



## **Hvordan kan reinnleggelser på sykehus av pasienter med KOLS Forebygges?**

**Modul 11: Bacheloroppgave**

**Kandidatnummer: 109**

**Antall ord: 7889**

**Dato: 11/03-15**

**Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?**

**<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>**

**JA, jeg tillater (sett kryss)**

## Innhold

1	Innledning .....	3
1.1	Bakgrunn .....	3
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	3
1.3	Oppgavens hensikt .....	4
1.4	Avgrensninger .....	4
1.5	Begrepsavklaringer .....	4
1.6	Oppgavens videre oppbygning .....	5
2	Metode .....	6
2.1	Beskrivelse av metodisk tilnærming .....	6
2.2	Databaser og litteratursøk .....	6
2.3	Kildekritikk .....	8
3	Resultater/ teori .....	10
3.1	Kronisk obstruktiv lungesykdom .....	10
3.2	Symptomer og plager .....	11
3.3	KOLS-eksaserbasjon .....	11
3.4	Å leve med KOLS .....	12
3.5	Medisinsk behandling .....	12
3.6	Sykepleie til pasienter med KOLS .....	13
3.7	Organisering av helsetjenester .....	14
3.8	En styrket pasient- og brukerrolle .....	15
3.9	Myndiggjøring av pasienten .....	16
3.10	Forskning på KOLS .....	16
4	Diskusjon / drøfting .....	19
4.1	Mangel på informasjon om KOLS .....	19
4.2	Kvalitet i pasientomsorgen .....	20
4.3	Samhandling og kommunikasjon .....	21
4.4	Opplevelse av brukermedvirkning .....	22
4.5	Forebygge KOLS-eksaserbasjoner .....	24
5	Konklusjon .....	26
	Bibliografi .....	27

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er et folkehelseproblem med økende forekomst i Norge og resten av verden. Beregninger viser at rundt 370 000 har KOLS i Norge. Av disse antar man at 280 000 ikke vet at de har sykdommen (NAAF, 2016). Dette kan skyldes at KOLS utvikler seg gradvis over mange år, og gir i tidligere stadier beskjedne symptomer (Andenæs, 2007). Underdiagnostikk kan også skyldes en bagatellisering av symptomene hos pasienter, og manglende oppfølging av helsepersonell. Nærmere 2000 personer dør hvert år på grunn av KOLS, men siden flere samtidig dør av hjerte- og karsykdom er antakeligvis antallet høyere (Gulsvik, et al., 2012). På bakgrunn av den økende forekomsten er det spådd at KOLS vil være den tredje viktigste dødsårsaken internasjonalt innen 2020 (NAAF, 2016). KOLS er den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelse blant voksne med sykdom i respirasjonsorganene med ca. 360 innleggelser per år per 100 000 innbyggere, og mange pasienter har behov for reinnleggelser (Helse- og omsorgsdepartementet).

I Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47 (2008-2009)) formidles det at man gjennom økt satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid skal redusere antall reinnleggelser på sykehus og skal hjelpe pasienter og brukere til økt mestring av livssituasjonen. Redusere antall reinnleggelser skal også oppnås ved at mennesker med kroniske sykdommer, som KOLS, skal få en større del av sitt hjelpe- og behandlingsbehov i kommunen. Sykehusene skal med andre ord desentraliseres og pasienter vil skrives ut tidligere for å fortsette behandling i kommunen, noe som krever et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Utfordringen ligger i hvordan man skal kunne hjelpe pasienten til å leve med, og på best mulig måte håndtere sin KOLS.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan reinnleggelser på sykehus av pasienter med KOLS forebygges?

Jeg valgte denne oppgaven fordi jeg jobber ved en infeksjonsmedisinsk avdeling på et sykehus. Vi har ofte pasienter som er reinlagt med KOLS-forverring. En av tingene jeg har observert er at det har blitt vanlig i dagens helsevesen at det tas som en selvfølge at pasienten

er en ekspert på sin sykdom og sitt liv. Ved flere anledninger har jeg erfart at det stikk motsatte er tilfelle. Jeg har møtt flere pasienter som blir ekskludert i beslutningsprosesser, føler seg «kastet» rundt i helsesystemet og er preget av uvisshet. Etter min mening er dette en pasientgruppe som har et behov for å bli møtt av en integrert og helhetlig behandlingsskjede som er individuelt tilpasset. Jeg vil på bakgrunn av dette presentere tiltak som kan påvirke pasientens sykdom i positiv retning, og forhåpentligvis føre til færre sykehusinnleggelseser.

### **1.3 Oppgavens hensikt**

Oppgavens hensikt er å presentere tiltak og tilrettelegge for behandling som kan forebygge reinnleggelseser av personer med KOLS. Jeg vil også trekke frem betydningen av helsepolitikk og samhandling da KOLS pasienter ofte er i kontakt med helsevesenet. Som fremtidig sykepleier er den organisatoriske kompetansen helt nødvendig i den nye organisasjonsvirkeligheten som samhandlingsreformen har ført med seg. Jeg vil belyse samarbeidet og kommunikasjonen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten ved utskrivelse av pasienter med KOLS. Jeg tror også at det å trekke pasientgruppen inn i beslutninger om behandlingsopplegg og omsorgstilbud vil gi pasienten trygghet og opplevelse av tilfredshet, samt at medbestemmelsen kan gi bedre resultater og bedre utnyttelse av pasientens ressurser. Det gjør pasienten i bedre stand til å ta vare på egen helse, bedre livskvaliteten og utvikle en bedre og mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

### **1.4 Avgrensninger**

Avgrensning i forhold til målgruppe, tar jeg utgangspunkt i personer som har blitt diagnostisert med KOLS. Jeg tar for meg personer uavhengig kjønn og alder, da enkelte av studiene jeg bruker ikke definerer dette. Oppgaven omfatter ikke hjemsykepleier. Pårørendes rolle er ikke en del av denne oppgaven, men kan bli nevnt noen steder for å belyse sentrale faktorer. Jeg velger å utelate KOLS-pasienter endring i ernæringsbehov, søvnforstyrrelser og konsentrasjonsvansker.

### **1.5 Begrepsavklaringer**

Spirometri: er en undersøkelse som viser lungenes funksjonsevne og måler hvor effektivt og raskt lungene kan fylles og tømmes. FEV<sub>1</sub> måler ekspirasjonsvolum på ett sekund, og FVK hvor mye luft som kan presses ut totalt etter maks inspirasjon (Bakkeland, Thorsen, Sorknæs, & Almås, 2013).

Dyspné: Det samme som anstrengt respirasjon og tungpusthet, som er en ubehagelig opplevelse av økt pustebesvær (Bakkeland, Thorsen, Sorknæs, & Almås, 2013)

## **1.6 Oppgavens videre oppbygning**

I kapitlet metode beskrives metodisk tilnærming, hvordan relevante kilder er funnet ved hjelp av søk samt vurdering av kildene. I teoridelen beskriver jeg sykdommen KOLS, og presenterer relevant teori og forskning. Deretter drøftes funn i lys av problemstillingen for oppgaven. Til slutt oppsummeres hovedfunnene i konklusjonen.

## **2 Metode**

I dette kapittelet vil jeg beskrive hva en metode er og prosessen med å søke etter relevant forskning og litteratur. Jeg vil avslutte med kildekritikk.

### **2.1 Beskrivelse av metodisk tilnærming**

Dalland beskriver metode som en fremgangsmåte for hvordan man går til verks for å fremskaffe ny kunnskap eller etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2012). For å være metodisk må man tenke og systematisere tankene, og det stilles krav til at man må være ærlig og sann. Validitet vil si i hvilken grad resultatene av en studie har relevans og gyldighet for problemet som undersøkes. Relabilitet betyr pålitelig, og er knyttet til hvordan undersøkelsen er gjennomført, og at gjentatte undersøkelser under identiske forhold skal gi like resultater (Dalland, 2012).

