

KOLS, angst, dyspné og mestring

Hvordan bidra til mestring knyttet til angst ved dyspné hos
hjemmeboende KOLS-pasienter?

Kandidatnummer: 1090

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i SYK3120

Kull: Basyk18

Antall ord: 10661

Dato 25.03.2021

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt

Sammendrag

Tema: KOLS, dyspné, angst & mestring

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til mestring knyttet til angst ved dyspné hos hjemmeboende KOLS-pasienter?

Metode: Oppgaven er en litterær oppgave med en forenklet bruk av litteraturstudie. Det er benyttet fag- og forskningslitteratur for å svare på problemstillingen. Det er gjennomført systematiske søk som har resultert i fem studier.

Funn: Studiene tar opp sykepleieveiledning, psykososial støtte og samtale som verktøy til mestring, telemedisin og kontroll over tankesettet.

Drøfting: Drøftingen fokuserer på sykepleiers bidrag til mestring gjennom veiledning som øker sykdomskunnskap- og innsikt, telemedisin, økt kontroll, og psykososial støtte og samtale.

Konklusjon: Oppgaven gir ikke en entydig løsning da KOLS-pasienter håndterer og forholder seg til angst og dyspné på ulike måter. Sykepleier legger til rette for mestring gjennom veiledning til kunnskap og innsikt i egen sykdom, samtale og psykososial støtte, og kontroll av tankesett og dyspnéhåndtering. Avstandsoppfølging og telemedisin gir grunnlag for mestring, ved at pasienten tar kontroll over egen situasjon.

Summary

Theme: COPD, dyspnea, anxiety & coping

Topic: How can nurses contribute to coping related to anxiety due to dyspnea, in COPD-patients living at home?

Method: Literary thesis with simplified use of literary study. Academic literature and research literature have been used to answer the issue of the thesis. There has been done systematic research which led to five studies.

Findings: Nurses guidance, psychosocial support as a tool to coping, telemedicine and control of cognitions.

Discussion: Focuses on nurses contribution to coping through guidance to knowledge and insight about the disease, telemedicine, increased control, and psychosocial support & conversation.

Conclusion: The thesis does not provide a one-sided solution when COPD-patients handle and relates to anxiety and dyspnea in different ways. The nurse facilitates coping through guidance which provides knowledge and insight in own disease, through conversation and psychosocial support, and techniques in dyspnea management and cognitions control. Distance follow-up and telemedicine contributes to self-management by forcing the patient to control and responsibility in the situation.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | <i>Innledning</i> | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 | Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans..... | 2 |
| 1.3 | Problemstilling | 2 |
| 1.4 | Oppgavens avgrensning og presisering | 3 |
| 1.5 | Begrepsavklaring | 3 |
| 1.6 | Oppgavens disposisjon | 4 |
| 2 | <i>Teori</i> | 5 |
| 2.1 | KOLS | 5 |
| 2.1.1 | Forekomst og årsaker | 6 |
| 2.1.2 | Stadieinndeling | 6 |
| 2.2 | Behandling av KOLS | 7 |
| 2.2.1 | Medikamentell behandling | 7 |
| 2.2.2 | Rehabilitering..... | 8 |
| 2.2.3 | Selvrappotering | 8 |
| 2.3 | Komplikasjoner ved KOLS | 9 |
| 2.3.1 | Dyspné | 9 |
| 2.4 | Angst | 10 |
| 2.4.1 | Håndtere angsten | 10 |
| 2.5 | Mestringsteori | 11 |
| 2.5.1 | Definisjonsforklaring | 11 |
| 2.5.2 | Mestringsfunksjoner | 11 |
| 2.5.3 | Lazarus og Folkmans teoretiske modell | 13 |
| 2.6 | Sykepleiefunksjoner | 14 |
| 2.6.1 | Undervisning og veiledning..... | 14 |
| 2.6.2 | Sykepleier i hjemmet | 14 |
| 3 | <i>Metode</i> | 16 |
| 3.1 | Metodebeskrivelse | 16 |
| 3.2 | Søkestrategi | 16 |
| 3.2.1 | Søkeord | 17 |
| 3.2.2 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 17 |
| 3.2.3 | Databaser og fremgang i søk..... | 18 |
| 3.2.4 | Bearbeiding av funn | 20 |
| 3.2.5 | Annen faglitteratur | 21 |
| 3.3 | Metode- og kildekritikk | 21 |
| 3.3.1 | Kvalitetsvurdering av artikler | 22 |
| 3.4 | Etiske overveielser | 22 |
| 4 | <i>Funn</i> | 23 |
| 4.1 | «Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences».. | 23 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.2 | «How virtual admission affects coping - telemedicine for patients with chronic obstructive pulmonary disease»..... | 24 |
| 4.3 | «The Affective Dimension of Dyspnea Improves in a Dyspnea Self-Management Program With Exercise Training» | 25 |
| 4.4 | «Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study» | 25 |
| 4.5 | «Fire måder at håndtere åndenød på i dagliglivet - et grounded theory-studie» | 26 |
| 4.6 | Sammenfatning av funn | 27 |
| 5 | <i>Drøfting</i> | 28 |
| 5.1 | Veiledning gir sykdomsinnsikt og kunnskap..... | 28 |
| 5.2 | Avstandsoppfølging og telemedisin gir økt mestring..... | 31 |
| 5.3 | Betydning av kontroll over tankesettet..... | 33 |
| 5.4 | Psykososial støtte og samtale..... | 36 |
| 6 | <i>Konklusjon</i> | 40 |
| | <i>Litteraturliste</i> | 43 |

“It felt just like I was about to die.

[...]

Not being able to get enough air.

It feels like I'm suffocating.”

(Strang et al., 2014)

Sitatet er hentet fra en kvalitativ studie om KOLS-pasienters opplevelser av angst.

Deltakeren beskriver her sin dødsangst.

1 Innledning

WHO anslår at kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) blir den tredje største dødsårsaken i verden innen 2030. Det er anslått at 65 millioner mennesker har KOLS på verdensbasis i dag (WHO, 2017.).

I Norge har ca. 6% av befolkningen over 40 år KOLS, noe som tilsvarer ca. 150 000 mennesker (FHI, 2018). KOLS rammer både kvinner og menn, og regnes som dødsårsak hos nærmere 2000 mennesker i Norge hvert år (Giæver, 2015, s.86).

Angst utgjør en betydelig del av KOLS-relatert komorbiditet, dukker ofte opp i sammenheng med dyspné, og bidrar til kraftig reduksjon av pasientens livskvalitet. Angst som underdiagnostiseres eller ikke oppfattes er med på å skade pasientens fysiske funksjon og sosialt samspill, samt bidrar til økt utmattelse og feilbruk av helsevesenet (Yohannes & Lexopoulos, 2014).

Som et resultat av samhandlingsreformen vil en større andel pasienter med KOLS følges opp og behandles i sine hjem. Dette forutsetter en tettere pasientoppfølging og økt kompetanse om KOLS og angst hos sykepleiere (Steindal, Kive, Schjelderup & Sørbye, 2014, s.6).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

KOLS og angst er et tema jeg har fattet stor interesse og nysgjerrighet for gjennom møter i helsevesenet. Min erfaring har vært at i møte med alvorlig KOLS, møter jeg ofte angst. Jeg har opplevd at både min egen og andres kunnskap ikke alltid strekker til. Jeg opplever at det kan være lett å se KOLS-sykdommen alene, men at angsten fort havner i skyggen. Særlig to erfaringer fra to ulike praksiser har ledet frem til denne oppgaven. Den ene opplevelsen fra lungeavdelingen var et møte med en alvorlig KOLS-pasient og vedkommende sin reelle dødsangst i en situasjon med dyspné. Møtet med denne pasienten viste viktigheten av sykepleiers kunnskap og ivaretagelse, samt egen bevisstgjøring i forhold til hvordan man skal opptre. I min andre erfaring fra hjemmesykepleien ble jeg kjent med en bruker som bodde hjemme med alvorlig KOLS og tilhørende angst. Møtet gav meg innsikt i

viktigheten av at brukeren fikk hjelp til å mestre situasjonen sin på best mulig vis, ettersom vedkommende tilbrakte store deler av dagen for seg selv. Samtidig satte det lys på sykepleiers avgjørende bidrag inn i vedkommende sin situasjon.

1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med oppgaven er å utforske hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienter som bor hjemme med alvorlig KOLS, til å mestre angst som ofte knyttes mot opplevelsen av å ikke få puste. Oppgaven vil utforske hva forskning sier om temaet.

Vi vet at komorbid angst har vist seg mer vanlig hos pasienter med KOLS sammenlignet med andre kroniske sykdommer (Willgoss & Yohannes, 2013), ettersom angsten ofte knyttes til frykten for ikke å få puste (Andenæs, 2007, s.210). For sykepleiere som skal arbeide med engstelige mennesker er det nødvendig å ha kunnskap om angstens virkninger (Hummelvoll, 2012, s. 156). Ettersom en større del av behandling og oppfølging av KOLS-pasienter skjer i hjemmet, får kommunene et større ansvar for oppfølgingen. Dermed stilles høyere krav til sykepleierkompetansen i møte med denne pasientgruppen (Kristoffersen, 2011, s.291).

1.3 Problemstilling

Dermed blir problemstillingen formulert på følgende måte: *Hvordan kan sykepleier bidra til mestring knyttet til angst ved dyspné hos hjemmeboende KOLS-pasienter?*

1.4 Oppgavens avgrensning og presisering

Fokusområdet er KOLS-pasienter i hjemmet, som utelukker institusjoner som sykehus, korttids- og langtidsopphold ved sykehjem og helsehus. Oppgaven tar ikke opp KOLS-forverring som krever sykehusinnleggelse, men eventuelle alternativer til dette kan bli aktuelt. Oppgaven kommer ikke til å ta for seg pasienter med mild til moderat KOLS. Dvs. GOLD stadium I-II. Dette handler om at mange KOLS-pasienter først registrerer reduksjon i funksjonsnivå etter halvert lungefunksjon (GOLD >III), og dyspné er mer uttalt på dette stadiet (Christensen, Grongstad, Pedersen & Emtner, u.å. s.376). Begrepet «dyspné» vil romme både dyspné i akutt form, og som kronisk form (Hjalmarsen, 2012, s.40).

Pårørende spiller en viktig rolle i pasienters mestring av KOLS og angst. Likevel kommer jeg ikke til å gå inn på pårørendes rolle.

1.5 Begrepsavklaring

KOLS er en forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom, som rammer de nedre luftveiene (Skjønsberg, 2020).

Dyspné er et navn for åndenød eller tungpustenhet. Dyspné knyttes til pustebesvær ved sykdommer som påvirker pusteevnen (Skjønsberg, 2021).

Angst blir forklart som en tilstand hvor frykt knytter seg til bestemte objekter eller situasjoner, eller som en ubestemt tilstand kjennetegnet av kontinuerlig uro og bekymring (Helsedirektoratet, 2018).

Mestring forklares som kontinuerlig, skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å håndtere spesifikke indre eller ytre krav – og mulige konflikter mellom dem – som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141).

1.6 Oppgavens disposisjon

Jeg vil i det følgende kapitlet presentere relevant og aktuell teori. Deretter vil jeg ta for meg metoden som blir brukt i oppgaven, for så å presentere funnene fra forskningsartiklene jeg har valgt ut. I kapittel fem, vil jeg drøfte teori og funn opp mot problemstillingen, etterfulgt av en konklusjon avslutningsvis. Litteraturliste er vedlagt.

2 Teori

I dette kapitlet vil jeg legge frem teori og faglitteratur som legges til grunn og skaper forståelse i drøftingsdelen senere i oppgaven.

Teorien jeg har valgt er Richard Lazarus og Susan Folkmans mestringsteori.

