleie samt bruk av empowerment og veiledning for mestring. Sykepleieteoretikeren vi vil ta utgangspunkt i er Dorotea Orem.

3.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) defineres som:

«Et samlebegrep for sykdommer der luftveismotstanden ikke er fullt reversibel, vanligvis progredierende, og assosiert med en abnorm inflammatorisk respons på skadelige partikler og gass »

(Giæver, 2015, s 80).

Sykdommer med irreversibel luftmotstand er kronisk astma, kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem, men det er ofte kombinasjonen av emfysem og kronisk obstruktiv bronkitt som utgjør hovedtyngden av sykdomsbildet ved kols (Giæver, 2015). Kronisk obstruktiv bronkitt karakteriseres ved økt produksjon av seigt sekret i luftveiene. Den økte sekretproduksjonen skyldes den kroniske betennelsen (Mjell, 2011). Betennelse skyldes at flimmerhårene i bronkiene ved kols er ødelagt. Disse mikroskopiske flimmerhårene transporterer normalt forurensninger og slim vekk fra lungene. Dette medfører irritasjon og innsnevring av luftveiene (Hjalmarsen, 2012). Denne betennelsen i bronkiene og bronkiolene fører til en fortetning som medfører økt luftmotstand, som igjen gjør at det blir vanskeligere for pasienten å tømme lungene for karbondioksid (CO₂). Kronisk obstruktiv bronkitt er inflammasjon i mindre luftveier og gir kronisk luftveismotstand. Dette medfører økt sekretproduksjon som irriterer slimhinnene og fører til økt hoste (Giæver, 2015). Emfysem defineres som kronisk tungpustet, som skyldes at alveoleveggen har blitt ødelagt og utvidet. Alveolene fungerer da dårligere ettersom den totale overflaten blir mindre og elastisiteten reduseres. Alveoleveggen blir skadet slik at flere alveoler faller sammen til større enheter (Giæver, 2015). Dette gir redusert gassutveksling (Mjell, 2011). Disse forandringene er kroniske, noe som medfører at luftveisobstruksjonen i stor grad er irreversibel (Giæver, 2015), men ved riktig behandling kan flere oppleve bedring (Hjalmarsen, 2012).

De vanligste symptomene på kols er dyspne (åndenød) ved fysisk anstrengelse, hoste og økt ekspektorat (slim) produksjon (Giæver, 2015). Symptomene på kols kommer gradvis over flere år og pasienten tilpasser seg vanligvis den tunge pusten og det reduserte aktivitetsnivået. Først når lungefunksjonen er betydelig redusert, ned mot 50-60 % av forventet verdi oppsøker pasienten lege. Da har pasienten ofte hatt langvarig hoste, med eller uten ekspektorat. Ved anstrengelse opplever pasienten å bli tungpusten og er plaget med gjentatte luftveisinfeksjoner. Flere pasienter har tilleggssymptomer som tretthet, undervekt, forstyrret nattesøvn og er tungpusten selv i hvile (Helsedirektoratet, 2012). Ved auskultasjon høres ofte pipelyder og ekspirasjonstiden kan være forlenget. Ved alvorlig kols kan disse pipelydene høres uten stetoskop (Mjell, 2011). Symptomene øker i omfang ettersom sykdommen progredierer og medfører nedsatt aktivitetsnivå hos personen. Selv daglige gjøremål som personlig hygiene, matlaging og husarbeid blir en utfordring (Giæver, 2015). Ved langvarig kols kan torax bli tønneformet og man ser at pasienten bruker andre muskler enn friske for å puste. De kan også utvikle cyanose som skyldes at vev ikke får tilstrekkelig med oksygen. Ofte ser man at disse pasientene sitter framoverbøyd, ofte med albue hvilende på bordplaten. De bruker da hjelpemusklene i nakke og skuldre for bedre og kunne puste. Ofte sees ankelødemer hos disse pasientene, noe som kan indikere at pasienten har høyresidig hjertesvikt. Et typisk tegn er også at disse pasientene puster ut med sammenpressede lepper (Mjell, 2011).

Hovedårsaken til kols er røyking og man tror at 70 – 80 % av alle kols tilfeller skyldes røyk. (Helse-og omsorgsdepartementet, 2013). Andre årsaker til kols kan være luftforurensning i arbeidsmiljøet som støv, røyk og gass. At pasienten har hatt astma eller hyppige luftveisinfeksjoner som barn kan medvirke til at sykdommen utvikler seg. Arv har også en medvirkende årsak (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2015). Kols klassifiseres i fire stadier etter alvorlighetsgrad, de såkalte GOLD- kriteriene. Se vedlegg 2.

Ofte opplever pasienten eksaserbasjoner, det vil si akutt forverring av sykdommen. Da er det ofte økt slimproduksjon, dyspne og hoste. Årsakene til dette kan være infeksjoner i luftveiene, luftforurensninger eller kulde (Almås, Bakkeland, Thorsen & Sorknæs, 2010). Kols kan gi tilleggs komplikasjoner som kronisk hjertesvikt, osteoporose, metabolsk syndrom, kacheksi, skjelettmuskelatrofi og kreft (Hjalmarsen, 2012). Kols vil over tid gi pasienten økt grad av uførhet og dødelighet (Almås, Bakkeland, Thorsen & Sorknæs, 2010).

Behandling for denne sykdommen er å redusere eksponeringen av risikofaktorer. Pasienten selv eller andre rundt pasienten bør slutte å røyke da dette er med på og redusere sykdomsutviklingen (Mjell, 2011). Hvis man slutter å røyke vil det akselererte tapet i FEV₁ avta og pasienten får mindre hoste og ekspektorat (Giæver, 2015). Legemidler som har effekt på kols er legemidler som utvider bronkiene, slik som beta-2 reseptorantagonister, antikolinerge midler og teofyllin. Det gis også glukokortikoider til inhalasjon, oksygen og vaksiner som et ledd i behandlingen av disse pasientene (Gulsvik, 2007).

3.1.1 utfordringer i hverdagen

Det å ha pusteproblemer oppleves svært ubehagelig for pasientene og de kjenner på redselen for å bli kvalt og dø. Tungpust og angst henger nært sammen og må sees i sammenheng. Angst, utrygghet og problemer med å få tilstrekkelig med luft forsterker hverandre og må derfor forebygges (Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2010). Bjørslund, Kvigne og Wilde Larsson (2012) skriver i sin studie om en informant som beskriver pustebesværet som: «Å puste under vann» eller «Som å ligge i vannflata og snappe etter luft» (s. 27). Dette er en uttalelse og pasientopplevelse vi kjenner oss igjen i. Kols pasienter trenger trygghet, forutsigbarhet og kunnskap om egen sykdom.

En av kolspatientenes store utfordringer er angsten for ikke å få puste. Studier viser at det er økt forekomst av depresjoner hos pasienter med kols i forhold til andre sykdomstilstander (Beech & Pooler, 2014). Dette skyldes de utfordringer som sykdommen gir pasienten i dagliglivet (Hjalmarsen, 2012). At kols er en progredierende sykdom som er uhelbredelig kan også være en utløsende faktor for angst og depresjon, og er vanlig hos personer med sykdommer i lunge og hjerte (Mjell, 2011). Ved angst skjer en økt utskilling av adrenalin i kroppen og pulsen stiger. Personene vil også oppleve at blodtrykk og temperatur forandrer seg i kroppen, og personen opplever tiltakende respirasjon. Disse følelsene oppleves som ubehagelige og psykisk smertefulle for pasienten (Haugsgjerd, Skårderud & Stanicke, 2010). Hvis denne aktiviseringen skjer fort kalles det panikkanfall (Berge & Repål, 2000). Helsepersonell som er i kontakt med kolspasienter bør være ekstra oppmerksomme på tegn som kan tyde på at pasienten lider av angst eller depresjon (Mjell, 2011). Det er viktig at pasienten får den hjelp han trenger. Psykososial aktivisering, samtaler med psykolog og antidepressive midler er noen former for behandling (Hjalmarsen, 2012).

Departementet sier at fysisk aktivitet kan defineres som:

«All kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå»

(Helse-og omsorgsdepartementer, 2004).

Ved fysisk aktivitet hos kols pasienter er målet å bedre livskvalitet, redusere tung pust og heve aktivitetsnivået (Helse-og omsorgsdepartementer 2004). Fysisk aktivitet er viktig hos kols pasienter i alle stadier. Når man trener vil den perifere oksygenekstraksjonen styrkes, noe som skyldes at ved trening øker muskelmassen og blodet omfordes fra inaktiv til aktiv muskel. På grunn av lungesykes nedsatte funksjonsnivå og lite bruk av muskler står de i fare for å utvikle myopati og svake muskler. Dette skyldes nedsatt kontraktilitet og nevromuskulær aktivering (Hjalmarsen, 2012).