Jeg har brukt litteraturstudie som metode for oppgaven. Ved å bruke litteraturstudie anvendes ikke en bestemt metode, men man benytter seg av allerede eksisterende litteratur og forskning. Utfordringen som ligger i denne metoden er å finne relevant forskning, og det er valget av kilder som utgjør forskjellen (Dalland, 2012).

### **2.2 Databaser og litteratursøk**

Jeg har funnet en stoff i pensumlitteratur og biblioteket ved skolen. Ved søk etter forskningsartikler har jeg gått via Helsebiblioteket og brukt databasene Pubmed, Swemed+, Medline, Ovid Nursing og nettstedet sykepleien.no. Den første forskningsartikkelen fant jeg på Pubmed med søkeordene «COPD nursing innovations» hvor jeg fikk tre treff, og valgte artikkel nr.3 (Stephanie, et al., 2005). Denne artikkelen er oppsummert forskning som bruker en metaanalyse. Dette er en statistisk metode for å legge sammen resultatene av flere studier med lik problemstilling for å studere variasjoner og funn mellom undersøkelsene. Jeg finner denne artikkelen relevant for min oppgave da den sammenligner effekten av intervensjoner mot KOLS.

Ved neste søk har jeg brukt databasen Ovid Nursing. Jeg gjorde et avansert søk og brukte søkeordet «COPD» og mesh (Medical Subject Heading) nursing, hvor jeg fikk 390 resultater. Jeg gjorde et nytt søk med søkeordet «palliative care» hvor jeg fikk 43807 resultater og søkte til slutt på «quality», og fikk opp emneord «quality of life» som jeg krysset på og fikk 133263

treff. Deretter valgte jeg å kombinere de tre søkene med «and» og fikk 7 resultater, hvor artikkelen kom som nr.2 (Gardiner, et al., 2009). Jeg gikk på «søk etter full tekst i helsebiblioteket.no». Der fikk jeg opp hele artikkelen og trykket videre på «full text - PDF». Artikkelen baserer seg på tidligere studier og tar for seg konsekvensene, følgene og behovene til pasienter med fremkommen KOLS ut fra deres eget perspektiv.

Jeg fant artikkel nr.3 i databasen Swemed+. Jeg brukte søkeordene «patient participation COPD» hvor gjeldende artikkel stod som nr.2 (Bjørnsland , Wilde-Larsson, & Kvigne, 2008). «Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus». Studien har en kvalitativ metode, hvor tilnærmingen er å undersøke opplevelser og meninger som man ikke kan måle eller tallfeste (Dalland, 2012).

Den fjerde artikkelen fant jeg på nettstedet sykepleien.no under arkfanen «Forskning». Jeg brukte søkeordene «samhandling sykehus kommune» og krysset av på fagfelleverdert og forskning. Jeg fikk ingen treff for valg av søkeord, men 15 treff for treff i innhold. Jeg valgte artikkel som sto som nr.2 (Danielsen & Fjær, 2010) «Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune». Jeg fant denne artikkelen relevant da den belyser problematiske forhold i forbindelse med overføring av pasienter fra sykehus til hjemkommune.

Den femte artikkelen i databasen Pubmed. Jeg brukte søkeordene «respiratory rehabilitation copd acute exacerbation» og klikket på artikkeltype review. Jeg fikk 29 treff, men fikk også to treff på titler som matchet mitt søk, som kom opp under søkefeltet. Jeg valgte nr.2 (Puhan, Scharplatz , Troosters, & Steurer, 2005). Grunnen til at jeg valgte review er fordi det finnes mange artikler som omhandler KOLS-rehabilitering, og jeg ville ha en oversiktsartikkel som tar opp og vurderer studier innen emnet, og syntes at det gir mer pålitelig informasjon enn en enkeltstudie.

Artikkel nr.6 brukte jeg Swemed+, trykket på fagfelleverdert og brukte søkeordene «COPD smoking cessation». Artikkel nr.15 «kunsten å forbi røykfri – samtaler med KOLS-pasienter» vekket min interesse. Ved å følge linken havnet jeg på forsiden til sykepleien.no. Jeg brukte søkeordet «røykeslutt» uten resultat, og prøvde søkeordet «KOLS» og krysset av for fagfelleverdert og forskning. Jeg fikk ingen treff for valg av søkeord, men artikkelen kom som nr.1 på treff i innhold. Det er en kvalitativ artikkel som jeg finner relevant, da røykeslutt er et viktig tiltak for å stoppe sykdomsutvikling hos KOLS-pasienter.

## 2.3 Kildekritikk

Den første artikkelen «*Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary lung disease: systematic review of evidenc*» (Stephanie, et al., 2005) viser relevans da den tar for seg kvaliteten av sykepleierintervensjoner for mestring av KOLS. Validiteten kan det settes spørsmål ved da flere av studiene artikkelen tar som utgangspunkt for sammenligning har mangler i metodedelene. Flere studier hadde mangler eller svakheter i begrunnelsen av resultatene til tiltakene. Ingen av studiene presentere bevis for at intervensjonene hadde påvirkning på en reduksjon i reinnleggelser. Jeg velger likevel å ta den med da flere av studiene tar for seg sentrale intervensjoner gjort av sykepleier som bygger på medvirkning og mestring.

Den andre artikkelen «*Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview literature*» (Gardiner, et al., 2009) finner jeg valid da den har strenge metodekrav, og inkluderer kun 5 studier av totalt 295 som ble lokalisert, og den tar for seg behovene til personer med fremkommen KOLS fra deres eget perspektiv. Den har en overføringsverdi siden den fokuserer på hva denne pasientgruppen trenger for å kunne håndtere livet med fremkommen KOLS.

«*Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus*» (Bjørslund, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2008) Finner jeg reliabel da studien er utført i Norge av forsker med lang erfaring og interesse for pasientgruppen. Jeg finner en svakhet ved studien ved at kun seks pasienter ble inkludert. Et bredere utvalg av pasienter kunne gitt mer representative resultater.

Den fjerde artikkelen «*Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune*» (Danielsen & Fjær, 2010) finner jeg å ha stor verdi for tema i oppgaven. En svakhet er at datasamlingen er fra 2008, men jeg finner at sentrale deler av samhandlingsproblematikken som oppgaven tar for seg fortsatt er aktuell i dag. Artikkelen ble hentet fra sykepleie.no. En svakhet ved søk i dette nettstedet er at det ofte er lite oversiktlig, og vanskelig å finne artikler rettet på treff i søkeord.

Den femte artikkelen «*Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality – a systematic review*» finner jeg relevant da den fremmer at rehabilitering kan forebygge KOLS reinnleggelser. Den kan ha en svakhet i seg ved at de kun fant 22 potensielle studier, og 7 studier av disse ble inkludert. Artikkelen



henviser også til at det trengs studier som tar for seg rehabilitering av KOLS over et lengre løp da den lengste studien i artikkelen strakk seg over 6 måneder.

«*Kunsten å forbli røykfri*» (Knapstad, 2007) finner jeg relevant da røykestopp er det viktigste tiltaket for å stoppe KOLS utvikling. Artikkelen er reliabel, og utført i Norge. En svakhet er at det er kun seks informanter i undersøkelsen, noe som gjør resultatene kan vurderes som mindre representative.

Litteraturen jeg har brukt er for det meste sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur inneholder tolkning av andres arbeider (Dalland, 2012). Derfor kan det være en fortolkningsverdi som andre forfattere har gjort på forhånd. Jeg har flere artikler på engelsk som jeg har oversatt selv. Dette kan føre til mistolkning.

### **3 Resultater/ teori**

I dette avsnittet presenteres relevant teori knyttet til KOLS.

