

# Ambulant oppfølging i hjemmet til eldre kvinner med kols

Av **Simen A. Steindal**, førsteamanuensis, Phd, sykepleier, Institutt for sykepleie og helse, Diakonhjemmet Høgskole

**Ellen H. Kive**, Intensivsykepleier, videreutdanning innen kols (NRTC), Lungepoliklinikken, Diakonhjemmet Sykehus

**Therese M. Schjelderup**, lungesykepleier, Lungepoliklinikken, Diakonhjemmet Sykehus

**Alfhild Dihle**, førsteamanuensis, Phd, sykepleier, Institutt for sykepleie og helse, Diakonhjemmet Høgskole

## Introduksjon

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en samlebetegnelse for sykdommer med vedvarende og progressiv luftstrømsobstruksjon, som ikke er fullt reversibelt og som vanligvis skyldes toksiske effekter av gasser eller partikler. Kols deles inn i fire stadier på bakgrunn av hvor redusert lungefunksjonen er. Det anslås at mer enn 200 000 nordmenn har kols, og forekomsten øker med stigende alder (1). Økt tobakksrøyking blant kvinner har ført til at det ikke lenger er noen forskjell i forekomst mellom kjønnene

(2). Kols har stor innvirkning på pasientenes helserelevante livskvalitet. Faktorer som redusert funksjonsevne, mobilitet, hyppige kols-forverring, daglige symptomer som åndenød, hoste og slimproduksjon sammen med angst og depresjon fører til dårlig helse relatert livskvalitet (3, 4). Dessuten kan eldre pasienter oppleve store problemer relatert til at de er gamle og skrøpelige (5).

Akutt kols-forverring er en hyppig årsak til sykehussinleggelse. Alvorlighetsgraden ved forverringene varierer, og flere av pasientene har ikke behov for

## Sammendrag

**Introduksjon:** Forekomsten av kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er økende hos kvinner og ved stigende alder. Ved forverring av kols kan oppfølging av sykepleiere i hjemmet være et trygt og gjennomførbart alternativ til at kols-pasienter forblir innlagt i sykehus. Få studier har undersøkt om kols-pasienters helse relaterte livskvalitet endrer seg ved oppfølging av sykepleiere i hjemmet.

**Hensikt:** Å undersøke om det er en endring i helse relatert livskvalitet hos eldre kvinner med kols etter oppfølging av sykepleiere i hjemmet etter sykehusutskrivelse og få kunnskap om hvordan eldre kvinner med kols erfarer oppfølging av sykepleiere i hjemmet.

**Metode:** Utviklingsprosjektet kombinerte kvantitativ og kvalitativ metode. Femten pasienters helse relaterte livskvalitet ble kartlagt på tre måletidspunkter i forbindelse med oppfølging av sykepleiere i hjemmet etter sykehusutskrivelse. Ni av pasientene ble dybdeintervjuet for å få kunnskap om deres erfaringer med å bli fulgt opp av sykepleiere i hjemmet.

**Resultater:** Pasientenes helse relaterte livskvalitet endret seg ikke signifikant i prosjektperioden. Tre temaer trådte frem i den kvalitative tekstanalysen: den personlige relasjonen til sykepleierne, kontinuitet i undervisning og veiledning fra sykepleierne og eget sosiale nettverk.

**Konklusjon:** Resultatene fra prosjektet støtter implementering av ambulant oppfølging hjemme for eldre kvinner med kols.

**Nøkkelord:** Eldre kvinner, kols, sykepleie, ambulant oppfølging i hjemmet, kombinerte metoder

## Abstract

**Introduction:** The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is increasing in women and older people. A limited number of studies have investigated whether health related quality of life of COPD patients changes during a hospital-at-home scheme following discharge from hospital.

**Aims:** To investigate whether there is a change in health-related quality of life in older women with COPD in connection with hospital-at-home scheme following hospital discharge, and to gain knowledge about how older women with COPD experience hospital-at-home.

**Methods:** The project combined quantitative and qualitative methods. Fifteen patients were mapped with regard to health related quality of life on three data collection points in connection with hospital-at-home scheme following hospital discharge. Nine patients were interviewed about their experiences with hospital-at-home.