2.1 KOLS

KOLS, forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom, er en progressiv og livstruende lungesykdom som karakteriseres ved vedvarende luftstrømsreduksjon (WHO, 2017). Symptomer er kronisk hoste, ofte kombinert med økt slimproduksjon, og dyspné ved anstrengelser (Grundt & Mjell, 2016, s.240). KOLS kan forklares ved hjelp av tre elementer:

1. *Innsnevring av luftveiene* skjer som følge av irritasjon og en slags betennelsesreaksjon i bronkiene på grunn av eksponering av giftige gasser og partikler. Slimhinnen i luftveiene blir dermed tykkere og avgir mer slim, noe som fører til mer hoste enn vanlig (Giæver, 2015, s.80-81).
2. *Kronisk bronkitt* blir definert som «en tilstand med daglig produktiv hoste gjennom minst tre måneder i to påfølgende år» (Giæver, 2015, s.82). Tilstanden kjennetegnes av økt luftveismotstand og økt sekretproduksjon i luftveiene som følge av en kronisk betennelsesreaksjon (Grundt & Mjell, 2016, s.239).
3. *Emfysem* oppstår som følge av ødeleggelse av lungevev og alveoler. Tilstanden kjennetegnes av to hovedtrekk: økt ekspiratorisk luftveismotstand, og redusert areal for gassutveksling (Giæver, 2015, s.81). Den reduserte gassutvekslingsoverflaten skjer som følge av at alveolene «smeltes» sammen. Luftveismotstanden som øker ved ekspirasjon skyldes redusert elastisk tilbakefjæringskraft, noe som øker trykket i alveolene. (Giæver,

2015, s. 81). Trykket bidrar til ytterligere «sammensmelting», og kapillærnettene rundt alveolene reduseres. (Helsedirektoratet, 2020) (Grundt & Mjell, 2016, s.239).

En sammensetting av kronisk bronkitt og emfysem utgjør hovedtyngden av KOLS sitt sykdomsbilde (Giæver, 2015, s. 80). KOLS-symptomene forverres gradvis, og vi vet at sykdommen ikke er reversibel eller mulig å kurere. Likevel kan KOLS forebygges, progresjonen kan bremses, og symptomer kan behandles. Behandlingen vil være symptomlindrende og vil kunne øke livskvalitet (WHO, 2017).

2.1.1 Forekomst og årsaker

Rundt 150 000 nordmenn har KOLS (FHI, 2018), som leder til ca. 2000 dødsfall hvert år (Giæver, 2015, s.86). Tilstanden oppstår som følge av miljø - som luftforurensing og yrkesmessig eksponering for farlige stoffer – og individuelle risikofaktorer. Trolig spiller genetiske faktorer en rolle. Blant annet gir astma økt risiko for sykdommen, samt infeksjon i barnealder, og lav sosioøkonomisk status. Likevel skiller tobakksrøyking seg ut som den vanligste årsaken, som forklarer 2 av 3 tilfeller (FHI, 2018). 15-30% av røykere, vil utvikle KOLS (Giæver, 2015, s.86).

2.1.2 Stadielinndeling

KOLS deles inn etter alvorlighetsgrad fordelt på fire stadier. Stadiene strekker seg fra mild KOLS til svært alvorlig KOLS, fra GOLD I - IV. Kriteriene baserer seg på FEV₁ (forsert ekspiratorisk volum₁) som måler volumet av luften en puster ut det første sekundet ved fremtvungen ekspirasjon (Skjønnsberg, 2019).

Mild (GOLD I) og **moderat** (GOLD II) KOLS: symptomene viser seg i form av varierende grad av hoste, slim og dyspné ved anstrengelse (Hjalmarsen, 2012, s. 80). Ved GOLD I ser vi en lungekapasitet på >80% av forventet verdi hos lungefriske personer, og ved moderat KOLS, ligger kapasiteten mellom 50-79% (Christensen et al., u.å., s.376).

Ved **alvorlig** (GOLD III) og **svært alvorlig** (GOLD IV) KOLS vil vi se økning av dyspné, samt nedsatt allmentilstand og vekttap som følge av at indre organers funksjon reduseres (Hjalmarsen, 2012, s.80). Kliniske tegn ved alvorlig KOLS er i mange tilfeller atrofi og muskelsvekkelse grunnet stort energiforbruk og systemisk inflammasjon. En ser ofte cyanose

som følge av sterkt redusert gassutveksling, samt endring i respirasjonslyder og bruk av hjelpemuskulatur (Hjalmarsen, 2012, s.81-82). Ved alvorlig KOLS stadium III sees en lungekapasitet på 30-49% av forventet verdi hos friske, og en verdi på <30% ved GOLD IV (Christensen et al., u.å. s.376). Klassifiseringene GOLD III-IV legges til grunn i det følgende.

2.2 Behandling av KOLS

I denne delen vil jeg beskrive et overblikk over hovedkomponentene i behandlingen av KOLS, samt hvordan pasienten selv kan bidra i behandlingen.

Behandlingsmålet for KOLS III og IV er gjerne todelt, som vil si at det baserer seg på å redusere symptomer samt redusere risiko for KOLS-forverring og død. Den eneste sikre livsforlengende behandlingen er røykestopp som gir forbedret lungefunksjon allerede etter rundt 8 uker (Helsedirektoratet, 2016).

2.2.1 Medikamentell behandling

Ved alvorlig grad av KOLS III og IV brukes et standardregime som består av kombinasjonspreparat kalt ICS/LABA. Eventuelt brukes LAMA i tillegg. ICS består av inhalasjonssteroider, LABA av langtidsvirkende beta-2 agonister, og LAMA av langtidsvirkende muscarinantagonister og antikolinergika. Disse preparatene er bronkodilaterende (Bakke & Grundt, 2018, s.169), og reduserer hyppigheten av forverringer, og forsinker forverring av - eller bedrer - livskvaliteten. Lett bedring av lungefunksjon kan sees i noen tilfeller. Ved svært alvorlig KOLS brukes også LTOT, langtids O₂-behandling.

Korttidsvirkende bronkodilatatorer brukes ved sporadisk behov, og legemidler for komorbiditet, er behandling som går parallelt med standardregimet (Giæver, 2015, s.95-97) (Helsedirektoratet, 2012, s.80-83).

2.2.2 Rehabilitering

Rehabiliteringsprogram over flere ukers tid, har vist god effekt. Hovedkomponentene i et rehabiliteringsprogram er fysisk trening og fysioterapi, medisinsk behandling, opplæring knyttet behandling, psykososial aktivisering, ernæringsrådgivning, samt evaluering og planlegging (Hjalmarsen, 2012, s.36-37). Lungerehabilitering er et tverrfaglig samarbeid og har vist bedring av livskvalitet, reduserte antall sykehusinnleggelser, samt reduksjon av angst og depresjon. Ved hjelp av rehabiliteringsprogram får pasientene større innsikt i egen sykdom. Pasienten får forbedret evne til å håndtere sykdommen, og mestre psykososial problematikk knyttet til den (Bakke & Grundt, 2018, s.169).

2.2.3 Selvrapporing

Selvrapporing gir pasienten bedre innsikt i egen sykdom og symptomhåndtering. Bruk av rapporteringsskjemaer er en viktig brikke i samarbeidet mellom pasient og helsepersonell. Telemedisin og avstandsoppfølging, er et felt under utvikling, som per dags dato kun er utprøvd i enkelte kommuner (Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo et al., 2020). Målet med telemedisin er å tilrettelegge for at pasienter kan få medisinsk behandling i eget hjem (Helsedirektoratet, 2012).

Telemedisinsk oppfølging

Telemedisin er helsetjenester basert på IT, og har vist å gi bedre oppfølging og færre sykehusinnleggelser (Bakkellund et al., 2016, s.179). Teknologien gjør det mulig for sykehus eller overvåkningsentral å gi informasjon og veiledning til pasienten, som sender inn sine egne målinger fra hjemmet uavhengig av helsepersonells tilstedeværelse. Bruk av telemedisin og digital oppfølging av medisinsk utstyr og videokonferanse-system, har gjennom forskning vist en bedring i KOLS-pasienters egenmestring og autonomi, samt redusert opplevelse av angst (Walters, et al., 2013). Bruk av teknologi i hjemmet kan gi pasienten tettere tilgang til helsetjenesten, og en styrket klinisk innsikt i egen sykdom og symptomhåndtering (Barken, Thygesen, Söderhamn, 2017).

Selvrapporterings skjemaer

CCQ; klinisk KOLS-spørreskjema og CAT; COPD Assessment Test er KOLS-vurderingstester som vil vise i hvor stor grad KOLS preger velvære og hverdagslivet. Testene vurderer behandlingseffekten av legemidler, trening og rehabilitering. Testene tar for seg temaer som blant annet søvn, trygghet, aktivitet og grad av hoste (Helsedirektoratet, 2012, s.146-148).

ESAS; Edmonton Symptom Assessment System er et selvrapporterings skjema som brukes hos pasienter med livstruende og/eller alvorlig sykdom. Den består av åtte vanlige symptomer hos palliative pasienter (Oslo Universitetssykehus, 2018). Skjemaet åpner i større grad opp for selvrapportering rundt angstproblematikk, sammenlignet med KOLS-spørreskjemaer.

2.3 Komplikasjoner ved KOLS

Alvorlig KOLS gir en del komplikasjoner. Alt fra underernæring som rammer 25-40% av pasientene (Bakkeland et al., 2016, s.139), til immobilitet, utmattelse, dyspné og psykososiale utfordringer som angst. Vi skal se på de to sistnevnte komplikasjonene, og i denne delen presenteres dyspné.

2.3.1 Dyspné

Dyspné er åndenød og tungpustenhet, og er en ubehagelig følelse av å ikke kunne puste så mye som kroppen trenger (Skjønsberg, 2020) (Giæver, 2015, s. 20). Det er et subjektivt ubehag som bunner ut i opplevelser av at en ikke får nok luft, at det er trangt i brystet, og/eller at det er anstrengende å puste (Bakkeland et al, 2016, s.137). Angst kan gi dyspné (Giæver, 2015, s. 20), men ofte kommer også engstelse som et resultat av tung pust (Bakkeland et al, 2016, s.137).

Dyspné graderes etter fem nivåer: fra tung pust ved større anstrengelser til tung pust ved av-/påkledding, hvor man ikke går hjemmefra pga. tung pust (Giæver, 2015, s.103).

Ved alvorlig dyspné vil mange oppleve dødsangst. Uvitenheten om når neste dyspnéanfall kommer, gir ofte angst og usikkerhet. Det er lett for å havne i en ond sirkel. Problemer med å få nok luft gir en kvelningsfølelse som igjen skaper angst og stress, som er følelser som forverrer dyspnéen (Bakkelund et al., 2016, s.138).

2.4 Angst

Helsedirektoratet formulerer angst som en tilstand hvor frykt knytter seg til bestemte objekter eller situasjoner, eller som en ubestemt tilstand kjennetegnet av kontinuerlig uro og bekymring (Helsedirektoratet, 2018). I denne delen anvendes angstbegrepet som normalangst, og ikke en lidelse i psykiatrisk forstand.

Angst forklares med symptomer som svimmelhet og skjelving. Personer som opplever angst forteller om en *kvelningsfølelse*, pressing i brystet, hamrende hjerte, og trykk i magen. (Hummelvoll, 2012, s.154). Kropp og tanker «snører seg sammen» av redsel, og kroppslige reaksjoner oppstår som en konsekvens av dette (Nordhelle & Sakhi, s. 38). Fysiologiske symptomer på angst er blant annet tiltagende pulsfrekvens og respirasjonsstyrke, temperaturforandring, og økning av glukoseinnhold- og adrenalinutskillelse (Hummelvoll, 2012, s. 154). Tilstanden forklares som en «fysiologisk innsnevring». Så fort angsten er borte, kan innsnevringen oppheves (Nordhelle & Sakhi, s. 38).

Når vi snakker om angst knyttet til KOLS snakkes det ofte om angst knyttet til panikk, frykt for respirasjonsstans og dødsangst (Andenæs, 2007, s.215-218). En utbredt frykt blant KOLS-pasienter er måten man dør på, oftere enn selve tanken på å dø (Bakkelund et al., 2016, s.171).

2.4.1 Håndtere angsten

Det fins i hovedsak to ulike måter å forholde seg til angsten og angstfremkallende situasjoner på: *Tilpasningsmekanismer* og *forsvarsmekanismer*. Førstnevnte peiler seg inn på individets fornuft, og evnen til å løse problemer og konflikter. Det er en metode som

innstiller seg på en realistisk måte å møte stressituasjoner på. Individet er bevisst og handlingsorientert (Hummelvoll, 2012, s. 159). Forsvarsmekanismen tar for seg ulike mekanismer individet kan ta i bruk for å dekke over angsten, og dermed slippe å bevisst forholde seg til den. Mekanismen kjennetegnes ved at den er ubevisst og gir rigide handlingsmønstre som gir individet lite kontroll over det som skjer i eget liv (Hummelvoll, 2012, s. 159).