#### **3.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom**

KOLS kan defineres som en tilstand karakterisert av vedvarende luftstrømsobstruksjon på grunn av kronisk bronkitt og/eller emfysem (Markussen, Wang, & Norstein, 2001). KOLS er en samlebetegnelse på sykdommer som begrenser evnen til å puste ut, og består av tre elementer:

1. Innsnevring av luftveiene, som gjør at motstanden mot luftstrømmen øker, og den ekspiratoriske fasen blir tyngre og lengre.
2. Kronisk betennelse, som øker slimproduksjonen, gir hoste og hevelse i slimhinnene.
3. Ødelagte lungealveoler, som minsker gassutvekslingsarealet i lungene, og nedsetter lungenes elastisitet (Brodtkorb, 2010). Dette gjør at lungene klapper sammen i ekspirasjonsfasen, og gjør det vanskelig å tømme lungene i den ekspiratoriske fasen.

KOLS er den vanligste årsaken til kronisk lungesvikt, som gjør at evnen til å få tilfredsstillt kroppens oksygennivå og lungefunksjonen er nedsatt. Sykdommen er alvorlig kronisk tilstand som er progredierende med et irreversibelt forløp og høy dødelighet. Den forverres med alderen og er vanligst i aldersgruppen 60-74 år (Brodtkorb, 2010). Den viktigste og største årsaken til KOLS er røyking, og ifølge (Bakkelund, Thorsen, Sorknæs, & Almås, 2013) er tobakksrøyking i to av tre tilfeller årsaken. Det er likevel bare et mindretall av de som røyker som utvikler KOLS. Dette styrker teorien om at utvikling av sykdommen er genetisk betinget. Forekomsten av KOLS øker med alderen. Høy alder og røyking har en gjensidig forsterkende effekt på sykdommen (Bakkelund, Thorsen, Sorknæs, & Almås, 2013). Andre årsaker er yrkeseksponering for skadelige støv/gasser, innendørs forurensing, utendørs luftforurensing, samt arvelige komponenter (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes, & Røise, 2009).

Sykdomsforløpet er varierende, men karakteriseres av en jevn progresjon. Dette gjør at de fleste vil ha lange og stabile sykdomsfaser. For mange blir sykdommen først stadfestet i forbindelse med en akutt sykdomsforverring (eksaserbasjon). KOLS kan klassifiseres i fire stadier etter alvorlighetsgrad med GOLD-kriterier (Bakkelund, Thorsen, Sorknæs, & Almås,

2013). Dette er kriterier som karakteriserer graden av sykdommen basert på målinger ved undersøkelsesmetoden spirometri.

Stadium 1. Mild luftveisobstruksjon ( $FEV_1/FVC < 70\%$ ,  $FEV_1 > 80\%$  av forventet) vanligvis kronisk hoste og slim fra lungene, nødvendigvis ikke klar over nedsatt lungekapasitet.

Stadium 2. Økende luftveisobstruksjon ( $FEV_1/FVC < 70\%$ ,  $FEV_1$  50-80% av forventet) Vil være plaget av kronisk slim og hoste.

Stadium 3. Alvorlig luftveisobstruksjon ( $FEV_1/FVC < 70\%$ ,  $FEV_1 < 30-50\%$  av forventet) Akutt forverring av symptomer.

Stadium 4. Alvorlig luftveisobstruksjon ( $FEV_1/FVC < 70\%$  og  $FEV_1 < 30\%$  av forventet) Respirasjonssvikt, konstant økt trykk i lungekretsløpet og kan utvikle seg til høyresidig hjertesvikt.

### **3.2 Symptomer og plager**

Symptomene og plagene ved KOLS kommer ofte gradvis over flere år, samtidig med at lungefunksjonen reduseres. Grunnen til at mange har udiagnostisert KOLS skyldes at symptomene tilskrives aldring eller oppleves selvforskyldt pga. røyking (Gulsvik, et al., 2012). En annen faktor er at pasienten vanligvis tilpasser seg å tung pust ved å redusere aktivitetsnivået. De vanligste symptomene er kronisk produktiv hoste, dyspné ved anstrengelser, tetthet i brystet og økt forekomst av luftveisinfeksjoner (Markussen, Wang, & Norstein, 2001).

### **3.3 KOLS-eksaserbasjon**

I stabil fase har personer med KOLS ofte kronisk dyspné som holder seg til et nivå som man har tilpasset seg. Ved en eksaserbasjon kan den stabile fasen endre seg. Da vil pustebesværet øke, slik at toleransegrensen brytes. En eksaserbasjon av KOLS er ikke en forverring av den underliggende sykdommen. Det skyldes en annen faktor, vanligvis en infeksjon, som kommer i tillegg til KOLS (Andenæs, 2001). Kombinasjonen gir en økning av symptomene som er nevnt ovenfor. Etterhvert som sykdomsutviklingen blir alvorligere, blir de akutte forverringene hyppigere, og kan oppleves livstruende for pasienten. Anfall av akutt dyspné kan fremskyndes av fysiske og psykiske påvirkninger eller miljøfaktorer. I følge (Stephanie, et al., 2005) er KOLS-eksaserbasjoner den største årsaken til innleggelser ved sykehus om

vinteren. Av helseøkonomiske kostnader henviser studien til (Puhan, Scharplatz, Troosters, & Steurer, 2005) at 10% av pasienter med gjentatte KOLS-eksaserbasjoner bruker opptil 70% av kostnadene ved KOLS, med bakgrunn i akutte innleggelse.

### **3.4 Å leve med KOLS**

*«Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser»* (Gjengedal & Hanestad, 2007, ss 13.)

I studien utført av (Gardiner, et al., 2009) er symptomet dyspné mest dominerende og det vanskeligste å forholde seg til. Dyspné er en subjektiv opplevelse, men for mange personer oppleves det som svært angstpreget, da de føler at de kveles. Dette er en påkjennende situasjon for disse personene, og gjør at de havner i en ond sirkel hvor dyspnéen fører til angst, som kan forsterke dyspnéen, og så videre (Skaug, Respirasjon, 2011). Selve frykten for dyspné gjør at flere avstår fra daglige eller sosiale aktiviteter, og gjør at de er redde for å forlate hjemmet. I studien til (Puhan, Scharplatz, Troosters, & Steurer, 2005) belyser man at KOLS-forverring gjør at kroppens muskulatur svekkes, og inaktivitet er en sentral årsak i 63% av reinnleggelse av pasienten med KOLS. Frykten for ikke å puste, kan sammenlignes som like angstfylt som et dyspné-anfall (Gardiner, et al., 2009). Denne frykten påvirker mange livsområder. Blant annet arbeid, familieliv, følelsesmessige faktorer og avhengighet til andre. Effekten som sykdommen spiller på disse faktorene, gjør at livskvaliteten blir redusert (Gardiner, et al., 2009).

### **3.5 Medisinsk behandling**

Jeg velger å ta for meg en kort gjennomgang av medisinsk behandling siden det er viktig for sykepleier å ha kjennskap til de ulike medisinene og hvordan de påvirker sykdommen. Medisinene spiller også en sentral rolle da de er rettet mot å forebygge og behandle symptomene (Brodtkorb, 2010). Det er legens oppgave å forordne medisinene, men sykepleier spiller en rolle i gjennomføring av administrering og oppfølging. Jeg velger å knytte den medisinske behandling mot alvorlighetsgrad etter GOLD-kriteriene.

Stadium 1. Inhalasjonsmedisin med kortidsvirkende bronkodilaterende midler ved behov.

Bronkodilatorer virker ved at den glatte muskulaturen i bronkieveggen blir mer avslappet og utvider seg, som sikrer en lettere lufttransportering. Korttidsvirkende og gir en rask symptomlindring.

Stadium 2: Korttidsvirkende bronkodilatorer, men det kan legges til langtidsvirkende som vil redusere symptomer, reduserer behovet for korttidsvirkende legemidler, og fører til at akutte forverringer opptrer sjeldnere.

