

Campus Elverum
Avd. Kongsvinger
4BACH

Even Andreas Berg
og Espen Vivang
Veileder: Marit Berg

Basyk 2014

Bacheloroppgave i sykepleie

«Livsstilsendring for pasient med kronisk obstruktiv lungesykdom»

«Lifestyle change for patient with chronic obstructive pulmonary disease»

Antall ord: 12952

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Bakgrunn

KOLS er en sykdom som har rammet rundt 250.000-300.000 mennesker i Norge. Trolig har bare halvparten av disse fått diagnosen. KOLS er et stort folkehelseproblem, og står for en stor andel av dødsårsakene her i landet.

Hensikt Gjennom praksis og arbeidserfaring har vi møtt mange pasienter med KOLS. Vi ønsket i denne Bacheloroppgaven å se nærmere på hva vi som sykepleiere kan bidra med for å hjelpe en pasient til å øke og holde ved like motivasjonen til å gjennomføre livsstilsendring slik at pasienten kan få økt sitt fysiske funksjonsnivå.

Metode

Vi har brukt litteraturstudie som metode for denne oppgaven, og har brukt oppdatert fag- og forskningslitteratur for å belyse vår problemstilling.

Resultat

Hvordan motivasjonsskapende tiltak ved bruk av motiverende intervju kan bidra til at pasient med KOLS kan lykkes i å gjennomføre en livsstilsendring.

Konklusjon

For at pasient skal lykkes i å holde ved like motivasjonen til en livsstilsendring, har vi sett at det å bruke motiverende intervju, sammen med god kommunikasjon kan være gode tiltak.

Summary

Background

COPD is a disease that has affected around 250,000-300,000 people in Norway. Probably only half of them have had the disease. COPD is a major public health problem, and accounts for a large proportion of the causes of death in this country.

Purpose

Through practice and work experience we have met many patients with COPD. We wanted in this bachelor task to look into what we as nurses can help a patient increase, and sustain the motivation to carry out lifestyle change so that the patient can increase his physical level of functioning.

Method

We have used literature study as a method for this assignment, and have used up-to-date academic and research literature.

Result

How motivational measures using motivational interviews can help a patient with COPD succeed in implementing a lifestyle change.

Conclusion

In order for the patient to succeed in keeping just the motivation for a lifestyle change, we have seen that using motivational interviews, along with good communication, can be good measures.

Innhold

1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	7
1.2 Presentasjon av problemstilling	7
1.3 Avgrensing og presisering	8
1.4 Anonymisering av case	8
1.5 Case	9
1.6 Oppgavens hensikt	9
1.7 Begrepsforklaring	9
1.7.1 KOLS	9
1.7.2 Livsstil/livsstilsendring	10
1.7.3 Lungerehabilitering	10
1.7.4 Motivasjon	10
1.7.5 KMI	10
1.8 Oppgavens oppbygning	11
2. Metode	12
2.1 Litteratursøk og søkehistorikk	12
2.2 Presentasjon av forskningsartikler	13
2.3 Kildekritikk	15
2.4 Etisk vurdering	15
3. Teori	16
3.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom	16
3.1.1 Definisjon og forekomst:	16
3.1.2 Sykdomsmekanisme:	16
3.1.3 Typer/klassifikasjon:	17
3.1.4 Symptomer:	17
3.1.5 Diagnostikk:	18
3.1.6 Behandling:	18
3.2 Dorothea Orems sykepleieteori	18
3.3 Profesjonell kommunikasjon	19
3.4 Motiverende Intervju	20
3.5 Frisklivssentral	21
3.6 Lungerehabilitering	21
3.6.1 Trinn i lungerehabiliteringen	22
3.6.2 Røykeavvenning	23
3.6.3 Fysisk aktivitet og treningsprogram	24

3.7 Hverdagsrehabilitering	25
3.7.1 Hjemmesykepleie	25
3.7.2 Individuell plan	26
3.8 Ernæring ved kols	26
3.9 Lover og retningslinjer	27
3.9.1 Yrkesetiske retningslinjer	27
3.9.2 Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven, 1999)	28
3.9.3 Helse- og omsorgstjenesteloven	28
3.9.4 Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)	29
4. Drøfting	30
4.1 Sykepleiers rolle i forhold til røykeslutt	31
4.2 Sykepleiers rolle i forhold til ernæringssituasjonen	34
4.3 Sykepleiers rolle innenfor fysisk aktivitet	37
5. Konklusjon	41
Litteraturliste	42
Vedlegg 1: PICOSKJEMA	46
Vedlegg 2: Samleskjema for artikler	47

1. Innledning

I løpet av sykepleierstudiet har vi møtt på mange spennende og interessante situasjoner i de forskjellige praksisperiodene vi har hatt. Vi har møtt pasienter som har hatt ulike utfordringer og diagnoser, og de har gjort inntrykk og vil prege oss lenge fremover. Det har vært både interessant og overveldende å få innsikt i alt dette i løpet av disse tre årene, og vi har flere områder som har interessert oss. Da vi skulle bestemme oss for tema for denne bacheloroppgaven, var vi imidlertid ganske enige om hva vi ville fordype oss i og skrive om. Vi valgte å sette oss inn i hvilken rolle vi som sykepleiere kan ha i forbindelse med lungerehabilitering av pasienter med KOLS.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

KOLS har blitt en folkehelse sykdom med rundt 250 000 – 300 000 rammede personer i Norge. Trolig er det mindre enn halvparten av disse som vet at de har sykdommen. Mange har symptomer på sykdommen, med redusert livskvalitet og store utfordringer i hverdagen, men uten å ha fått diagnosen. Som fremtidens sykepleiere vil vi i vårt arbeid treffe mange eldre, og mange av disse vil være diagnostiserte med sykdommen (Helsedirektoratet, 2012).

Vi har valgt å ta utgangspunkt i sykdommen KOLS da vi skulle skrive denne Bacheloroppgaven. Vi ønsket å se nærmere på sykepleiers rolle i lungerehabilitering, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å holde ved like pasientens motivasjon for en livsstilsendring. Grunnen til at vi har valgt dette temaet er fordi vi har møtt mange pasienter i praksis, som har hatt redusert livskvalitet på grunn av plagene de opplever med sykdommen KOLS. Det har vært personer som har vært forholdsvis unge, som tidlig i 50-årene, og eldre personer som har vært i 70-80 årene. Vi har møtt dem både i hjemmesykepleie praksis og på sykehus. Det fremkommer dessuten fra Norsk Sykepleierforbund at vi som sykepleiere skal fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og gjenopprette helse (2007).

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å holde ved like motivasjonen for livsstilsendring hos en eldre pasient med moderat til alvorlig grad av kols?»

1.3 Avgrensning og presisering

Vi vil i denne oppgaven fordype oss i sykepleiers rolle i forhold til å holde ved like motivasjonen til en pasient med kols, slik at pasienten bedre kan lykkes med en livsstilsendring. Vi vil beskrive denne pasienten nærmere i eget case under, som vil danne grunnlaget for denne bacheloroppgaven. Vi vil se nærmere på hva vi mener er viktige og sentrale oppgaver i denne sammenheng, og rette fokus på både den innsatsen sykepleier og pasient skal gjøre i arbeidet for å klare å lykkes i dette. Vi har valgt å fokusere på motiverende intervju (MI) som kommunikasjonsverktøy i denne sammenheng. Det er noen grunnleggende prinsipper som hjelper bør benytte seg av i samtalen for at den skal bli konstruktiv, og gi utbytte for pasienten. Disse er sammenfattet under akronymet EDRAS som danner grunnlaget for vår bruk av motiverende intervju (Helsedirektoratet, 2017).

Vi vil i denne oppgaven avgrense problemstillingen vår til å gjelde en eldre pasient over 65 år, som har moderat til alvorlig grad av KOLS. Vi vil i denne oppgaven ha fokus på at det er pasientens KOLS-diagnose som er utgangspunktet for hennes livsstilsendring. I følge aktivitetshåndboken inndeles KOLS etter alvorlighetsgrad I – VI. Vi har valgt at pasienten i det fiktive caset vårt skal ha KOLS grad III (2008, s. 376). Vi tar utgangspunkt i at pasienten har hjemmesykepleie, og at det er i denne sammenheng vi som sykepleiere skal hjelpe henne i forhold til livsstilsendringen. Vi vil gå nærmere inn på pasientens opplevelse og utfordringer av å leve med denne sykdommen, og hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe vedkommende til å nå sine egne mål. Vi vil ikke gå inn på pårørendes opplevelser av å ha et familiemedlem som er rammet av KOLS, heller ikke at pasienten er i terminal fase, men derimot at det er et potensial for rehabilitering, og at det er et forventet positivt utbytte av dette. Vi vil benytte sykepleieteoretiker Dorothea Orem i denne oppgaven. Vi vil ta utgangspunkt i hennes teori om egenomsorg, og vil ikke gå inn på hennes teori om sykepleiesystemer.

1.4 Anonymisering av case

I forhold til vår taushetsplikt som fremkommer av Helsepersonelloven (1999), vil personen i caset være en fiktiv person som er funnet opp av oss.

1.5 Case

Else er en kvinne på 72 år som bor hjemme i eget hus. Hun fikk diagnostisert KOLS grad II for fire år siden, men sist hun var til undersøkelse hadde denne økt til KOLS grad III. Hun har røyket cirka 20 sigaretter per dag i 40 år. Har nylig vært på sykehus til utredning og lungerehabilitering, og kom hjem for to uker siden. Hun har fått innvilget vedtak om hjelp fra hjemmesykepleien i kommunen der hun bor til å fortsette lungerehabiliteringen hjemme. Vår oppgave blir videre å hjelpe pasienten til å holde ved like motivasjonen for livsstilsendringen. Hun har klart å bli røykfri under oppholdet i forbindelse med lungerehabiliteringen. Er for tiden lite fysisk aktiv på grunn av dyspne ved moderat anstrengelse, og har ikke mye energi til å utføre daglige gjøremål som husvask og handling av matvarer. Det ble gjennomført en ernæringscreening da hun var på lungerehabilitering, og hun hadde da en KMI på 20, og er ifølge kosthåndsboken underernært (Helsedirektoratet, 2015). Else har tidligere vært glad i matlaging, samt i å gå turer og friluftsliv. Dette har blitt veldig begrenset de siste årene ettersom formen har blitt merkbart dårligere. Hun ble enke for fem år siden, og har ingen barn eller barnebarn. Hun ønsker selv å endre livsstil for å kunne bevare helsen inn i alderdommen, og kunne orke å utføre mer av hverdagsaktivitetene sine. Hun sier selv hun er mye mer motivert til å gjøre endringer nå etter oppholdet ved sykehuset, men uttrykker samtidig et behov for hjelp til å komme i mål med sin livsstilsendring.

1.6 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er at vi skal lære mer om hvordan vi som sykepleiere i hjemmesykepleien kan hjelpe pasienter med KOLS som bor hjemme til å gjennomføre, samt få et større utbytte av en livsstilsendring. Gjennom praksis og arbeidserfaring har vi sett flere eksempler med pasienter som har KOLS, og som potensielt har mange leveår igjen. Samtidig kan mange oppleve dårligere livskvalitet som følge av sykdommen. Nasjonal faglig retningslinje for kols sier at gjennom lungerehabilitering er målet at sykdommen ikke skal forverre seg, samt at de kan få økt sitt fysiske funksjonsnivå (Helsedirektoratet, 2012).

1.7 Begrepsforklaring

1.7.1 KOLS

Kols er en forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom, og denne betegnelsen står for sykdommer der luftstrømshindringen ikke er fullt reversibel, men derimot ofte øker og forverrer seg. De fleste av pasientene med kols har kombinasjoner av kronisk bronkitt og

emfysem (Mjell, 2011, s. 230-231). De nyeste retningslinjene fra GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2011) anbefaler en ny behandlingsplan basert på en flerdimensjonal gradering av sykdommen: I denne inngår obstruksjon (FEV1 i prosent av forventet verdi), grad av symptomer målt ved BMRC eller kolsvurderingstest og antall forverrelser siste 12 måneder (Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for KOLS s. 26).