3.2 Helsefremmende sykepleie

Helsefremmende arbeid (health promotion) har som mål å bidra til at pasienten får økt sin livskvalitet, trivsel og til å styrke pasientens mestringsevne (Mæland, 2010). Videre definerer Mæland helsefremmende arbeid som:

«En prosess som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse»

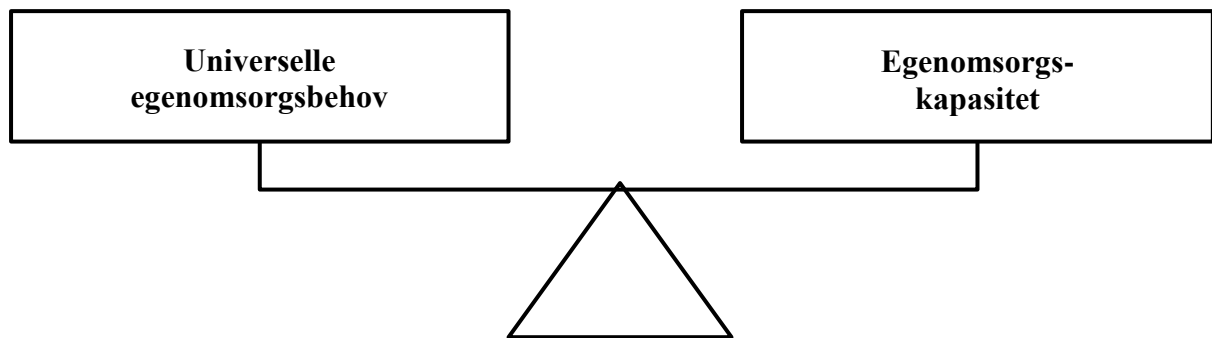
(Mæland, 2010, s 15)

Dette gjøres gjennom tiltak som setter pasienten i stand til selv å kontrollere og forbedre sin helsetilstand. Tveiten skriver at det ikke bare er helsesektorens ansvar og ivareta hver enkelts helse, men at dette også er hvert enkelts ansvar (Tveiten, 2007).

3.2.1 Sykepleieteoretiker Dorothea Orem

Vi har valgt sykepleieteoretiker Dorothea Orem sin modell på egenomsorgsbehovene som grunnlag for vår oppgave. Kols pasienter har vanskeligheter med å utføre egenomsorg grunnet besværet respirasjon. Med egenomsorg menes evnen og viljen til å ta vare på eget liv. Sentralt i Orem's sykepleieteori står tre teorier. Dette er teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvikt og teorien om sykepleiesystemene (referert i Cavanagh, 2001).

Egenomsorg i følge Orem er at en person har evne til og ta vare på sine grunnleggende behov. De begrepene vi kjenner som de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene. Egenomsorgsbehov er beskrevet i vedlegg 3. Ved egenomsorgssvikt har personen behov for sykepleie. Det vil si at han ikke lenger innehar den evnen som skal til for å ivareta sine grunnleggende behov. Dette kan skyldes sykdom, funksjonssvikt og alder. Manglende evne og kunnskap kan også være en medvirkende årsak. Vektskålen i Figur 1 illustrerer hvordan det må være balanse for å oppnå god helse (referert i Cavanagh, 2001).



Figur 1. (Aggleton & Chalmers i Cavanagh, 2001, s. 21).

Det praktiske fokuset på sykepleien står sentralt i Orem's sykepleieteori. Hun definerer åtte universelle egenomsorgsbehov som er felles for alle mennesker. De åtte ulike egenomsorgsbehovene må alle være tilstede for at et menneske skal være i balanse. Vår oppgave som sykepleiere er å tilrettelegge slik at disse praktiske behovene som pasienten selv ikke innehar blir ivaretatt. Når de åtte omsorgsbehovene blir ivaretatt vil pasienten opprettholde egenomsorg (referert i Cavanagh, 2001). Sykepleiesystemer eller sykepleieprosessen er en systematisk måte å jobbe på som sykepleier. Ved kartlegging, planlegging, tiltak og evaluering skal sykepleier sørge for å gi best mulig kvalifisert sykepleie til pasienten. Ved at man først foretar en gjennomgang av pasientens ressurser og behov, får man kartlagt om det er et behov for sykepleie eller ikke. Kartleggingen resulterer inn i en sykepleiediagnose som setter retning for hva slags tiltak man planlegger. I planleggingsfasen sørger sykepleier for at tiltakene blir planlagt på en detaljert og konkret måte. Dette sørger for kontinuitet iblant de som skal utføre tiltakene. Deretter iverksettes sykepleietiltakene som skal dekke pasientens egenomsorgsbehov. Når tiltakene har blitt gjennomført er det viktig at disse blir evaluert for å se om de fungerte, om de fortsatt er relevante eller om tilpasninger burde foretas (referert i Cavanagh, 2001).

3.2.2 Empowerment begrepet

I forbindelse med brukermedvirkning brukes ofte begrepet empowerment (Hvinden, 2011). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse (referert i Tveiten, s 24 2012). Aaron Antonovsky (1923 – 1994) var en israelsk-amerikansk sosiolog. Han var tidlig ute med sin helsefremmende tenkning og teorien empowerment. Han mente at ved å styrke helsen og motstandskraften, også kalt salutogenese istedenfor å fokusere på patogenesen vil dette være med på å fremme god helse, velvære og bidra til økt mestring hos pasienten (Antonovsky, 1987). Istedenfor å rette fokuset på hva som gir sykdom, mener Antonovsky at vi heller bør fokusere på hva som gir god helse (Hvinden, 2011). «Sense of Coherence» [SOC] er et kjent begrep innen for salutogenesen. Det sier noe om de grunnleggende holdninger vi som personer har, som forståelighet, håndterbarhet og mening. Dette igjen påvirker graden av velvære, mestring og helse. Personer med sterk SOC vil bedre kunne mestre stress, de har et indre håp og de finner indre ressurser og klarer å anvende disse (Langeland, 2011).

Hovedprinsippet er å omfordele makt fra fagpersoner til pasienten. Når man omfordeler makt vil man styrke pasientens ressurser, selvstendighet og gi pasienten større tro på seg selv. Det er her viktig å huske på at selv om pasienten har rett til å medvirke, bli hørt og få informasjon er det fortsatt helsepersonell som har det faglige ansvaret. Ved fravær av empowerment kan man si at pasienten ikke lenger har kontroll over eget liv. Vi skal som sykepleiere bidra til å gi pasienten kontroll over eget liv og egen helse (Tveiten, 2012). Bjørslund, Kvigne og Wilde Larsson sier i sin studie «*Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus*» at når pasienten får den informasjonen han trenger om sin sykdom er dette med på å gi økt medvirkning (2012). Det er viktig å huske på at i empowermentprosessen må det være innbyrdes forståelse mellom pasient og sykepleier. Pasient og sykepleier må vise respekt og tillitt til hverandre (Tveiten, 2012). Studien til Casey et al., (2011) viser til at det må være et likeverdig forhold mellom pasient og sykepleier for å muliggjøre godt samarbeid.

3.2.3 Veiledning gjennom dialog for mestring

Som sykepleiere forventes det at vi utøver faglig, profesjonell og veiledende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007). Vi ser da at det er viktig at vi innehar en del kommunikasjonsferdigheter.

Tveiten (2007) definerer veiledning som:

«En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot styrking av veisøkerens mestringskompetanse, gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier»

(Tveiten, 2007 s. 59).

Sentralt i denne prosessen står det som Tveiten (2007) kaller for istandsettingsprosess. Dette vil si at man gjennom en pedagogisk metode veileder i kunnskap, ferdigheter og holdninger slik at pasienten blir forberedt til selv å ta egne valg, til selv å ta kontroll over sin helse og sitt eget liv. Brattaas og Hellzen (2011) skriver om sykepleiers pedagogiske funksjon hos eldre hjemmeboende. For at eldre hjemmeboende skal unngå innleggelser på sykehus er sykepleiers veiledende og undervisende rolle viktig. Der pasienten opplever passende utfordringer i hverdagen vil dette medføre styrket SOC og pasienten vil oppleve økt mestring, velvære og helse (Langeland, 2011). Tveiten (2007) skriver at en god dialog mellom sykepleier og pasient er en forutsetning for veiledning. Sentrale begreper når det gjelder veiledning er kommunikasjon og dialog (Eide & Eide, 2007; Tveiten, 2007). Ved kommunikasjon formidles og deles informasjon mellom mennesker (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet «communis» som betyr å dele. De viktigste elementene i kommunikasjonen er den verbale og den non verbale kommunikasjonen. Nonverbal kommunikasjon kan forklares med kroppsspråk, volum på stemmen, blikk-kontakt og så videre. Det oppfattes som mere betydningsfullt enn tale og hele 75 % av vår kommunikasjon består av denne formen. For at det å kommunisere skal være effektivt og at budskapet skal formidles, må det være samsvar mellom det verbale og nonverbale språket (Tveiten, 2007). Evnen til og kunne lytte er en av de viktigste ferdighetene vi som sykepleiere må beherske. Eide og Eide (2007) illustrerer dette grafisk, hvor de deler det inn i to hovedkategorier, nonverbal og verbal lytting. Disse deles så inn igjen i delferdigheter. Dette viser hvor avansert kommunikasjon kan være. Se vedlegg 4.