Stadium 3: Behandling som ved stadium 2, men det anbefales å legge til inhalasjon med glukokortikoider ved gjentatte exacerbasjoner. Glukokortikoider har en antiinflammatorisk virkning, som forebygger inflammasjonsreaksjoner i bronkieveggen som forebygger at bronkiene blir trangere.

Stadium 4. Medisinsk behandling som ved stadium 3.

Ved langtkommet KOLS med kronisk respirasjonssvikt trenger personen oksygenbehandling, da behovet for oksygen er større enn det de klarer å trekke inn ved inspirasjon.

Oksygenbehandling kan også være livreddende ved akutte forverringer (Brodtkorb, 2010).

Ved å øke oksygenkonsentrasjonen ved respirasjon gjør det at respirasjonens dybde og frekvens blir redusert, og gir pasienten mer krefter (Bakkeland, Thorsen, Sorknæs, & Almås, 2013). Det er viktig for sykepleier å ha kjennskap til at disse personene har vent seg til et lavt oksygennivå, og høyt karbondioksidnivå. Ved tilførsel av oksygen kan denne balansen forstyrres. Dette gir en opphopning av karbondioksid og i verste fall respirasjonsstans.

Ved forverring med endret slimproduksjon og økt tungpusthet bør pasienten behandles med antibiotika (Bakkeland, Thorsen, Sorknæs, & Almås, 2013). I KOLS-retningslinjer anbefaler man ikke bruk av antibiotika som profylaktisk i en stabil KOLS-fase, fordi det kan føre til en resistensutvikling i bakteriestammer (Gulsvik, et al., 2012).

### **3.6 Sykepleie til pasienter med KOLS**

Selv om tilstanden ikke kan kureres, kan sykepleier bidra med å behandle symptomene og forebygge negativ sykdomsutvikling (Brodtkorb, 2010). Gjennom direkte observasjoner og samtale kan sykepleier kartlegge pasientens respirasjonsmønster og mestringssevne.

Kartleggingen gjør at man fanger opp symptomer som avviker fra normal respirasjon, og gjør at man kan gripe tidlig inn og forebygge respirasjonsproblemer (Bakkeland, Thorsen, Sorknæs, & Almås, 2013). Pustebesvær ved anstrengelser er et av de første tegnene og sykepleier kan se om pasienten bruker hjelpemuskulatur i ekspirasjonsfasen, og danne seg et bilde av hvor omfattende respirasjonsarbeidet er (Brodtkorb, 2010). Ved alvorlige tilfeller kan pasientens respirasjon være så besværet at de må innta spesielle stillinger for å få tilstrekkelig

luft (Brodtkorb, 2010). Dette gjelder spesielt sengeliggende pasienter som ofte har dårlig respirasjon og residualvolum på grunn av kroppsstilling i flatt sengeleie (Bakkelund, Thorsen, Sorknæs, & Almås, 2013). Her kan sykepleier undervise og hjelpe pasienter i stillinger som sikrer en god utluftning av lungene. Pasienter med KOLS har ofte utviklet individuelle mestringsstrategier for å underlette respirasjonen (Brodtkorb, 2010). Ofte fungerer de godt, og sykepleierens rolle er å støtte dem opp, og samarbeide med pasienten for å legge forholdene til rette. Mye av KOLS-pasientenes oppmerksomhet og energi er ofte rettet mot respirasjonsarbeidet (Brodtkorb, 2010). Dette fører ofte til lite overskudd til andre aktiviteter. Her kan sykepleier samarbeide med pasienten og legge til rette for forhold som reduserer kravet til oksygen mest mulig, og gjør at pasienten kan utføre ulike aktiviteter (Brodtkorb, 2010)

### **3.7 Organisering av helsetjenester**

En stor del av pasienter med KOLS har behov for tjenester fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr.47 (2008-2009)). I forordene til samhandlingsreformen skriver den tidligere Helse- og omsorgsministeren Bjarne Håkon Hanssen at mange mennesker ikke får den hjelpen de trenger, når de trenger den og at manglende samhandling er en av årsakene til at mennesker med KOLS lett blir tapere i dagens helse-Norge (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Gjennom samhandlingsreformen vil regjeringen søke å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som møter pasientenes behov for koordinerte tjenester, og en mer bærekraftig utvikling som svar på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Et av hovedpunktene i samhandlingsreformen er å desentralisere spesialisthelsetjenesten, slik at de kan fokusere på å ta i bruk sin spesielle kompetanse, og konsentrere på oppgaver der man har fortrinn. Dette gjøres ved en rollefordeling av oppgaveoppdeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Det vil si at behandlinger som tidligere har foregått på sykehus vil bli flyttet til kommunehelsetjenesten, og pasienter blir skrevet ut tidligere ved endt behandling. Dette betyr at samhandlingsreformen vil føre til konsekvenser for tjenestetilbudet til pasienter med KOLS, og pasienter med andre kroniske lidelser.

Det fremheves at det skal satses på forebygging i kommunene, og at det skal legges til grunn for at tidlig intervensjon skal gagne den enkelte og spare samfunnet for fremtidige utgifter (Mæland, 2014). Det skal forebygges fremfor å repareres, og regjeringen vil unngå at folk blir syke og sørge for et tettere samarbeid mellom kommuner og sykehus (St.meld. nr.47 (2008-2009)).

«Helsepolitikk dreier seg i stor grad om trygghet til befolkningen» (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Her sikter det til at helsetjenester skal være tilgjengelige når de trengs, og at dette gir en trygghet til offentlig tjenestehjelp for befolkningen. I arbeidet med samhandlingsutfordringene er det et økt fokus på tilstrekkelig oppmerksomhet rundt langvarige og eventuelt uhelbredelige sykdommer (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Pasienter med slike sykdommer må få behandling i samsvar med rettighets- og prioritetsbestemmelser. For å skape en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste for pasienter med KOLS, vil det ha størst effekt ved at tjenestene organiseres ut fra tanken om sammenhengende pasientforløp. Det vil si at man tar utgangspunkt i det helhetlige behovet til hver person, og at tjenesten gis i en sammenhengende behandlingstjeneste. En tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutviklingen hindres eller utsettes er positivt for folks helse og samfunnsøkonomien. (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Derfor skal disse pasientene behov identifiseres og tjenester skal settes inn så tidlig som mulig, da det forhindrer sykdomsutvikling og øker den enkeltes mestringsevne.

For å sikre et helhetlig og kontinuerlig pasientforløp er utveksling av kommunikasjon sentralt. Dokumentasjonen skal tydeliggjøre sykepleiers handlinger, og nedtegnelser i pasientjournalen skal inneholde opplysninger om pasienten i forbindelse med helsehjelpen som er gitt (Skaug & Dahl, 2011). Kommunikasjon mellom sykehus og kommune er avgjørende for god samhandling, da utveksling av relevant informasjon er med på å sikre en trygg og god pasientbehandling (Meld. St. 10 (2012-2013)).

### **3.8 En styrket pasient- og brukerrolle**

Brukermedvirkning benyttes om ulike metoder som bidrar til at helsetjenesten lytter til brukernes erfaringer og lar brukerens perspektiver prege utformingen av hjelpen og tilbudet, sammen med fagfolk. I stortingsmelding 10 God kvalitet – trygge tjenester (Meld. St. 10 (2012-2013)) har regjeringen et mål om å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. En styrket pasient- og brukerrolle gjør at pasienter settes i stand til å ta et større ansvar for egen helse, behandling og sykdom (Meld. St. 10 (2012-2013)). En forutsetning som påvirker egen helse og tilstand er at man har kunnskap om årsaker til sykdom, funksjonssvikt og faktorer som påvirker egen helse. Pasienter og brukere skal få informasjon slik at de kan delta i beslutninger som angår dem. Det er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsetjenesten (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2012, § 3-2).