1.7.2 Livsstil/livsstilemdring

En livsstil sier noe om hvordan en persons levevaner er. Det er ulike faktorer som er med på å påvirke livsstil, og noen av disse livsstilsfaktorene er kosthold, fysisk aktivitet og røyking. Det kan være nødvendig å endre på levevanene for å unngå helsesvikt, sykdom eller forverring av sykdom, dette kalles livsstilemdringer (Kristoffersen, 2012, s. 197)

1.7.3 Lungerehabilitering

Lungerehabilitering er en sammensatt innsats som er basert på en grundig vurdering av pasienten. Siden skal den bli etterfulgt av en individuell, tilpasset behandling som blant annet skal bestå av fysisk trening, pasientundervisning og atferdsendringer, med det formål å forbedre fysisk og psykologisk velferd for pasienter med KOLS, og på sikt styrke helsefremmende atferd (referert i Marså & Lange, 2016, s. 152)

1.7.4 Motivasjon

Begrepet motivasjon kommer fra det latinske ordet *movere*, som betyr å bevege. Begrepet brukes om drivkraften bak en handling, og benyttes som en samlebetegnelse for alle krefter som setter i gang og gir retning til handlinger (Normann, Sandvin & Thommesen, 2011, s. 62).

1.7.5 KMI

Kroppsmasseindeks er et verktøy for å beregne om en person har normal vekt, eller er over- eller undervektig. For å finne KMI divideres vekt med kvadratet av høyden (Kosthåndboken, 2012).

1.8 Oppgavens oppbygning

Vår oppgave består av fem kapitler; innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon.

Kapittel 1 består av innledning

Kapittel 2 er metodekapittelet vårt, og her vil vi gå nærmere inn på hva vi har lagt vekt på i litteratursøket vårt, og hvilken litteratur vi har brukt i denne oppgaven, samt kildekritikk. Vi vil her også gi en presentasjon av de forskningsartiklene vi har benyttet.

I kapittel 3 vil vi ta for oss, og gå i dybden på den teorien vi ønsker å bruke i denne oppgaven, som består av både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur.

Kapittel 4 er drøftingskapittelet vårt, og her vil vi belyse problemstillingen vår ved at vi diskuterer og trekker inn teorien fra teorikapittelet og informasjonen fra caset.

I kapittel 5 vil vi ha en konklusjon, samt komme med funn fra drøftingsdelen vår

2. Metode

Denne bacheloroppgaven i sykepleie er basert på litteraturstudie. Vi ønsker nå å beskrive nærmere hvordan vi har gått fram for å finne litteraturen vi vil bruke i denne oppgaven. I denne bacheloroppgaven skal vi undersøke problemstillingen vår nærmere, og vi må finne litteratur slik at vi skal kunne klare å begrunne den med aktuell teori og forskning.

Dalland (2012, s. 112) sier metoden er redskapet eller fremgangsmåten vi trenger for å undersøke noe nærmere. Vi kan dele inn metode i kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativ metode er en metode som gir informasjon i form av målbare enheter, som er tallfestet. For eksempel kan det være en spørreundersøkelse som vil innhente informasjon om høyde, vekt eller BMI hos en utvalgt gruppe. Disse tallene kan så gi grunnlag for å regne ut tall som gjennomsnitt, høyeste og laveste verdi, med mer slik at vi kan finne svarene vi er ute etter i form av statistikk. Kort sagt kan en si at kvantitative undersøkelser går mer i bredden. Kvalitative undersøkelser tar sikte på å finne ut noe, og gå i dybden av et fenomen, og undersøke oppfatninger, erfaringer eller meninger om noe. En ønsker å få frem nyanser ved det en vil undersøke, eksempelvis kan dette være en treningsdagbok der personen forteller detaljert og får frem ulik informasjon vedrørende treningen sin (Dalland, 2012, s. 112). Hvis vi ønsker å finne ut mer om temaer vi ikke har så mye informasjon om, eller som det foreligger lite forskning omkring, kan kvalitativ metode være veldig hensiktsmessig (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s. 32). Vi vil i forbindelse med denne oppgaven forsøke å finne både kvantitative og kvalitative forskningsartikler for å kunne belyse problemstillingen på en mest mulig dekkende og nyansert måte (Dalland, 2012, s. 112).

2.1 Litteratursøk og søkehistorikk

I denne oppgaven har vi anvendt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Den selvvalgte litteraturen består av bøker, informasjon fra offentlige sider på Internett, og forskningsartikler. Vi vil også benytte egne erfaringer, og trekke disse inn i drøftingsdelen av oppgaven. (Dalland, 2012, s. 68-72).

Før vi startet å søke etter forskningsartikler, benyttet vi PICO-skjema, og etter å ha fylt ut det fant vi de søkeordene vi ønsket å bruke videre. Før vi bestemte oss for hvilke databaser vi skulle søke i, bestemte vi oss for at forskningen skulle være relevant for sykepleiere. Vi mente dette var viktig, slik at vi fant mest mulig relevant litteratur for å belyse og besvare problemstillingen vår, som omhandler hva sykepleier kan gjøre for pasienten. Vi har brukt databasene Cinahl, SweMed, PubMed, Cochrane Library og Oria.

Vi har brukt følgende søkeord: COPD, rehabilitation, nurse, nursing, smoking cessation, nutrition, activity, self-care, home-based nursing

Vi startet med å finne MESH termer ved å legge inn de søkeordene vi ønsket å bruke i søkemotoren «Mesh på norsk og engelsk» som er utgitt av Universitetet i Agder i samarbeid med Helsebiblioteket og Folkehelseinstituttet. Vi la disse også inn i SweMed, og fikk da opp MESH termer der. Dette er medisinsk faglige begrep, som vi kunne bruke videre i de ulike søkedatabasene. Deretter søkte vi med de samme søkeordene i databasene SweMed, Cinahl og Oria. Vi har avgrenset søket til å gjelde fagfellevurderte artikler, som betyr at disse artiklene har blitt vurdert og godkjent av eksperter innen det aktuelle fagområdet (Dalland, 2012, s. 78).

2.2 Presentasjon av forskningsartikler

Vi vil nå gi en kort presentasjon av de forskningsartiklene vi har valgt å bruke i oppgaven vår.

Artikkel 1. «Evaluating the effectiveness of smoking cessation in the management of COPD».

Målet med artikkelen var å vurdere hvor effektiv røykeslutt var i forbindelse med håndteringen av pasienter med KOLS. Røykeavvenningsmidler blir anbefalt som den mest effektive behandlingen for å øke livskvalitet, og forhindre kols forverring. Studien som er brukt er litteraturstudie som metode. Forfatterne konkluderer med at røykerne som ikke klarte å slutte å røyke etter å ha mottatt støtte, opplevde psykiske problemer. Funnene i denne studien indikerer tydelig at kombinasjonen av ulike røykeslutt tiltak, og å involvere pasientene og deres ektefeller gjennom støtte og veiledning er effektive i behandlingen av KOLS.

Artikkel 2. «Energibehovet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse-et litteraturstudie»

Denne artikkelen ser nærmere på energibehovet til pasienter med KOLS. Det fremkommer av artikkelen at 20-50 % av disse pasientene er underernært, og dette er forbundet med økt dødelighet i seg selv. Målet med artikkelen var å beskrive nødvendig energiinntak for pasienter med KOLS. Denne studien har benyttet litteraturstudie som metode, og har inkludert artikler der rapportert totalt daglig energiforbruk eller energiforbruk i hvile, og inkludert pasienter som hadde en normal eller lav kroppsvekt. 10 av 92 artikler innfridde inklusjonskriteriene. De fleste studiene forfatterne har undersøkt, dokumenterte at pasientenes energiforbruk i hvile var økt, og at det totale daglige energi forbruket økte selv om det varierte

mye. Forfatterne sier at antall studier som måler pasientenes energiforbruk er ytterst få. De få studiene som foreligger på dette området, peker i retning av at pasienter med KOLS har et større energibehov enn tilsvarende friske personer, og at det er store variasjoner mellom de enkelte pasientenes totale daglige energibehov.

Artikkel 3. «Integrating nutrition into pathways for patients with COPD»

Artikkelen fokuserer på underernæring ved kols. Den ser på rollen til sykepleiere i kommunehelsetjenesten vedrørende å vurdere ernæringsstatus til pasienter med kols, samt å integrere ernæring inn i sykepleien til de med denne sykdommen. Disse er sentrale i forhold til pleien av pasienter med KOLS, ettersom mange bor hjemme og samtidig mottar helsetjenester, og kan sørge for at det blir gjort en ernæringscreening som en del av dette. Erfaring tilsier at pasienter med KOLS som er i risikozonen for underernæring, har en økt risiko for sykehusinnleggelse, lengre sykehusopphold og oftere reinnleggelser og økt dødelighet. Artikkelen konkluderer med at underernæring er vanlig blant pasienter med kols, og at sykepleiere i kommunehelsetjenesten har en sentral rolle i den ernæringsmessige vurderingen av disse pasientene.

Artikkel 4. «Effects of home-based nursing pulmonary rehabilitation on patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised clinical trial

Målet med denne artikkelen var å se nærmere på hjemmebasert lungerehabilitering til KOLS-pasienter. Forfatterne ønsket å se nærmere på effekten av hjemmebasert sykepleie i en lungerehabiliteringssammenheng i forhold til fatigue, dagliglivets aktiviteter (ADL) og livskvalitet hos pasienter med KOLS. Fatigue er ganske vanlig hos pasienter med KOLS, og dette kan redusere den daglige aktiviteten og livskvaliteten hos disse personene. Studien har benyttet randomisert kontrollert forsøk, bestående av to forskjellige grupper. Ved endt studie sammenlignes gruppene for å se i hvilken grad tiltakene har gitt resultater. Denne artikkelen er gjennomført i Iran, men vi mener den er relevant i forhold til vår problemstilling da denne tar for seg utfordringer som vi har i caset vårt, og at vi mener at symptomene som følger med KOLS er ganske like enten pasientene bor i Iran eller Norge. Artikkelen konkluderer med at hjemmebasert lungerehabilitering av sykepleiere kan være et effektivt, rimelig, og lett tilgjengelig alternativ for å redusere fatigue, og for å øke aktivitet i hverdagen (ADL) samt øke livskvalitet for pasienter med KOLS.

Artikkel 5: «The development of an integrated care model for patients with severe or very severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): the COPD – Home model»

Denne artikkelen presenterer en modell som heter COPD – Home model. Hensikten med denne modellen er å ha faste retningslinjer til pasienter med alvorlig, eller veldig alvorlig KOLS. Målet med dette er å forebygge KOLS forverring slik at det blir mindre sykehusinnleggelser. Modellen inneholder også undervisning og behandlingsplaner til pasientene. Den henviser også til tidligere forskning, at pasienter med KOLS som har fått tett oppfølging og undervisning får bedre livskvalitet. Artikkelen fokuserer på samarbeid med pasienter som har KOLS, slik at de skal få bedre kunnskap om sykdommen, symptomer og behandling. Den vil at pasienten selv skal ta grep, og være villig til å samarbeide for å utarbeide behandlingsplaner sammen. De vil øke pasientens evne til egenbehandling, som igjen fører til økt mestring og livskvalitet. Metoden som er brukt er empirisk studie, som er en kvalitativ studie.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om de metodene som benyttes for å kunne avgjøre om en kilde er troverdig eller gyldig. Det er to sider i forhold til kildekritikk, det å finne frem til den mest egnede litteraturen som kan belyse vår problemstilling, som kalles kildesøking, og den andre som handler om det å kunne redegjøre for den litteraturen vi har brukt i oppgaven.

Kildekritikk er altså å kritisk vurdere det kildematerialet vi skal bruke i oppgaven (Dalland, 2012, s. 67-68).

I vår oppgave har vi tatt utgangspunkt i pensumlitteratur og selvvalgt litteratur i form av vitenskapelige artikler og bøker. I vårt søk etter litteratur har vi forsøkt å finne materiale vi mener er relevant og viktig for at vi skal klare å belyse problemstillingen vår best mulig. Vi har vært opptatt med å finne litteratur som er mest mulig relevant i forhold til at vi skal ha fokus på sykepleierperspektivet i vår oppgave (Dalland, 2012, s. 120). Vi har vært opptatt av å finne litteratur som er av nyere dato, og er mest mulig oppdatert.

2.4 Etisk vurdering

I vår oppgave har vi vært nøye med å overholde taushetsplikten vi har som helsepersonell, og som er omtalt i Helsepersonelloven (1999, § 21), slik at vi ikke kommer med informasjon som kan gjenkjennes eller kobles opp mot en bestemt person. Vi mener at vi på denne måten har ivarett personvernet i oppgaven vår (Dalland, 2012, s. 96-97).