2.5 Mestringsteori

I denne delen tar jeg for meg mestringsteorien knyttet til psykologene Richard Lazarus og Susan Folkman. Jeg vil ta utgangspunkt i hvordan de velger å presentere mestringsbegrepet.

Lazarus og Folkman definerer mestring som kontinuerlige, skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å håndtere spesifikke indre eller ytre krav – og mulige konflikter mellom dem – som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Mestring handler om realistiske og fleksible tanker og handlinger som løser problemer, og som dermed reduserer stress (Lazarus & Folkman, 1984, s. 118).

2.5.1 Definisjonsforklaring

Det understrekes at ulike aspekter ved definisjonen er nødvendige å forstå. Det ene handler om å se mestring i et prosessorientert perspektiv, altså noe som er i utvikling. Et annet aspektet omhandler mestring som et psykologisk stress som krever arbeid og anstrengelse. Det er også viktig å påpeke hvordan mestring rommer enhver tanke og handling individet har, uavhengig av resultatet (Lazarus og Folkman, 1984, s.141-142). I denne sammenhengen innebærer det psykologiske stresset, angsten som KOLS-pasienten opplever.

2.5.2 Mestringsfunksjoner

Lazarus og Folkman presenterer to mestringsfunksjoner, som i hovedsak rommer det vi vil kalle mestringsstrategier: problemfokuset mestring og emosjonsfokuset mestring.

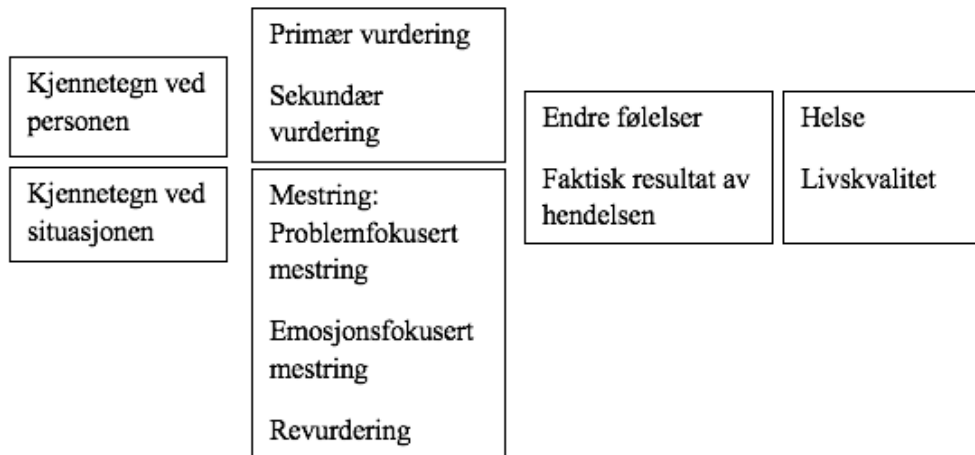
1. *Problemfokuset mestring.* Mestring som tar sikte på å endre situasjonen direkte – enten ved å foreta en direkte handling eller ved å gjøre noe med omgivelsene. Innenfor problemorientert mestring snakkes det om strategier som rettes mot *omgivelsene*, og strategier som rettes mot *selvet*. Strategier rettet mot omgivelsene omhandler forandring av ressurser, barrierer og fremgangsmåter i omgivelsene. Strategier rettet mot selvet omhandler strategier rettet mot motivasjon eller kognitive forandringer, som å endre ambisjonsnivå og standarder av atferd, eller lære nye ferdigheter og fremgangsmåter (Lazarus og Folkman, 1984, s.152). Å oppsøke kunnskap om mekanismene bak et dyspnéanfall, kan være eksempel på problemorientert mestringsstrategi.
2. *Emosjonsfokuset mestring.* Mestring som retter seg mot å redusere eller takle det følelsesmessige ubehaget i situasjonen, fremfor å endre selve situasjonen (Kristoffersen, 2011, s.147). Emosjonsfokusede strategier bidrar til å dempe følelser som inntreffer i ukomfortable situasjoner. I tillegg bidrar strategiene til å endre meningsinnholdet, uten å endre den objektive situasjonen. Det fins et bredt spekter strategier innenfor den emosjonsfokusede mestringen, som blant annet selektiv oppmerksomhet, distansering eller unngåelse (Lazarus og Folkman, 1984, s.150). Fokus på beroligende tanker under et dyspnéanfall kan være en emosjonsfokusede mestringsstrategi.

Teoretikerne understreker hvordan begge mestringsfunksjonene både kan tilrettelegge og hindre hverandre i mestringsprosessen. De påpeker blant annet faren ved å bruke problemfokusede strategier i situasjoner som ikke kan endres, og emosjonsstyrte strategier i situasjoner som kan kontrolleres (Hanssen & Natvig, 2007, s.57). Forfatterne poengterer likevel at det i praksis er vanskelig å fastslå hvilken funksjon en mestringsstrategi faller inn under. Hver strategi – tanke og handling – kan ha flere mestringsfunksjoner. Det er vanskelig å si noe om det som oppnås er regulert av emosjoner eller forhold gjennom problemløsning. Vi regulerer ofte følelser ved å løse problemer, og løser problemer ved å regulere følelser (Lazarus og Folkman, 1984, s.319).

2.5.3 Lazarus og Folkmans teoretiske modell

Dette er en forenklet skisse over hvordan Lazarus og Folkmans mestringsteori kan forstås.

Bakgrunnsfaktor → Den aktuelle hendelsen → Kortsiktig resultat → Langsiktig resultat



(Hanssen & Natvig, 2007, s.48) (Kristoffersen, 2011, s. 144)

Forståelse av modellen

Hvert individ, på samme måte som hver situasjon eller hendelse, vil ha særegne karakteristika og bestemte kjennetegn over seg. Dette utgjør den første bolken i modellen. En primær vurdering vil si noe om hvorvidt individet opplever situasjonen som stressende eller ikke. I denne sammenhengen handler det om hvorvidt pasienten opplever angst ved dyspné. Opplevs situasjonen stressende vil en sekundærvurdering ta for seg hvilke mestringsstrategier som kan brukes. En revurdering foretas av individet underveis og/eller etter mestringen, og setter lys på effekt av benyttede strategi, samt mestringsresultatet. Denne effekten grupperes i kortsiktige- og langsiktige resultater. Kortsiktige resultater forklarer forandrede tanker og følelser, i tillegg til en reel endring som følge av mestring. Det kan handle om å tenke «jeg kommer ikke til å dø av dette» under et dyspnéanfall. De langsiktige resultatene antas å påvirke overordnede mål i form av helse, velvære og livskvalitet (Hanssen & Natvig, 2007, s.48-49), og kan eksempelvis være redusert angst ved dyspné.

2.6 Sykepleiefunksjoner

2.6.1 Undervisning og veiledning

Sykepleiers funksjon er både forebyggende, behandlende, undervisende, og veiledende i møte med KOLS-pasienten. I tillegg har sykepleieren en lindrende og rehabiliterende funksjon (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s.17). Denne oppgaven fokuserer på den undervisende og veiledende sykepleiefunksjonen i møte med KOLS-pasienter. Den undervisende og veiledende sykepleiefunksjonen skal «fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av sykdom og behandling» (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.23).

2.6.2 Sykepleier i hjemmet

Som en følge av samhandlingsreformen vil en større del av behandling og oppfølging av KOLS-pasienter foregå i hjemmet. Kommunen får et større ansvar for oppfølging av pasienter, og oppgaver forskyves fra spesialisthelsetjenestene til kommunehelsetjenesten (Nakrem, 2017, s. 68). Dette gjør sykepleierens rolle helt sentral, og stiller høyere krav til sykepleierkompetanse (Kristoffersen, 2011, s.291). Selv om kommunene får et større ansvar, er likevel et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten nødvendig. Spesialisthelsetjenesten sitter med kompetanse som er viktig å overføre til kommunene.

Hjemmebasert omsorg, hjemmesykepleie, er et obligatorisk tjenestetilbud fra kommunen hvor helsetjenesten tilbyr behandling av personer i hjemmet, før, i stedet for, og etter sykehusinnleggelse (Kristoffersen, 2011, s.289). Pasienten i hjemmet får innvilget tjenester etter behov, og hovedmålet for hjemmesykepleien er at brukeren skal mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Tilrettelegging av bolig og hjelpemidler, undervisning om sykdommen, oppfølging av ernæring, riktig medisinbruk, optimalisering av inneklima, praktisk bistand og emosjonell støtte, er noen av tiltakene sykepleierne bistår med (Helsedirektoratet, 2012, s. 76). Hjemmesykepleien handler også om avstandsoppfølging i noen kommuner (Helsedirektoratet, 2017, s.11).

Ambulante team er en del av koordinerte tilbud i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, men er knyttet til medisinsk avdeling/poliklinikk. Teamene følger opp alvorlig syke pasienter i hjemmet som et alternativ til behandling på sykehus (Helsedirektoratet, 2012, s.74). For å sikre nærhet mellom det kommunale tjenesteapparatet og den enkelte pasient, understrekes viktigheten av å bygge ut lokale ambulante team i kommunehelsetjenesten (Kristoffersen, 2011, s.291) (Helsedirektoratet, 2012).

Læring- og mestringssenter (LMS) er en viktig arena for at KOLS-pasienter kan lære å mestre sykdommen. Målet med tilbudet er å dekke behovet for opplæring og lære mennesker å leve med sin sykdom (Helsedirektoratet, 2012, s.74). LMS skal fremdeles bestå i spesialisthelsetjenesten, samtidig som læring- og mestringstilbud også skal utvikles i kommunene. De kommunale læring- og mestringssentre har en viktig forebyggende rolle, og vil omfatte kurstilbud og selvhjelpsgrupper som for eksempel mestringsskurs (Kristoffersen, 2011, s.292).

3 Metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten som du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2019, s. 74). I dette kapitlet vil jeg beskrive metode, hvordan jeg har gått frem i søkene på relevant litteratur, hvilken litteratur jeg har benyttet, og til slutt ta for meg kildekritikk.

3.1 Metodebeskrivelse

Oppgaven er en litterær oppgave, med en avgrenset litteraturstudie som metode. En litterær oppgave baserer seg på allerede eksisterende teori, forskning og fagkunnskap rundt tema jeg har satt for oppgaven (Dalland, 2020, s.199). Gjennom den litterære oppgaven vil jeg kunne gi en god og oppdatert forståelse av kunnskapen rundt problemstillingen, ved at kunnskap fra ulike skriftlige kilder blir systematisert (Thidemann, 2019, s.77-80). Dette vil gi innsikt i både kvalitative og kvantitative data, og vil gi en bedre forståelse av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner samhandler, og en forståelse av samfunnet vi lever i (Dalland, 2020, s.54).

3.2 Søkestrategi

Jeg startet med et innledende litteratursøk, for å få et overblikk over hvor mye som er skrevet om temaet jeg har satt (Thidemann, 2019, s.81). Jeg utførte håndssøk i Google Scholar og databasene jeg har valgt for oppgaven, i tillegg til å skimlese tidligere eksamensoppgaver fra VID:Open. Deretter gikk jeg videre til et systematisk litteratursøk, og gikk trinnvis til verks.

3.2.1 Søkeord

Jeg benyttet PICO-skjema for å finne relevante søkeord ut fra problemformuleringen i oppgaven. Uthevet skrift i skjemaet nedenfor viser hvilke søkeord som er blitt benyttet.

| | | |
|----------|----------------------------|--|
| P | Population/pasient/problem | KOLS -pasienter med angst ved dyspné |
| I | Intervention/tiltak | Sykepleiers veiledning av mestring i hjemmet |
| C | Comparison | |
| O | Outcome/ønsket utfall | Mestring av KOLS-relatert angst og dyspné |

Det meste av forskningen rundt tema er engelskspråklig, og jeg valgte derfor å finne gode oversettelser på engelsk. Jeg benyttet Ordnett.no, en ordbokside fra Gyldendal, for å finne gode engelske alternativer. Samtidig benyttet jeg MESH.uia.no, et emneordsregister og verktøy for å forstå helsefaglige og medisinske begreper på norsk og engelsk, som sørger for å inkludere riktige og presise termer. Bruk av disse to sidene resulterte i følgende søkeord:

- «KOLS»/«COPD»/«COAD»/«Chronic Obstructive Pulmonary Disease»
- «Dyspné»/«Dyspnea»/«Breathlessness»
- «Angst»/«Anxiety»
- «Mestring»/«Coping»/«Self-management»/«Mastering»

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å avgrense mengden litteratur, samt tydeliggjøre litteratursøket mitt, definerte jeg noen inklusjons- og eksklusjonskriterier for søket (Thidemann, 2019, s.83).