For mennesker med kroniske lidelser er det viktig å inneha informasjon om tjenester, og medvirke i utformingen av tilbud og valg mellom forskjellige undersøkelser og behandlingsmetoder. I (Meld. St. 10 (2012-2013)) henvises det til at god kvalitet forutsetter samarbeid med pasienter om utforming av tjenester og behandlingsvalg. En forutsetning av brukermedvirkning er myndiggjøring, som knyttes opp mot empowerment. Dette er et begrep som står sentralt i helsefremmende arbeid (Mæland, 2014).

### **3.9 Myndiggjøring av pasienten**

For å myndiggjøre pasienter med KOLS, spiller mestring en sentral rolle. Mestring dreier seg om tilnærming til situasjonen, ikke resultatene (Mensen, 2010). Dette skjer i et samspill mellom individ og omgivelser, og beror på individuelle forutsetninger og miljøet. Ved tilførsel av ressurser som rehabiliterende trening, behandling og et godt tilrettelagt miljø, kan den enkeltes mestring bedres. Personer som opplever mestring, har vanligvis høyere trivsel (Mensen, 2010). Innenfor en rehabiliteringskontekst brukes ofte mestring og empowerment om hverandre. Empowerment i en slik sammenheng handler om å mobilisere styrke og ressurser hos den enkelte, slik at man kan leve med sine funksjonsnedsettelse. Dette vil føre til at man mestrer utfordringer i hverdagen og opplever økt kontroll og mening i livet (Askheim, 2012) I studien til (Bjørnsland, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2008) er empowermentttenking knyttet til myndiggjøring av bruker, hvor man verdsetter kunnskap om eget liv og nøytraliserer krefter som virker avmaktene. De mener også at overføring av kunnskap er en viktig del av omsorgen for pasienten med KOLS, for at man skal mestre egen livssituasjon.

### **3.10 Forskning på KOLS**

Artikkelen skrevet av (Stephanie, et al., 2005) er en systematisk oversiktsartikkel som oppsummerer og sammenstiller resultater av relevante studier. Det er en sekundærstudie da det tolker og vurderer allerede eksisterende primærartikler (Dalland, 2012). Hensikten er evaluere effekten av sykepleieintervensjoner rettet mot mestring av sykdom hos pasienter med KOLS. Det er en randomisert kontrollert studie, som vil si at de tok utgangspunkt i noen tilfeldige studier av alle som ble lokalisert og funnet relevante. I dette tilfellet tok de utgangspunkt i 9 av 175 studier. Studienes intervensjoner hadde flere likhetstrekk og dreide seg om undervisning av KOLS, hjembesøk med oppfølging av pasient og riktig administrering av medisiner. Resultatet av studien viser at det er behov for lengre studier på



området. Artikkelen viser også at det var lite begrunnede bevis for at hjembesøk av sykepleier til pasienter i kommune hadde særlig effekt for pasientens håndtering av KOLS i moderat til langtkommet fase. Det er også lite resultater om pasienten finner behandlingen tilfredsstillende, og om det har hatt noen effekt på håndteringen av sykdom eller psykososiale effekt med tanke på økt livskvalitet.

Artikkelen skrevet av (Gardiner, et al., 2009) er en oversiktsartikkel, som tar for seg studier knyttet til opplevelse av langtkommet KOLS fra deres perspektiv. Den tar for seg konsekvensene av sykdom, behovet for informasjons, palliativ behandling og kontakten med helsevesenet. Studien viser at målgruppen ofte ikke har nok informasjon om sykdommen som gjør at de ikke forstår konsekvensene eller sykdomsforløpet til sykdommen, den viser også at mangelfull kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten gjør at målgruppen er spesielt utsatt for forverring, og personene er preget av negative følelser og tankegang. Studien henviser til at det videre bør forskes på palliativ behandling til denne sykdomsgruppen da dette kan hjelpe pasienter med langtkommet KOLS med smertehåndtering, fysiske og psykososiale plager.

Studien utført av (Bjørnsland , Wilde-Larsson, & Kvigne, 2008) er forskning basert på et kvalitativt intervju. Den har en beskrivende og utforskende tilnærming, og undersøker om hvordan pasienter med KOLS-forverring erfarer å medvirke i helsehjelpen. Resultatene av studiene viser at pasientene erfarte medvirkning når de var tydelige på egne behov og bevisst på egen kunnskap. De opplevde at sykepleier fremmet medvirkning ved å vise empati og forståelse. Travelhet og mangel på respekt ble erfart som et hinder for medvirkning. Studien konkluderer med pasienten bør utfordres til å ha en mer aktiv rolle, og sykepleier bør bli mer lyttende.

Studien (Danielsen & Fjær, 2010) har en metode som går ut på kvalitative gruppeintervjuer med et utvalg bestående av tolv sykepleiere fra kommune og sykehus, samt gransking av journalldata om sykepleieopplysninger. Resultatene viser at de to tjenesteområdene fremsto som uorganiserte ved vurdering av pasientens opplysninger og behov. Kommunikasjonslinjen var ineffektiv, og forhandlingene var tilspisset mot helg.

Artikkelen (Puhan, Scharplatz , Troosters, & Steurer, 2005) er en systematisk oversiktsartikkel som tar for seg seks studier, med 230 informanter/pasienter. Hensikten med artikkelen er å finne ut om respirasjons rehabilitering etter KOLS- eksaserbasjon forbedrer sykdomsutviklingen og helsestatus sammenlignet med vanlig behandling, og dokumenterer

effekten gjennom en metaanalyse. Alle studiene i artikkelen viser at rehabilitering hadde en positiv effekt vurdert ut fra en fysisk test som innebar å gå. Rehabiliteringen viste seg også å ha positiv effekt ved å redusere sjansen for reinnleggelse og dødelighet, noe som hadde positivt utslag på livskvaliteten hos informantene.

Studien gjennomført av (Knapstad, 2007) er en kvalitativ studie hvor informantene blir intervjuet. Et inklusjonskriterie ved utvalg var at pasientene skulle ha vært gjennom et røykavvenningskurs, og anså seg selv som røykfrie. Av 10 pasienter som oppfylte kravene, var det 6 pasienter som deltok. De svarte på spørreskjema og deltok deretter i et intervju. Hensikten med studien er å fokusere på om rådgivning kan være til hjelp for pasienter med KOLS. Studien viser at hvordan de opplevde muligheten for å bli bedre, påvirket viljen til å forbli røykfrie. Ved alvorlig sykdom, kunne man finne at helsegevinsten ikke var stor nok mot belastningen det påførte. Studien konkluderer med at det er viktig å fokusere på gevinster og muligheter ved å forbli røykfrie, og sosial støtte hadde mye å si for informantene. Press fra helsepersonell og familie kunne gi negative reaksjoner, og det var viktig å tilby oppfølging til KOLS-pasienter.

## 4 Diskusjon / drøfting

I dette kapitlet diskuteres virkemiddel som har konsekvenser reinnleggelser på grunn av KOLS.