**Results:** No significant changes were found with regard to health related quality of life after a hospital-at-home scheme following hospital discharge during the project period. Three themes emerged from the qualitative data analyses: the personal relationship between the patients and the nurses, continuity in education and supervision from the nurses and the patients' own social network.

**Conclusion:** Results from this project supports the implementation of outpatient follow-up at home for older women with COPD.

**Keywords:** Older women, COPD, nursing, hospital-at-home, mixed methods



høyspesialisert oppfølging i sykehus, men er for syke til å klare seg selv i hjemmet (6). Forskning antyder at pasienter som ble skrevet ut fra sykehus til hjemmet etter behandling for kols-forverring, opplevde angst, depresjon, sosial isolasjon, var bekymret for åndenød og hva de skulle gjøre ved kols-forverring. Pasienter ønsket at helsepersonell skulle komme hjem til dem for å kontrollere at de gjorde de riktige tingene (7).

Flere studier (6, 8-10) har sammenliknet behandling av pasienter med kols-forverring i sykehus og i hjemmet med oppfølging fra helsepersonell. Resultatene tyder på at det er trygt og gjennomførbart å behandle kols-pasienter i hjemmet. Aimonino Ricauda m.fl. (8) sammenliknet behandling av pasienter som var 75 år og eldre med kols-forverring i

sykehus og hjemme. Pasientene som ble behandlet i hjemmet av lege og sykepleiere, hadde bedre livskvalitet, mindre depressive symptomer og mindre risiko for reinnleggelse i sykehus enn de som ble behandlet i sykehus. Det var ingen forskjell i dødelighet mellom gruppene. En systematisk kunnskapsoversikt (6) viste at pasienter som behandles for kols-forverring i hjemmet har færre reinnleggelser sammenliknet med sykehusbehandling. Hermiz m.fl. (11) undersøkte nytten kols-pasienter hadde av oppfølging av sykepleier i hjemmet etter sykehusutskrivelse. Pasienter som fikk to hjemmebesøk av sykepleier i hjemmet, i tillegg til å kunne kontakte allmennlege ved behov, ble sammenliknet med pasienter som fikk standard oppfølging av allmennlege. Oppfølging

**FLERE ELDRE KVINNER MED KOLS:** Økt tobakksrøyking blant kvinner har ført til at det ikke lenger er noen forskjell i forekomst mellom kjønnene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

fra sykepleierne økte pasientens kunnskap om kols, men førte ikke til færre sykehusinnleggelser. Flere studier (12, 13) fant at majoriteten av kols-pasientene ville valgt behandling i hjemmet fremfor sykehus, om de fikk bestemme selv. Få studier har undersøkt om kols-pasienters helserelaterte livskvalitet påvirkes av oppfølging av sykepleiere i hjemmet etter sykehusutskrivelse (10).

Forskning tyder på at det er kjønnsforskjeller hos kols-pasienter når det gjelder forekomst av symptomer, oppfatninger av og forventninger til helsevesenet (14). Det er begrenset med forskning på kvinner med kols (15). Vi har ikke lyktes med å finne artikler som omhandler kvinners erfaringer med oppfølging av sykepleiere i hjemmet. Hensik-

## «Det er trygt og gjennomførbart å behandle kols-pasienter i hjemmet.»

ten med dette utviklingsprosjektet var å undersøke om det var en endring i helserelatert livskvalitet hos eldre kvinner med kols etter oppfølging av sykepleier i hjemmet etter sykehusutskrivelse og å få kunnskap om hvordan eldre kvinner med kols erfarte oppfølging av sykepleier i hjemmet.

### Metode

#### Design

Utviklingsprosjektet benyttet en blanding av kvantitativ og kvalitativ metode. Pasientene ble kartlagt på tre måletidspunkt i forbindelse med oppfølging av sykepleier i hjemmet etter sykehusutskrivelse. Pasienter ble så dybdeintervjuet for å forstå deres erfaringer med ambulant oppfølging av sykepleier i hjemmet.