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Engelskspråklige og skandinaviske artikler- Fagfelleurderte tidsskrifter | <ul style="list-style-type: none">- Artikkene som er eldre enn 10 år (>2011)- KOLS-stadium I-II |

| | |
|----------------------------------|---|
| - Hjemmeboende - Alder >50 år | - Forhold som ikke kan overføres til norske forhold |
|----------------------------------|---|

Jeg tok for meg følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier. KOLS - og særlig kombinert med psykisk helse - er et fagfelt i stadig utvikling, og derfor er det satt et tidsgrense på de ti siste årene.

3.2.3 Databaser og fremgang i søk

Jeg tok for meg databasene PubMed, Medline, og SveMed+ som jeg fant via Helsebiblioteket, og som er databaser innenfor helsefag (Helsebiblioteket, u.å.).

Fremgangsmåten i søkene var å søke opp ett og ett søkeord, hvor jeg inkluderte både emneordssøk og tekstordsøk. Disse ble inkludert for at eventuelle andre betydninger ble fanget opp. Jeg kombinerte søkeord fra samme aspekt med ordet «OR», som for eksempel «Dyspnea OR Breathlessness». Deretter ble de forskjellige aspektene satt sammen med «AND» (Thidemann, 2019, s.84-87). Antall treff og søkekombinasjoner listet jeg opp i en egen tabell (se nedenfor). Til slutt begrenset jeg treffene ved å ta i bruk inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Antall treff etter kriteriene ble også listet opp i samme tabell.

| Database | Søk | Søkeord | Treff | Leste abstracts | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|-------------------------|-----|---|--------|-----------------|----------------|---------------------|
| Medline 03.02.21 | S1 | COPD OR COAD OR Chronic Obstructive Pulmonary Disease | 87531 | | | |
| | S2 | Dyspnea OR Breathlessness | 54724 | | | |
| | S3 | Anxiety | 244945 | | | |
| | S4 | Coping OR Self-management OR Mastering | 178670 | | | |
| | S5 | S1 AND S2 AND S3 | 459 | | | |
| | S6 | S4 AND S5 | 54 | | | |
| | S7 | S4 AND S5 | 37 | 7 | 6 | 2 |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | Med inklusjons- og eksklusjonskriterier | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|

Fra Medline endte jeg opp med artiklene «Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences» og «The Affective Dimension of Dyspnea Improves in a Dyspnea Self-Management Program With Exercise Training». Førstnevnte ble inkludert fordi den utforsker hvordan KOLS-pasienter opplever angst, og hvordan sykepleieveiledede psykoedukative tiltak bidrar til å redusere opplevelse av angst. Sistnevnte tar opp mestringsprogrammer knyttet til dyspné, hvordan disse påvirker dyspnérelatert angst, og sykepleiers rolle i dette.

| Database | Søk | Søkeord | Treff | Leste abstracts | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|------------------------|-----|--|--------|-----------------|----------------|---------------------|
| PubMed 08.02.21 | S1 | COPD OR COAD OR Chronic Obstructive Pulmonary Disease | 92921 | | | |
| | S2 | Dyspnea OR Breathlessness | 63528 | | | |
| | S3 | Anxiety | 257774 | | | |
| | S4 | Coping OR Self-management OR Mastering | 305222 | | | |
| | S5 | S1 AND S2 AND S3 | 527 | | | |
| | S6 | S4 AND S5 | 70 | | | |
| | S7 | S4 AND S5 Med inklusjons- og eksklusjonskriterier | 46 | 3 | 2 | 1 |

Søket i PubMed resulterte i artikkelen «Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study». Denne ble inkludert ettersom den tar opp pasienters opplevelse av angst, og hvilke strategier de bruker for å mestre denne.

I tillegg fant jeg én artikkel «How virtual admission affects coping – telemedicine for patients with chronic obstructive pulmonary disease», via kjedesøk i PubMed, hvor den dukket opp som et forslag under et abstract jeg leste. Denne valgte jeg å inkludere fordi den satte

problemstillingen i et nytt og spennende lys, og tok opp en oppfølgingsmåte som er under utvikling i norsk helsevesen; telemedisin.

| Database | Søk | Søkeord | Treff | Leste abstracts | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|-------------------------|-----|-------------------------|-------|-----------------|----------------|---------------------|
| SveMed+ 03.03.21 | S1 | KOLS | 581 | | | |
| | S2 | Dyspné | 117 | | | |
| | S3 | Angst | 705 | | | |
| | S4 | Mestring | 2000 | | | |
| | S5 | S1 AND S2 AND S3 | 4 | | | |
| | S6 | S4 AND S5 | 2 | 2 | 2 | 1 |

Fra SveMed+ endte jeg opp med én artikkel, «Fire måder at håndtere åndenød på i dagliglivet – et grounded theory-studie», som utforsker hvordan pasienter håndterer dyspné i hverdagen.

Søkeprosessen foregikk ved at jeg gikk igjennom søkeresultatene ved å velge ut overskrifter som virket relevante for oppgaven, og som fanget min interesse. Deretter leste jeg abstracts til de utvalgte artiklene. Her fikk jeg valgt bort artikler som ikke svarte til problemstillingen, ikke hadde et tydelig formål, eller studier som var for omfattende og bredspektret. Deretter skumleste jeg gjennom en rekke studier, for så å velge ut hvilke som var relevante og aktuelle for oppgaven, og som jeg mente belyste problemstillingen på en god måte. Disse ble gjennomgått på en grundig og strukturert måte. I den grundige gjennomgangen sørget jeg for at inklusjons- og eksklusjonskriterier var fylt, og at studien hadde et tydelig formål, en avklart metodedel og presentasjon av resultater, samt en diskusjon avslutningsvis.

3.2.4 Bearbeiding av funn

Jeg endte opp med fem artikler med både kvalitative og kvantitative data. Jeg bearbeidet funnene ved å lese gjennom studiens resultater og diskusjonsdel, og dra ut de ulike

hovedpoengene fra hvert studie. I kapittel 4 presenteres en sammenfatning av de temaer de fem studiene resulterte i.

3.2.5 Annen faglitteratur

Jeg har anvendt faglitteratur, forskningsartikler, bøker og andre artikler i oppgaven. Artikler fra tidsskrifter har jeg funnet via søk i databasene nevnt ovenfor. Annen litteratur jeg har benyttet i oppgaven, er funnet via pensum, håndssøk fra bibliotekets hjemmesider, og inspirasjon fra relevante bacheloroppgaver.

3.3 Metode- og kildekritikk

Det kan rettes kritikk mot oppgavens metode. Denne oppgaven tar kun for seg en forenklet bruk av litteraturstudie. Det blir dermed utført et *avgrenset* systematisk søk ettersom det er et begrenset antall studier som kan inkluderes i oppgaven. Dette resulterer i at mye relevant forskning rundt tema, faller utenfor. Det er benyttet et fåtall av databaser, noe som også ekskluderer mye forskning. Likevel er det sørget for at de inkluderte artiklene er av god og relevant kvalitet. Det er blitt benyttet fagfelleverderte artikler og databaser, slik at jeg vet at artiklene har blitt kvalitetssikret før publisasjon (Svartdal, 2021). Forskingen er publisert i anerkjente helsefaglige tidsskrifter. Jeg har benyttet sjekklister fra Helsebiblioteket for å vurdere relevans og kvalitet i artiklene (Helsebiblioteket, 2016). Jeg har også benyttet Kildekompasset sine sider om kildekritikk, for å fastslå at studiene og artikler jeg har brukt, har vært av vitenskapelig kvalitet.

Det er blitt brukt primærkilder så langt det har vært mulig, for å unngå eventuelle mistolkninger eller andre tolkninger enn det som var opprinnelig tenkt. Fordi det har blitt benyttet en del engelskspråklige artikler, må det tas forbehold om at mistolking av tekster kan ha skjedd i oversettelsen. Det medfører også en risiko for at norske oversettelser har mistet litt av sin originale betydning i oversettelsesprosessen.

3.3.1 Kvalitetsvurdering av artikler

Studiene tar opp hvordan pasienter med KOLS opplever mestring knyttet til angst, samt studier som utforsker ulike mestringsstrategier knyttet til angst og dyspné. Samtidig var det viktig at studiene satte lyst på sykepleiers rolle, og at det ble lagt til grunn at pasientene var hjemmeboende.

Det er viktig å poengtere at noen av studiene hadde et frafall av deltakere grunnet død eller forverret sykdom. Noen av de kvalitative studiene er gjort i etterkant av tidligere og sammenhengende studier. Her har de samme deltakerne blitt hentet inn, men flere har falt fra ettersom de ikke fylte inklusjonskriteriene. Intervjuer har også variert i varighet. Det bør også poengteres at KOLS-pasienter har bedre og dårligere dager, noe som kan ha gjenspeilet seg i studiens resultat.

Enkelte studier har inkludert deltakere med alder under 50 år, og tross inklusjonskriteriene for denne oppgaven, har jeg likevel valgt å inkludere disse. Dette handler om at det kun er enkelttilfeller av deltakere under 50, og at jeg likevel anser studiene som relevant. Både er gjennomsnittsalderen for deltakerne godt over oppgavens inklusjonskriterier, og samtidig gir studiene oss viktig innsikt rundt temaet de tar opp. Jeg har valgt å inkludere «Fire måder at håndtere åndenød på i dagliglivet – et grounded theory-studie», hvor én av deltakerne havner innenfor GOLD II. Da det kommer tydelig frem i studien hvilke data som knyttes til denne deltakeren, har jeg valgt å utelate disse dataene for resten av oppgaven. Jeg har vurdert det til å ikke ha spesiell betydning for oppgavens besvarelse og kvalitet.

3.4 Ethiske overveielser

Jeg har benyttet kildehenvisning etter APA 7th-stilen når jeg henviser til kilder, og på denne måten vil forfatterne bli kreditert for sitt arbeid. Jeg har også brukt skolens retningslinjer for bacheloroppgave. Eksempler hentet fra egenopplevde pasientmøter overholder taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §21).

4 Funn

I dette kapitlet introduserer jeg forskningsgrunnlaget for drøftingen, og vil i det følgende gi en kort presentasjon av forskningsartiklene og deres hovedfunn, og til slutt en sammenfatning av tema. Forskningen som er valgt, er ment å belyse problemstillingen fra ulike perspektiver.

4.1 «Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences»

D.G. Bove, J. Midtgaard, G. Kaldana, D. Overgaard, K. Lomborg (2017), *Journal of Psychosomatic Research*.

Hensikt: Målet med studien var å utforske pasienter med alvorlig KOLS sin opplevelse av hjemmebaserte psykoedukative tiltak. Hensikten med psykoedukative tiltak var å støtte KOLS-pasienter med tilhørende angst-symptomer, i å endre deres tolkning og reaksjon på fysiske og psykiske symptomer relatert til angst og dyspné.

Metode: Denne kvalitative intervjustudien inkluderer 20 deltakere fra en tidligere RCT-studie. 6 deltakere var menn, 14 kvinner, alder 54-88 år. Tiltaket bestod av én-times samtale basert på kognitiv atferdsteori og psykoedukasjon, samt en oppfølgingsamtale på 20 minutter to uker i etterkant. Atferdsteori og psykoedukasjon setter fokus på sammenhengen mellom tanker, følelser, atferd og kroppslige opplevelser i situasjoner preget av dyspné og angst.

Hovedresultat: Alle pasientene uttrykte å ha nytte av tiltakene i varierende grad. Tre viktige områder ble trukket frem som nyttige: **1)** Å gjøre angsten synlig. Pasientene opplevde på forhånd at de var alene om angsten, og ved å snakke om den ble den håndterbar og de opplevde en lettelse. **2)** Å kontrollere tankesettet. Pasientene opplevde at å klare å få kontroll over egne tanker, reduserte grad av angst og dyspné. **3)** Pasientene opplevde at

samtalen basert på atferdsteori og psykoedukasjon økte følelse av kontroll og mestring, noe som resulterte i et større fokus på indre ressurser, og styrking av disse.