3.3 Hjemmesykepleiers funksjon og ansvar

Hjemmesykepleie [HBO] er et tilbud til personer som på grunn av sykdom ikke selv har mulighet for å oppsøke helsehjelp, og derfor er avhengig av å få hjelp i eget hjem for å få dekket sine grunnleggende pleie og omsorgsbehov (Fermann & Næss, 2010). Målet er at helsepersonell i HBO skal bidra slik at pasienten selv kan klare seg på best mulig måte,

forebygge funksjonssvikt og sykdom. Helse- og omsorgstjenesteloven sier at kommunen skal bidra til å forebygge, tilrettelegge og behandle skade og sykdom. De skal også tilrettelegge slik at individet har mulighet for å bo selvstendig, forebygge sosiale problemer og at pasienten opplever mestring i hverdagen. Kommunen har også et ansvar når det gjelder å tilrettelegge og kvalitetssikre tilbudet. Loven sier at kommunen har ansvar for at personell har den fagkompetansen som trengs, slik at pasientene er sikret et verdig tjenestetilbud. Pasientens integritet og verdighet må også respekteres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Samhandlingsreformen ble iverksatt fra 1. januar 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, (2009). Bakgrunnen for reformen var dårlig utnyttelse av økonomiske ressurser i helsevesenet. Man så at utviklingen av ressursene ikke var bærekraftig da mange pasienter ble behandlet på sykehus som kunne blitt behandlet i kommunen. Samtidig viser statistikk at det er en økende andel av befolkningen som blir eldre (Statistisk sentralbyrå, 2014). Økt levealder indikerer gjennomsnittlig høyere økonomiske helsekostnader. Med samhandlingsreformen ønsker man å møte de helsemessige utfordringene på et tidligere stadium for å forebygge sykehusinnleggelse. Dette ønsker man å oppnå ved at kommunene får flere ressurser og et større ansvar som gjør det mulig for pasienter å bli behandlet der de bor. Ved undervisning og veiledning skal primærhelsetjenesten bevisstgjøre og styrke pasienten med kunnskap slik at han tar større ansvar for egen helse i eget hjem. Med samhandlingsreformen søker man også å bedre samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). En av endringene som fulgte med var at kommunen fikk et større ansvar for pasientene fra dagen de er utskrivningsklare fra sykehus. I praksis betyr dette at kommunene må ta imot utskrivningsklare pasienter eller betale for forlenget sykehusopphold etter at de er medisinsk utskrivningsklare. I rapporten Status for samhandlingsreformen (Helsedirektoratet, 2014) kommer det frem at det har vært en betydelig økning i antall pasienter som er utskrivningsklare. Det kan se ut som det økonomiske ansvaret kommunene har fått for utskrivningsklare pasienter har medført at flere skrives ut raskere enn tidligere. Dette var noe man ønsket å oppnå med samhandlingsreformen. Allikevel har det skjedd en økning av reinnleggelse. Pasienter med kols tilhører den gruppen som oftest reinnlegges, de såkalte «svingdørspasientene». De utgjør 76 % av alle reinnleggelse (Regjeringen, 2012). Kommunene forklarer dette med at de opplever at sykehusene skriver ut pasienter som er sykere sammenliknet med tidligere. Økt belastning på kommunene har blant annet ført til mangel på sykehjemsplasser og

rehabiliteringsopphold for andre i kommunen. I forhold til denne problematikken anbefales det at kommunikasjonen mellom sykehus og kommune forbedres slik at kommunene varsles om forespeilet utskrivelsestidspunkt for pasientene (Helsedirektoratet, 2014).

3.4 Lover og retningslinjer

Som sykepleier er det noen etiske og juridiske retningslinjer vi er pliktige til å forholde oss til. Vi vil her presentere de vi føler er mest relevante for vår oppgave.

Pasient og brukerrettighetsloven

§1-1 sier at « *Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten*» (Lovdata, 1999). Loven sier videre at vi skal bidra slik at tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten fremmes. Pasientens liv, respekt og menneskeverd skal ivaretas. Kap. 3§1 sier at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Vi er også pliktige til å tilrettelegge informasjonen på en slik måte at den tilpasses den enkeltes evne til og motta og gi informasjon. § 3-2 sier noe om pasientens og brukerens rett til informasjon. Pasienten har krav på informasjon slik at han har innsikt i egen helse og den helsehjelp som ytes. Det skal også opplyses om risikoer og bivirkninger. Samtykke til helsehjelp er omtalt i Kap. 4. Det vil si at for at vi som helsepersonell kan yte hjelp må pasienten samtykke i dette (Lovdata, 1999).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene omhandler sykepleierens etiske og faglige ansvar. De bygger på ICNs etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring. Særlig kap 2 som omhandler sykepleieren og pasienten er av stor betydning for oss. «*Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket*» (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette er viktig for oss da vi ser på forholdet mellom pasient og sykepleier i veiledningssituasjon i vår problemstilling.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Formålet med denne loven er å sikre at kommunen gir sine innbyggere gode og like livsvilkår. Tilbudene skal tilpasses hvert enkelt behov og respektere integritet og verdighet. Likestilling

og likeverd står sentralt. Det er også denne loven som beskriver kommunens ansvar ovenfor de som trenger hjemmesykepleie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Helsepersonelloven

Helsepersonelloven formål er å sikre trygghet til pasientene. Det stilles krav til helsepersonells yrkesutøvelse og forsvarlighet. Særlig kap. 5 om taushetsplikt og opplysningsrett er viktig. Der står det at vi som helsepersonell skal hindre at uvedkommende får tilgang til opplysninger om andres helse, sykdom eller andre forhold vi som helsepersonell får kjennskap til gjennom vårt yrke (Helsedirektoratet, 2014).

4.0 Drøfting

I dette kapitlet kommer vi til å drøfte hvordan sykepleier og pasient gjennom samarbeid kan forebygge reinnleggelser hos kolspasienter. Problemstillingen vil bli diskutert i lys av resultatene fra forskning og litteratur, samt egne erfaringer. Vi kommer til å dele drøftingskapitlet i to deler der vi først vil diskutere effekten og utfordringer ved veiledning og empowerment. Grunnen til at vi starter med å diskutere veiledning og empowerment er at dette vil være en rød tråd gjennom hele drøftingen. Deretter vil vi ta for oss utfordringer i hverdagen og tiltak som kan bedre livskvaliteten til kolspasienten. Hovedvekten i denne delen av drøftingen vil være rundt ulike tiltak for mestring av sykdomsforverring.

4.1 Veiledning og empowerment

Pasientrettighetsloven stadfester at pasienter har rett til å medvirke i egen behandling og retten til tilpasset og tilstrekkelig informasjon (Lovdata, 1999). Dette slik at pasienten innehar en korrekt situasjonsforståelse av sin sykdom og behandlingsoalternativer, slik at han kan ta selvstendige avgjørelser. Dette er i samsvar med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I enkelte situasjoner kan det være utfordrende for sykepleier å avgjøre om det er riktig at pasienten skal ta en selvstendig avgjørelse, da utfallet kan føre til ytterligere redusert helse. Sykepleier er fagpersonen som innehar kompetanse og kunnskap om konsekvensene av avgjørelsene pasienten beslutter (Tveiten, 2007). Et eksempel på en utfordrende situasjon er sengeliggende kolspasienter som ikke ønsker å mobiliseres opp av seng. Ved inaktivitet blir sekret opphopet i lungene, som igjen skaper en fortetning som vanskeliggjør respirasjon. Ved å legge for mye vekt på pasientens selvbestemmelse vil det i dette tilfellet kunne føre til stort pustebesvær for pasienten. Her står sykepleier i et etisk dilemma. På den ene siden vet sykepleier ut ifra kunnskap hva som vil være best for pasienten, og på den andre siden skal sykepleier ivareta pasientens autonomi. Allikevel vil pasienten kunne oppleve at det var positivt å få hjelp til å komme opp i sengen slik at han fikk hostet opp slim og forbedret respirasjon. Ved at pasienten får informasjon og positive erfaringer ved for eksempel mobilisering i seng vil dette kunne bidra til økt kunnskap og vilje til gjentatt mobilisering. Slettebø (2007) forklarer at pasienten kan nekte å ta imot slik behandling, selv om avgjørelsen ikke er til hans beste. Tveiten (2007) presiserer at selv om en pasient kjenner seg selv best, betyr ikke det at man kan eller skal ta alle avgjørelser. Samtidig sier Tveiten (2007) at sykepleier skal handle med utgangspunkt i at pasienten er ekspert på seg selv, og i