#### Utvalg

Prosjektet ble gjennomført ved et lokalsykehus i Oslo fra februar 2013 til april 2014, og totalt 17 kvinner og 3 menn ble inkludert. Inklusjonskriterier var pasienter med kols som ble innlagt på grunn av forverring av kols eller pneumoni og tilhørte tre av sykehusets bydelers og var hjemmeboende uavhengig om de hadde hjemmesykepleie. Eksklusjonskriterier var kjent kognitiv svikt og sterkt redusert hørsel. Denne artikkelen omhandler data fra de 15 kvinnene der vi har data fra alle tre måletidspunkt, samt data fra ni av kvinnene som valgte å delta i dybdeintervju.

### Prosedyre

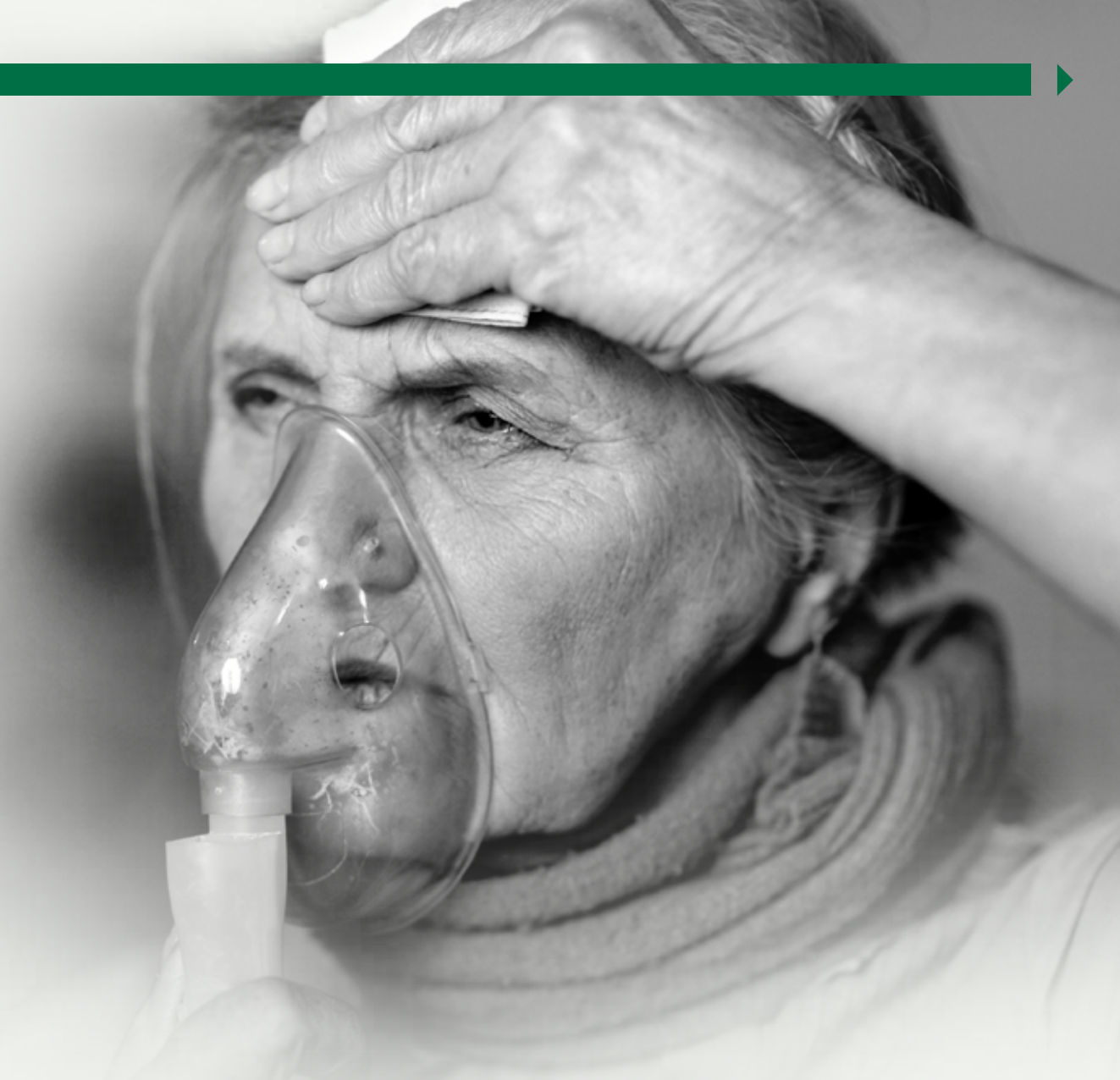
Oppfølging i hjemmet varte i fire uker fra pasientene ble utskrevet fra sykehuset og innebar ett hjemmebesøk per uke i de to første ukene. Oppfølgingen skjedde på dagtid i ukedager av en intensivsykepleier med videreutdanning innen kols (EHK) og en lunge-sykepleier (TMS), begge fra lungepoliklinikken med lang erfaring med kols-pasienter. Sykepleierne observerte pasientens helsetilstand og fulgte opp pasientene med hensyn til pusteteknikk, hosteteknikk, fysisk aktivitet, hvilestillinger, mestring av dagliglivet, bruk av egenbehandlingsplan, inhalasjonsmedikamenter, ernæring og røykeslutt ved hjemmebesøk. I disse to ukene ringte sykepleierne daglig til pasientene. Sykepleierne ringte igjen til pasientene i uke fire. Pasientene kunne ringe til poliklinikken for å snakke med sykepleierne ved behov. I tillegg hadde pasientene åpen retur til sykehuset de første 14 dagene de var inkludert i prosjektet. Pasientene ble fulgt i tre måneder.