3. Teori

I dette kapitlet skal vi ta for oss den teorien som vi mener er aktuell for å besvare vår problemstilling, og som gir grunnlag for vår drøfting senere i oppgaven. Vi vil starte teoridelen med fakta om sykdommen KOLS, deretter vil vi ta for oss sykepleieteoretiker Dorothea Orem, rehabilitering ved KOLS, profesjonell kommunikasjon, motiverende intervju, mestring, lungerehabilitering, hverdagsrehabilitering, ernæring ved KOLS og til slutt lover og retningslinjer.

3.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom

3.1.1 Definisjon og forekomst:

Rundt 250-300 000 mennesker er rammet av KOLS i Norge. Sykdommen er sjelden for de under 40 år, men kan ramme mennesker i alle aldre, og er mest utbredt blant de eldre i befolkningen. Blant de over 70 år har cirka 10 % sykdommen. Forekomsten øker ved røyking, økende alder, blant de som bor i byer, de med lav sosioøkonomisk status og luftforurensning (Mjell, 2011, s. 231).

Nedsatt evne til å puste inndeles i obstruktive og restriktive lungesykdommer. KOLS er en samlebetegnelse for sykdommer der luftstrømshindringen ikke er fullt reversibel, og vanligvis vil sykdommen forverre seg med tiden (Mjell, 2011, s. 230). De som har KOLS vil oppleve å ha en luftstrømsobstruksjon som ikke helt lar seg reversere og normalisere. Selv om sykdommen kan forebygges og behandles, er det en kronisk sykdom. Luftstrømsobstruksjonen består av en inflammatorisk reaksjon og strukturelle forandringer i de små, perifere luftveiene som bronkioler og alveoler (obstruktiv bronkiolitt) og/eller destruksjon av lungeparenkym (emfysem), (Helsedirektoratet, 2012, s. 22). KOLS er en folkesykdom som primært skyldes tobakksrøyking. Sykdommen utvikler seg gradvis med åndenød som dominerende symptom. Utviklingen av sykdommen kan begrenses med røykeslutt og medisinsk behandling. Fysisk aktivitet og rehabilitering er en viktig del av behandlingen (Godtfredsen & Nørgaard, 2016, s. 171).

3.1.2 Sykdomsmekanisme:

Det er flere patogene mekanismer som bidrar til utviklingen av kols. Den dominerende er kronisk inflammasjon i luftveier og lunger med økt produksjon og infiltrasjon i slimhinnen (mucosa) av særlig neutrofile granulocytter, makrofager og lymfocytter. Man vet også at de som har kols ofte har tegn på systemisk inflammasjon med forhøyede verdier i blodet av

biomarkører som CRP og fibrinogen. Betydningen av systemisk inflammasjon for utviklingen og forløpet av kols er imidlertid fortsatt uklar. Tradisjonelt inndeles de patofysiologiske prosesser i to: kronisk bronkitt og emfysem. Det er et viktig poeng at kronisk bronkitt er et symptom fra de sentrale luftveiene, og emfysem en patologisk tilstand i de perifere luftveier, og ingen av de tilstandene alene gir nødvendigvis luftveisobstruksjon/kols. I bronkier og bronkioler medfører innflammasjonen tap av flimmerhår, samt økt produksjon og vekst av de slimproduserende kjertler og celler som fører til fortykkelse av slimhinnen, forsnevring av lumen og i siste ende luftveisobstruksjon. I alveolene utvikles emfysem, som følge av destruksjon av «støtteapparatet» dvs, nedbryting av bindevev, elastiske fibre og kapillærer. Dette fører til et tap av alveolære tilfester og dynamisk luftveiskollaps i de minste luftveiene, som igjen medfører innsnevret lumen og luftveisobstruksjon (Godtfredsen & Nørgaard, 2016, s. 172).

3.1.3 Typer/klassifikasjon:

KOLS klassifiseres etter hvor alvorlig luftstrømsobstruksjonen er basert på en spirometri prøve, og det er Global Initiative for Chronic Lung Disease, (heretter forkortet til GOLD) som har utarbeidet de ulike stadiene av sykdommen (Mjell, 2011, s. 232).

Etter at de nyeste GOLD retningslinjene for å klassifisere KOLS på ble innført i 2011, har helsepersonell måttet endre måten de håndterer sykdommen på. Sykdommens forløp skyldes nødvendigvis ikke bare graden av lungefunksjonsnedsettelse. Akutte forverringer spiller også en større rolle enn hittil antatt. Sykdommens alvorlighetsgrad inndeles nå i fire kategorier, avhengig av pasientens risiko for forverringer og symptomer, inndelt fra A til D, der A er minst alvorlig og D er mest alvorlig (Godtfredsen & Nørgaard, 2016, s. 178).

3.1.4 Symptomer:

Man ser symptomene som følger med sykdommen når FEV1 har falt til rundt 50 % av forventet. Mange opplever da dyspne eller åndenød ved anstrengelse, og mange må ta pauser ved eksempelvis trappegang. Dersom sykdommen har utviklet seg lengre, vil man få symptomer også ved hvile. Pipende og hvesende lyder, og tilbakevendende og langvarige luftveisinfeksjoner som forkjølelse og lungebetennelse kan være andre symptomer (Godtfredsen & Nørgaard, 2016, s. 174). Kronisk hoste, økt slimproduksjon og tungpust ved anstrengelse. Det vanligste er kronisk hoste med gulgrønt ekspektorat ofte tilstede hele dagen. (Mjell, 2011, s. 232).

3.1.5 Diagnostikk:

For at en person skal få diagnosen KOLS, må det bli påvist at vedkommende har en obstruksjon ved ekspirasjon, også kalt FEV. For å gjøre en lungefunksjonsmåling utføres en spirometri (Mjell, 2011, s. 233). Spirometri er en undersøkelse der en vurderer om det er snakk om en normal lungefunksjon, et obstruktivt mønster eller et restriktivt mønster. Luftveisobstruksjon foreligger hvis FEV1/FVC er mindre enn 70 % (Godtfredsen & Nørgaard, 2016, s. 54).

3.1.6 Behandling:

Det viktigste å gjøre for å redusere den videre utviklingen av sykdommen er å slutte med tobakksrøyking, eller at vedkommende ikke lenger i samme grad utsettes for støv eller andre partikler. Lungerehabilitering som kan bestå av fysisk trening, motivasjon og undervisning (Mjell, 2011, s. 233). Grovt sett består behandlingen av KOLS i forebyggende behandling, medisinsk behandling, oksygenbehandling, rehabilitering, kirurgisk behandling, behandling av akutte forverringer og behandling i den terminale fase (Godtfredsen & Nørgaard, 2016, s. 185).

3.2 Dorothea Orems sykepleieteori

Vi har valgt å bruke Orems teori om egenomsorg i denne oppgaven, ettersom vi mener den er relevant i forhold til problemstillingen og caset vi skal drøfte. Vi har tatt utgangspunkt i boken hennes; *Nursing: Concepts of Practice*. De handlinger som et menneske tar initiativ til og klarer å utføre selv for å opprettholde liv, helse og velvære, mener Orem er de handlinger som ligger til grunn for begrepet egenomsorg. Videre mener Orem at mennesket har grunnleggende behov av fysiologisk, psykologisk og sosial art, som består av åtte universelle egenomsorgsbehov, (Orem, 1995, s. 191).

1. Opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av luft
2. Opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av vann
3. Opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av mat
4. Pleie knyttet til eliminasjonsprosesser og ekskrementer
5. Opprettholdelsen av balanse mellom aktivitet og hvile
6. Opprettholdelsen av balanse mellom det å være alene og sosial interaksjon
7. Forebygging av farer for menneskelig liv, funksjon og velvære

8. Fremming av menneskelig funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper i henhold til menneskelig potensiale, kjente menneskelige begrensninger og det menneskelige ønsket om å være normal

(Orem, 1995, s. 191).

Terapeutiske egenomsorgskrav er handlinger som må utføres til enhver tid for å møte egenomsorgsbehovene. Dette er handlinger som personen selv eller andre må utføre for å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære (Orem, 1995, s. 186-189).

Orem nevner ti viktige faktorer som virker inn på en persons terapeutiske egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet, og disse er: alder, kjønn, utviklingstrinn, helsetilstand, sosial og kulturell tilhørighet, helsetjenestetilbud, familiesituasjon, livsstil og levemåte, forhold i miljøet og tilgang på ressurser (Orem, 1995, s. 203).

Egenomsorgskapasitet er personens evne og kapasitet til å klare å møte og dekke de terapeutiske egenomsorgskravene vedkommende har. Også evnen til å ta beslutninger om handlinger, og utføre disse handlingene (Orem, 1995, s. 212).

3.3 Profesjonell kommunikasjon

Kommunikasjonen vi skal bruke som helsepersonell bør være faglig og til hjelp for pasienten. Det er flere forhold ved kommunikasjonen vi må beherske, og som helsepersonell er det viktig at vi anerkjenner den andre, ved å være lyttende, åpen og direkte (Eide & Eide, 2014, s.12). Som sykepleiere vil kommunikasjonen vi benytter i en jobbsammenheng være en profesjonell kommunikasjon. Vi må være bevisst på kommunikasjonen vi utøver, og at den tar hensyn til pasientens behov og situasjon (Eide & Eide, 2014, s.18).

Aktiv lytting er en viktig ferdighet i profesjonell kommunikasjon. I følge Eide & Eide, kan aktiv lytting deles inn i verbal- og non- verbal. Disse kan igjen deles inn i flere delferdigheter. Eksempler på non- verbal kommunikasjon kan være øyekontakt, ansiktsuttrykk, håndbevegelser, berøring og stillhet. Verbal kommunikasjon kan for eksempel være å stille spørsmål, oppmuntre, speile følelser, sammenfatte og bruke pauser (2014, s. 24). Non- verbal kommunikasjon er en grunnleggende ferdighet i profesjonell kommunikasjon, som vi som sykepleiere skal bruke gjennom rehabiliteringsforløpet. Et av de viktigste poengene med non-verbalt kroppsspråk er å møte pasienten på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte. Målet med dette er å skape en god relasjon gjennom trygghet og tillit i forhold til

pasienten, slik at han/hun lettere kan dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2014, s. 198). I forbindelse med en livsstilsendring skal vi som sykepleiere fungere som en veileder, det vil si at vi skal gå sammen med pasienten, og hjelpe pasienten til å finne målene og retningen for endringsarbeidet sitt. Veileder skal gi informasjon og undervisning, samt råd når pasienten har behov for det (Eide & Eide, 2014, s. 332).

3.4 Motiverende Intervju

I MI - samtalen skal vi som sykepleiere hjelpe pasienten til å åpne seg, og oppdage hvilke ressurser man har til rådighet for å gjennomføre viktige livsforandringer (Kristoffersen, 2011, s.374).

Motiverende intervju (MI) er en målrettet samtalemetode som skal styrke pasientens motivasjon til å endre livsstil. Motiverende intervju kan brukes for eksempel ved røykeslutt og endring i kosthold- og aktivitetsvaner (Helsedirektoratet, 2017). Motiverende intervju anbefales å bruke som samtalemetode for å motivere til livsstilsendring. Denne metoden øker sannsynligheten for endring og skaper god relasjon mellom pleier og pasient (Helsedirektoratet, 2017). Motiverende intervju baserer seg mest på erfaring og forskning, om hvordan en pasient kan øke motivasjon og ønske å endre seg gjennom en samtale. Det er pasienten selv som må ønske å endre seg, og når dette skal skje. Dette kalles endringssnakk (Helsedirektoratet, 2017). Når pasienten får muligheten til å undersøke egne tanker, følelser og ideer relatert til egen adferd, så øker sannsynligheten for endring. Pasienten skal komme med egne argumenter om hvorfor han/hun vil ha en livstilendring (Helsedirektoratet, 2017). Endringssnakk er veldig positive tegn fordi man viser at man er på rett spor, og vil endre seg.

MI er utviklet og beskrevet av psykologene William Miller og Stephen Rollnick gjennom tre årtier (Helsedirektoratet, 2017).

I kommunikasjonsverktøyet motiverende intervju beskrives noen grunnleggende prinsipper under begrepet EDRAS, dette står for (Helsedirektoratet, 2017):

E – Uttrykke Empati: Her hjelper vi brukere til å reflektere, slik at han/hun kan bedre forstå situasjonen de befinner seg i, og opplevelsen av seg selv og andre mennesker.