sykepleierens yrkesetiske retningslinjer kommer det frem at pasientens valg skal respekteres (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Et sentralt begrep innen veiledning er empowerment. Med begrepet menes en prosess der sykepleier styrker pasienter til å ta ansvar for egen helse (Tveiten, 2012). I sin teori om egenomsorg mener Orem en persons kapasitet til å ivareta egne behov. For at et menneske skal kunne ta vare på egen helse trengs det ifølge Orem både en vilje og evne til å utføre helsefremmende handlinger. Cavenagh (2001) forklarer hvordan Orem sier det må være balanse mellom en persons behov og ressurser (Figur 1) for at god helse skal være oppnåelig. Sykepleier kan bidra til at disse omsorgsbehovene (Vedlegg 3) blir oppnådd i samhandling med pasienten. I studien til Casey et al., (2011) undersøkte man hvordan empowerment kunne brukes i samhandling hos kolspasienter. Det kom da fram at både sykepleier og pasient har medansvar og at pasienten er en stor ressurs i samhandlingen mellom sykepleier og pasient. For at empowerment kunne skje var det avgjørende at sykepleier ga fra seg makt til pasienten og var villig til å la pasienten ta egne avgjørelser. For å skape et tillitsforhold til pasienten var det et behov for at sykepleier var ærlig, åpen og lyttet til pasienten. Samtidig var det et behov for deltakelse fra pasienten for at empowerment skulle fungere (Casey et al., 2011). Hvor mye medansvar og deltakelse i egen behandling den enkelte pasient ønsker vil variere fra person til person. Det vil derfor være viktig at sykepleier ikke er forutinntatt i forhold til en pasients behov og ressurser, men samtaler med hver enkelt pasient om hans behov.

Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for brukermedvirkning hos kolspasienten? Tveiten (2007) skriver at sykepleier kan ta initiativ til en veiledningssamtale med pasient. Gjennom dialog der begge er likeverdige parter søker sykepleier å få en dypere forståelse av hva som er viktig for pasienten. Ved at sykepleier oppmuntrer pasienten i sine ressurser og har fokus på hva Antonovsky kaller salutogenese, vil pasienten kunne oppleve økt motstandskraft og mestring (Mæland, 2010). Vi tror at sykepleier må vise imøtekommenhet, interesse og verdighet for å oppnå tillit hos pasienten. Deretter vil det være viktig å gi rom til pasienten slik at han får fremmet sine behov. Sykepleier kan da forklare hvordan hjemmesykepleien kan bistå og tilrettelegge. Veiledningssamtale kan brukes for å skape bedre forståelse mellom sykepleier og pasient slik at de kan samarbeide mot felles mål. Studien til Fraser, Kee og Minick (2006) støtter opp om dette. Kolspasientene som ble intervjuet uttalte de hadde opplevd liten forståelse for de plagene som fulgte sykdommen og deres nedsatte livskvalitet. Det var et ønske fra disse pasientene om å bli møtt med respekt og verdighet.

I artikkelen til Bjørslund, Kvigne og Wilde Larsson (2012) ble det undersøkt i hvilken grad kolspasienter i sykehus opplevde brukervedvirkning. Pasientene opplevde i begrenset grad at det ble tilrettelagt for at de fikk medvirke i egen behandling. Ved at sykepleierne viste omsorg og forståelse til pasientene ved å bruke tid med dem, opplevde de brukervedvirkning. Det ble gitt tilbakemelding at travelhet, manglende kunnskap om pasientene og liten vilje til å la pasienten delta i behandlingen hindret pasientens mulighet til medvirkning. Vi har selv erfart at det i en travel hverdag kan bli tatt beslutninger «over hodet» på pasienten. Med dette mener vi at helsepersonell ikke tar seg tid til å forklare pasienten hva som skal skje. Et eksempel på dette kan være stellesituasjon der personale velger å utføre dette på pasienten da pasienten bruker for lang tid.

«På hvilken måte kan hyppig bruk av ufaglærte vanskeliggjøre veiledning og empowerment i HBO?» Det kommer frem i studien til Casey et al., (2011) at sykepleiere som opplevde seg faglig kompetente var bedre i stand til å styrke kompetansen til sine pasienter. I faglige retningslinjer for kols anbefales det sterkt at det er faglig autoriserte helsearbeidere som tar hånd om pasienter med kols (Helsedirektoratet, 2012). En av utfordringene med ufaglært helsepersonell er mangelfull evne til å observere kolspasientens kliniske helsetilstand. Sammen med fraværende kunnskap kan dette gjøre at ufaglært helsepersonell er i mindre stand til å gi den hjemmeboende kolspasienten den bistand han har behov for. Etter hva studien til Casey et al., (2011) kom fram til, vil mangelfull kunnskap hindre helsepersonell i å veilede og i å styrke pasienters egen kompetanse. Av erfaring har vi opplevd at kompetansen til helsepersonell er viktig for tryggheten til kolspasienter. Samtidig som dette er en utfordring for HBO er de ufaglærte nødvendig arbeidskraft, da det er mangel på autorisert personell. Vi ser for oss at kompetanseheving kan oppnås ved at sykepleiere og annet autorisert helsepersonell veileder de ufaglærte. En måte å imøtekomme dette på er å gi flere opplæringsvakter til de ufaglærte. Kompetanseheving kan også oppnås ved at sykepleier tar initiativ til en faglig samtale i løpet av arbeidsdagen. Vi mener sykepleier må tilrettelegge for at det er en lav terskel for ufaglærte å spørre om råd eller veiledning der de opplever sin egen kompetanse som mangelfull.

Studien til Comino et al., (2002) har vist at sykepleiers veiledende og undervisende funksjon for hjemmeboende kolspasienter kan føre til økt kunnskap om egen sykdom og bedre livskvalitet. Tveiten (2007) skriver at dialog mellom pasient og sykepleier er nødvendig dersom veiledning skal fungere. Det betyr i praksis at sykepleier må være mottakelig for at også pasienten kan inneha verdifull kunnskap som har betydning for videre behandling.

For å få til en god veiledning med kolspasienten er det viktig at sykepleieren innehar profesjonelle kommunikasjonsferdigheter. Med dette menes at kommunikasjonen skal først og fremst være hjelpende og bidra til å fremme helse (Eide & Eide, 2007). I praksis betyr det for oss som sykepleiere at vi legger personlige holdninger og preferanser til side, og i stedet bruker vår faglige kompetanse i samhandlingen med pasienten. Eide og Eide (2007) har i sin bok en illustrasjon (Vedlegg 4) som forklarer aktiv lytting. Der forklares aktiv lytting som den mest grunnleggende kommunikasjonsferdigheten som innebærer både verbal kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon. Illustrasjonen viser hvordan alt vi som sykepleiere sier og gjør med kroppen kommuniserer noe til pasienten.

Kanskje er kommunikasjonen ved veiledning i røykeslutt det viktigste sykepleier kan hjelpe kolspasienten med? Det har vist seg at 80 % av alle kolspasienter er røykere (Norsk helseinformatikk, 2013). Livsstilsendringer med røykeslutt som et av mange tiltak har vist seg å bidra til økt livskvalitet og økt kunnskap om egen sykdom hos kolspasienter (Beauprè et al., 2003; Comino et al., 2002). Sykepleier har en viktig rolle i å formidle fordeler med å slutte å røyke. Sykepleier er pålagt å formidle informasjonen på en tilrettelagt måte tilpasset pasientens kunnskaper (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Hvordan kan veiledning i røykeslutt foregå? Sykepleier kan tilby røykeavvenningskurs eller støttesamtale der pasienten oppmuntres til å slutte å røyke. Det er derfor viktig at sykepleier er orientert om hvilke slike tilbud som finnes i kommunen og kan informere pasientene om dette. I samtale rundt røykeslutt vil sykepleierens evne til å stille de gode spørsmålene være viktig. Tveiten (2007) skriver at spørsmål som sykepleieren ikke selv vet svaret på, kan være gode spørsmål i veiledningen. Dette kan for eksempel være: «Hvordan oppleves det for deg å slutte å røyke?». Slike spørsmål søker å få pasienten til å reflektere rundt sine utfordringer. Gjennom refleksjon kan pasienten få en bevisstgjøring som kan motivere til å ta valg om røykeslutt. Slik indre motivasjon vil være viktig da sykepleier ikke kan få pasienten til å slutte å røyke. Kolspasientens kunnskap og erfaring rundt røykeslutt, sammen med sykepleierens faglige kunnskap kan danne et grunnlag for videre samtale. Tveiten (2007) advarer imidlertid imot å bruke mange spørsmål slik at pasienten vil oppleve samtalen som et intervju. Dette skaper avstand og pasienten kan få en opplevelse av at sykepleieren tar kontrollen over samtalen. Det kan være at pasienten trenger lang tid på å tenke på et spørsmål, og at man derfor venter med å stille nye spørsmål. Bruk av lukkede spørsmål vil kunne avklare for eksempel en positiv eller negativ reaksjon, men kan samtidig føles ledende for pasienten. Et eksempel på et slikt spørsmål er: «Har du lyst til å slutte å røyke?». I samtalen med kolspasienten må sykepleier

vise varsomhet, forståelse og respekt for at røykeslutt kan være vanskelig for pasienten. I tillegg til bruk av samtale og røykeavvenningskurs kan sykepleier informere om reseptfrie og reseptbelagte medikamenter som for eksempel plaster, tabletter og tyggegummi. Informasjon om røyketelefon vil kunne være en støttende hjelp for pasienten i røykeavvenningsfasen. Dette er et tilbud for personer som ønsker å slutte å røyke der de kan samtale med helsepersonell med kompetanse innen røykeslutt (Helsedirektoratet, 2012).