### Datasamling kvantitative data

Data ble samlet før utskrivelse fra sykehus ved inkludering i prosjektet, ved hjemmebesøk av sykepleier etter to uker og ved oppfølgingsamtale over telefon med sykepleier etter tre måneder. Ved inkludering og hjemmebesøk fylte pasientene ut skjemaene selv, mens etter tre måneder leste sykepleier opp spørsmål og svaralternativ over telefon. Pasientenes helsetilstand ble kartlagt med kartleggingsskjemaet EuroQol 5-dimensjon (EQ-5D). Det har blitt validert i Norge (16) og anvendt i flere studier som har inkludert kols-pasienter (10, 17). EQ-5D kartlegger dimensjonene mobilitet, egenomsorg, vanlige gjøremål, smerter eller ubehag og angst eller depresjon. Dimensjonene består av tre nivå; nivå 1 (ikke noe problem); nivå 2 (litt problem); nivå 3 (stort problem). Pasientenes score på de fem dimensjonene ble konvertert til en EQ-5D indeksscore ved hjelp av en statistisk formel, som brukes for å beskrive helserelatert livskvalitet (18). En indeksscore på 1 indikerer at pasienter ikke har noen problemer med de fem dimensjonene.

### Datasamling kvalitative data

Kvinnene ble intervjuet om erfaringene sine med å bli fulgt opp av sykepleier i hjemmet etter sykehusutskrivelse. Pasientene bestemte selv hvor de ønsket å bli intervjuet. Sju ble intervjuet hjemme hos seg selv, én over telefon, og én på kontoret til førsteforfatteren (SAS). Intervjuene tok fra 20 til 90 minutter og ble tatt opp på lydband. Det ble brukt



**TRYGGHET HJEMME:** Forskning antyder at pasienter som ble skrevet ut fra sykehus til hjemmet etter behandling for kols-forverring, opplevde angst, depresjon, sosial isolasjon, var bekymret for åndenød og hva de skulle gjøre ved kols-forverring. Pasienter ønsket at helsepersonell skulle komme hjem til dem for å kontrollere at de gjorde de riktige tingene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

intervjuguide med åpne spørsmål og oppfølgings-spørsmål. Intervjuguiden inneholdt tema om den første tiden i hjemmet etter utskrivelsen, helsestatus og åndenød, mestring av kols, trygghet i hjemmet og oppfølging av sykepleier i prosjektperioden.

#### **Analyse kvantitative data**

Beskrivende statistikk som gjennomsnitt, standardavvik (SD), frekvens og prosentandeler, ble brukt for å beskrive utvalget og for å beskrive helsestatus og helserelatert livskvalitet ved de tre måletidspunktene. Repeterte ANOVA analyser ble utført for å undersøke endringer i EQ-5D indeks-

score siden dataene var normalfordelte. P-verdi  $<0,05$  ble valgt som signifikansnivå.