4.2 «How virtual admission affects coping - telemedicine for patients with chronic obstructive pulmonary disease»

Christina Emme, Susan Rydahl-Hansen, Birte Ostergaard, Lone Schou, Anna Svarre Jakobsen, Klaus Phanareth (2013), *Journal of Clinical Nursing*.

Hensikt: Å beskrive hva som kjennetegner KOLS-pasienter mestring av fysiske, emosjonelle og sosiale utfordringer før, under, og etter digital oppfølging med helsepersonell. Digital oppfølging sikter på å gi klinisk omsorg, men innebærer også et læringsaspekt hvor pasienter må lære å mestre sykdomsrelaterte problemer. På denne måten vil digital oppfølging påvirke pasientens mestring og mestringstro.

Metode: Studien baserer seg på en større randomisert klinisk studie rundt digital oppfølging. 9 av deltakerne ble inkludert i en semi-strukturert intervjustudie, som undersøker bruk av telemedisin i hjemmet, i stedet for sykehusinnleggelse ved KOLS-forverring. Seks deltakere var menn, og gjennomsnittsalder 67,6 år.

Hovedresultat: Bruk av telemedisin tillater pasienten å være i egne omgivelser hvor de føler seg trygge, noe som sikrer mest mulig normalt hverdagsliv. Forskningen trekker frem noen hovedmomenter: **1)** Deltakerne opplevde lettere tilgang til helsepersonell, samt at samspillet mellom pasient og helsepersonell skjer på pasientens vilkår. **2)** Det vises en redusert involvering av helsepersonell ettersom pasienten selv har mulighet til å mestre problemer ved bruk av medisinsk utstyr. **3)** Pasientene opplevde at de var i stand til å forebygge dyspné- og angstanfall ved hjelp av det medisinske utstyret.

Det ble likevel ikke erfart forandringer i mestring etter at det medisinske utstyret blir fjernet, noe som resulterte i at deltakerne gikk tilbake til gamle mønstre i hvordan problemene ble håndtert.

4.3 «The Affective Dimension of Dyspnea Improves in a Dyspnea Self-Management Program With Exercise Training»

DorAnne Donesky, RN, Huong Q. Nguyen, RN, Steven M. Paul, and Virginia Carrieri-Kohlman (2014), *Journal of Pain and Symptom Management*.

Hensikt: Hensikten med studien var å evaluere effekten av tre ulike varianter dyspnémestringsprogrammer, på dyspnérelatert angst.

Metode: en randomisert kontrollert studie, med gjentatte målinger annenhver måned over ett år, med et totalt antall av 103 deltakere, fordelt på 46 menn, og 57 kvinner. Deltakerne hadde en gjennomsnittsalder på 66 år.

De tre versjonene av mestringsprogrammet: 1) DM (dyspnémestring) tok opp temaer som følelser under dyspné, tidlig gjenkjenning av forverring, forsterkning og diskusjon av pasientens egenomsorgsstrategier for dyspné. Øktene var fordelt på fire 1-timers individualiserte læringsøkter, de første åtte ukene. 2) DM+Exposure bestod av DM med ytterligere fire sykepleier-veiledninger. 3) DM-Training bestod av DM med 24 sykepleier-veiledet treningsøkter med instruksjoner i mestringsteknikker.

Hovedfunn: 1) Deltakerne som hadde DM med 24 sykepleieveiledet treningsøkter og mestringsteknikker hadde en betydelig forbedring i dyspnérelatert angst, sammenlignet med de andre programmene. **2)** Det viser essensen av mengde og timing av sykepleieveiledet trening for å opprettholde en reduksjon i dyspnérelatert angst.

4.4 «Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study»

Susann Strang, Ann Ekberg-Jansson & Ingela Hénoch (2014), *Palliative and Supportive Care*.

Hensikt: Studien utforsker alvorlige KOLS-pasienters opplevelse av angst, og dens kilde og konsekvenser, samt strategiene pasientene bruker for å lindre angsten.

Metode: Kvalitative dybdeintervju av 31 deltakere, lik kjønnsfordeling av kvinner og menn, med KOLS GOLD III-IV, alder 48-85 år.

Hovedfunn: Det ble funnet to hovedtemaer knyttet til KOLS-pasientenes opplevelse av angst: dødsangst og livsangst. **1)** Dødsangst innebar frykt for kvelning, bevissthet om døden, frykt for døden og separasjonsangst. **2)** Livsangst innebar frykt for å leve, og frykt for fremtiden.

Det ble funnet strategier knyttet til motsatser til angst: **1)** Deltakerne oppgav å mestre kvelningsfølelsen ved å stole på egen mestringssevne, og bruke strategier som å sette seg ned, pusteøvelser, vente på at angsten går bort, konsentrasjonsøvelser, åpne vinduer og unngå stress. **2)** Når kvelningsfølelsen som en kilde til angst tok tak i pasienten, oppgav de stor tillit til helsetjenesten.

3) Unngåelsesstrategien handlet om tema rundt døden. Deltakerne forsøkte å unngå å snakke om temaet, sove det bort eller le det vekk, og i stedet fokusere på å leve i øyeblikket, ta en dag av gangen, og utnytte livet her og nå.

4.5 «Fire måder at håndtere åndenød på i dagliglivet - et grounded theory-studie»

Lene Bastrup Jørgensen, Ronald Dahl, Preben Ulrich Pedersen, Kirsten Lomborg (2013), *Sygeplejersken*.

Hensikt: Målet var å undersøke hvordan KOLS-pasienter håndterer dyspné i dagliglivet. Studien sikter inn på å fange opp og forklare flerdimensjonal håndteringsatferd hos KOLS-pasienter.

Metode: Studien kombinerer kvalitative og kvantitative data. 12 deltakere ble inkludert, jevn fordeling av mellom kvinner og menn, de fleste mellom 70-80 år, 1 deltaker på 45 år.

Hovedfunn: Å bevare selvstendighet var det deltakerne var opptatt av i første rekke. Det ble funnet tre ulike karakteristika av håndteringsatferd i prosessen med å bevare integriteten: **1)** utfordrende håndtering, **2)** undervurderende håndtering, og **3)** utjevne håndteringsatferd. Disse karakteristika påvirket hvordan deltakerne forholdt seg til situasjoner med dyspné, og hvordan de regulerte mestringsstrategier etter forventet evne. Regulering av aktivitetsnivå ble funnet å være den mest dominerende strategien i møte med dyspnéhåndtering. **4)** Håndteringen av dyspné ble funnet å være en sirkulær prosess som består av kognitive, emosjonelle og atferdsmessige handlinger.

4.6 Sammenfatning av funn

Funnene kan deles i følgende tematikker: sykepleieveiledning som forutsetning for mestring, psykososial støtte og samtale som et verktøy til egenmestring, telemedisin og avstandsoppfølging som kilde til følelse av egenmestring, og kontroll over tankesettet. Sistnevnte setter kognitive, emosjonelle, atferdsmessige og kroppslige opplevelser i sammenheng, og er funnet å være viktig for å bevare pasientens selvstendighet og indre ressurser. Enkelte studier utforsker pasientenes *opplevelse* og *håndtering* knyttet til KOLS, angst og dyspné, med ulike innfallsvinkel. Andre studier innhenter kvantitative data av tiltak som er iverksatt. De fleste studiene vektlegger læring, samt KOLS-pasienters fysiske og emosjonelle utfordringer som en del av sykdomsbildet.

5 Drøfting

I denne delen vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan bidra til mestring av angst knyttet til dyspné, hos hjemmeboende KOLS-pasienter. Ved hjelp av forskningen som er presentert, vil jeg diskutere hvordan funnene svarer på problemstillingen som er satt. Jeg vil belyse diskusjonen ved hjelp av presentert teori, samt noe ny teori og forskning. Drøftingskapittelet vil bli delt i fire hoveddeler hvor temaene er veiledning som kilde til sykdomskunnskap- og innsikt, betydning av kontroll, avstandsoppfølging, og psykososial støtte.

5.1 Veiledning gir sykdomsinnsikt og kunnskap

Deltakerne i Doneskys m.fl. studie opplevde en betydelig reduksjon av dyspnérelatert angst som følge av et sykepleieveiledet egenmestringsprogram (Donesky et al., 2014).

Mestringsprogrammet bestod blant annet av sykepleieveiledet læring og veiledede mestringsteknikker knyttet til dyspné og angst. Deltakerne i en annen studie oppgir å ha nytte av sykepleieveiledet tiltak knyttet til psykoedukasjon, da det gav kunnskap eller oppdaterte eksisterende kunnskap. Dette ledet til oppfatningen av å vite hva de skulle gjøre i situasjoner preget av angst og dyspné (Bove et al., 2017). I arbeidet med mestring hos KOLS-pasienters opplevelse av angst og dyspné, viser sykepleiers veiledning seg essensiell for å øke sykdomskunnskap- og innsikt. En deltaker sier: «You will need to have knowledge of what is going on, because otherwise you cannot fight against it, as you do not know what is» - deltaker om dyspné og angst (Bove et al., 2017). Sykepleierens veiledende funksjon skal hjelpe pasienten til mestring og innsikt i konsekvensene av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.23).

I en annen studie fremkommer det hvordan deltakernes kunnskap om KOLS påvirker i hvilken grad KOLS-relaterte problemer kan mestres. Å forstå mekanismene bak sykdommen hjelper noen deltakere til å ikke få panikk under alvorlig dyspné, ettersom bare å tenke på å miste pusten kan være tilstrekkelig til å fremkalle dyspné og angst (Emme et al., 2013).

Hummelvoll trekker frem kunnskap om angst som et av de viktigste behovene sykepleier må

dekke for å hjelpe engstelige pasienter. Pasienten trenger kunnskap om angsten og virkningen av den ettersom de fysiske åpenbaringene av angst er såpass allsidige og til dels dramatiske for pasienten (Hummelvoll, 2012, s.164-166). For å veilede pasienten til størst mulig kontroll over egen situasjon, er en viktig sykepleieroppgave å gi pasienten kunnskap om sykdommen. Det innebærer kunnskap om behandling, hvordan forebygge anfall og forverringer, bedømme endring i tilstand, samt hjelp til å gjennomføre behandlingen (Bakkelund et al., 2016, s.170).

Hvilken kunnskap og innsikt trenger pasienten for å mestre angst ved dyspné?

I «British Journal of Healthcare Assistants», presenteres en rekke sykepleietiltak som er rettet mot å veilede pasientene til å mestre KOLS-sykdom, og forbedre livskvalitet. Røykeintervensjon, opplæring og undervisning, lungerehabilitering og veiledning i egenmestringsprogram, trekkes frem som eksempler (Gray, 2016). Røykeintervensjon er det viktigste tiltaket i forbindelse med forebygging og vellykket lungerehabilitering (Hjalmarsen, 2012, s.37). Det er vist at lungerehabilitering gir pasientene større innsikt i egen sykdom og forbedret evne til å håndtere den. I tillegg forbedres evnen til å mestre psykososial problematikk knyttet til sykdommen (Bakke & Grundt, 2018, s.169). Gray drar frem atferdsterapi som en suksess. Tiltakene innenfor atferdsterapien sørger for spesifikke ferdigheter og strategier i hvordan den enkelte mestrer symptomer (Gray, 2016). Undervisning og veiledning i pusteteknikker, som for eksempel leppepust og dype inspirasjoner, bidrar til at pasienten kan få kontroll over pusten (Bakkelund et al., 2016, s.170). Leppepust er den viktigste strategien ved dyspné (Hjalmarsen, 2012, s.40). I tillegg er teknikker for å mobilisere sekret, og trening er sentrale deler av sykepleieoppfølgingen (Helsedirektoratet, 2012).

Min opplevelse er at veiledning og oppfølging av pasienter med alvorlig KOLS, ofte er komplekst. Jeg har erfart at sykepleiere har mye viktig kunnskap som knytter seg til det somatiske aspektet ved å ha alvorlig KOLS. Derimot stiller jeg spørsmål ved sykepleiers kunnskap og fokus knyttet til dyspné og opplevelse av angst. Erfaringsmessig er angst-aspektet ved KOLS-sykdommen mindre uttalt, og i mange tilfeller kan det tenkes å handle om at sykepleieren ikke vet hvordan forholde seg til det. Derfor setter jeg spørsmål ved om

sykepleieren sitter med tilstrekkelig kunnskap knyttet til angsthåndtering, og hvordan forholde seg til en pasient i reel dødsangst?