I studien til Beuprè et al., (2003) ble en gruppe hjemmeboende med langtkommen kols gitt undervisning og veiledning innen pusteteknikker, avspenningsøvelser og livsstilsendringer. Det ble også gitt undervisning i en akutt handlingsplan ved kolsforverring. Resultatet av studien viste nedgang i sykehusinnleggelses på 39,8 % hos intervensjonsgruppen. Dessuten opplevde pasientene økt livskvalitet og mestring over egen sykdom. Fra sykehuspraksis erfarte vi hvordan det var en målsetning at kolspasienter skulle få veiledning innen pusteteknikk og sekretmobilisering. Ved å lage en smal åpning mellom leppene ved pusting ville pasientene redusere tungpust. For å mobilisere slim ble PEP fløyte brukt i tillegg til medikamenter. Allikevel opplevde vi at kun et fåtall av kolspasientene hadde kunnskap om og benyttet seg av PEP fløyte. Denne veiledningen var en fysioterapeut oppgave ved sykehuset. Mangelen på kunnskap og bruk av sekretmobiliseringsutstyr kan være grunnet få fysioterapeuter. Vi tror sykepleiere med sin kompetanse kunne tatt medansvar i denne veiledningen og samarbeidet bedre med fysioterapeut til fordel for pasientene. En fordel med et delt ansvar er at det vil kunne være flere personell som kan veilede. Slikt samarbeid oppfordres i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

En annen utfordring med å muliggjøre brukermedvirkning i HBO er at hverdagen ofte er preget av stort tidspress, som gjør at hver pasient får for liten tid med sykepleier eller annet helsepersonell. Dessuten har vi også sett hvordan det kan være manglende kontinuitet som gjør at en pasient får besøk av mange ulike pleiere. Dette kan medføre at helsepersonell i HBO kan ha vanskeligheter med å oppnå et godt tillitsforhold til sine pasienter. På bakgrunn av disse utfordringene ser vi at det kan være vanskelig å oppnå empowerment og samhandling hos kolspasienter i HBO. Vi mener allikevel at HBO skal etterstrebe god samhandling med pasienten og vi vil gi noen eksempler på hvordan dette konkret kan gjennomføres. I en situasjon kan sykepleier oppleve at kolspasienten har utført personlig hygiene på egen hånd. Denne avsatte tiden pasienten har med sykepleier kan i stedet brukes til å veilede og samtale med pasienten. Det er sykepleiers ansvar å bruke den tildelte tiden pasienten har slik at det kommer pasienten til gode. Sykepleier kan da bruke tiden til for eksempel veiledning innen

pusteteknikker og bruk av eventuelle medikamenter slik at pasienten kan oppleve mestring. Gjennom dette vil pasientens ressurser bli ytterligere styrket (Hvinden, 2011). Vi har også hørt at pasienter som har tildelt tid til fra HBO har forsøkt å utføre handlinger før sykepleier har kommet, slik at de kan bruke tiden til å samtale med sykepleier. Årsaken til dette kan være at mange eldre hjemmeboende med kroniske sykdommer er ensomme (Fermann & Næss, 2010). For den eldre hjemmeboende kolspasienten kan dette være tilfelle da sykdommen setter sosiale begrensninger i hverdagen deres.

4.2 utfordringer i hverdagen for kolspasienten

Som sykepleiere har vi et ansvar i følge våre yrkesetiske retningslinjer og ivareta en helhetlig omsorg og lindre lidelse for pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Vi skal hjelpe pasienten til å redusere opplevelse av angst, oppmuntre til fysisk aktivitet og jobbe helsefremmende ved å styrke pasientens ressurser til selv å mestre sin sykdom (Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2010).

Angst og dyspne

Vi har erfart fra praksis og annen arbeidserfaring at kolspasienter kan være preget av angst og depresjon. Grunnen til dette kan være at kols er en progredierende sykdom som ikke er helbredelig (Mjell, 2011). Ifølge Orem er trygghet et av de grunnleggende egenomsorgsbehovene alle mennesker har behov for (Cavanagh, 2001). Sykepleiers oppgave er å imøtekomme behovet for trygghet med ulike tiltak. Hva er det som skal til for å trygge disse pasientene? I studien til Bjørnsland, Kvigne og Wilde Larsson (2012) kommer det fram at pasienter ønsker at sykepleier har mer tid og er tilgjengelig fremfor å gi beroligende medisiner. Vi har opplevd tilsvarende ønsker fra pasienter i HBO. Vi har erfart at hjelpepleiere og ufaglærte har fremmet behov om beroligende medikamenter til kolspasienter som har angst. Når slike behov fremmes er det sykepleier som må ta den faglige avgjørelsen om behovsmedisin skal gis eller ikke. Vi har gode erfaringer fra ikke medikamentelle tiltak i kolsforverringssituasjoner. Ved at vi trygger pasienten ved å sitte på sengekanten, viser empati og gir pasienten oppmerksomhet vil han kunne oppleve økt trygghet. Et annet praktisk ikke medikamentelt tiltak ved angst er å hjelpe pasienten i thoraxleie slik at det blir lettere å puste. Dette vil også hjelpe for slimmobilisering. Av erfaring har vi sett at langkomne kolspasienter er meget vare for tettsittende klær. Årsaken til dette er antakelig at stramme klær gjør det ubehagelig å puste. Allikevel er vi klar over at noen ganger er det nødvendig med medikamentelle tiltak i tillegg. Det har vist seg å være en sterk sammenheng mellom

angst og depresjon hos kolspasienter og reinnleggelser i sykehus (Beech & Pooler, 2014). Erfaringsmessig ser vi at det er for mange pasienter for hver pleier i HBO. Det store tidspresset gjør at helsepersonell stresser og de viser med kroppsspråket sitt at de har dårlig tid. Vi tror at pasientene sanser denne nonverbale kommunikasjonen, og erfaringsmessig kan de bagatellisere problemene sine og unnlate å spørre om hjelp. Dette igjen har ført til at pasientene ble preget av angst og blir på nytt lagt inn på sykehus. Vi ser av ved små tiltak kan sykepleiere i HBO forebygge angst og depresjon hos kolspasienter og dermed forebygge reinnleggelser i sykehus.

Tungpust blir i studien til Fraser, Kee og Minick (2006) beskrevet som det mest utfordrende med kolssykdommen. Pasientene forklarte den tunge pusten som om at de holdt på å kveles og kom til å dø. Deltakerne i studien til Bjørnsland, Kvigne og Wilde Larsson (2012) uttrykte liknende fornemmelse av kvelning ved pustebevis. Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienten til å mestre kolsforverring? I studien til Comino et al., fikk hjemmeboende kolspasienter besøk av sykepleier. Pasientene ble undervist i symptomforverring og håndtering av forskjellige medikamenter. Selv om studien ikke viste nedgang i antall reinnleggelser opplevde pasientene bedre livskvalitet og et økt aktivitetsnivå (2002). Fra praksis i HBO kjenner vi til en pasient som brukte beta-2-agonister i forkant av aktivitet. Medisinen utvider lungene slik at arbeidskapasiteten øker. Vi har inntrykk av at pasienten opplevde en trygghet ved at han hadde kunnskap om hvordan han kunne bruke sine medisiner. Sykepleiere i HBO har i henhold til sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011) og pasient og brukerrettighetsloven (Lovdata, 1999), et ansvar i å undervise og veilede hjemmeboende kolspasienter, slik at de selvstendig kan bruke sine medisiner. Denne kunnskapen er viktig da den styrker pasientens egenomsorgsbehov slik at i størst mulig grad kan ta ansvar for egen helse. I samråd med fastlege kan kolspasienter få opplæring i bruk av eventuelle medikamenter som tas i bruk ved kolsforverring. Et eksempel på dette er en pasient som etter avtale med fastlege starter antibiotikabehandling ved sykdomsforverring (Giæver, 2015). Samtidig er det en utfordrende oppgave for helsepersonell å vite hvor mye ansvar pasienten kan stå ansvarlig for. Feil bruk av oksygenbehandling hos kolspasienter kan medføre karbondioksidforgiftning. Det er derfor viktig at både pasient og sykepleier vet hvordan symptomer på dette viser seg. En annen type medikament som er hyppig brukt hos kolspasienter er angstdempende benzodiazepiner. Det følger en del bivirkninger med disse medisinene som sykepleier må informere om til pasienten (Folkehelseinstituttet, 2012). Vi er av den oppfatning at styrking av pasientens kunnskap og ansvarliggjøring for

medikamenthåndtering er en utfordrende, men viktig oppgave for sykepleieren i HBO. Denne kompetansehevingen utgjør sammen med pasientens egen brukerkompetanse han bedre i stand til å mestre sin tungpust.