D – Utvikle Diskrepans: Her skal hjelper styre brukerens oppmerksomhet mot områder i livet der man kan forvente å finne diskrepans, altså diverse uoverensstemmelser mellom hvordan

en har det, og hvordan en kan ønske å ha det. Dette kan skape motivasjon for å redusere diskrepansen.

R – Rulle med motstand: En forventet og naturlig del av endringsprosessen er motstand. Hjelperen bør møte denne motstanden ved å reflektere sammen med brukeren. Da viser hjelperen at han/hun anstrenger seg for å prøve å sette seg inn i brukerens situasjon, uten å dømme. I tillegg skal hjelperen stille åpne spørsmål, og poengtere at brukerens kontroll og frihet til å bestemme over endring vil kunne redusere denne motstanden.

A – Unngå argumentering: Hjelperen skal så langt det er mulig, unngå å argumentere eller motargumentere med brukeren til å gjøre endringer i livsstil. Da skal i stedet hjelperen komme med forslag eller informasjon som brukeren kan velge å ta til seg, eller ikke.

S – Støtte mestringskompetanse: Motivasjon er noe brukeren trenger for å tro på at han/hun kan utføre en endring i adferd. Hjelperen bør utforske hvor viktig det er for brukeren å gjennomføre disse handlingene med tanke på mestringssevne. Dette kan gjøres ved bruk av åpne spørsmål, oppsummeringer og refleksjoner (Helsedirektoratet, 2017).

3.5 Frisklivssentral

En frisklivssentral er en kommunal helsetjeneste. Den skal jobbe helsefremmende og forebyggende. Målgruppen er de som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2016).

3.6 Lungerehabilitering

Nasjonal faglig retningslinje og veileder for behandling av KOLS har anbefalinger når det gjelder rehabiliteringstilbudet til pasienter med lungesykdom. Det fremkommer av denne at tilbudet bør minimum inneholde trening, pasientopplæring og hjelp til røykeslutt, ernæringsråd og psykososial støtte. Den sier også at målet med rehabiliteringen er å redusere symptomer, bedre livskvalitet og øke fysisk og emosjonell deltagelse i daglige aktiviteter (Helsedirektoratet, 2012, s. 70). Retningslinjene sier også at de som tilbys rehabilitering ofte har svært sviktende funksjonsevne på bakgrunn av sin sykdom, og er enten uføre eller pensjonister. Målrettet innsats tidligere i sykdomsforløpet vil sannsynligvis ha større effekt og hindre utvikling til mer alvorlig sykdom. Et tverrfaglig team skal minst omfatte lege, fysioterapeut og sykepleier. Teamet kan utvides med ergoterapeut, psykolog, sosionom, klinisk ernæringsfysiolog og farmasøyt (Helsedirektoratet, 2012, s. 70).

Flere studier viser med høy pålitelighet at rehabilitering har vist seg å øke pasientens livskvalitet, øke funksjonsnivået, redusere forverring og redusere behov for sykehusinnleggelse (Helsedirektoratet, 2012, s. 70). Lungerehabilitering er anbefalt som et behandlingstilbud for de med KOLS, og er anbefalt både nasjonalt og internasjonalt (Helsenorge, 2016). GOLD-Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease anbefaler lungerehabilitering som behandlingsform. De sier at lungerehabilitering i første rekke er anbefalt til personer med moderat til svært alvorlig grad av KOLS (Hjalmarsen, 2012, s. 7).

Når det kommer til behandlingsformer innen lungerehabilitering, er det i første rekke følgende tiltak en mener er de viktigste: fysisk trening, psykososial aktivisering, atferdsendring, opplæring om sykdommen og dens behandling, evaluering av oppnådd rehabiliteringsresultat og plan for oppfølging videre. Metodene som brukes er forebygging, riktig medisiner, tilpasset ernæring, egenbehandling, fysisk trening, tiltak rettet mot dagliglivets aktiviteter (ADL), dyspnebehandling, oksygentilførsel, psykososial støtte og oppfølging (Hjalmarsen, 2012, s. 17-19). Rehabilitering av kronisk lungesyke blir nå omtalt som lungerehabilitering, etter en økt fremvekst av antall pasienter med kols i verden (Hjalmarsen, 2012, s. 17). Hver fjerde pasient som legges inn ved medisinsk avdeling på sykehus er en lungepasient. Vi vet at lungerehabilitering reduserer antall sykehusinnleggelse, og derfor er dette et av de viktigste tiltakene for behandling av pasienter med kols (Hjalmarsen, 2012, s.17).

3.6.1 Trinn i lungerehabiliteringen

Hjalmarsen (2012, s. 30) sier at lungerehabiliteringen kan deles i fire forskjellige trinn.

Trinn – 1 Forundersøkelse: Det første trinnet er en undersøkelse eller evaluering av pasienten før lungerehabiliteringen begynner. Her samles sykehistorien til pasienten, slik at man finne ut når symptomene startet og når diagnosen ble satt. Samtidig blir det gjort en klinisk undersøkelse av pasienten, og det inneholder måling av blodtrykk, blodprøver (hemoglobin, crp og lipider), arteriell blodgass, røntgen av thoraks, pulsoksymetri og spirometri (Hjalmarsen, 2012, s.30). Det blir også gjort en seksminutters gangtest for å se funksjonsnivået til pasienten (Hjalmarsen, 2012, s.30).

Trinn – 2 Utforming: I dette trinnet skal det være et tverrfaglig møte som skal lage et behandlingsprogram for pasienten. Målet ved dette møtet er å hjelpe pasienten å oppnå rehabiliteringsmålene sine (Hjalmarsen, 2012, s.31). Det er viktig å sette realistiske mål sammen med pasienten, slik at de er gjennomførbare.

Trinn – 3: Evaluering underveis og korrigerings av program: Det tredje trinnet er en evaluering av pasienten midtveis i behandlingsprogrammet. Her vil man se om pasienten trenger justeringer i programmet sitt. Det blir gjort nye anstrengelsestester, som for eksempel spirometri og seks minutters gangtest for å vurdere om pasienten trenger å endre på noe. Dette skjer på tverrfaglig møte (Hjalmarsen, 2012, s. 31).

Trinn 4 – Evaluering ved avslutning av program og plan for oppfølging: I det siste trinnet blir det gjort nye lunge- og anstrengelsestester for å se om pasienten har forbedret seg i løpet av denne perioden. De ser om pasienten har hatt utbytte av dette, og blir enige om å lage en plan med tanke på oppfølging av pasienten. På tverrfaglig møte i fjerde trinn er målet og lage en individuell plan for oppfølging av pasienten, og må ofte samarbeide med hjemkommunen til pasienten dersom det er behov for hjemmebaserte tjenester (Hjalmarsen, 2012, s.32).

3.6.2 Røykeavvenning

I følge Nasjonale faglige retningslinjer for kols vil mange erfare sprekk, glipp eller tilbakefall i løpet av de første månedene, og om lag 30 prosent vil klare å slutte på første forsøk. 75 prosent av tilbakefall skjer i løpet av de første seks månedene (Helsedirektoratet, 2016, s. 12). De nasjonale retningslinjene anbefaler at en gjennomfører fire møter i forbindelse med røykeslutt, samt oppfølging i etterkant ut i fra behov til den enkelte. I forbindelse med caset mener vi at vi kan i det tredje møtet bør ha fokus på å gi ros og anerkjennelse for røykfrihet, og følge opp bruken av røykeslutt-medisiner, samt gir annen bistand. Dersom pasienten opplever en sprekk, bør en være forstående at dette kan skje i forbindelse med røykeslutt, og sammen med pasient finne ut hvorfor hun opplevde en sprekk, og hva en kan gjøre videre for å unngå tilbakefall (Helsedirektoratet, 2016, s. 6-7).

Røykeslutt er ifølge GOLD det mest effektive tiltaket for å minske risikoen for å utvikle kols (Hjalmarsen, 2012, s.25). Røykeavvenningsmidler som for eksempel vareniklin, bupropion, nikotin tyggegummi, inhalator og plaster er effektive metoder for å slutte å røyke. Antallet som klarer å slutte kan dobles til tredobles ved hjelp av disse røykeavvenningsmidlene (Hjalmarsen, 2012, s.24). Omkring 25-30 % av pasientene med kols røyker fortsatt når de har fått diagnosen, og rundt 80 % fortsetter å røyke selv etter diagnose ble stilt (Godtfredsen & Nørsgaard, 2016, s. 330).

3.6.3 Fysisk aktivitet og treningsprogram

I følge Nasjonal faglig retningslinje for KOLS (Helsedirektoratet, 2012), er trening og røykeslutt de viktigste tiltakene utenom medisiner i behandlingen av pasienter med kols. Dette gjelder også i de tilfellene der personen er inaktiv som følge av at vedkommende lider av flere sykdommer samtidig. Treningen kan gjennomføres som ren egenaktivitet, eller sammen med veileder (Helsedirektoratet, 2012).

Den mest pålitelige metoden som blir brukt til å undersøke pasientens utholdenhet og funksjonsnivå er en seks minutters gangtest. Den måler hvor langt pasienten klarer å gå i løpet av en seks minutters periode (Helsedirektoratet, 2012, s.53). Ett av de viktigste tiltaket innen lungerehabiliteringen er fysisk trening, og dette foregår som regel i en gymnastikksal, eller i et treningsrom med ulike apparater for egentrening med tanke på styrke og utholdenhet (Hjalmarsen, 2012, s.43). Aktivitetshåndboken (2008) sier at når en person med KOLS skal starte å trene, bør treningen være allsidig. Dette innebærer utholdenhets-, styrke og bevegelighetstrening. Hvor mye personen er begrenset i forhold til fysisk aktivitet avhenger av sykdomsgrad. Personer med KOLS (GOLD stadium III–IV) vil ha både sentrale og perifere begrensinger, det vil stort sett være ventilatoriske utfordringer som dyspne, altså redusert pusteevne (Helsedirektoratet, 2008, s.378). I følge aktivitetshåndboken (2008) anbefaler de alle personer med KOLS å trene uavhengig av sykdommens grad og alder. Treningen gir fysiske og psykiske resultater, som for eksempel økt toleranse for anstrengelse, færre sykehusinnleggelse og bedre livskvalitet. Trening fører til sekretmobilisering, det blir da veldig viktig å opprettholde fysisk aktivitet med tanke på forebygging av eksaserbasjoner. Det er viktig at treningen blir tilpasset den enkelte ut ifra sykdomstilstanden de befinner seg i. De som befinner seg i en stabil vektphase og en KMI mellom 18-21, så anbefales utholdenhetstrening i form av intervaller. De kan også trene styrke 1-3 ganger i uken. For å oppnå optimal effekt av treningen anbefales bronkieutvidende medikamenter 15-20 minutter før start (Helsedirektoratet, 2008, s.378).

Utholdenhetstrening fører til økt fysisk kapasitet og redusert dyspne. Dette skyldes faktorer som blant annet redusert hjertefrekvens og ventilasjon, og økt oksygenopptak. Hovedprinsippet for utholdenhetstrening er kontinuerlig trening med lav intensitet over lengre tid, eller intervalltrening med høy intensitet i korte perioder. For eksempel kan personer med KOLS (GOLD stadium III–IV) starte med intervaller på 30 sekunder med et mål om å øke tiden etter hvert (Helsedirektoratet, 2008, s. 381).

Aktivitetshåndboken (2008) sier at målet med styrketrening er å øke styrke og muskelmasse som bedrer arbeidskapasitet og redusert selvopplevd anstrengelse. Styrketrening gir også bedre livskvalitet som resultat. Det anbefales en kombinasjon av utholdenhets- og styrketrening for personer med KOLS. Treningen bør ha øvelser for under- og overkropp med hovedfokus på muskulatur som brukes ved forflytning. Øvelsene bør repeteres 5-10 ganger, og gjentas i to til fire serier om gangen (Helsedirektoratet, 2008, s. 382). Fysisk aktivitet har som mål å få opp slim fra luftveiene, dette på grunn av at dette ofte kan føre til nedre luftveisinfectionsjoner (Hjalmarsen, 2012, s.43). Pasientene lærer seg å trene på ulike måter å utøve bronkial hygiene på. Dette er for å styrke respirasjonsmuskulatur for å forebygge dyspne (Hjalmarsen, 2012, s.43).