### 4.1 Mangel på informasjon om KOLS

Personer med KOLS må gradvis tilpasse seg en ny livsstil, fordi når man rammes av kronisk sykdom, endrer livet seg. Sykdommen griper inn i dagliglivet, og setter helt nye betingelser for livsutfoldelsen (Gjengedal & Hanestad, 2007). Hvordan man opplever å bli rammet av sykdommen, er en subjektiv opplevelse, og personen sin egen oppfatning av sykdommen er avgjørende for hvordan man takler situasjonen (Gjengedal & Hanestad, 2007). I studien til (Gardiner, et al., 2009) beskriver flere pasienter et liv som er preget av restriksjoner, sosial isolasjon og de opplever seg som en byrde for andre. Det kommer frem at det er mye uvisshet rundt sykdommen, og siden sykdommen er gradvis progierende er utfordringen knyttet til at de må basere seg på en fremtid som kronisk syke (Andenæs, 2001). Bjørnsland m.fl mener i sin studie at lite kunnskap og lav tiltro til egen erfaringer gav utrygghet som førte til at personer med KOLS ikke visste hva de hadde behov for, eller kunne kreve (Bjørnsland, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2008). Andenæs mener også at faktorer som usikkerhet og utrygghet er knyttet opp mot sykdomsforverring, og at mangelen på kunnskap gjør at man ikke greier å bedømme egen situasjon (Andenæs, 2001). Gardiner m.fl (2009) belyser at flere pasienters forståelse av KOLS er mangelfull, og at de har en misforståelse av sin helsetilstand. Mange visste at KOLS var progierende og uheldbar, men noen trodde at de hadde en bedre prognose enn pasienter med lungekreft (Gardiner, et al., 2009). Flere informanter i studien etterspurte også informasjon og sa at det ville hjelpe med å håndtere sykdommen, ville forberede dem på gradvis forverring og gjøre dem i stand til å planlegge i forkant.

Derimot kommer det frem i studien til Stephanie m.fl. (2005), at pasienter som mottok undervisning og oppfølging av sykepleier, ikke nødvendigvis håndterte sykdommen bedre. Det forelå lite bevis på at dette forebygget reinnleggelser på sykehus. Om undervisning og oppfølging hadde påvirkning på pasientens livskvalitet foreligger det lite informasjon om da det var begrenset med data å forholde seg til. Det var vanskelig å måle effekten tiltakene hadde på pasientens livskvalitet (Stephanie, et al., 2005)

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon (NSF,

2011). I møtet med kronisk sykdom kan enkelte personer ta avstand fra sykdomsopplevelsen og nekte å innse at de har KOLS. Det kan reultere i at de ikke ønsker å bli informert. Det står i pasient- og brukerrettighetsloven at informasjon ikke skal gis mot pasientens uttrykte vilje (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2012, § 3-2). Andenæs belyser at faren ved mangelfull informasjon om sykdommen kan føre til at disse personene ikke utviser nødvendig aksomhet ovenfor symptomene, og unnlater å søke hjelp før det er kritisk (Andenæs, 2001).

Fra min erfaring møtte jeg en pasient innlagt på sykehus med KOLS-eksaserbasjoner. Han opplevde oppholdet på sykehuset som veldig stressende og utmattende. Pasienten snakket om at KOLS var vanskelig å leve med, og lurte på når han ville bli frisk. Denne personen hadde mangel på kunnskap om sykdommen. I studien til (Gardiner, et al., 2009) kommer det frem at pasientens forståelse av prognosen ofte kom i forbindelse med med akutt innleggelse, enn tidlig kommunikasjon med helsevesenet. En informant i studien til Bjørnsland m.fl fortalte også om manglende opplæring i forbindelse med oppstart ved oksygenbehandling. Hun mottok kun epikrise og et håndtrykk med ønske om god bedring, ingen informasjon eller opplæring (Bjørnsland, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2008). Informasjon, veiledning og opplæring kan gjøre at personer med KOLS får en bedre forståelse av sin sykdom, behandling og utvikling som fører til en mer aktiv pasient- og brukerrolle. Informasjon om symptomer og sykdomsforverring kan forebygge sykehusinnleggelser ved at pasienten oppsøker helsehjelp tidlig i forkant av en sykdomsforverring.

## **4.2 Kvalitet i pasientomsorgen**

Som tidligere nevnt setter KOLS nye betingelser for livsutfoldelsen. En av flere omstillinger blir hyppig kontakt med helsevesenet, som fører til at helsepersonell på en ny måte blir en del av den kronisk sykes tilværelse. Sett fra pasientens ståsted er det neppe viktig om ansvaret er delt mellom en kommunehelsetjeneste, og en spesialisthelsetjeneste (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Spørsmål om god samhandling eller ikke, dreier seg om respekt for pasientens integritet, behov og om kvaliteten på tjenestene. For pasienter med KOLS vil kvaliteten på forholdet mellom pasient og helsevesen, derfor ha betydning for livskvaliteten (Gjengedal & Hanestad, 2007). Pasienter med KOLS har et sammensatt behov for helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og omsorgstjenesten er ikke gode deltjenester bra nok (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Hvordan påvirker dårlig samhandling KOLS-pasienter? Dårlig samhandling gjør at brukeren kan oppleve tjenestene som fragmenterte og uoversiktlig, som fører til at overgangen mellom de

forskjellige organisatoriske tjenestestedene blir problematisk. I dette tilfellet blir KOLS-pasienten den tapende parten da den dårlige samhandlingen påfører unødvendige lidelser som økte ventetider og unødvendige komplikasjoner (St.meld. nr.47 (2008-2009)).

### **4.3 Samhandling og kommunikasjon**

Å bedre kommunikasjonen mellom kommuner og sykehus vil kunne være et potensielt tiltak for å bedre samhandlingen for sykepleietjenester til personer med KOLS. En studie utført av Danielsen & Fjær (2010) belyser kontaktflaten og kvaliteten rundt overføring av syke eldre fra sykehus til kommune (Danielsen & Fjær, 2010). Det var omfattende problematikk rundt postutgangen fra sykehus. Sykepleiere sendte søknadsprosedyre om overføring av pasient tidlig i forkant siden det tok lang tid mellom søknaden ble mottatt og forvaltet. Søknader fra sykehuset viste seg derimot å bygge på et idealisert bilde av hva kommunen kunne tilby og tok i liten grad hensyn til arbeidsbetingelsene på det andre nivået. Videre viste materialet at tilgjengeligheten og kommunikasjonen mellom nivåene å være tungvint. Sykehuset var veldig tilgjengelige, mens kommunen ofte var vanskelig å nå for sykehuset. Prosedyrene tok ikke hensyn til at det var korte sykehusopphold, lang saksbehandling og det faktumet at pasientens tilstand endret seg kontinuerlig. Å bedre samhandlingen mellom sykehus og kommune viser seg å være en utfordrende oppgave. Problemer med praktisk kommunikasjon, telefontilgjengelighet og sen postutgang kan gi risikofylte overganger, som øker angsten og pustebesværet til KOLS-pasienter. Det viser seg nødvendig for sykepleiere å tilegne seg en større forståelse av organisatoriske betingelser på begge nivå, og i tillegg bli bedre til å oppdatere hverandre, og i større grad formidle pasientens hjelpebehov og tilstand.

En faktor for å bedre og oppnå god samhandling mellom sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, er god kommunikasjon. Det er også i stor grad viktig mellom sykepleier og pasient. Dokumentasjon vil være en sentral kilde for kommunikasjonen. Når en pasient med KOLS blir overført til sykehuset, og fra sykehuset tilbake til kommunen er det viktig at sykepleiere får rapport, og videreformidler informasjon om hvordan pasienten uttrykker sin egen situasjon og behov. Hos en KOLS-pasient kan det å bli sett og hørt være med på å skape trygghet, og forebygge usikkerhet som kan trigge angsten.

Studien (Danielsen & Fjær, 2010) viser til at behandling av pasienter på intermediærnivå i sykehjem, en høyspesialisert korttids plass, førte til bedre kvalitet og færre sykehjemsplasser. Samhandlingsreformen har ført med seg en ny ansvarsfordeling som har økt fokuset på

prioritering av intermediære sengeplasser og kompetanseheving i kommunene. I mitt første semester var jeg i praksis ved en intermediær avdeling på sykehjem. Jeg opplevde derimot at avdelingen mottok utskrevne pasienter med et veldig komplekst sykdomsbilde og mangelen på kompetent fagfolk hadde ved flere anledninger konsekvensen av at pasientene ble reinlagt på sykehus. Kompetansehevingen i kommunene var aktuell i flere år før reformen ble innført. Likevel har det vist seg at det er utfordrende å rekruttere tilstrekkelige og kompetente sykepleiere (Kassah, Tønnesen, & Tingvoll, 2014). Det kan indikere at kommunene ikke har fått tilstrekkelig med tid til å bygge opp kompetansen for iverksette reformen. Etter min erfaring bør behandlingslinjer etableres på et bedre nivå på grunnlag av forskjellig kunnskapsgrunnlag og arbeidsmåte. Ellers kan det føre til mangelfull behandling og svikt i omsorg, som vil medføre at reformen virker mot sin hensikt og øke bruken av spesialisthelsetjenesten og føre til flere «svingdørspasienter».