Hjelpemidler

I nasjonal faglig retningslinje for kols (2012) kommer det fram at bruk av telemedisinsk utstyr er hensiktsmessig for kolspasienter som har lang reisevei til behandling. Teknologien kan legge til rette for at sykepleier eller fysioterapeut kan veilede og følge opp pasienter som har blitt skrevet ut fra sykehus (Helsedirektoratet, 2012). Erfaringsmessig har vi sett hvordan kolspasienter kan bli svært utmattete etter kun korte forflytninger. Ettersom samfunnet stadig er i en teknologisk utvikling ser vi på telemedisinsk utstyr som veldig relevant i behandlingen av hjemmeboende kolspasienter. I studien til Hanley et al., (2013) fikk en gruppe hjemmeboende kolspasienter opplæring i bruk av telemedisinsk utstyr slik at de kunne kommunisere med helsepersonell hjemmefra. Resultatet fra studien viste ingen forskjell i livskvalitet eller antall sykehusinnleggelser hos disse pasientene. Allikevel konkluderer forfatterne med at telemedisinsk utstyr kan brukes i den kliniske behandlingen hos kolspasienter.

En norsk studie viser andre resultater. Det kommer fram i denne studien til Hjalmarsen et al., (2013) at det ble en reduksjon på 27 % av sykehuskostnadene til en gruppe hjemmeboende kolspasienter som fikk opplæring i bruk av telemedisinsk utstyr. Kolspasientene deltok i et treningsopplegg der de hadde ukentlige treninger hjemme, med veiledning av fysioterapeut ved videooverføring. Pasientene som deltok i studien var svært positive til dette rehabiliteringsopplegget. Vi tenker at telemedisinsk utstyr er meget relevant i Norge ettersom det ofte er lange avstander til sykehus. Dette vil kunne bespare de hjemmeboende kolspasientene for belastningen sykehusinnleggelse kan medføre. Et tredje eksempel på effekten ved bruk av hjelpemidler er fra studien til Chuang, Levine og Rich (2011). En gruppe kolspasienter fikk et mestringskurs som skulle istandsette de til å mestre egen sykdom. Kurset innebar blant annet opplæring i ulike mestringsstrategier ved sykdomsforverring. Hver pasient fikk utarbeidet en handlingsplan i lommeformat som skulle trygge og veilede ved kolsforverring. Under mestringskurset fikk pasientene veiledning av sykepleier over telefon 20 minutter hver uke i ett år. Det var også lagt til rette for at pasientene kunne kontakte sykepleier på telefon når de hadde behov for dette. Studien viste en nedgang i sykehusinnleggelser, færre liggedøgn og en total besparelse på 46 % hos

intervensjonsgruppen. Vi har inntrykk av at det finnes mange forskjellige gode hjelpemidler som bør benyttes i kolsomsorgen i Norge. Ved riktig bruk av telefon og telemedisinsk utstyr tror vi at kolspasienten som bor hjemme vil kunne oppleve mestring og økt trygghet. Samtidig har bruk av slikt utstyr også vist seg å være økonomisk besparende ved færre reinnleggelses. Det er allikevel ikke til å komme fra at den største gevinsten er for pasientens egen livskvalitet.

Fysisk aktivitet

Ved utholdenhet og styrke trening vil den aerobe kapasiteten øke, noe som er med på å heve pasientens aktivitetsnivå, styrke muskelmassen, gi redusert tung pust og bedre livskvalitet. Fysisk aktivitet og trening er også med på og bedre sekretstagnasjon og kan gi økt cilieaktivitet (Regjeringen, 2004). Hos kols pasienter bør det særlig fokuseres på trening av over ekstremitetene, noe som skyldes pasientens høye behov for ventilasjon av lungene (Giæver, 2015). Anbefalt trening er 2-3 ganger i uken og det anbefales individuelt treningsprogram. Dette bør utarbeides sammen med fysioterapeut og pasient (Hjalmarsen, 2012).

Behovet for balanse mellom aktivitet og hvile er ifølge Orem et av menneskers egenomsorgsbehov (Cavanagh, 2001). For kolspasienten er denne balansen en tydelig utfordring da mye energi brukes på å puste. Dette fører til at pasienten har lite overskudd til dagligdagse gjøremål (Mjell, 2011). Fysisk utholdenhetstrening er en forutsetning for å øke egenomsorg, lungekapasitet og fysisk ansgtrengelseskapasitet. Dessuten vil fysisk aktivitet styrke respirasjonsmuskelatur slik at slimmobilisering blir lettere (Hjalmarsen, 2012). Kolspasienter har dermed en utfordring ved at de på den ene siden har besværet respirasjon som vanskeliggjør trening. Samtidig er trening et av de beste tiltakene som kan bedre lungekapasiteten deres. For å styrke arbeidskapasiteten bør kolspasienter lære seg energiøkonomisering. Dette betyr at man velger den minst energikrevende måten for å mestre en aktivitet. Et eksempel på dette kan være at man sitter på en stol ved kjøkkenbenken når man tilbereder måltider. Fysisk aktivitet sammen med andre tiltak har vist seg å øke livskvaliteten til kolspasienter (Bonsaksen et al., 2013; Comino et al., 2002). Helse- og omsorgsdepartementet (2013) har som målsetning å øke livskvaliteten til befolkningen ved å fremme viktigheten av fysisk aktivitet. Som sykepleiere har vi en viktig rolle i denne formidlingen ovenfor hjemmeboende kolspasienter. En norsk studie av Bentsen et al., (2013) viser hvordan sykepleier kan gjøre dette. Pasientene i studien fikk undervisning og veiledning

alene og i gruppe over en periode på seks uker. I gruppeundervisningen fikk deltakerne veiledning i blant annet fysisk trening. Sammen med sykepleier fikk pasienten også utarbeidet individuelle behandlingsmål. Resultatene av studien var positive der pasientene fikk bedre treningskapasitet, mindre psykiske belastninger og økt selvstendighet.

Vi tror det er flere positive følger ved å legge veiledning hos kolspasienter både i gruppe og individuelt. Fordelen med gruppeveiledning er at pasientene kan oppleve større forståelse og dele erfaringer rundt hverdagsmestring. Vi tenker også at fysisk aktivitet i gruppe kan være mer motiverende enn om man skal gjøre dette alene. Fordelen med individuell veiledning er at pasienten kan ta opp utfordringer på tomannshånd med sykepleier. Helse- og Omsorgstjenesteloven (2014) sier pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på individuell plan. Individuell plan har som hensikt å kartlegge pasientens ressurser, behov og mål. Dette vil i vår sammenheng bidra til å styrke samhandlingen mellom kolspasient og sykepleier. Kolspasienter vil ha god nytte av en individuelt tilrettelagt behandlingsplan ettersom både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er involvert i disse pasientene. Vi mener denne studien til Bentsen et al., (2010) er svært relevant for vår problemstilling da den har et helsefremmende perspektiv og er fra Norge. Artikkelen oppfordrer til et samarbeid mellom sykepleier og pasient som tar utgangspunkt i pasientens ressurser, og dette er akkurat det samhandlingsreformen oppfordrer til (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Den praktiske gjennomføringen av enkle dagligdagse fysiske gjøremål hos kolspasienter viser seg imidlertid ikke alltid å være enkel. Vi har erfaring fra sykehjems praksis der sykepleierstudent over en periode på ti uker jobbet sammen med en kolspasient for og nå hans mål om å komme ut av avdelingen. Sykepleierstudent lagde en pleieplan sammen med pasienten der forbedret fysisk utholdenhet var et av pasientens mål. Ved fysisk aktivitet var det viktig for pasienten at aktivitetene skjedde i hans tempo og innenfor trygge rammer. Allikevel kunne pasienten trekke seg og ikke ønske å gå ut, selv om situasjonen var tilrettelagt for at han skulle mestre. I løpet av praksisperioden brukte sykepleierstudent mye tid sammen med pasienten der han fikk økt kunnskap om sykdommen og dens komplikasjoner. Det viste seg gjentatte ganger at selv om pasienten kunne uttrykke et klart ønske om for eksempel å gå ut av avdelingen og hadde en forståelse av hvorfor dette var viktig, trakk han seg.

Studien til Hjalmarsen et al., (2013) viser hvordan fysisk aktivitet kan tilrettelegges for kolspasienter som bor hjemme. Ved hjelp av videooverføring, tredemølle og pulsoksymeter

hjemme hos pasientene kunne fysioterapeut veilede under trening. Deltakerne kunne kommunisere med fysioterapeut og de andre deltakerne i løpet av treningsøkten. Resultatene hos deltakerne viste nedgang på 27 % av kolsrelaterede sykehusinnleggelser. Vi tror at dette tilbudet tilrettelegger fysisk aktivitet for kolspasienter på en god måte. Pasientene kan få trene under veiledning i sitt egen hjem, og slipper belastningen som følger ved å forflytte seg ut av hjemmet.