3.7 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering kan sies å være tilbud om rehabilitering til pasienter i hjemmesykepleien, og som gjennomføres i pasientens hjem eller nærmiljø i den hensikt å forbedre vedkommendes funksjonsevne, samt gjøre dem i bedre stand til å utføre hverdagsaktiviteter (Tuntland & Ness, 2014, s. 26). Det er essensielt å få frem hvilke aktiviteter pasienten selv mener er viktige for vedkommende, og at en fokuserer på å jobbe mot disse ønskene. Denne rehabiliteringen skal foregå over et visst tidsintervall, og at en jobber tverrfaglig og jobber på tvers av fagfelt til beste for pasienten. Målet er at pasienten skal bli mer selvstendig og uavhengig (Tuntland & Ness, 2014, s. 26). Det å fremme hverdagsmestring og økt deltakelse for personen er hovedmålet med hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014, s. 29). Det er viktig å fange opp den enkeltes opplevelse og utbytte av aktiviteter, og støtte opp under dette. Deltakelse i hverdagsaktiviteter vil gi helsegevinst ved å bevare fysisk, kognitiv, emosjonell og sosial funksjon (Tuntland & Ness, 2014, s. 74)

3.7.1 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud til de menneskene som trenger pleie og omsorg når sykdom, alderdom, svekket helse eller livssituasjon gjør at de blir avhengig av hjelp over korte og lange perioder i livet sitt. Et overordnet mål for hjemmesykepleien er: Den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem. I følge Humphrey og Milone-Nuzzo, er hjemmesykepleie å yte sykepleie til akutt kronisk syke i alle aldre i deres eget hjem (referert i Fjørtoft, 2012, s. 19). Hjemmesykepleie har en sentral rolle innen rehabilitering. Den består av en systematisk, planmessig og tverrfaglig innsats. Målet med rehabiliteringen er å gjenvinne, bevare eller utvikle funksjons- og mestringsevne for derigjennom å oppnå størst

mulig grad av selvstendighet og livskvalitet. Målet er at vi skal bidra til å styrke pasientens ressurser og eventuelt kompensere der det trengs (Fjørtoft, 2012, s. 65).

3.7.2 Individuell plan

Individuell plan ble lovpålagt fra 1. juli 2001, i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-5). Hensikten med individuell plan er å gi pasienter som trenger langvarige og koordinerte helsetjenester et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Det er viktig at brukerens perspektiv blir tatt hensyn til, og den individuelle planen skal ta utgangspunkt i brukerens ønsker, mål og interesser, slik at den blir tilpasset pasienten (Normann, Sandvin & Thommesen, 2013, s. 130).

3.8 Ernæring ved kols

Kostholdsveiledningen skal bidra til å fremme matglede og gode måltidsopplevelser. I følge Kosthåndboken skal man ved hjelp av samtale og veiledning finne til nye matvaner som pasientene kan trives med, og som kan innføres i hverdagen (Helsedirektoratet, 2015, s. 217). I følge Kosthåndboken (2015) kan pasienter med KOLS som er undervektige ha positivt utbytte av energi- og næringstett kost, samt energiberiking for å oppnå vektøkning. Dette fordi berikingsprodukter og næringsdrikker tilpasset pasienter med KOLS er for mange viktige tilskudd for å sikre at protein- og energinivået dekkes. Det kan også være viktig å ha et kosthold som sikrer tilstrekkelig kalsium- og vitamin D. Dette for å redusere risiko for beinskjørhet. Dersom man ikke får dekket behovet for vitaminer- og mineraler gjennom maten, kan kosttilskudd være aktuelt (Helsedirektoratet, 2015, s. 217).

Det er ofte i sammenheng med infeksjoner og forverring av sykdommen at matinntaket reduseres, og energiforbruket blir større enn energiinntaket. Dette vil føre til vekttap. Mange med KOLS har et økt hvilestoffskifte grunnet blant annet økt respirasjon kombinert med inflammasjon og hypoksemi. Personer med KOLS har ofte et økt oksygenforbruk både ved hvile og ved aktivitet. For disse pasientene kan det derfor være aktuelt å få en individuell kostveiledning, slik at det kan settes i gang tiltak (Sortland, 2011, s. 263).

Kosthåndboken sier at kroppsmasseindeks (KMI) blir benyttet for å vurdere pasientens ernæringsstatus. Dette angir forholdet mellom høyde og vekt, og brukes for å definere om man er over- eller undervektig (Helsedirektoratet, 2015, s. 79). Mange av de som har denne sykdommen kan være underernærte, og dette henger sammen med at mange bruker mye energi på pusteaktiviteten sin. Hvis pasientene er feilernærte, og en ønsker å oppnå enten en reduksjon eller økning av vekten, er det viktig med små og hyppige måltider som er

kombinert med fysisk aktivitet. Mange med KOLS blir lett andpustne når de spiser. Ettersom maten opptar plass i magen vil det bli mindre plass i lungene, og mange vil dermed oppleve økt respirasjonsfrekvens. Det er også viktig med nok drikke, rundt to-tre liter per dag er anbefalt. Når en ønsker å gå opp i vekt, er det nødvendig med næringstett kost, supplert med næringsdrikk som vil gi økt energi- og proteininntak (Sortland, 2011, s. 263).

Mange personer med kols har lite melkeprodukter i kostholdet sitt, for å redusere slimdannelsen. De kan derfor ha behov for kalsiumtilskudd. Omega-3 og omega-6 er viktig for å forebygge inflammasjon i luftveiene. Derfor er et kosthold med mye fisk- og fiskeprodukter gunstig for de som har kols, samtidig som D-vitamin nivået blir bedret (Sortland, 2011, s. 264).

3.9 Lover og retningslinjer

Her vil vi ta for oss de lover og retningslinjer vi mener er relevante for vår oppgave. Vi vil ikke ta for oss samtlige paragrafer innenfor disse lovene, men vi har valgt ut de lovbestemmelsene vi mener er viktige i forhold til pasienten i caset vårt.

3.9.1 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene, er ifølge Norsk Sykepleierforbund (2016) grunnlaget for all sykepleie. Sykepleie skal vise respekt for det enkelte menneskets liv, bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Alle retningslinjene er relevante for utøvelsen av sykepleie, men vi kommer kun til å trekke fram de retningslinjene vi mener passer best for å drøfte caset i denne oppgaven.

1. Sykepleier og profesjonen:

Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger, avgjørelser og vurderinger i utøvelsen av sykepleiere, og skal sette seg inn i det lovverket som regulerer denne tjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2016).

2. Sykepleieren og pasienten:

Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients integritet og verdighet, dette under retten til faglig forsvarlig omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende, og retten til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2016).

2.2. Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.

2.4. Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

3.9.2 Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven, 1999)

Helsepersonelloven (1999, § 1) har som formål til å bidra til sikkerhet og kvalitet for pasienter i helse- og omsorgstjenesten, samt skape tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder alle helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp ifølge helsepersonelloven (1999, § 2).

§ 21 Hovedregel om taushetsplikt (1999)

I følge helsepersonelloven (1999, § 21) kommer det frem at helsepersonell skal hindre at andre personer får adgang eller kjennskap til informasjon til folks legems- eller sykdomsforhold, samt andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

3.9.3 Helse- og omsorgstjenesteloven

Lovens formål er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Den sikrer at enkelte får mulighet til å leve og bo for seg selv, slik at de får en mer meningsfull hverdag i fellesskap med for eksempel familien sin. Loven sørger for samhandling slik at tjenestene blir tilgjengelig for pasient og bruker, tilpasset den enkeltes nivå (2011, §1-1).

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester (2011).

Det er kommunens ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette omhandler alle pasient- og brukergrupper med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Det er kommunens plikt å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere disse tjenestene.

3.9.4 Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)

Formålet ved pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) er å sørge for at befolkningen har samme tilgang på tjenester av god kvalitet. Loven skal bidra til å forbedre tillitsforholdet mellom pasienter og helsepersonell ved å fremme sosial trygghet, og vi skal ivareta pasienten å vise respekt for pasientens liv.

§ 2-5. Rett til individuell plan (2012).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-5) har de som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999, § 2-5).

§ 3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning (2012).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) sier loven at pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har også rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon (2014).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) sier loven at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

4. Drøfting

I dette kapitlet vil vi drøfte problemstillingen vår, og vi som sykepleiere skal ut ifra de yrkesetiske retningslinjene vise respekt for hvordan Else lever sitt liv. Disse retningslinjene er grunnlaget for all utøvelse av sykepleie vi gir Else, og bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Vi vil trekke inn sykepleieteoretiker Dorothea Orem, forskning og pensumlitteratur, samt selvvalgt litteratur for å kunne belyse den. Ut i fra caset og Else sin situasjon, mener vi det er enkelte områder i forhold til egenomsorgsbehov vi mener er viktige å drøfte i forhold til at Else skal klare å holde ved like motivasjon for livsstilsendring. Disse er behovet for inntak av luft, mat og vann og opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile (Orem, 1995, s. 191).

Vi vil drøfte hvordan sykepleier i hjemmetjenesten kan bidra til at Else kan holde ved like motivasjonen for livsstilsendringen hun har startet opp med. Vi ønsker i denne sammenhengen å ta for oss hvordan vi kan bidra til å styrke pasientens ressurser ved hjelp av motivasjonsskapende tiltak, motiverende intervju og profesjonell kommunikasjon. Dette er metoder som skal bidra til at pasienten klarer å holde ved like motivasjonen til å fortsette livsstilsendringen på sikt. Under sitt rehabiliteringsopphold ved lungeavdeling har Else vært igjennom de fire trinnene i lungerehabiliteringen. Det ble utarbeidet en individuell plan (1999, § 2-5) med hensyn til videre oppfølging på et tverrfaglig møte mellom sykehus og kommunen. Denne er laget med tanke på evaluering og oppfølging, i sammenheng med at hun skal hjem i egen kommune (Hjalmarsen, 2012, s. 32).

Etter at Else nå har kommet hjem fra rehabiliteringsoppholdet og skal fortsette med hverdagsrehabilitering i hjemmet, med støtte og oppfølging fra hjemmesykepleien slik at hun kan føle mestring. Det å fremme hverdagsmestring og deltakelse, er hovedmålene med hverdagsrehabilitering i forhold til Else (Tuntland & Ness, 2014, s. 29). Alt i alt er intensjonen at dette skal føre til at Else får styrket sine evner til å møte de daglige utfordringene i forhold til sin livsstilsendring. Dette går på forhold hun ønsket å endre på, slik som røykeavvenning, ernærings situasjonen og økt fysisk aktivitet. Else skal få støtte og hjelp fra hjemmesykepleien til å holde ved like motivasjonen, slik at hun lettere kan komme gjennom programmet. Tiltak som at hun skal forbli røykfri er ett av de viktigste elementene i lungerehabiliteringen. Andre sentrale tiltak er ernæring og aktivitet (Helsedirektoratet, 2012, s. 70).

Et tiltak som vi mener kan være veldig nyttig for Else, er at vi som sykepleiere kan informere henne, og eventuelt hjelpe henne med å komme i kontakt med frisklivssentralen i kommunen der hun bor. Mange kommuner har dette tilbudet, som er en kommunal tjeneste som jobber helsefremmende og forebyggende, og som gir tilbud om hjelp til livsstilsendring, slik som røykeslutt, kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning, 2016, s. 15).

4.1 Sykepleiers rolle i forhold til røykeslutt

Ut ifra lungerehabiliterings programmet Else har vært igjennom, befinner hun seg nå i trinn 4, som handler om evaluering og oppfølging (Hjalmarsen, 2012, s. 32). I løpet av dette fjerde trinnet har Else hatt en liten forbedring på lunge og anstrengelsestester. Både hun og rehabiliteringsteamet på sykehuset fant ut at Else har hatt godt utbytte av oppholdet, og at hun er mer klar for en livsstilsendring.