En kvalitativ studie belyser dette tema. Studien utforsker sykepleiers opplevelse av omsorgsutøvelse til KOLS-pasienter med angst og dyspné. Sykepleierne uttrykker vanskeligheter med å utøve omsorg til denne gruppen, hvor vanskelighetene var knyttet til omsorgsgiverens følelse av håpløshet og fortvilelse. Sykepleierne i studien rapporterte om skyldfølelse i forbindelse med pasientens angst, på bakgrunn av at de ikke klarte å gi pasienten omsorgen og hjelpen den trengte (Andersen, Ytrehus & Grov, 2011).

Dette setter lys på sykepleierens utilstrekkelighet i møte med pasienter med angst, og dermed viktigheten av pasienters egenmestring. Strang m.fl. understreker dette ved å trekke frem at pasienter i stor grad stoler på egen evne, og bruker egne strategier til å takle dyspné. Problem- og emosjonsfokuserede mestringsstrategier som å sitte ned, gjøre pusteøvelser, vente til angsten passerer, åpne vinduet og unngå stress, er eksempler på pasienters dyspné- og angsthåndtering (Strang et al., 2014). På den andre siden påpeker studien betydningen av en sykepleiers veiledning og støtte, ettersom pasienter kan oppleve sterk avhengighet knyttet til helsepersonell (Emme et al., 2013). Sykepleiers interesse og omsorg blir funnet nyttig og verdifullt i omstendigheter preget av angst og dyspné (Bove et al., 2017).

Hvordan møtes sykepleier og pasient?

Sykepleiers veiledning og bidrag til kunnskap, foregår gjennom den tradisjonelle måten å følge hjemmeboende pasienter opp på, ofte gjennom hjemmesykepleie, men også gjennom lærings- og mestringstilbud eller som ambulante team (Helsedirektoratet, 2012). Slik det fremkommer i Doneskys m.fl. studie har den fysiske tilstedeværelsen av en sykepleier en avgjørende rolle i pasientens mestring av dyspné (Donesky et al., 2014). I dag har vi med en helsetjeneste som preges av konkurranse og knapphet på ressurser. Samtidig stilles et økt krav om «effektivisering, samhandling og kvalitet» (Kristoffersen, 2012, s.211). Hvordan få ballen til å gå rundt i en kompleks pasientsituasjon som krever god oppfølging?

I en rapport om ambulant oppfølging av KOLS-pasienter i hjemmet, ble det avdekket flere problemstillinger og utfordringer pasienten stod ovenfor i hverdagen. Oppfølgingen ble gjennomført av spesialsykepleiere fra lungepoliklinikk, som iverksatte tiltak for å forbedre

pasientens hjemmesituasjon. Forfatterne forteller også om noen delvis mislykkede forsøk på samhandling med hjemmesykepleien, og kompetanseheving (Steindal et al., 2014). Dette finner jeg urovekkende. Jeg spør meg om dette handler om at hjemmesykepleien ikke *ønsker* mer kompetanse, eller fordi det rett og slett ikke finnes tid? Hvordan opprettholde kvalitet i oppfølging av KOLS-pasienten med angst, om knapphet på tid er så dominerende?

Svaret kan ligge i avstandsoppfølging.

5.2 Avstandsoppfølging og telemedisin gir økt mestring

I Emmes m.fl. studie ble det funnet at digital oppfølging muliggjør pasientene å bli i sine vanlige omgivelser, også ved forverring i tilstand. Det viste seg at deltakerne satte pris på å ha deres eiendeler innenfor rekkevidde, og følte seg trygge i hjemmet. Digital oppfølging ble også funnet å muliggjøre deltakernes retur til dagliglivet, og la til rette for å gjøre sine vanlige gjøremål (Emme et al., 2013). Avstandsoppfølging og telemedisin har til nå blitt utprøvd i enkelte norske kommuner, og er fremdeles under utprøving (Helsedirektoratet, 2020). Hensikten er å gi innbyggere med kronisk sykdom, økt kunnskap om egen sykdom og helse, noe som er antatt å gi økt mestring og evne til å ta større ansvar for egen helse (Oslo kommune, u.å).

Telemedisin tvinger pasienten til å ta mer kontroll, og det ble funnet at digital oppfølging økte deltakernes følelse av kontroll og mestring. Pasientene ble under digital oppfølging mer aktivt involvert i egen mestring av helse. Det medisinske utstyret viste seg å gi en følelse av kontroll over sykdomsbehandlingen, og gav deltakerne mulighet til å mestre dyspné og angst ved å for eksempel ta i bruk forstøver og pulsoksymeter. Deltakerne fikk mulighet til å bli kjent med medisinsk utstyr, inkludert overvåkingenheter, forstøver og medisiner. Det ble funnet at deltakerne opplevde mestringsstøtte av å ha det medisinske utstyret hjemme (Emme et al., 2013).

Studien viser til en forandret rolle i pasient- og helsepersonellrelasjonen. Pasienten blir mer aktivt involvert i sykdomsmestringen, mens helsepersonells deltakelse blir redusert som

følge av dette. I tillegg opplevde deltakerne at samspillet mellom pasient og personale skjedde på pasientens vilkår (Emme et al., 2013). Samtidig må det poengteres at telemedisin også fordrer at pasienten har sykdomskunnskap i bunn for å kunne ta nytte av det medisinske utstyret. Dette kan lede til en økt mestringsfølelse ettersom pasienten i større grad må ta bruk egne evner. Bruk av telemedisin krever også teknologisk kunnskap, noe som setter visse krav til gruppen som mottar tjenesten.

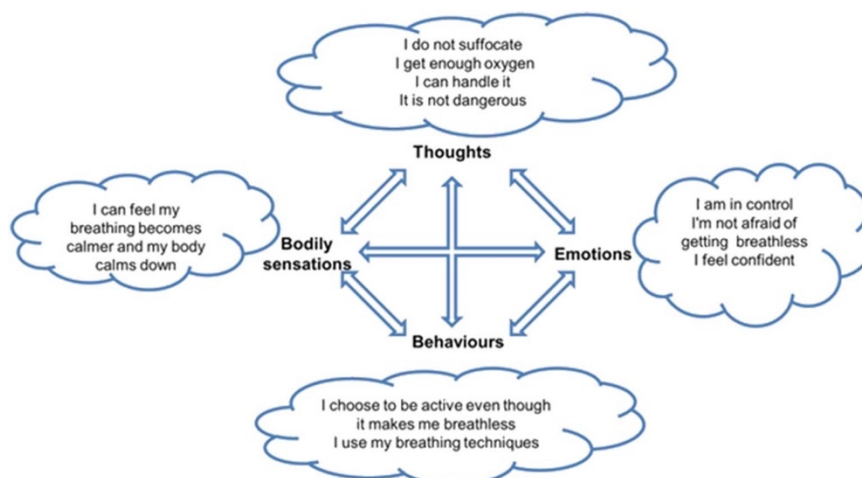
Samtidig bemerker studien at mestringsfølelsen pasientene opplevde var sterkt knyttet til utstyret, da deltakerne oppgir å ikke kunne anvende mestringsfølelsen etter utstyret var borte (Emme et al., 2013). Studien diskuterer viktigheten av fokus på å bedre pasientens mestring *uten* tilgang til det medisinske utstyret. I likhet med avhengighet til utstyret, ble det funnet en sterk avhengighet til helsepersonell ved deltakernes KOLS-forverring (Emme et al., 2013). En annen studie viser til at i episoder med dyspné og kvelningsfølelse som en kilde til angst, ble det også knyttet sterk tillit til helsepersonell (Strang et al., 2014). Deltakerne overlater ansvaret til helsepersonell, og slipper opp kontrollen over egen kropp og sykdomsbehandling. Overlating av ansvar innebærer mangel på informasjon ettersom deltakerne aksepterer å ikke være fullstendig informert (Emme et al., 2013).

5.3 Betydning av kontroll over tankesettet

Pasientens betydning av å beholde kontrollen over KOLS-relaterte problemer, er et tema som hyppig sees i funnene (Emme et al., 2013). Pasientens behov for kontroll er et forsøk på å mestre situasjoner med angst og dyspné (Strang et al., 2014). Kontroll knyttet seg til mestring ved å vise seg som et kognitiv og atferdsmessig bestrebelse på å håndtere dyspné og tilhørende angst (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Mestring handler altså om følelsen av å ha kontroll over sitt eget liv (Helsedirektoratet, 2017). Dette må sykepleier bidra til.

Hvordan bidra til mestring gjennom kontroll?

Å sette fokus på sammenhengen mellom tanker, følelser, atferd og kroppslige opplevelser i situasjoner preget av dyspné og angst, viser seg avgjørende i opplevelse av kontroll og mestring slik det kommer frem i flere av studiene. Mestringsteorien forklarer hvordan tanker, følelser og atferd former hverandre. Den forklarer samtidig hvordan *omgivelsene* former tanker, følelser og atferd (Lazarus&Folkman, s. 346-348). Bove illustrerer sammenhengen ved hjelp av positiv og negativ sirkel, som er et hjelpemiddel innenfor kognitiv atferdsterapi. Pasientene beskrev hvordan de benyttet den positive sirkelen til å unngå panikk i situasjoner med dyspné, ved å få kontroll over deres tankesett og deres pust (Bove et al., 2017).



Positiv sirkel, Bove et al., 2017

Det kommer frem at uttalelsene i den positive sirkelen «Jeg kveles ikke, og jeg kan takle dette», ble oppfattet svært bokstavelig, og gav pasienten håp. Uttalelsen gav pasientene en følelse av kontroll og tro på at de kunne mestre situasjonen (Bove et al., 2017). Det forekommer blant annet at pasienter øker indre ressurser og følelse av kontroll ved bruk av den positive sirkelen. Den tilbyr en alternativ måte å tolke situasjoner preget av dyspné og angst, som gjorde at deltakerne var i stand til å handle i situasjonen, og ikke bare passivt vente på at dyspné og angst skulle gå bort av seg selv (Bove et al., 2017). Samtidig opplevdes episoder med dyspné og angst og mer eller mindre «tvinge» deltakerne inn i selvrefleksjon. Refleksjonen overbeviste deltakerne om at eneste måte å oppleve lindring eller lette ubehaget i situasjonen, var å mobilisere indre ressurser, og dermed ta tilbake kontrollen over angsten. I en annen studie ble det funnet at pasienter bruker problemfokuset mestring ved å ta i bruk konkrete råd for å håndtere pusten. Det gikk på metoder som ikke å skynde seg, ta medisiner, og ta i bruk andre råd som lindrer angst og dyspné. Under dyspné- og angstanfall hvor det oppleves som man kveler og livet svinner hen, ble det funnet bruk av emosjonsfokuset mestring (Strang et al., 2014).

Hensiktsmessig kontroll av dyspné

Jørgensen m.fl. har funnet to hensiktsmessige måter pasientene håndterer og forsøker å få kontroll over dyspné på. Som en deltaker sier: «Jeg kan ikke kontrollere åndenøden, men jeg kan kontrollere hvor mye åndenøden dominerer mitt liv» (Jørgensen et al., 2013). Dette beskrives som en utfordrende håndtering. Deltakerne med denne holdningen fokuserte på å bevare sin fysiske og psykososiale selvstendighet i dagliglivet. En annen måte å håndtere dyspné på er tanken «jeg vet og aksepterer, at jeg ikke kan», og beskrives som en utjevne håndtering. Deltakerne viser en mangel på frykt og en høy grad av aksept av den begrensende fysiske evnen, og dyspné og dens innflytelse på livet (Jørgensen et al., 2013). Bevisstheten om å akseptere de fysiske begrensningene og ikke frykte dyspné, skapte en overenstemmelse mellom forventet evne og opplevd evne, som forsterket den selvstendighetsbevarende prosessen. Pasientene benytter seg av problemfokuset strategier ved at de fikser det stressutløsende problemet ved å imøtekomme behovene som

KOLS-pasienter har, samtidig som de opprettholder aktiviteter av betydning for deres egenverdi og selvstendighet (Jørgensen et al., 2013).

Samtidig ser vi at deltagere med en undervurderende håndteringsform opplevde dyspné som ukontrollerbar og livstruende. Fellestrekket er lav forventning til egen evne i forhold til opplevd evne (Jørgensen et al., 2013). Mennesker med den undervurderende atferden fokuserer på å redusere følelse av frykt for kvelning ved å unngå dyspnéfremkallende aktiviteter. Dette setter lys på hvordan mangel på tilstrekkelig kunnskap om egen kapasitet kan bidra til uhensiktsmessig håndtering av dyspné.