#### **Analyse kvalitative data**

Førsteforfatter (SAS) transkriberte opptakene av hvert intervju ordrett. Analyseprosessen var inspirert av Kvale m.fl. (19). De transkriberte intervjuene ble lest og analysert av to av forfatterne (AD, SAS). Meningsbærende enheter (tekst som gir mening og innhold) ble identifisert ut fra forskningsspørsmålet, merket med farge og kondensert/fortettet. Enkelte sitater ble bevart i sin helhet for å underbygge og illustrere temaet. To av forfatterne (AD, SAS) identifiserte

kategorier hver for seg, som så ble sammenliknet og diskutert. Konsensus ble etablert og temaer fremkom.

### Etikk

Sykehusets forskningsutvalg og regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (referansenummer REK 2013/582b) hadde ingen innvendinger mot gjennomføring av utviklingsprosjektet. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra pasientene som ble inkludert i prosjektet.

### Resultater

Bakgrunnsdata for de 15 kvinnelige pasientene er beskrevet i tabell 1. Pasientenes alder varierte fra 63 til 89 år. Fem pasienter tok kontakt med sykepleier på telefon for råd og veiledning i prosjektperioden. Totalt åtte av pasientene ble reinnlagt i sykehuset i prosjektperioden. Seks pasienter ble reinnlagt én gang, mens de to resterende ble innlagt henholdsvis to og tre ganger. (Se tabell 1.)

De ni kvinnelige pasientene som ble intervjuet hadde en gjennomsnittsalder på 72 år (aldersspenn

## «Majoriteten av kols-pasientene ville valgt behandling i hjemmet fremfor sykehus.»

63–87 år). Fire av kvinnene bodde alene, tre røyket, tre fikk oksygenbehandling i hjemmet og tre ble reinnlagt i sykehus i prosjektperioden.

Flest pasienter rapporterte store problemer med smerte eller ubehag, angst eller depresjon og å utføre vanlige gjøremål. Flertallet hadde litt problemer med gange, mens ingen hadde store problemer med personlig hygiene. Gjennomsnittlig EQ-5D indeksscore ved inkludering i sykehus, etter to uker i hjemmet og etter tre måneder i hjemmet var 0,26 (SD = 0,35), 0,44 (SD = 0,35) og 0,35 (SD = 0,39). EQ-5D indeksscore endret seg ikke signifikant mellom de tre kartleggings-tidspunktene. (Se tabell 2.)

Tre temaer som fremkom fra den kvalitative analysen og som kvinnene erfarte som vesentlige, var den personlige relasjonen til sykepleierne, kontinuitet i undervisning og veiledning fra sykepleierne og eget sosiale nettverk.

### Den personlige relasjonen

Alle kvinnene understreket at det var hyggelig og godt å ha en personlig relasjon til sykepleier som de kunne

stille spørsmål til om de trengte det. Kvinnene fremhevet sykepleierne gode egenskaper, holdninger og væremåte ved at de var omsorgsfulle, brydde seg og erfarte at de ivaretok hele mennesket. Som informant 1 uttrykte det: «Veldig betryggende, og med de folkene i bakgrunnen som oser trygghet, så var det ikke noe problem i det hele tatt ... Den første tiden hjemme var faktisk veldig mer positiv enn de andre. Du hadde et helt apparat i ryggen og åpen retur, så kan jeg bare ringe akuttmottaket.» Informant 6 sa: «Det er hele mennesket NN og hvordan hun er på. Hvordan hun oppfører seg overfor pasienter som jeg satte stor pris på. Det må jeg si. Omtensksom og omsorgsfull og ja alt dette.» Informant 7 sa det slik: «Hun var veldig flink med meg. Følte meg veldig trygg med henne og visste at var det noe, så kunne jeg kontakte henne. Jeg synes hun viste veldig mye omsorg. Hun har sånn behagelig vesen samtidig som du vet at hun kan veldig mye.»