I tilknytning til at Else skulle hjem til egen kommune etter rehabiliteringsoppholdet, ble det utarbeidet en individuell plan sammen med henne. Hensikten med denne planen er ifølge pasient- og brukerrettighetsloven at hun skal få et koordinert og helhetlig tjenestetilbud (1999, § 2-5). Det kom frem i utarbeidelsen av den individuelle planen at Else mente det kunne bli vanskelig å holde på motivasjonen for å forbli røykfri, etter at hun har kommet hjem til andre omgivelser der hun bor alene, og ikke har det samme apparatet rundt seg. Selv om Else fortsatt føler seg motivert rett etter hjemkomst, så er hun litt usikker på hvorvidt hun klarer å stå alene i dette videre. I samarbeidet med Else, herunder utarbeidelsen av den individuelle planen (1999, § 2-5) sier pasient- og brukerrettighetsloven at pasienter og brukere har rett til å medvirke til helse- og omsorgstjenester. Det vil si at vi som sykepleiere skal involvere Else i utformingen av behandlingsopplegget hennes, slik at hun får frem sine ønsker og behov (1999, § 3-1). Vi har også en plikt til å informere Else om sin egen helsetilstand, samt eventuelle risikoer og bivirkninger (1999, §3-2). De yrkesetiske retningslinjene punkt 2.4, støtter opp under at vi som sykepleiere skal fremme Else sin kapasitet til å ta selvstendige avgjørelser. Dette gjør vi ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt forsikret seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Med Orem sin teori om egenomsorg mener hun de handlinger et menneske tar initiativ til og utfører selv for å opprettholde liv, helse og velvære. I forhold til Else sin situasjon er hun nå inne i et rehabiliteringsforløp, og hun har vært villig til å gjøre endringer i eget liv for å bedre sin livsstil. Orem mener at mennesket har noen grunnleggende behov hun kaller universelle

egenomsorgsbehov. I forhold til røykeslutt som vi drøfter her, mener vi punktet som går på tilstrekkelig inntak av luft blir særlig sentralt (Orem, 1995, s. 191). Det at hun vil få bedret sitt oksygenopptak kan føre til bedre pusteevne, og gjøre at hun opplever mindre dyspne. Allerede 72 timer etter røykeslutt, vil ifølge Norsk Helseinformatikk bronkiene begynne å slappe av, og energinivået økes. Etter 1-9 måneder vil hoste og kortpustethet avta, og lungefunksjonen øke (Norsk helseinformatikk, 2014). I følge Orem, må Else utføre noen handlinger for å klare å imøtekomme sine egenomsorgsbehov. De terapeutiske egenomsorgskravene er handlinger Else må gjøre for å klare å dekke behovene sine, herunder behovet for tilstrekkelig inntak av luft (Orem, 1995, s. 186-189). Hvor godt hun lykkes vil være avhengig av hennes egenomsorgskapasitet, som er Else sin evne til å avdekke terapeutiske egenomsorgskrav, og hennes evne til å ta beslutninger om handlinger, samt å utføre disse handlingene (Orem, 1995, s. 211-212). I forhold til røykeslutt mener vi at vi må få avklart forholdet mellom kapasitet og krav, og vurdere i hvilken grad hun har behov for sykepleie. Ettersom Else er en eldre, enslig kvinne med en kols sykdom grad III, mener vi at hun kan ha en sviktende egenomsorgskapasitet. Derfor vil vi som sykepleiere sette i verk tiltak som kompenserer for denne svikten. Det er Else som skal forbli røykfri, og hun må stå i mye av denne livsstilsendringen selv. Vi mener imidlertid at med støtte og veiledning fra oss, kan Elses egenomsorgskapasitet bli bedret, noe som kan bidra til at hun kan opprettholde sin helse, og fortsatt kan klare å bo hjemme og ikke trenger å komme på institusjon.

I forbindelse med at hun nå har kommet hjem, vil vi bruke MI-samtalen for å holde ved like motivasjonen for livsstilsendring hos Else. Vi mener det er viktig å få avklart med henne hvordan hennes motivasjon er til å fortsatt være røykfri. Dette vil vi gjøre ved å ha en empatisk tilnærming, det vil si at vi setter oss i Else sine utfordringer, og reflektere sammen med henne slik at Else bedre kan forstå situasjonen hun befinner seg i. I forbindelse med livsstilsendringen kan hun oppleve motstand i forhold til det å forbli røykfri. Hun kan oppleve å få lyst på røyk, men samtidig har et ønske om ikke å begynne å røyke igjen (Helsedirektoratet, 2017). I forbindelse med røykeslutt, sier Godtfredsen & Nørgaard at det er vanlig å oppleve tilbakefall hos de som har hatt et langvarig tobakksforbruk, samt hos de med en kronisk sykdom som KOLS (2016, s. 333). I forbindelse med en livsstilsendring kan Else møte på utfordringer og motstand underveis. Det at hun kan oppleve tilbakefall eller en sprekke, kan være en naturlig del av det å slutte å røyke.

De yrkesetiske retningslinjene 2.2 sier at vi som sykepleiere skal understøtte håp, mestring og livsmot hos Else (Norsk sykepleierforbund, 2016). Vi mener vi som sykepleiere bør anstrenge

oss for å sette oss inn i Else sin situasjon, og tilby tett og jevnlig rådgivning og motivasjonsskapende tiltak. Da mener vi at hun kan ha større muligheter til å forbli røykfri, og forhindre eventuelle tilbakefall. Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning, sier også at det er en viss risiko for tilbakefall. Det kommer frem av denne at mange vil oppleve å erfare sprekke eller tilbakefall i løpet av de første månedene (Helsedirektoratet, 2016).

Det å følge opp pasienten videre er viktig, og vi vil legge vekt på å undersøke med Else hvordan hun synes det går å være røykfri. Vi kan få svar på om det er noe hun synes er vanskelig og utfordrende, eller noe hun føler hun trenger hjelp eller støtte til. Det å legge vekt på de fremskrittene hun gjør vil være med på å holde ved like motivasjonen hennes, og forhåpentligvis gjøre at hun vil komme styrket ut av livsstilsendringen sin. Vi mener at vi nå må legge vekt på å fortsette å motivere og rose henne videre for at hun skal lykkes.

(Kristoffersen, 2012, s. 371). Spørsmål vi stiller henne kan være: - Hvordan ser du på mulighetene til å forbli røykfri? og – hvilke utfordringer har du i forbindelse med røykeslutt? Ved at vi stiller henne enkle og åpne spørsmål vil vi kunne hjelpe henne til å reflektere over utfordringer hun eventuelt strever med, samt muligheter for videre hjelp av oss i hjemmesykepleien videre (Helsedirektoratet, 2017). I forhold til at Else skal gjennomføre en livsstilsendring, er det ifølge MI-samtalen viktig at vi som sykepleiere forklarer til henne at det er både forventet og naturlig å møte motstand gjennom en livsstilsendring. Når Else møter denne motstanden, skal vi reflektere sammen med henne, og dette kan gjøre at mestringskompetansen til Else blir bedret (Helsedirektoratet, 2017).

For at Else skal klare å forbli røykfri, kan røykeavvenningsmidler som for eksempel vareniklin, bupropion, nikotin tyggegummi, inhalator og plaster, være effektive hjelpemidler. Antallet som klarer å slutte kan dobles til tredobles ved hjelp av disse røykeavvenningsmidlene (Hjalmarsen, 2012, s.24). I følge Ojo & Orisasami har det blitt utført flere studier av andre personer i forhold til røykeslutt ved bruk av røykeavvenningsmidler og motiverende intervju. Den sier at bruk av bupropion, nikotinerstatningsmidler (NRT), undervisning og motiverende intervju var effektive tiltak for å klare å forbli røykfri, samt for å forbedre livskvalitet, og forebygge videre forverring av kols-sykdommen (Orisasami & Ojo, 2016). Det kan også være sentralt å finne ut hvilke legemidler som hun mener hun har best effekt av, og ta dette videre med fastlegen hennes slik at hun får best mulig medisinsk oppfølging. I følge Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning, kom Cochrane collaboration i 2012 med en kunnskapsoppsummering om kombinert behandling med legemidler og

samtaleintervensjoner for røykeavvenning. De konkluderte med at legemidler i kombinasjon med samtalestøtte gir best effekt (Helsedirektoratet, 2016, s. 19).

Det å være lyttende, og være en ledsager som går veien sammen med pasienten, og hjelper pasienten til å tydeliggjøre sine egne mål, er viktige oppgaver til en veileder. Det å være en profesjonell samtalepartner, som kan hjelpe til å få frem og minne pasienten på sine mål, styrker, drømmer og muligheter vil være viktig. Samtidig vil det å være lyttende og interessert i pasientens liv, interesser, følelser og valg være gode egenskaper. Det er tross alt pasienten selv som skal gjennomføre prosjektet, og som skal stå løpet ut (Eide & Eide, 2014, s. 332). Ettersom Else har lykket med å slutte å røyke etter oppholdet på lungerehabiliteringsklinikken, er hun nå inne i en fase der hun må klare å fortsette å opprettholde motivasjonen videre for å klare å forbli røykfri. Fristelsen til å ta seg en røyk igjen kan være stor, og Else har sagt at hun er veldig spent på om hun er sterk nok til å stå imot hvis det skulle by seg en anledning.

I forhold til livsstilsendringen til Else kan vi som sykepleiere være en profesjonell samtalepartner. Oppgaver sykepleier kan ha er å speile hennes styrker, håp og mål. Dette kan gi Else bedre sjanser til å se muligheter og finne veier frem til målene sine. På denne måten kan hun lettere klare å gjennomføre livsstilsendringen (Eide & Eide, 2014, s. 332). Mye av kommunikasjonen vi har i forhold til Else er non verbal, og disse uttrykkene må fortolkes. I en kommunikasjonsprosess gjør vi dette ofte. Det er derfor viktig at man lytter aktivt til den andres non verbale språk, slik at vi blir i bedre stand til å oppfatte informasjonen som kommer frem. Gode non verbale kommunikasjonsferdigheter kan være å ha øyekontakt uten å stirre, samt ha en åpen kroppsholdning der en er henvendt mot den andre. Det at en bekrefter den andres utsagn, og at en har en naturlig og vennlig stemme (Eide & Eide, 2014, s. 198). Dette kan bidra til å skape en god relasjon mellom oss som sykepleiere og Else som pasient. En god relasjon vil kunne sørge for godt samarbeid med henne i fremtiden.

4.2 Sykepleiers rolle i forhold til ernærings situasjonen

I casen ga Else uttrykk for at hun tidligere hadde merkbart mindre energi til å utføre hverdagslige aktiviteter, på grunn av redusert matlyst. Else har blitt ernæringscreenet under oppholdet på lungerehabiliteringsklinikken. Da fikk hun en KMI på 20. I følge kosthåndboken vil dette si at hun er underernært, og dette gir dårligere prognose for pasienter med KOLS (Helsedirektoratet, 2015, s. 79). I forbindelse med at Else skulle utskrives fra sykehuset og til eget hjem, ble det utarbeidet en individuell plan sammen med henne. Denne skal sikre henne

et koordinert og helhetlig helsetilbud, og er dessuten lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-5).

Artikkelen «Energibehovet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse - et litteraturstudie», ser på ernæring til pasienter med kols. Den sier at de fleste studier som er gjort, viser at pasienter med KOLS har et forhøyet hvilestoffskifte i forhold til personer uten spesifikke sykdommer. I tillegg er det totale daglige energiforbruket økt (Ersgard & Pedersen, 2013). Dette kan være med på å forklare noe av Else sin situasjon med vektnedgang, og at hun har vært lite fysisk aktiv på grunn av dyspne ved moderat anstrengelse.

I følge Hodson, er det viktig å gjøre en ernæringsmessig evaluering av en pasient med KOLS, slik at vi får en bedre forståelse for de fysiske, sosiale, psykiske og miljømessige faktorene som kan påvirke Else sin evne til å spise. Ved at vi utfører dette i forhold til henne, kan hun få tilbake gleden ved matlaging, og det kan være viktig steg i riktig retning for at hun skal få dekket sitt ernæringsbehov, samt egne personlige mål. Hudson mener også at i forhold til å sette opp en ernæringsplan for Else, kan det være viktig å snakke med henne om mat- og livsstilsvaner slik at hun bedre kan lykkes med målene sine. Her er det viktig at vi kommuniserer godt med pasienten, og sammen setter realistiske mål (2016).

I forhold til behovet for inntak av mat og vann (Orem, 1995, s. 191), ser vi at Else kan ha utfordringer slik situasjonen hennes er når det kommer til evnen til å klare å dekke disse behovene. Hun har lite matlyst, og lite energi til både å handle inn matvarer og lage maten. Næringsinntaket hennes er bare halvparten av det som er anbefalt i forhold til det daglige næringsbehovet for hennes alder og tilstand. Hun har hatt en vektnedgang og er underernært, og vi tenker at hennes egenomsorgskapasitet er svekket. Egenomsorgskravet er større enn kapasiteten, og det er en ubalanse. Vi vil derfor forsøke å styrke Else sin egenomsorgsevne, ved å bedre hennes egenomsorgskapasitet. Ettersom hun har et lite nettverk, kan ifølge forskning ett tiltak være å forsøke å tilby henne å ha selskap av noen fra eksempelvis hjemmetjenesten i forbindelse med både tilberedning, innkjøp av matvarer og gjennomføring av måltider. Dette vil kunne bidra til at hun får tilbake noe av gleden ved å spise, og nyte mat (Hodson, 2016).