Vi har sett hvordan fysisk aktivitet kan være med på å bedre livskvaliteten til kolspasienter og at sykepleier har en viktig støttende og veiledende funksjon. Sammen med pasienten skal sykepleier søke å finne de beste tiltakene slik at han mestrer de dagligdagse fysiske utfordringene. Allikevel har vi opplevd at den praktiske utføringen kan være utfordrende for kolspasienten.

Hjemmesykehus

Etter oppdrag fra helsedirektoratet ble det gjennomført en studie av Brurberg et al., (2011) der det ble undersøkt hvilke effekter kolspasienter hadde ved bruk av hjemmesykehus sammenliknet med behandling i ordinært sykehus. Studien hentydet til en nedgang i reinnleggelser på sykehus hos kolspasientene som fikk sykehusbehandling hjemme. Allikevel kunne ikke studien konkludere med kostnadsgevinst ved slik behandling. Studien viser til at det er behov for mer forskning på effekten av hjemmesykehus. Etter det vi har undersøkt finnes det hittil lite dokumentasjon på bruk av hjemmesykehus for kolspasienter. Allikevel har vi et positivt inntrykk av konseptet der kolspasienter får oppfølging av høyt kvalifisert helsepersonell med avansert medisinsk utstyr, sammenliknet med tilbudet hjemmesykepleien kan bidra med. Faglige retningslinjer for kols oppfordrer også til slikt samarbeid (Helsedirektoratet, 2012).

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket vi å finne ut hvordan sykepleier i kommunehelsetjenesten kan bidra til å forebygge reinnleggelser i sykehus hos kolspasienter. Vi ønsket samtidig å se hvordan dette kunne gjøres ved samarbeid med kolspasienten. Undervisning og veiledning har vist seg å kunne øke kunnskapen og bedre livskvaliteten til kolspasienter. Dessuten har veiledning vist seg å virke forebyggende mot reinnleggelser og korte ned på liggedøgn hos kolspasienter. En god relasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for å oppnå veiledning. Sammen med veiledning har også fysisk aktivitet vist seg å bedre livskvaliteten til pasientene. Vi har sett hvordan sykepleier gjennom dialog og veiledning kan bidra til å styrke pasientens ressurser som istandsetter han til å mestre dagliglivets utfordringer. I denne samhandlingen har pasienten et deltakende ansvar som må være tilstede for at veiledning skal være mulig.

Helsedirektoratet har flere fremtidige satsningsområder som kan hjelpe kolspasienter. Flere hjelpemidler har vist seg å styrke egenomsorgen til den hjemmeboende kolspasienten, deriblant telemedisin og telefonkontakt med sykepleier. Hjelpemidlene er allikevel ikke nok for å oppnå økt egenomsorg, men sammen med god klinisk behandling er dette gode hjelpemidler. Et annet satsningsområde for denne pasientgruppen er bruk av hjemmesykehus. Det finnes foreløpig lite dokumentasjon om effekten av dette.

Ved at sykepleier tar seg tid til pasientene, viser empati og omsorg kan pasientene oppleve trygghet. Dette bidrar til å forhindre angstanfall og reinnleggelser.

Kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom arbeidet med denne oppgaven vil komme til nytte for oss videre i arbeidet som sykepleiere. Etersom kols er et stort folkehelseproblem vil vi møte på disse pasientene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Kunnskapen om kolspasientens utfordringer vil hjelpe oss til å forstå pasientene og ivareta deres behov.

6.0 Litteraturliste

- *Antonovsky, A. (1987). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Almås, H., Bakkeland, J., Thoresen, B. H. & Sorknæs, A. D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I Almås, H., Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (red). *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg., s. 107-164). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Beaupré, A., Bégin, R., Borycki, E., Bourbeau, J., Collet, J.P., Julien, M., Maltais, F., Nault, D., Renzi, P., Rouleau, M., Schwartzman, K. & Singh, R. (2003). *Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention*. Lokalisert på: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=215223>
- *Beech, R. & Pooler, A. (2014). *Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review*. Lokalisert på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3974694/>
- Berge, T. & Repål, A. (2000). *Den indre samtalen. Innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendals Akademisk
- *Bentsen, S.B., Henriksen, A.H., Klopstad Wahl, A., Rokne, B. & Wentzel-Larsen, T. (2010). *Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation—An exploratory study*. Lokalisert på: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399109005977>
- *Bentsen, S.B., Klopstad Wahl, A & Rokne, B. (2013). *Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population*. Lokalisert på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12002/abstract>
- *Bjørnsland, B., Kvigne, K. & Larsson, B.W. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, s 20-33.
- *Bonsaksen, T., Fagermoen, M.S., Haukeland-Parker, S. & Lerdal, A. (2013). «A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease». Lokalisert på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3872010/>

- *Brataas, H.V. & Hellzen, O. (2011). Undervisning og veiledning for hjemmeboende eldre. Brataas, H (Red). *Sykepleie-pedagogisk praksis (1. utg., s. 136-156)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Brurberg, K., Greenstone, M. G., Jeppesen, E, Vist, G.E., Walters, J Wedzicha, J.A. & Wright, J. (2011). *Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. Lokalisert på:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003573.pub2/full>
- *Casey, D., Cooney, A., Dowling, M. & Murphy, K. (2011). *A concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease*. Lokalisert på:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-9824.2011.01123.x/full>
- *Cavanagh, S. J. (2001). *Orems sykepleiemodell i praksis*. (s. 9-11). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Comino, E., Daffurn, K., Harris, M., Hermiz, O., Marks, G. & Wilson, S. (2002). *Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Lokalisert på: <http://www.bmj.com/content/325/7370/938.long>
- *Chuang, O., Levine. S.H. & Rich, J. (2011). "Enhancing Cost-Effective Care with a Patient-Centric Coronary Obstructive Pulmonary Disease Program". Lokalisert på:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=803ea44e-4fae-4aee-9681-3e8bd666f826%40sessionmgr111&vid=5&hid=128>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving (5. utg.)* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fermann, T. & Næss, S. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I Brodtkorp, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (1.utg., s.196-218)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- *Folkehelseinstituttet. (2012). *Fakta om benzodiazepiner*. Lokalisert på:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6397&MainContent_6263=6464:0:25,6414&List_6212=6218:0:25,6416:1:0:0:::0:0
- *Fraser, D.D., Kee, C.C. & Minick, P. (2006). *Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives*. Lokalisert på:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03946.x/full>
- *Giæver, P. (2015). Kronisk obstruktiv lungesykdom. *Lungesykdommer* (3. utg., s. 80-103). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulsvik, A. (2007). Legemidler ved lungesykdommer. I Nordeng, H. & Spigset, O (red). *Legemidler og bruken av dem* (1. utg., s. 205 – 213). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- *Hanley, J., Krishan, A., Lewis, S., MacNee, W., McCloughan, L., McKinstry, B., Pagliari, C., Pinnock, H., Sheikh, A., Stoddart, A., Todd, A. & Van der Pol, M. (2013). «*Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial*». Lokalisert på:
<http://www.bmj.com/content/bmj/347/bmj.f6070.full.pdf>
- Haugsgjerdet, S., Skårderud, F. & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn- kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2014). *Helsepersonelloven*. LOV-1999-07-02-64.
- *Helsedirektoratet. (2012). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. IS-2029
- *Helsedirektoratet. (2014). *Status for samhandlingsreformen*. IS-2234
- *Helse - og Omsorgsdepartementet. (2004). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 – 2009*.
- *Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Helse- og omsorgstjenesteloven*.
LOV-2011-06 24-30
- *Helse - og Omsorgsdepartementet. (2013). *NCD-strategi 2013-2017*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St. mld. Nr. 47, 2008-2009.

*Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering. Kols og andre lungesykdommer*. Litauen: Cappelen Damm AS

*Hjalmarson, A., Lien, L. A., Zanaboni, P. & Wootton, R. (2013). Long-term telerehabilitation of COPD patients in their homes: interim results from a pilot study in Northern Norway. *Journal of Telemedicine and Telecare J Telemed Telecare*. 2013 Oct;19(7):425-9. doi: 10.1177/1357633X13506514.