Kontroll av tankesett og atferd – realistisk i praksis?

Lungerehabilitering består mestringsstrategier for dyspné blant annet av kognitiv terapi knyttet til atferdsendring (Hjalmarsen, 2012, s.41). Strategiene omhandler avledning- og oppmerksomhetsstrategier. Det forekommer fra studiene at pasientens evne til å kontrollere symptomer øker i samsvar med økt eksponering for dyspné og sykepleieveiledede mestrings teknikker (Donesky et al., 2014). Kognitiv atferdsterapi anses som en effektiv måte å få kontroll over tankene på, og dermed endre tankene som et resultat av den kontrollen (Bove et al., 2017). Likevel setter jeg spørsmål ved om fokus på kognitiv atferdsterapi er tilstrekkelig innenfor helsevesenet og lungerehabiliteringen i dag. Slik det fremkommer, får jeg inntrykk av at innholdet i rehabilitering og mestringskurs varierer fra sted til sted. Noen aktører har et større fokus på stressmestring, avspenning og andre kognitive teknikker, mens noen knapt setter fokus på det kognitive aspektet ved sykdommen (LHL-klinikken Nærland, u.å.), (Helse-Bergen, 2020), (Ringens rehabiliteringssenter, u.å.).

Dette er et interessant tema å undersøke nærmere da både teori og forskning fremmer teknikker innenfor kognitiv atferdsterapi som et nyttig verktøy i mestringsprosessen for KOLS-pasienter. Dette faller derimot ikke inn under denne oppgavens avgrensning. Jeg tenker imidlertid at økt oppmerksomhet rundt bruken av kognitiv atferdsterapi kunne vært interessant å følge opp i en annen studie.

5.4 Psykososial støtte og samtale

Forskningen viser til økt opplevelse av mestring knyttet til angst og dyspné gjennom samtale og psykososial støtte (Bove et al., 2017). Gjennom studiene, blir pasienter på forskjellige måter invitert til å uttrykke og sette ord på tanker og bekymringer knyttet til deres livssituasjon. Det kommer frem at god kommunikasjon og genuin tilstedeværelse er en viktig måte å gjøre sykdommen forståelig for pasienten (Strang et al., 2014). Det legges vekt på at ved å adressere og insistere på å prate om angsten, føler deltakere seg mindre alene. Dette forårsaket igjen lindring og komfort (Bove et al., 2017). Dette understøttes av annen teori som viser at psykososial støtte har vist å redusere angst og depresjon hos personer med KOLS (Bakkelund, et al., 2016, s.171).

Sykepleierens funksjon som samtalepartner eller kun et lyttende menneske, har vist seg verdifullt (Bakkelund et al., 2016, s.170). Som en deltaker i en studie sier: «I need to put into words how I feel, how I feel about the disease. If you cannot put it (the anxiety) into words, then you cannot do anything about it yourself.» - deltaker (Bove et al., 2017). Samtalen må fungere som et verktøy i hvordan pasienter kan oppnå følelse av mestring knyttet til angst og dyspné.

Den vanskelige samtalen

Det fremkommer ett knippe hovedtemaer som knyttes til KOLS-pasienters opplevelse av angst: dødsangst, å være alene med angsten, og angst knyttet til livet og fremtiden (Strang et al., 2014) (Bove et al., 2017). Dødsangst knyttes til frykt for kvelning og dødsprosessen. Dette knyttes opp mot kroppslig angst som handler om bekymring over det som kan påføre kroppen vår ubehag (Nordhelle & Sakhi, s.61). Nettopp i dette tilfellet er det dyspné som gir den ubehagelige følelsen av å ikke kunne puste så mye som kroppen trenger (Giæver, 2015, s. 20). Å være alene med angsten handlet om en eksistensiell tilstand som både ble akseptert og fryktet. Angst knyttet til livet og fremtiden handlet om fysiske og psykiske begrensninger som resulterte i en bekymringsfull tilværelse, og frykt knyttet til når neste dyspnéanfall ville komme (Strang et al., 2014).

En studie foreslår at sykepleieren bør henvende seg til pasientens frykt og lidelse knyttet til sykdommen. Forfatterne vektlegger behovet for at helsepersonell for eksempel bringer prosessen ved å dø, på banen (Bove et al., 2017). Det er viktig at sykepleieren tør å invitere til den vanskelige samtalen. Dette gir et inntrykk av å normalisere de vanskelige temaene. I samme studie beskriver deltakerne en lettelse over å vite at deres følelser, tanker og atferd var normalt og en del av det kliniske bildet av å ha alvorlig KOLS (Bove et al., 2017). Denne forståelsen er sykepleier med på skape. Når noe er kjent blir det også mindre skummelt, som igjen kan redusere opplevelsen av angst. Dette understøttes av teorien: «Angst skapes når man mangler forståelse. [...] Visshet hindrer at man *skaper* angst» (Nordhelle og Sakhi, s.61).

Imidlertid kommer det frem i en annen studie at pasientene ikke ønsket å prate med helsepersonell om temaer knyttet til fremtiden eller døden (Strang et al., 2014). Når angst av eksistensiell natur og tanker om døden dukket opp, forsøkte pasientene å unngå å forholde seg til det. De benyttet forsvarsmekanismer som en emosjonsfokustert strategi og måte å forholde seg til angstfremkallende situasjoner på. Deltakerne unngikk temaer som handler om død og fremtid, for dermed å slippe å bevisst forholde seg til dem (Strang et al., 2014).

På tross av dette ble det funnet at når temaene først ble brakt på banen av en intervjuer, kommenterte deltakerne mer enn de først uttrykket at de ville. Det kan oppfattes som samtaler rundt døden ikke er ønskelig fordi det trosser bruk av deltakernes unngåelsesstrategier. Strang m.fl. trekker frem at deltakerne benytter strategier som å fortrenge, unngå, sove, eller le bort temaer knyttet til tankene om døden (Strang et al., 2014). Dette gir rigide handlingsmønster som gir pasienten lite kontroll over det som skjer i eget liv (Hummelvoll, 2012, s. 159). En annen studie trekker fra sin side frem at deltakerne tok opp temaer relatert til død og lidelse, uten oppfordring. Det opplevdes naturlig for pasientene å prate om død i forbindelse til angst. På denne måten benyttet pasientene tilpasningsmekanismer, en strategi som peiler seg inn på pasientens fornuft, og evne til å løse problemer og konflikter.

I en studie diskuteres nytten av å bringe angsten på banen i stedet for temaet «døden». På denne måten tilbys pasienten å sette agendaen for samtalen, uten at helsepersonell må bekymre seg over å ta opp et uønsket tema (Bove et al., 2017).

Funnene får meg til å spørre om det kan være nyttig å bringe de vanskelige temaene på bordet, på tross av at mange pasienter vil benytte seg av unngåelsesstrategier? Eller vil det oppleves som et overtramp som vil svekke tilliten til helsepersonell, ettersom de ikke fører kontrollen over dette selv? I min erfaring kan det gå begge veier. På den ene siden erfarer jeg at noen pasienter kan oppleve vanskelige temaer som personlige og ømme. Jeg har inntrykk av det ikke er ønskelig at temaene tas opp uten at pasienten selv innleder til det. Jeg har erfart at pasienter kan få fysiske reaksjoner som anspenhet og mer overfladisk pust, som følge av å prate om angsten. På den andre siden har jeg inntrykk av at pasienter har behov for å se at sykepleieren tåler å stå i de vanskelige temaene. Samtidig har jeg mangfoldige ganger hørt pasienter si: «jeg vil bare ikke være til bry». Dette understøtter min teori om at sykepleieren ofte må innlede til samtalen. Pasienter kan tenkes å vegre seg for å ta opp temaer rundt angst, ettersom de er usikre på hvordan sykepleier vil motta det. Det vil naturligvis variere etter hvor godt pasient og sykepleier kjenner hverandre. Fra studier om oppfølging i hjemmet ser vi betydningen av en personlig relasjon til sykepleierne (Steindal, Kive, Schjelderup & Dihle, 2015).

Likevel er min erfaring at det sjeldent skader å spørre. Da legger sykepleieren opp ballen til pasienten, også blir det på pasientens vilkår å bestemme om vedkommende ønsker å ta i mot eller ikke.

Kartlegging

Selvrapporteringskjemaene CCQ, CAT og ESAS kan brukes som et viktig kommunikasjonsverktøy i kartleggingsarbeidet av angst. Her kan sykepleieren stille spørsmål knyttet til svarene pasienten har gitt, som er en god innfallsvinkel å komme innpå temaet. ESAS tar også konkret opp spørsmål om angst. På denne måten sørges det også for at pasienter som strever med angst fanges opp. Det sees fra Strangs m.fl. studie at samtale og psykososial støtte er helt avgjørende i sykepleierens kartleggingsarbeid for å avdekke og eventuelt utelukke utfordringer hos KOLS-pasienten. For eksempel kommer det frem under dialog at dét som pasienten har generalisert som dødsangst, i bunn handler om angst for å kveles til døde. På denne måten kan angsten tas tak i ved at sykepleier sørger for

informasjon om den normale dødsprosessen og formidle at ubehaget ikke vil være tilstede ved god palliativ pleie (Strang et al., 2014).

6 Konklusjon

6% av befolkningen i Norge over 40 år har KOLS, og ved alvorlig KOLS-sykdom er en vanlig del av sykdomsbildet opplevelse av dyspné og tilhørende angst. Angsten knyttes til panikk og dødsangst (Andenæs, 2007, s.215-218) og kommer gjerne i sammenheng med følelsen av å ikke kunne puste (Skjønberg, 2020). Hensikten med denne oppgaven var å belyse hvordan sykepleier kan bidra til mestring knyttet til angst ved dyspné hos hjemmeboende KOLS-pasienter.

Et enkelt svar er krevende å gi. Som vi har sett forholder KOLS-pasienter seg til mestring av angst og dyspné på ulike måter. Mestringsteorien vektlegger at hvert individ vil ha særegne karakteristika og bestemte kjennetegn over seg, på samme måte som hver situasjon og hendelse (Hanssen & Natvig, 2007, s.48-49). Det gjør at sykepleieren også må gå frem på ulike måter i møte med KOLS-pasientene. Mestring handler i bunn om kontroll, (Helsedirektoratet, 2017) og sykepleier legger til rette for at pasientene i møte med angst ved dyspné, kan oppleve størst mulig grad av dette. Ulike måter å legge til rette for mestring på blir belyst gjennom drøftingen, som resulterte i følgende hovedpoenger:

Veiledning

Sykepleiers veiledning viser seg avgjørende da det gir pasienten kunnskap og innsikt i egen sykdom. Dette skaper et nødvendig grunnlag for at pasienten kan vite hvordan sykdomssituasjonen kan mestres. Sykepleier veileder i forhold til oppfølging, behandling og kunnskap rundt sykdommens mekanismer. Pasienter har nytte av veiledning i pusteteknikker som er det viktigste verktøyet under dyspné.

Kontroll av tankesett

Sykepleiers veiledning knyttet til kognitive teknikker og fokus på sammenhengen mellom atferd, tanker, følelser og kropp, viser seg nyttig i forbindelse med mestring av angst.

Bevissthet rundt kognisjon, emosjoner og atferd omtales av både mestringsteorien og annen forskning som et avgjørende utgangspunkt for mestring. Det er derimot et fagfelt som ikke dekkes av sykepleiere i like stor grad som andre fagpersoner. Kanskje må disse oppgavene overlates til fagfolk med tilpasset kompetanse, eller kanskje bør sykepleiere som jobber tett på alvorlige KOLS-pasienter få opplæring innenfor kognitiv atferdsterapi? Sykepleiers veiledning i hensiktsmessige håndteringsmåter og kontroll av tankesettet hjelper pasienter til å oppleve kontroll i situasjoner preget av angst og dyspné. Sykepleieren er tett på pasienten gjennom oppfølging, og på bakgrunn av dette kan det argumenteres for at sykepleieren bør sitte med kompetanse knyttet til kognitiv atferdsterapi. Slik som vi leser ut fra flere av funnene, veileder sykepleieren pasienter i tiltak knyttet mot sammenhengen mellom atferd, tanker, følelser og kropp. Tiltakene utarbeides av fagfolk, og settes videre i verk av sykepleieren som følger opp pasientene. Dette kan være forslag til en hensiktsmessig måte å integrere de kognitive- og atferdsmessige aspektene enda sykepleieren ikke sitter med tilstrekkelig kompetanse på egenhånd. Det tverrfaglige samarbeidet er ikke desto mindre avgjørende for en hensiktsmessig oppfølging av pasientene og bidrag til egenmestring.