For å bedre Else sin ernærings situasjon fortsetter vi å bruke MI- samtalen som verktøy. I forbindelse med samtaler rundt kosthold og spisevaner, har vi sammen med Else blitt enige om at vi som sykepleiere skal hjelpe henne til å få endret livsstil, med blant annet mat som er fristende og som dekker hennes ernæringsbehov i bedre grad enn hun har hatt tidligere. Det

kom frem at Else ønsket å forbedre kostholdsvanene sine da hun ofte følte hun hadde lite energi, og ikke ønsket å gå ned ytterligere i vekt. Hun har som tidligere nevnt en KOLS diagnose grad III, og vi som sykepleiere i hjemmesykepleien skal følge henne opp i forhold til lungerehabiliteringen. I forhold til caset vårt skal vi ha fokus på å holde ved like motivasjonen hennes til livsstilsendring. Vi vil ha en empatisk tilnærming til Else, og vil vise interesse og forståelse rundt hennes ernærings situasjon, ved å stille åpne spørsmål og lytte aktivt. Det at vi er bevisst vårt non- verbale kroppsspråk i vår kommunikasjon, slik som øyekontakt, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser kan bidra til å skape en bedre relasjon til henne (Eide & Eide, 2014, s. 198).

Ut i fra MI - samtalene med Else kom det frem at hun tilbringer mye tid alene i forbindelse med måltider, og at dette var med på å påvirke til redusert matlyst noe som førte til at hun ofte følte seg slapp og sliten. Hun ga uttrykk for at hun ønsket seg mer selskap ved måltidene, og at dette ville gjort henne mer motivert til både å lage mat, samt få tilbake matlysten. I følge Hodson (2016) sier han at ved å slutte å røyke vil smakssansene forbedres, samt gleden rundt måltider kan komme tilbake. Forhold som kan være viktig å finne ut mer om, kan være hvor mange måltider hun har i løpet av døgnet, hva slags mat hun liker, og hva hun pleier å spise. Liker hun å lage mat selv, eller har hun utfordringer i forhold til innkjøp av mat? Else sliter med å dekke det daglige energibehovet, som gjør at hun ikke har nok energi til å gjøre det hun har lyst til i hverdagen. Hun kan møte motstand i denne sammenhengen, ettersom hun har dårlig matlyst, men samtidig ønsker å gå opp i vekt og få mer energi (Helsedirektoratet, 2017).

Vi som sykepleiere er lovpålagt å følge helse- og omsorgstjenesteloven, som sier at vi skal behandle, forebygge og tilrettelegge for mestring og nedsatt funksjonsevne (2011, § 1-1). Videre sier loven at det er kommunens ansvar at personer som bor i kommunen har et tilbud om helse- og omsorgstjenester. Det er kommunens plikt å planlegge, gjennomføre og evaluere disse tjenestene (2011, § 3-1).

Ettersom Else ikke klarer å få dekket sitt daglige energibehov er ifølge kosthåndboken samtale og veiledning viktige tiltak for å finne frem til nye matvaner som Else kan trives med, og som kan innføres i hverdagen. Den sier at pasienter med KOLS som er undervektige kan ha positivt utbytte av energi- og næringstett kost, samt energiberiking for å oppnå vektøkning. Dette er noe vi tenker er vesentlig med tanke på å holde ved like livsstilsendringen Else har bestemt seg for. Dette fordi berikingsprodukter og næringsdrikker tilpasset pasienter med KOLS er viktige tilskudd for å sikre at protein- og energinivået dekkes (Helsedirektoratet,

2015, s. 217). Hudson sier at det er anbefalt for pasienter med KOLS å ta næringsdrikke i tillegg til de faste måltidene, og ikke som et alternativ til et måltid (2016). Som nevnt tidligere er hennes KMI regnet ut til 20, og hennes energibehov er da 2200 kcal per dag. Hennes væskebehov er 1650 ml per dag (Helsedirektoratet, 2015).

For at Else skal få bedret sin ernærings situasjon, mener vi at det er viktig å øke kompetansen hennes om ernæring for personer med KOLS. I følge forskningsartikkel som er gjort i Norge, anbefaler de å bruke en KOLS hjemme- modell. Denne bygger på GOLD sine anbefalinger for oppfølging når pasienten kommer hjem fra institusjon. Den består av blant annet undervisning, bedre tilgang til koordinerte helse- og omsorgstjenester, samt en behandlingsplan (Sunde, et. al, 2013). Sortland sier at pasienter med KOLS skal spise små og hyppige måltider som er næringstette. Dette på grunn av at de ofte blir lett andpustne i sammenheng med måltider, da maten opptar plass i magen, og dette gir mindre plass i lungene, noe som igjen gir raskere respirasjon (2011, s. 263). I forhold til Else mener vi det vil være viktig at vi legger vekt på å gi informasjon og undervisning om hvordan hun kan tilberede og få i seg næringstett kost, og dermed få økt sitt næringsinntak. Ut i fra samtale med Else fant vi ut at hun med hennes nåværende næringsinntak kun får dekket halvparten av sitt daglige energibehov, som vi ut ifra hennes alder og tilstand regnet ut til å bli 2200 kcal per dag. Dette gjør at vi bedre kan forstå hvorfor hun ofte føler seg sliten, og har lite energi i det daglige.

I følge kosthåndboken bør vi som sykepleiere i hjemmebaserte tjenester bistå Else med praktisk hjelp, medisinsk og ernæringsmessig behandling og oppfølging. Vi mener at Frisklivssentralen i kommunen kan være et godt tilbud for Else i sammenheng med at hun ønsker å endre livsstilen sin. De kan hjelpe henne med et oppfølgingstilbud i sammenheng med at hun vil endre livsstil. De har blant annet et tilbud i forbindelse med kartlegging av kostholdsvaner og individuelle mål, tilbud om kurset «BRA MAT for bedre helse». BRA MAT kurset går ut på å øke kunnskap om de nasjonale kostrådene gjennom veiledning og undervisning, samt en individuell samtale etter gjennomført kurs (Helsedirektoratet, 2015, s. 57).

4.3 Sykepleiers rolle innenfor fysisk aktivitet

For å kartlegge mer rundt Else sin fysiske aktivitet, vil vi benytte MI-samtalen for å finne ut hvilke mål hun har i forbindelse med livsstilsendringen. Forhold vi kan få svar på er hvilke aktiviteter hun liker å gjøre, om hun ønsker å utføre aktivitetene alene, eller sammen med

andre. Etter at Else kom hjem, kom det frem at hun hadde vært veldig lite fysisk aktiv de siste årene. Hun hadde jo tidligere vært glad i både å gå turer og friluftsliv. Det kom også frem at hun synes det var anstrengende å handle inn matvarer og lage maten, men at hun skulle ønske hun kunne klare disse oppgavene i større grad i fremtiden. Vi kan undersøke sammen med Else, og finne ut mer om hvilke hverdagslige aktiviteter hun gjør i hjemmet, slik at vi som sykepleiere får en bedre oversikt over den fysiske formen hennes (Kristoffersen, 2012, s. 371). Else har ikke hatt så mye energi og overskudd de siste årene, og vært lite fysisk aktiv grunnet dyspne. Selv daglige gjøremål som husvask og handling av matvarer har vært en påkjennelse for henne. I forbindelse med at hun nå ønsker å endre livsstil i sammenheng med lungerehabiliteringen, har hun et håp om å få bedret dette. Samtidig gir hun uttrykk for at hun er spent på hvor lenge hun klarer å holde på motivasjonen når hun kommer hjem, og er mye alene. Hun ønsker vi som sykepleiere i hjemmetjenesten skal gi henne råd og hjelp for at hun skal klare å nå dette.

I forhold til behovet for fysisk aktivitet (Orem, 1995, s. 191), mener vi at Else kan ha mye å hente på å få å få økt sin fysiske aktivitet, slik at hennes fysiske funksjonsnivå blir bedret. I forhold til at Else har dyspne ved moderat anstrengelse, mener vi at egenomsorgskapasiteten hennes kan være svekket opp mot behovet for aktivitet og hvile (Orem, 1995, s. 191). Vi mener derfor at det vil være gunstig for Else at hun får styrket sin egenomsorgskapasitet. Ved at hun får et tilbud som inneholder fysisk aktivitet og hverdagsrehabilitering i hjemmet, kan hun etter hvert få styrket sitt fysiske funksjonsnivå, og orke å utføre mer av de daglige oppgavene i hjemmet. Vi som sykepleiere skal jobbe på tvers av fagfelt, og med dette mener vi å jobbe tverrfaglig til det beste for pasienten. Målet er at Else skal bli mer selvstendig og uavhengig (Tuntland & Ness, 2014, s. 26). Det at Else kan fremme hverdagsmestring og økt deltakelse for personen er hovedmålet med hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014, s. 29). Det er viktig å fange opp den enkeltes opplevelse og utbytte av aktiviteter, og støtte opp under dette. Deltakelse i hverdagsaktiviteter vil gi helsegevinst ved å bevare fysisk, kognitiv, emosjonell og sosial funksjon (Tuntland & Ness, 2014, s. 74).

I følge helse- og omsorgstjenesteloven er kommunen Else bor i lovpålagt å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom. Kommunen skal sørge for samhandling mellom pasient og pleier, slik at pasienten får tilbud på de tjenestene man har krav på (2011, § 1-1). I forhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-5) er Else sin situasjon slik at hun har krav på en individuell plan på grunn av sin KOLS sykdom.

I sammenheng med utarbeidelsen av individuell plan for Else, kom det frem ut ifra caset at hun har hatt nedgang i funksjonsnivået de siste årene. Aktivitetshåndboken anbefaler en kombinasjon av utholdenhets- og styrketrening for personer med KOLS. Vi tenker at Else kan ha god nytte av et slikt opplegg. I følge aktivitetshåndboken, vil utholdenhetstrening kunne gi Else økt oksygenopptak. Hovedprinsippet for utholdenhetstrening er kontinuerlig trening med lav intensitet over lengre tid, eller intervalltrening med høy intensitet i korte perioder. For eksempel kan personer med KOLS (GOLD stadium III–IV) starte med intervaller på 30 sekunder med et mål om å øke tiden etter hvert (Helsedirektoratet, 2008, s. 381).

Resultatet av dette kan bidra til at Else reduserer dyspne ved moderate anstrengelser, og gjøre det enklere for henne å fullføre målene sine i henhold til å holde ved like motivasjon for livsstilsendring. Styrketreningen kan gi henne en økt styrke og muskelmasse, som kan bedre hennes arbeidskapasitet og redusere selvopplevd anstrengelse. Styrketrening gir også bedre livskvalitet som resultat (Helsedirektoratet, 2008, s. 381).

Artikkelen «Effects of home-based nursing pulmonary rehabilitation on patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised clinical trial» sier at et vanlig symptom ved KOLS er fatigue, og at dette kan være med å redusere den daglige aktiviteten til disse personene. Den sier videre at hovedsymptomene ved KOLS er dyspne, fatigue, og redusert livskvalitet og aktiviteter i dagliglivet. Artikkelen sier også at dyspne kan føre til tretthet. Artikkelen viser til at personer med KOLS er mye mindre fysisk aktive enn den øvrige friske befolkningen. Derfor anbefales det derfor at pasienter som har KOLS bør ha en viss grad av fysisk aktivitet for å unngå sykehusinnleggelse og død (Mohammadi, Jowkar, Khankeh & Tafti, 2013). Vi mener derfor at vi bør starte med å avklare med Else hvilke mål hun har med sine aktiviteter. Det er Else som må utføre aktivitetene selv, men vi kan bistå med råd og hjelp slik at hun kan ha større muligheter for å lykkes.