### Kontinuitet i undervisning og veiledning

For flere av kvinnene var det en trygghet at sykepleierne kjente sykehistorien deres slik at de slapp gjentakende spørsmål fra ukjente personer. De erfarte at det var lettere å ta kontakt om de var usikre på vurdering av egen helsetilstand og starte opp egenbehandling i dårlige perioder i samråd med sykepleier. Områder de husket å ha snakket med sykepleier som kom på hjemmesøk om, var spesielt det med legemiddelhåndtering som riktig inhalasjonsteknikk, og det å huske å ta inhalasjonsmedikamentene regelmessig, samt egenbehandling ved kols-forverring. Informant 3 fortalte: «Ja, fikk egenbehandlingsplanen når hun var her tror jeg. Jeg kaller den nesten bibelen min jeg. Da føler jeg meg tryggere på at jeg gjør riktige ting.» I tillegg erfarte alle å ha fått gode praktiske råd med hygiene med hensyn til medisinsk teknisk utstyr, bruk av inhalator og kostveiledning, illustrert ved informant 5: «Ja altså, du blir ikke noe bedre, men du kan jo få noen gode råd da.» Videre kommenterte informant 2: «Vi snakket sammen om inhalatorer og å ta det riktig, hun snakket om dette med å huske å ta inhalatorer jevnlig, selv om man ikke kjenner tungpustetheten. Hun nevnte å trene litt, øve litt og gå litt, men det er jeg ikke noe flink til.»

### Eget sosiale nettverk

To av kvinnene hadde et stort personlig nettverk med familie og venner. De var aktive og mye ute på ulike aktiviteter. Begge var tydelige på at de ikke trengte oppfølgingen i hjemmet etter sykehusoppholdet. Informant 4: «Jeg må jo si jeg synes dette var veldig positivt, dette her at NN kom og at hun ringte. Det betød kanskje ikke

sa mye for meg, men jeg syntes det var veldig hyggelig at hun gjorde det. Fordi at jeg behøvde det ikke, egentlig.» Kvinnene som bodde alene eller ikke kom seg ut av huset uten hjelp eller hjelpemidler, erfarte at de ble mer isolerte og nettverket ble mindre. Disse kvinnene var tydelige på at de hadde behov for oppfølgingen. De understreket betydningen av oppfølgingen ved at de erfarte en trygghet med at sykepleierne kom hjem og ringte til dem. Som informant 3 sa: «Hei, jeg bare lurte på hvordan det går i dag og sånn. Og det var den støtten den dagen. Det lyste litt opp den dagen at det er en som bryr seg, skjønner?»

### Diskusjon

Vi ønsket å få kunnskap om det var endring i helse-relatert livskvalitet hos eldre kvinner med kols etter oppfølging av sykepleier i hjemmet etter sykehusutskrivelse og hvordan eldre kvinner med kols erfarte denne oppfølgingen. Prosjektet fant ingen endringer i pasientens helserelaterte livskvalitet i prosjektperioden. Den kvalitative dataanalysen resulterte i følgende tema: Den personlige relasjonen til sykepleierne, kontinuitet i undervisning og veiledning fra sykepleierne og eget sosiale nettverk.

Vi fant ingen endringer i kols-pasientens helse-relaterte livskvalitet ved oppfølging av sykepleier i hjemmet i prosjektperioden. I samsvar med våre funn, fant Utens m.fl. (10) heller ingen forskjeller i helse-relatert livskvalitet mellom pasienter som ble behandlet hjemme og pasienter som ble behandlet ved sykehus etter tre måneder. Derimot viste en systematisk kunnskapsoversikt (20) at oppfølging av lungesykepleiere i hjemmet forbedret kols-pasienters helserelaterte livskvalitet.

Flertallet av pasientene i prosjektet vårt rapporterte problemer relatert til gange, det å utføre vanlige gjøremål og angst eller depresjon. kols-pasienter opplever betydelige problemer i dagliglivet, uavhengig av stadium, som fører til redusert livskvalitet (21). De fleste problemene skyldes åndenød som ofte resulterte i immobilitet, avhengighet av andre, sosial isolasjon, angst og depresjon (2, 22, 23). På sykehuset får Kols-pasienter hjelp av helsepersonell, mens hjemme må de selv utføre dagliglivets aktiviteter (12). En forklaring på at vi ikke fant endringer i helse-relatert livskvalitet, kan være at pasientene kan ha tilpasset seg og unngått aktiviteter som utløser åndenød (24, 25). En annen forklaring kan være at sykepleiers undervisning i hjemmet kan ha økt pasientenes kunnskap og ferdigheter i administrering av inhalasjonslegemidler og egenbehandling ved forver-