Hvinden, K. (2011). Etablering av lærings- og mestringssentra- historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering. I Lerdal, A. & Fagermoen, M. S (red). *Læring og mestring*. (1.utg., s 48 – 62). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (2015). Lokaliser på: <http://www.lhl.no/lunge/kols>

Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper – en arena for økt mestring og velvære. I Lerdal, A. & Fagermoen, M. S (red). *Læring og mestring*. (1.utg., s. 208 – 235). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Lovdata. (1999, juli 02). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*, LOV-1999-07-02-63 (2015)

Lovdata. (1999). *Taushetsplikt og opplysningsrett*, LOV – 1999-07-02-64 (2015)

Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I Bache – Gansmo, E (red)., Mjell, J. & Ørn, S. *Sykdom og behandling* (1 utg., s. 209 – 241). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget

*Norsk Helseinformatikk. (2013). *Kols Kronisk Obstruktiv Lungesykdom*. Norsk Elektronisk Legehåndbok. Lokalisert på: <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/lunger/kols-arsaker-6451.html?page=3>

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, ICNs etiske regler*. Lokalisert på: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Regjeringen. (2012). *Åpenhet om svingdørspasienter*. Lokalisert på:
<https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/apenhet-om-svingdorspasienter/id680442/>

Slettebø, Å. (2002). *Sykepleie og etikk*. Gyldendals Akademiske. Oslo

*Statistisk sentralbyrå. (2014). *Befolkningsframskrivinger, 2014-2100*. Lokalisert på:

<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17>

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. Gammersvik, Å. & Larsen, T. (red). *I Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (s 173 – 191). Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg 1. PICO skjema

Artikkel	Forfatter	Utgiver	År	Database	Søkeord	Treff	Ant. leste	Ant. utvalgt	Dato
<i>A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bonsaksen, T • Fagermoen, M.S • Haukeland-Parker, S • Lerdal, A 	Internation Journal of Chronic Pulmonary Disease	2013	Pubmed	”COPD” ”Quality of life” ”Norway”	22	4	1	14.04.15
<i>Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Comino,E • Daffurn,K • Harris, M • Hermiz, O • Marks, G • Wilson, S 	Brithish Medical Journal	2002	Bmj.com	”COPD” ”Home based care” ”Reduced hospital”	24	3	3	14.04.15

Artikkel	Forfatter	Utgiver	År	Database	Søkeord	Treff	Ant. leste	Ant. utvalgt	Dato
<i>Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Beaupré, A • Bégin, R • Borycki, E • Bourbeau, J • Collet, J.P • Julien, M • Maltais, F • Nault, D • Renzi, P • Rouleau, M • Schwartzman, K • Singh, R 	Arch Intern Med	2003	Pubmed	”COPD” ”Quality of life” ”Self managment” ”Reduced hospital”	27	2	1	15.04.15
<i>Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Fraser, D.D • Kee, C • Minick, P 	Journal of Advanced Nursing	2006	The Cochrane Library	“COPD” “Living with chronic disease”	16	2	1	28.04.15

Artikkel	Forfatter	Utgiver	År	Database	Søkeord	Treff	Ant. leste	Ant. utvalgt	Dato
<i>Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation--an exploratory study</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bentsen, S.B • Henriksen, A.H • Rokne, B • Klopstad Wahl, A • Wentzel-Larsen, T 	Science direct	2010	Pubmed	"COPD" "Quality of life" "Self efficacy"	66	2	1	15.04.15
<i>A concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Casey, D • Cooney, A • Dowling, M • Murphy, K 	Journal of Nursing and Health care of Chronic Illness	2011	CINAHL	"Chronic obstructive pulmonary disease" "Empowerment"	20	2	2	15.04.15

Artikkel	Forfatter	Utgiver	År	Database	Søkeord	Treff	Ant. leste	Ant. utvalgt	Dato
<i>Enhancing Cost-Effective Care with a Patient-Centric Coronary Obstructive Pulmonary Disease Program</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Chuang, C • Levine, S.H • Rich, J 	Population Health Management	2011	CINAHL	”Chronic obstructive pulmonary disease” ”Empowerment”	20	2	2	15.04.15
<i>Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bentsen, S.B • Klopstad Wahl, A • Rokne, B 	Scandinavian Journal Of Caring Sciences	2013	Pubmed	”COPD” ”Education” ”Coping” ”Norway”	22	7	1	28.04.15

Artikkel	Forfatter	Utgiver	År	Database	Søkeord	Treff	Ant. leste	Ant. utvalgt	Dato
<i>Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pinnock, H • McCloughan, J.L • Todd, A • Krishan, A • Lewis, S • Stoddart, A • Van der Pol, M • MacNee, W • Sheikh, A • Pagliari, C • McKinstry, B 	British medical journal	2013	Bmj.com	"COPD" "Home based care" "Reduced hospital"	24	3	3	27.04.15
<i>Long-term telerehabilitation of COPD patients in their homes: interim results from a pilot study in Northern Norway.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hjalmsen, A • Lien, L.A • Wootton, R • Zamboni, P 	Journal of Telemedicine and Telecare	2013	PUBMED	"COPD" "Telemedicine" "Norway"	12	1	1	20.04.15

Artikkel	Forfatter	Utgiver	År	Database	Søkeord	Treff	Ant. leste	Ant. utvalgt	Dato
<i>Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Beech, R • Pooler, A 	International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease	2014	PUBMED	”COPD” ”Anxiety” ”Quality of life”	348	3	1	20.04.15
<i>Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Brurberg, K.G • Greenstone, M • Jeppesen, E • Vist, G.E • Walters, J. A. E • Wedzicha, J.A • Wright, J.J 	The Cochrane Library	2012	The Cochrane Library	“COPD” “Hospital at home”	29	1	1	28.04.15

Vedlegg 2. GOLD skjema

Stadium og betegnelse	FEV ₁ i %	Symptomer
Stadium 0	FEV ₁ >70 % av forventet	Risikogruppe. Personer med kronisk hoste og ev. slimproduksjon, men fortsatt normal lungefunksjon
Stadium 1 <i>Mild kols</i>	FEV ₁ 70-80 % av forventet	Mild luftstrømsobstruksjon og pasienten har ved anstrengelse noe redusert lungefunksjon. Har ofte kronisk hoste, med eller uten slimproduksjon
Stadium 2 <i>Moderat kols</i>	FEV ₁ 50-70 % av forventet	Økende luftstrømsobstruksjon. Pasienten merker at lungefunksjonen er redusert ved aktivitet.
Stadium 3 <i>Alvorlig kols</i>	FEV ₁ 30-50 % av forventet	Alvorlig luftstrømsobstruksjon. Pasienten opplever akutte forverringer og livskvaliteten reduseres.
Stadium 4 <i>Meget alvorlig kols</i>	FEV ₁ <30 % av forventet	Alvorlig luftstrømsobstruksjon. Pas har lungesvikt eller tegn på høyresidig hjertesvikt. Livskvaliteten er betydelig redusert og forverringer kan være dødelig.

(Mjell, 2012).

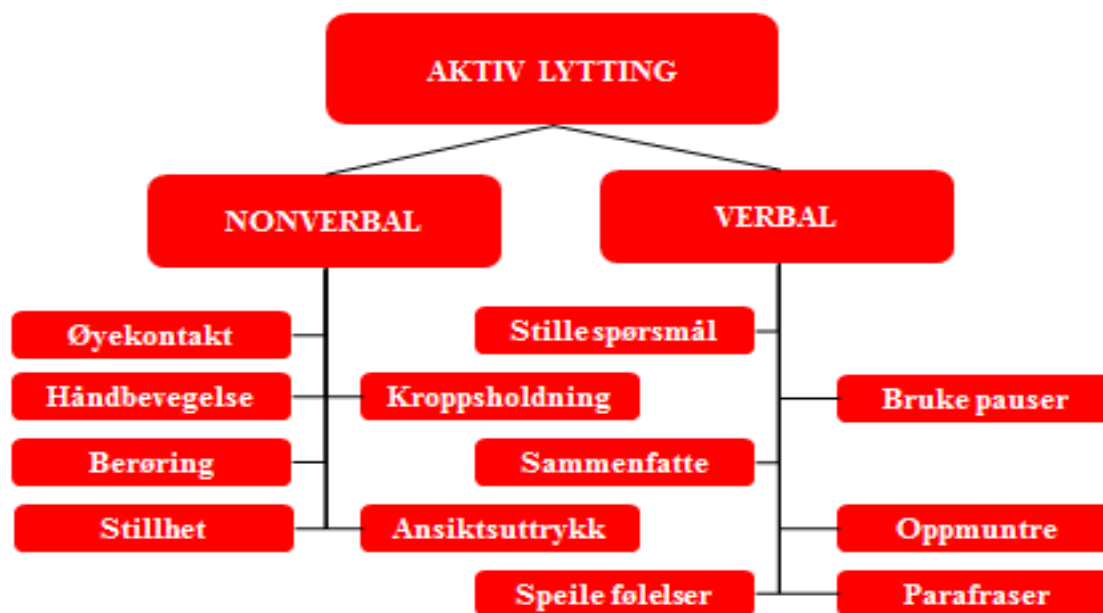
Vedlegg 3. Egenomsorgsbehovene

De åtte egenomsorgsbehovene Orem beskriver 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 å være alene og å 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

(Cavanagh, 2001).

Vedlegg 4. Aktiv lytting



(Eide & Eide, 2007 s. 24)