Mohammadi et al. (2013) viser til at rehabiliteringsprogrammet som ble utført hjemme hos pasientene besto av individuell undervisning om anatomi og fysiologi, om årsaker til KOLS, samt symptomer ved sykdommen. Informasjon om lungerehabilitering og medisinsk behandling, som bruk av inhalator medisiner, og ernæring og røykeslutt-tiltak. Pasientene ble også opplært i riktig måte å gå, som å varme opp, roe ned og pusteteknikk med sammentrukne lepper.

I følge aktivitetshåndboken (2008) anbefaler de pasienter med KOLS med en KMI mellom 18-21, å trene utholdenhet i form av intervaller kombinert med styrketrening for å øke den

fysiske kapasiteten og redusere dyspne. Hjalmsen sier at fysisk aktivitet kan være med på å løsne slim fra luftveiene, som igjen kan bidra til å redusere muligheten til luftveisinfeksjoner og lungebetennelse (2012, s. 43). For at Else skal få best effekt av treningen anbefaler aktivitetshåndboken bronkieutvidende medikamenter 15-20 minutter før start (Helsedirektoratet, 2008, s. 378). Det kan være relevant for Else sin situasjon å starte med intervaller rundt 30 sekunder, for så øke tiden etter hvert. For å måle effekten av treningen til Else, er seks minutters gangtest den som er best egnet for dette (Helsedirektoratet, 2008, s. 381). Vi som sykepleiere i hjemmesykepleien, blir en samtalepartner og rådgiver for Else. Vi mener også at det vil være viktig at vi forsøker å se, og minne henne på hennes styrker, håp, drømmer, mål og muligheter (Eide & Eide, 2014, s. 335).

5. Konklusjon

I løpet av denne oppgaven har vi forsøkt å svare på problemstillingen vår, som er følgende:

«Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å holde ved like motivasjonen for livsstilsendring hos en eldre pasient med moderat til alvorlig grad av KOLS?».

Vi tok utgangspunkt i et fiktivt case som vi har laget, og viser til en lignende situasjon vi har erfart fra egen praksis. Dette har dannet grunnlaget for denne oppgaven. For at vi skulle klare å holde ved like motivasjonen til Else, valgte vi å bruke Orems egenomsorgsteori for å avdekke misforhold mellom pasientens egenomsorgskapasitet og krav. Gjennom drøftingen skulle vi forsøke å belyse med relevant fag- og forskningslitteratur hvordan vi kunne klare å holde ved like motivasjonen til Else. Vi har brukt Orems egenomsorgsteori for å se og forstå hvilke egenomsorgsbehov hun trenger hjelp til å dekke. Vi synes vi har hatt et læringsutbytte om sykepleierens rolle med tanke på livsstilsendring.

Videre i drøftingen brukte vi motiverende intervju som metode i kommunikasjonen med Else. Vi har lært mye om hva som er viktig for å opprettholde motivasjonen hennes i en livsstilsendring, slik at hun lettere kunne fullføre målene sine. Gjennom dette hvordan vi som sykepleiere skal opptre som en profesjonell samtalepartner for Else. Et eksempel på dette er at vi stilte henne åpne spørsmål, som gjorde at hun fikk reflektert rundt egen livssituasjon, og som skulle bidra til at hun ble motivert til å endre på livsstilen sin. Ved hjelp av Orems egenomsorgsteori, kunne Else få hjelp til å se hvordan hun kunne bedre egenomsorgskapasiteten sin. Dette har vært oppskriften på hvordan vi har motivert Else til å gjøre endringer i eget kosthold, slutte å røyke og til å bli mer fysisk aktiv. Ved at vi har vært aktivt lyttende, og brukt verbalt- og non verbalt kroppsspråk har gjort oss mer oppmerksomme på hvordan vi skal forholde oss til Else for å holde ved like motivasjon for livsstilsendring.

Til slutt vil vi konkludere med at ved hjelp av god kommunikasjon, informasjon, tett samarbeid og oppfølging av Else i hjemmesykepleien, vil dette kunne føre til å skape en god relasjon i forhold livsstilsendring. Vi har forsøkt å ha trekke inn relevante lover og yrkesetiske retningslinjer vi mener er viktige for at Else skal få de tilbudene hun har krav på.

Litteraturliste

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

* Eide, H & Eide, T (2014). *Kommunikasjon i relasjoner-samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

* Ersgard, K. B. & Pedersen P. U. (2011). Energibehovet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse- et litteraturstudie. *Vård i Norden 1/2011*. (1). (s.21-24). Hentet fra:

<http://journals.sagepub.com.ezproxy.hihm.no/doi/pdf/10.1177/010740831103100105>

Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie- ansvar, utfordringer og muligheter*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Gammersvik & Larsen (2012). *Helsefremmende sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget

* Godtfredsen & Nørgaard (2016). *Lungesykdomme-i klinisk praksis*. (1.utg.). København: Munksgaard

* Helsedirektoratet (2008). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. I R. Bahr (Red.). Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

* Helsedirektoratet (2016). Hva er en frisklivssentral? Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral#form%C3%A51et-med-frisklivssentraler>

* Helsedirektoratet (2013). KOLS. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. IS-2029N. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppf%C3%B8lging-IS-2029.pdf>

* Helsedirektoratet (2015). *Kosthåndboken- veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo

* Helsedirektoratet (2016). Røykeavvenning. Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/R%C3%88ykeavvenning.pdf>

* Helsenorge (2016). *Kols-kronisk obstruktiv lungesykdom*. Hentet fra:

<https://helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols#Behandling-og-rehabilitering-av-kols>

Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/>

* Hjalmsen, A. (2012). *Lungerehabilitering: kols og andre lungesykdommer*. Cappelen Damm Akademisk

* Hodson, M. (2016). Integrating nutrition into pathways for patients with COPD. *British Journal of community nursing* 11/2016. (1). (s.548-552). Hentet fra:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=44&sid=fbfd0fd7-7665-4ac1-b4ec-1d3419aafc46%40sessionmgr101&hid=128>

* Hvinden, K. (2011). Etablering av lærings- og mestringssentra – historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. (1. utg., s. 48-62). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Johannesen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. (4.utg). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3, pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1, sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 281-341). Oslo: Gyldendal Akademisk

Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 209-242). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Mohammadi, F., Jowkar, Z., Khankeh, H. R. & Tafti, S. F. (2013). Effects of home-based nursing pulmonary rehabilitation on patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised clinical trial. *British Journal of Community Nursing*. Hentet fra:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=54a3d606-e685-49f6-89b5-32ed07f9477b%40sessionmgr103&hid=128>

Normann, T., Sandvin J. T. & Thommesen, H (2013). *Om rehabilitering*. Oslo: Kommuneforlaget

*Norsk Helseinformatikk (2014). *Hva skjer i kroppen når du slutter å røyke?* Hentet fra:

<https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/hva-skjer-i-kroppen-nar-du-slutter-a-royke/>

Norsk Sykepleieforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2016. Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

* Orisasami I. T. & Ojo O. (2016). Evaluating the effectiveness of smoking cessation in the management of COPD. *British Journal of Nursing*.

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fbfd0fd7-7665-4ac1-b4ec-1d3419aafc46%40sessionmgr101&vid=6&hid=128>

* Orem, D. E. (1995). *Concepts of Practise* (5. utg). Mosby

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2016). Hentet fra: <https://lovdata.no/>

Sortland, K. (2011). *Ernæring-mer enn mat og drikke* (4. utg.) Bergen: Fagbokforlaget

* Sunde, S., Walstad R. A., Bentsen, S. B, Lunde, S. J., Wangen, E. M., Rustøen, T. & Henriksen, A. H. (2013). The development of an integrated care model for patients with severe or very severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): the COPD-Home model. *Scandinavian Journal of caring sciences*. Hentet fra:

<http://dx.doi.org/10.1111/scs.12069>

* Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). *Hvem kan ha nytte av hverdagsrehabilitering?* I H.

Tuntland & N. E. Ness (red.). *Hverdagsrehabilitering*. (1. utg., s. 53-62). Oslo: Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1: PICOSKJEMA

P - Beskriv hvilke type pasienter det dreier seg om, evt hva som er problemet.	I - Beskriv intervensjonen (tiltak). Hvilke tiltak vurderes?	C – Tiltaket skal sammenlignes (comparison) med et annet tiltak.	O – Beskriv hvordan tiltakene kan påvirke utfallet.
Moderately to severe COPD	Patient education pasientundervisning/		Bedret egenomsorgsevne & egenomsorgskapasitet
Elderly (over 65 years old)	Motivating interviewing/ motiverende intervju		Bedret sykdomsinnsikt
Change of lifestyle	Smoking cessation/Røykeslutt Nutrition/Ernæringstiltak Physical activity/Fysisk aktivitet		Økt fysisk funksjonsnivå

Vedlegg 2: Samleskjema for artikler

Artikkel Nr:	Metode:	Overføringsverdi	Mål for artikkel:	Funn:	Konklusjon:
1.	Kvalitativ	Overføringsverdien fra denne artikkelen er at den sier mye om viktigheten av pasienter som får rådgivning, støtte og oppfølging, kombinert med røykeavvenningsmidler for å bidra røykeslutt.	Målet med artikkelen var å vurdere hvor effektiv røykeslutt var i forbindelse med håndteringen av pasienter med KOLS.	Database: Cinahl Søkeord: COPD, nurse, smoking cessation	Pasientene som mottok rådgivning, støtte og oppfølging for røykeslutt, kombinert med røykeavvenningsmidler, økte sjansen til å slutte å røyke betraktelig
2.	Kvalitativ	Overføringsverdien fra denne artikkelen er at denne artikkelen ser nærmere på energibehovet til pasienter med KOLS. Det fremkommer av artikkelen at 20-50 % av disse pasientene er underernært.	Målet med artikkelen var å beskrive nødvendig energiinntak for pasienter med KOLS	Database: Swemed Søkeord: COPD, nutrition, nurse	Pasienter med KOLS har et større energibehov enn tilsvarende friske personer, og at det er store variasjoner mellom de enkelte pasientenes totale daglige energibehov.
3.	Kvalitativ	Overføringsverdien ved denne artikkelen fokuserer på underernæring ved kols. Den ser på rollen til sykepleiere i kommunehelsetjenesten vedrørende å vurdere ernæringsstatus til pasienter med kols, samt å integrere ernæring inn i sykepleien til de med denne sykdommen.	Målet med artikkelen er å se nærmere på rollen til sykepleiere i kommunehelsetjenesten vedrørende å vurdere ernæringsstatus til pasienter med kols, samt å integrere ernæring inn i sykepleien til de med denne sykdommen.	Database: Cinahl Søkeord: COPD, nutrition, nurse	Artikkelen konkluderer med at underernæring er vanlig blant pasienter med kols, og at sykepleiere i kommunehelsetjenesten har en sentral rolle i den ernæringsmessige vurderingen av disse pasientene.
4.	Randomiserte kontrollerte forsøk	Denne artikkelen er gjennomført i Iran, men vi mener den er relevant i forhold til vår problemstilling da denne tar for seg utfordringer som vi har i caset vårt, og at vi mener at symptomene som følger med KOLS er ganske like enten pasientene bor i Iran eller Norge.	Målet med denne artikkelen var å se nærmere på hjemmebasert lungerehabilitering til kols-pasienter. De ønsket å se nærmere på effekten av hjemmebasert sykepleie i en lungerehabiliteringssammenheng i forhold til fatigue, dagliglivets aktiviteter (ADL) og livskvalitet hos pasienter med KOLS.	Database: Cinahl Søkeord: COPD, home based, nursing	Artikkelen konkluderer med at hjemmebasert lungerehabilitering av sykepleiere kan være et effektivt, rimelig, og lett tilgjengelig alternativ for å redusere fatigue og for å øke aktivitet i hverdagen (ADL).
5.	Kvalitativ	Artikkelen fokuserer mye på samarbeid med pasienter med KOLS, slik at de skal få bedre kunnskap om sykdommen, symptomer og behandling. Den vil at pasienten selv skal ta grep, og være villig til å samarbeide for å utarbeide behandlingsplaner sammen.	Hensikten med denne artikkelen er å ha faste retningslinjer til behandling av pasienter med alvorlig, eller veldig alvorlig KOLS. Målet med dette er å forebygge KOLS forverringer slik at det blir mindre sykehusinnleggelseser.	Database: Cinahl Søkeord: COPD, self care	Den vil at pasienten selv skal ta grep, og være villig til å samarbeide for å utarbeide behandlingsplaner sammen. De vil øke pasientens evne til egenbehandling, som kan føre til mestring.

--	--	--	--	--	--