#### **4.4 Opplevelse av brukermedvirkning**

«Brukermedvirkning er tilknyttet empowermenttenking da det forutsetter myndiggjøring av bruker» (Bjørnsland, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2008, ss.21). Brukermedvirkning bidrar til en demokratisk orientering i helsevesenet og handler om hvordan pasienten kan medvirke i relasjoner med helsepersonell. Pasienter med kronisk sykdom beskriver at det å bli kronisk syk innebærer å leve med uvisshet knyttet til kroppslig kontroll hvor kroppen kan oppleves som en fiende (Gjengedal & Hanestad, 2007) Brukermedvirkning kan gjøre KOLS-pasienter deltakende og styrke ressursene til å ta kontroll over eget liv. I studien til Bjørnsland m.fl (2012) undersøkte de opplevelsen av brukermedvirkning hos KOLS-pasienter i sykehus. Under en sykehusinnleggelse befinner pasienten seg i et ukjent miljø. Pasienten kan være medtatt og svekket av sin sykdom som gjør det vanskelig å medvirke i helsehjelpen man mottar. KOLS-pasienter kan i tillegg til å være preget av symptomene, bli usikre og kjenne seg sårbare. Dette kan trigge sirkelen angst - dyspné - angst som er beskrevet tidligere. En informant i studien, uttrykte at han var lettet å bli tatt med i studien da han opplevde denne situasjonen. Han hadde gått så lenge med symptomene at han følte at bare det å kommunisere var vanskelig. Andre informanter ønsket å medvirke til tross for at de var preget av symptomene. De opplevde å bli oversett av travle sykepleiere som mente at de var for syke til å delta. Informantene i studien uttrykte at de ikke ville være til bry og de anså sykepleier som ekspertene og ikke seg selv. I studien fikk pasientene benytte seg av en egenbehandlingsplan. De fikk kunnskap om å tolke symptomene på forverring og opplevde mestring av hverdagen. I

artikkelen til Stephanie m.fl. (2005) opplevde man derimot at brukere med KOLS hadde liten effekt av undervisningen og egenbehandlingsplan (Stephanie, et al., 2005). En gjeldende faktor kan være at gruppen som opplevde mestring, var innlagte på sykehus hvor man befinner seg i et trygt miljø med ringesnor og helsepersonell rundt seg. Studien til Bjørslund m.fl. (2012) konkluderer med at KOLS-pasienter måtte være tydelige på egne behov for å fremme medvirkning. Hindringen lå i manglende kunnskap hos sykepleier om pasientene, travelhet og liten vilje til å dele beslutningsmyndighet med dem. Pasientene opplevde at de i begrenset grad at sykepleiere la til rette for at de kunne medvirke i behandlingen, noe som er en lovfestet plikt hos helsepersonell.

Jeg jobber ved en medisinsk avdeling på sykehus. Jeg kjenner meg godt igjen at det ofte er veldig travelt. Jeg syntes at det som kjennetegner en god sykepleier, er at man er strukturert, tar seg tid til pasienter, men samtidig er effektiv. Vi lærer tidlig i utdanningsløpet at ikke skal gjøre ting for pasientene, men med pasientene. Sykepleier skal støtte pasienten, og gripe inn i steder hvor det forekommer funksjonssvikt. På den måten sørger man for at pasientene bruker sine ressurser, og unngår at man blir «hospitalisert». Etter flere praksisperioder ved flere forskjellige institusjoner, har jeg merket at det er en spesiell kvalitet som mange sykepleiere har som fokus. Det er at man skal være kjapp. Hvis førstemann ferdig prinsippet tar overhånd, hvem går dette utover? Det blir pasientene. Et slikt syn er tydelig preget av en reduksjonistisk tankegang, i stedet for det sykepleietradisjonelle holistiske menneskesynet. Min erfaring er at man kan bli flinkere til å sette seg ned med pasienten, og spørre om hva han trenger hjelp til, og hvordan han vil gjøre det. På den måten bruker du pasientens erfaring om hvordan man vil gjøre det, man tyr til brukermedvirkning og unngår en maktkamp.

I følge studien er det større sjans for at KOLS-pasienter får medvirke hvis de er aktive og bestemte. Det viser seg at det bør skapes forståelse for begrepets innhold, og hvordan det kan praktiseres blant sykepleiere. Medvirkning blir beskrevet som en symbolsk deltagelse hvor pasienten var delaktig uten å ha innflytelse eller myndighet. Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienten med å ivareta sin rett til medbestemmelse? Sykepleier bør bli mer lyttende og møte pasienten med empati. Pasienten kan oppleve å medvirke når de mottar nødvendig omsorg, respekt og ble anerkjent som eksperter på eget liv (Bjørslund, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2008). Tillit og oppmuntring til pasientens kunnskap kan bidra til at forholdet mellom sykepleier og pasient er preget av likeverdighet, som er tanken bak empowerment. Gjennom utdypende samtaler med sykepleier kan KOLS-pasienter reflektere over egen opplevelse og oppnå kunnskap og lettere kunne medvirke. Gjennom å dele sin kompetanse, i motsetning til å

bruke den til å heve seg over pasienten, kan sykepleier hjelpe pasienten til å medvirke slik at pasienten oppnår kunnskap og mestring til å håndtere livet med KOLS.

#### **4.5 Forebygge KOLS-eksaserbasjoner**

KOLS- eksaserbasjoner øker sykkelighet, dødelighet og fører til stadige reinnleggelser på sykehus (Gulsvik, et al., 2012). Å forebygge KOLS-forverring vil trolig være positivt for den rammede pasienten da det kan føre til, færre reinnleggelser, bedre livskvalitet og gi pasienten flere gode leveår. I artikkelen til Puhan m.fl. (2005) konkluderer de med at lungerehabilitering reduserte risikoen for reinnleggelser for pasienter med KOLS. En stor faktor i reinnleggelser hos pasienter med KOLS, var tap av muskelmasse og inaktivitet. Rehabiliteringen ble startet etter at KOLS pasienter hadde vært innlagt med bakgrunn i KOLS-forverring, og rehabiliteringen viste at det reduserte risikoen for reinnleggelser, dødelighet og økt fysisk forbedring. Dette gjorde at pasienten opplevde en bedre håndtering av sykdommen og opplevde en bedre livskvalitet (Puhan, Scharplatz , Troosters, & Steurer, 2005). Ikke alle pasienter vil være villige til å delta, og noen vil motsette seg rehabilitering. Etter en KOLS-eksaserbasjon er gjerne den fysiske kapasiteten sterkt redusert og på grunn av de psykiske påkjenningene eksaserbasjoner fører med seg, oftest i form av angst, kan gjøre at pasienter avstå fra rehabilitering. Riktig diagnose, optimal medikamentell behandling og bred tverrfaglig vurdering er forutsetning for tidlig oppstart av rehabilitering (Gulsvik, et al., 2012). For at rehabiliteringen skal være et egnet tiltak må rehabiliteringsopplegget være tilpasset individuelle behov. Intensiteten og graden av rehabilitering må tilpasses individuelt i takt med sykdomsutviklingen gjennom hele forløpet. For at rehabiliteringen skal startes tidlig, bør tilbudet gis ved sykehusinnleggelser. Det vil derfor være nødvendig for spesialisthelsetjenesten å samarbeide med kommunehelsetjenesten med en kombinasjon av rehabiliteringstilbud på et kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet bør imøtekomme sosiale, medisinske og psykiske utfordringer.