Psykososial støtte

Sykepleiere bidrar med psykososial støtte og samtale, som har vist å gi økt opplevelse av mestring, og reduserer angst. Sykepleier må adressere den vanskelige samtalen. Det er viktig at sykepleier inviterer til samtale rundt pasienters tanker og følelser om deres opplevelse av angst og dyspné. Å snakke om angsten har vist og i større grad ufarliggjøre den. I tillegg kan opplevelsen av sykepleiers støtte og omsorg være viktig for en del pasienter. Angstpregede pasienter forholder seg til de vanskelige temaene på ulike måter. Noen forsøker å unngå samtaleemner rundt dyspné, angst og død, mens noen ser på angst og død som naturlige temaer i sin livssituasjon. Kartlegging av angst er en viktig sykepleieoppgave, og ved å ta i bruk kartleggingsverktøy adresseres også samtalen på pasientens vilkår. Erfaringsmessig vil pasientens erfaring av angst sjeldent bli satt i lyset om det forblir i det stille. Og sjeldent skal det mer til for å trå ut av stillheten enn å spørre pasienten.

Avstandsoppfølging

Samtidig står vi ovenfor utfordringer knyttet til et ressursknapp helsevesen. Får KOLS-pasienter tilstrekkelig oppfølging i møte med et effektivt helsevesen? Avstandsoppfølging og telemedisin har vist å gi pasienten økt følelse av kontroll da pasienten blir mer aktivt involvert i egen sykdomsmestring. I tillegg blir helsepersonells involvering redusert. Samtidig ser vi gjennom studier at pasienters opplevelse av mestring og kontroll er sterkt knyttet til det medisinske utstyret de har hjemme.

Oppsummering

Det vises både styrker og svakheter i ulike måter å legge til rette for KOLS-pasientens opplevelse av mestring. Avstandsoppfølging og telemedisin gir pasienter mulighet til å ta betydelig kontroll over egen situasjon, samtidig som det sees som en løsning i møte med et travelt helsevesen hvor knapphet på tid og ressurser er en realitet. På den andre siden kan reduksjon av helsepersonell erstatte avhengighet av helsepersonell med medisinsk utstyr. Sykepleiers veiledning til kunnskap og innsikt gir pasienten grunnlag for mestring. Sykepleiers veiledning er avgjørende i oppfølging av KOLS-pasienter både når det kommer til behandling, undervisning og teknikker knyttet til kognitive, emosjonelle og atferdsmessige forandringer. Psykososial støtte og samtale er et viktig aspekt i sykepleieres bidrag til pasientens opplevelse av egenmestring.

En sammensetting av at pasienten har tilgang på utstyr som skaper følelse av kontroll og mestring, og en sykepleiers veiledning, tilstedeværelse og støtte, virker som en optimal vei å gå i pasientens opplevelse av mestring.

Litteraturliste

Andenæs, R. (2007). Stress, mestring og livskvalitet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS). I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.). *Å leve med kronisk sykdom*. (s. 208-221). Cappelen Akademisk Forlag.

Andersen, I. H., Ytrehus, S. & Grov, E. K. (2011). Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). *Klinisk sykepleje*, 25, 48-56). URL: [https://www-idunn-no.ezproxy.vid.no/klinisk_sykepleje/2011/01/palliativ_sykepleie_til_pasienter_med_kronisk_obstruktiv_lu](https://www-idunn.no.ezproxy.vid.no/klinisk_sykepleje/2011/01/palliativ_sykepleie_til_pasienter_med_kronisk_obstruktiv_lu)

Bakke, P. & Grundt, H. (2018). Legemidler ved sykdommer i respirasjonsorganene. I H. Nordeng & O. Spigset (red.). *Legemidler og bruken av dem*. (3.utg., s.165-172). Gyldendal Akademisk.

Bakkelund, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie 1. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Sykepleie ved lungesykdommer*. (5.utg., s.117-182). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Barken, T. L., Thygesen, E. & Söderhamn, U. (2017). Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine—A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 7(1-2), 132-142. DOI: [10.1111/jocn.13857](https://doi.org/10.1111/jocn.13857)

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). Sykepleie i hjemmet. (3.utg). Cappelen Damm Akademisk.

Bove, D. G., Midtgaard, J., Kaldana, G., Overgaard, D. & Lomborg, K. (2017). Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences. *Journal of Psychosomatic Research*, 98, 71-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.05.013>

Christensen, C. C., Grongstad, A., Pedersen, U. & Emtner, M. (U.å.) Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). R. Bahr (Red.). Helsedirektoratet *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s. 374-386). Hentet 10.04 fra URL:

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Donesky, D., Nguyen, H. Q., Paul, S. M. & Carrieri-Kohlman, V. (2014). The Affective Dimension of Dyspnea Improves in a Dyspnea Self-Management Program With Exercise Training. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47 (4), 757-771. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.019>

Emme, C., Hansen, S. R., Østergaard, B., Schou, L., Jakobsen, A. S. & Phanareth, K. (2013). How virtual admission affects coping – telemedicine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1445–1458. DOI: [10.1111/jocn.12444](https://doi.org/10.1111/jocn.12444)

Folkehelseinstituttet. (2018, 24.januar). *Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge*. URL: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>

Giæver, P. (2015). *Lungesykdommer* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Gray, T. (2016, juni). Managing chronic obstructive pulmonary disease: the nurse's role. *British Journal of Healthcare Assistants*. 10 (6), 288-295. DOI: [10.12968/bjha.2016.10.6.288](https://doi.org/10.12968/bjha.2016.10.6.288)

Grundt, H. & Mjell, J. (2016). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. B. Gansmo (red.). *Sykdom og behandling*. (2.utg., s.216-251). Gyldendal akademisk.

Hanssen, T. A. & Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.). *Å leve med kronisk sykdom*. (s. 40-59). Cappelen Akademisk Forlag.

Helse-Bergen. (2020, 23.juni). *Lungerehabilitering og søknadsskjema*. Helse-Bergen, Haukeland universitetssjukehus. Hentet 23.04 fra URL: <https://helse-bergen.no/avdelinger/lungeavdelinga/lungepoliklinikk/lunge-rehabilitering/lungerehabilitering-og-soknadsskjema#gruppebasert-trening-og-undervisning>

Helsebiblioteket. (U.å.). *Alle databaser*. Hentet 15.04 fra URL:

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?index=0>

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekklistet*. URL:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>

Helsedirektoratet. (2018, 30.april). *Angstlidelser*. URL:

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser/>

Helsedirektoratet. (2020, 7.januar). *Kols – kronisk obstruktiv lungesykdom*. URL:

<https://www.helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols>

Helsedirektoratet. (2012). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. URL:

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/_attachment/inline/e974222b-9d84-4358-84d5-9dd57b090786:ce015dd544648e3ae7bc4377269c52309a68aa77/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf

Helsedirektoratet. (2016, 31.august). *Røykeslutt før operasjon*. URL:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/roykeslutt-for-operasjon>

Helsedirektoratet. (2017, 1.november). *Videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging*.

URL: https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/videre-innretning-av-medisinsk-avstandsoppfolging.pdf/_attachment/inline/58d553db-3aba-4221-8251-469e411447e6:89f8652bdd004a0d389cb6069a1bf1bc0b16d038/videre-innretning-av-medisinsk-avstandsoppfolging.pdf

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). URL:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A723

Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer*. Cappelen Damm Akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Gyldendal Akademisk.

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Oslo Economics & Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. (2020, 25.februar). *Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging*. URL:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging.pdf/> /attachment/inline/2133860d-7fbf-4c1c-86b1-c6c574fb3596:3f589793696db21cb75f80179441d0b112c19684/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging.pdf

Jørgensen, L. B., Dahl, R., Pedersen, P. U. & Lomborg, K. (2013). Fire måder at håndtere åndenød på i dagliglivet - et grounded theory-studie. *Sygeplejersken*; (9): 85-102. URL: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2013-9/fire-mader-at-handtere-andenod-pa-i-dagliglivet-et-grounded-theory>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg., bind 1, 15-29). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livsutfordringer*. (2.utg., bind 3, s.133-196). Gyldendal Norsk Forlag.

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

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

LHL-klinikken Nærland. (U.å.). *Lungerehabilitering*. Hentet 23.04 fra URL:

<https://www.lhl.no/naerland/tjenester/lungerehabilitering/>

Nakrem, S. (2017) Velferdsteknologi I en helse- og omsorgstjeneste i endring. I S. Nakrem & J. Sigurjónsson (Red.) *Velferdsteknologi i praksis*. (s. 67-82). Cappelen Damm AS

Nordhelle, G. & Sakhi, U. S. (2014). *Angstens røtter: Eksistensiell forståelse og mestring*. Fagbokforlaget.

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie 1. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse*. (5.utg., s.17-39). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Oslo Kommune. U.å. *Velferdsteknologi - avstandsoppfølging av kronisk syke*. Hentet 15.04 fra URL: <https://www.oslo.kommune.no/prosjekter/velferdsteknologi-avstandsoppfolging-av-kronisk-syke/>

Oslo Universitetssykehus. (2018). *ESAS - Edmonton Symptom Assessment System*. URL: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/5441#23>

Ringens Rehabiliteringssenter. (U.å.). *Lungerehabilitering*. Hentet 23.03 fra URL:

<https://www.ringen-rehab.no/om-oss/lungerehabilitering/>

Skjønsberg, O. H. (2021, 26.februar). dyspné. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 10.04 fra URL: <https://sml.sn.no/dyspne>

Skjønsberg, O. H. (2019, 4.november). forsert ekspiratorisk volum1. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 10.04 fra URL: https://sml.sn.no/forsert_ekspiratorisk_volum1

Skjønsberg, O. H. (2020, 25.desember). kols (kronisk obstruktiv lungesykdom). I *Store Norske Leksikon*. Hentet 10.04 fra URL: https://sml.sn.no/kols_-_kronisk_obstruktiv_lungesykdom

Steindal, S. A, Kive, E. H, Schjelderup, T. & Sørbye L. W. (2014). *Trygg hjemme med kols: utvikling og utprøving av modell for ambulant oppfølging av pasienter med alvorlig kols i hjemmet*. (Diakonhjemmet Høgskole 2014/1). URL: <https://vid.brage.unit.no/vid->

[xmlui/bitstream/handle/11250/191738/TrygghjemmemedkolsSASteindalmfl2014DHSrapport.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://hdl.handle.net/11250/191738/TrygghjemmemedkolsSASteindalmfl2014DHSrapport.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Steindal, S. A., Kive, E. H, Schjelderup, T. & Dihle, A. (2015). Ambulant oppfølging i hjemmet til eldre kvinner med kols. *Geriatrisk sykepleie*, 2(7), 14-21. URL:

https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/gs_0215_0.pdf

Strang, S., Jansson, A. E. & Henoch, I. (2014). Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. *Palliative and Supportive Care*, 12, 465–472. DOI: [10.1017/S1478951513000369](https://doi.org/10.1017/S1478951513000369)

Svartdal, F. (2021, 10.januar). Fagfelle vurdering. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 10.04 fra URL: <https://snl.no/fagfelle vurdering>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg.). Universitetsforlaget.

Walters, J., Tucker, H. C., Wills, K., Schüz, N., Scott, J., Robinson, A., Nelson, M., Turner, P., Walker, R. W. & Walters, E. H. (2013). Effects of telephone health mentoring in community-recruited chronic obstructive pulmonary disease on self-management capacity, quality of life and psychological morbidity: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 3(9). DOI:

[10.1136/bmjopen-2013-003097](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003097)

Willgloss, T. G. & Yohannes, A. M. (2013). Anxiety Disorders in Patients With COPD: A Systematic Review. *Respiratory Care*, 58(5), 858-866. DOI:

<https://doi.org/10.4187/respcare.01862>

World Health Organization. (2017, 01.desember). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. WHO. URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Yohannes, A. M. & Alexopoulos, G. S. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review*, 23: 345–349. DOI: [10.1183/09059180.00007813](https://doi.org/10.1183/09059180.00007813)