Et rehabiliteringstilbud fokuserer livsstilsendring. Et annet aktuelt tiltak som tar utgangspunkt i livsstilsendring er røykeslutt. Å forebygge røykestart og fremme røykeslutt er de viktigste tiltakene for å redusere antall nye KOLS-tilfeller (Gulsvik, et al., 2012). Bakgrunn for studien til Knapstad (2007) er at mange KOLS-pasienter har vanskeligheter for å slutte å røyke. Hun konkluderer med at det er lettere for KOLS-pasienter å endre vanene når man føler at man har noe å vinne på å gjennomføre det. Beslutningen om å slutte å røyke må tas gjennom en bearbeidelse og det trengs kunnskap om hva som hjelper til og tillit til å klare å slutte å røyke.



Det er ikke uvanlig for pasienter å ha som mål å bli frisk, selv om de har kunnskap om at sykdommen er irreversibel (Knapstad, 2007). I følge Gjengedal & Hanestad (2007) er det å forsøke å leve så normalt som mulig til tross for ulempene det medfører i hverdagen noe som bidrar til håp hos den kroniske pasienten (Gjengedal & Hanestad, 2007). Her er det viktig at sykepleier hjelper å skape realistiske forventinger, hvor målsettingen blir i forhold til pasientens nivå. Hvis pasienten opplever merkbar bedring kan gi følelsen av mestring og motivere til å forbli røykfri. Sykepleiers fremste oppgave blir å samarbeide med pasienten og vise respekt for valgene som blir gjort. Press fra sykepleier kan gjøre at pasienten tar avgjørelsen for å tilfredsstille sykepleiers etterspørsel. I studien til Knapstad (2007) viser det seg at pasienter som tar bestemmelsen om atferdsendring etter påvirkning fra andre, ikke maktet å endre vanen varig i samme grad som man skulle tatt avgjørelsen selv. For de dårligste og mest sosialt deprimerte KOLS-pasientene kan sykepleier sørge for støtte og hjelp i oppfølgingen som kan være avgjørende for at røykestoppet blir varig.

## 5 Konklusjon

Det er store gevinster både for KOLS-pasienters livskvalitet og samfunnsøkonomi å redusere reinnleggelser på sykehus. I denne oppgaven har jeg pekt på virkemiddel som kan bidra til dette.

Personer med KOLS har et behov for tilrettelagt informasjon og veiledning for at de på best mulig måte skal få en bedre forståelse av og klare å håndtere sin sykdom. Sykepleiere i sykehus bør i større grad fokusere på brukermedvirkning og med dette fremme pasientens ressurser samt samarbeide i utvikling av individuelt tilpassede mestringsstrategier.

Informasjon om symptomer og sykdomsforverring kan forebygge sykdomsinnleggelser ved at pasienten oppsøker helsehjelp tidlig i forkant av en sykdomsforverring. I tillegg vil dette gjøre pasienten bevisst på faktorer som bidrar til forverring av sykdommen og hvordan disse kan håndteres.

God kommunikasjon er viktig for å sikre sykepleiefagelig forsvarlighet. Det er nødvendig for å oppnå god samhandling mellom sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette skal bidra til å ivareta pasienter med KOLS og sikre en best mulig og optimal behandling. Videre er det viktig at behandlingsplaner er tilpasset de forskjellige organisatoriske nivåene for at pasienter med KOLS skal få et kontinuerlig og helhetlig behandlingsforløp.

Å forebygge sykdomsutvikling tidlig i forløpet og benytte seg av intervensjoner som fremmer livsstilsendring er nyttige for å øke KOLS-pasienter håndtering av å leve med kronisk sykdom, og forhindre videre sykdomsutvikling.

Mye av forskningen følger pasienter kun i et begrenset tidsrom. Videre forskning hvor KOLS-pasienter følges gjennom en lengre periode vil kunne bidra til økt kunnskap om effekt av tiltak i behandlingen av sykdommen.

## Bibliografi

- Andenæs, R. (2001). Følelser og mestring hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). I E. Gjengedal, & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie - praksis og utvikling* (ss. 550-566). Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Andenæs, R. (2007). Å leve med lungelidelser. I E. Gjengedal, & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom* (2. utg., ss. 208-221). Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Askheim, O. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfag* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bakkelund, J., Thorsen, B., Sorknæs, A. D., & Almås, H. (2013). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., ss. 107-163). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørslund, B., Wilde-Larsson, B., & Kvigne, K. (2008). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(1). Hentet fra <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2329/2151>
- Brodtkorb, K. (2010). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., ss. 319-332). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, B. V., & Fjær, S. (2010, Mars 25). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*. doi:10.4220/sykepleienf.2010.0021
- Gardiner, C., Gott, M., Payne, S., Small, N., Barnes, S., Halpin, D., . . . Seamark, D. (2009, October 8). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the litterature. Oxford, United States. doi:10.1016/j.rmed.2009.09.007
- Gjengedal, E., & Hanestad, B. R. (2007). *Å leve med kronisk sykdom* (2. utg.). Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Gulsvik, A., Lund, J., Austegard, E., Henrichsen, S. H., Langhammer, A., Refvem, O., . . . Frisk, B. (2012). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig->

retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppf%C3%B8lging-IS-2029.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.d.). Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011. Hentet Februar 20, 2016 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal\\_strategi\\_for\\_kols\\_24-11-06\\_forord.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal_strategi_for_kols_24-11-06_forord.pdf)
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2009). *Sykdomslære - Indremedisin, kirurgi og anestezi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kassah, B., Tønnesen, S., & Tingvoll, W.-A. (2014). Samhandlingsreformen - utfordringer, løsninger og implikasjoner. I B. Kassah, W.-A. Tingvoll, & A. K. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen* (ss. 51-64). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Knapstad, A. (2007, Mars 3). Kunsten å forbli røykfri. *sykepleien*, ss. 96-101. doi:10.4220/sykepleienf.2007.0031
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2012, Januar 1). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Markussen, H. Ø., Wang, I.-J. H., & Norstein, G. M. (2001). Sykepleie til pasienter med lungesykdommer. I E. Gjengdal, & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie - Praksis og utvikling*. Oslo: Cappelens forlag a.s.
- Meld. St. 10 (2012-2013). (u.d.). God kvalitet - trygge tjenester. kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektor. Hentet februar 21, 2016 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Mensen, L. (2010). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie* (1. utg., ss. 51-57). Oslo: Gyldendal Forlag AS.
- Mæland, J. (2014). *Forebyggende Helsearbeid* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- NAAF. (2016, Januar 27). *Astma- og allergiforbundet*. Hentet Februar 6, 2016 fra Naaf: <http://www.naaf.no/no/fakta/Kols/>

- NSF. (2011, August 9). *yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet April 28, 2015 fra Norsk Sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/2182990/seefile>
- Puhan, M. A., Scharplatz, M., Troosters, T., & Steurer, J. (2005, Juni 8). Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality - a systematic review. *Respiratory Research*. Hentet fra <http://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/1465-9921-6-54>
- Skaug, E.-A. (2011). Respirasjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (2. utg., ss. 61-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skaug, E.-A., & Dahl, K. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (2. utg., ss. 15-56). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- St.meld. nr.47 (2008-2009). (u.d.). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Hentet Februar 20, 2016 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stephanie, J. T., Candy, B., Bryar, M. R., Ramsay, J., Vrijhoef, H. J., Esmond, G., . . . Griffiths, C. J. (2005, September 1). Effectiveness of innovations in a nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. doi:doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38512.664167.8F>