Forfattere, år, land, tidsskrift	Tittel	Hovedfunn
<b>Bakgrunnsvariabler</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Alder, gjennomsnitt (SD)	76	(8)
Gift	5	(33)
Bor alene	10	(67)
Har hjemmesykepleie	4	(27)
Oksygenbehandling i hjemmet	4	(27)
Røyker	4	(27)
Tok kontakt med lungesykepleier på telefon for råd og veiledning i prosjektperioden	5	(33)

TABELL 1. Beskrivelse av utvalget (n=15).

ring av kols som understøttes av våre kvalitative data og annen forskning (11).

Flere av kvinnene ble reinnlagt én eller flere ganger på grunn av kols eller andre årsaker som kan ha påvirket deres helserelaterte livskvalitet. Mange kols-pasienter ville valgt behandling i hjemmet fremfor sykehus om de fikk bestemme selv (12, 13). Behandling hjemme foregår i kjente og rolige omgivelser der pasienter har privatliv og følger sine

EQ-5D dimensjon	I sykehus n (%)	Etter 2 uker hjemme n (%)	Etter 3 måneder hjemme n (%)
<b>Gange</b>			
Ingen problemer	1 (7)	2 (13)	5 (33)
Litt problemer	12 (80)	13 (87)	10 (67)
Stort problem	2 (13)	0 (0)	0 (0)
<b>Personlig stell</b>			
Ingen problemer	6 (40)	8 (53)	5 (33)
Litt problemer	9 (60)	7 (47)	10 (67)
Stort problem	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Vanlige gjøremål</b>			
Ingen problemer	1 (7)	2 (13)	3 (20)
Litt problemer	8 (53)	12 (80)	9 (60)
Stort problem	6 (40)	1 (7)	3 (20)
<b>Smerte/ubehag</b>			
Ingen problemer	2 (13)	2 (13)	2 (13)
Litt problemer	8 (54)	10 (67)	8 (54)
Stort problem	5 (33)	3 (20)	5 (33)
<b>Angst/depresjon</b>			
Ingen problemer	6 (40)	7 (47)	7 (47)
Litt problemer	7 (47)	5 (33)	5 (33)
Stort problem	2 (13)	3 (20)	3 (20)

TABELL 2. Rapporterte problemer med helsestilstand og åndenød i hvilke ved de tre måletidspunktene (n=15).

daglige rutiner (12). Kols-pasientene i prosjektet vårt kan ha hatt aldersrelaterte problemer. Eldre kols-pasienter kan bli reinnlagt i sykehus på grunn av andre årsaker enn kols-forverring, som trolig kan forebygges ved en omfattende geriatriisk vurdering (8).

Vi fant ikke at kvinner erfarte oppfølging i hjemmet annerledes enn funn fra studier (12, 13, 26) som inkluderte både menn og kvinner. Pasientene i prosjektet vårt fremhevet betydningen av en personlig relasjon til sykepleierne. Travelbee (27) understreket at etablering av et menneske-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient sammen med fagkunnskap er forutsetninger for at sykepleier skal kunne hjelpe pasienter med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom. Funnene våre tydet på at sykepleierne etablerte en personlig relasjon ved å kjenne pasientens sykehistorie, se pasientens behov, vise pasienten at de bryr seg om gjennom sin væremåte og fremstod som faglig kompetente personer. I samsvar med våre funn, beskrev pasienter i en studie (26) at sykepleiere som kom på hjemmebesøk opplevdes behagelige, koselige og omsorgsfulle, og at sykepleierne arbeidet på en rolig måte uten å signalisere at de hadde dårlig tid. Pasientene som ble behandlet i sykehus opplevde at sykepleierne gjorde så godt de kunne, men de var alltid travle og hadde lite tid til å prate.

Et mindretall av kvinnene i prosjektet røykte fortsatt. Røykestopp er det viktigste tiltaket for å bedre symptomer og utviklingen av kols (1). Mange kols-pasienter vet at det er en sammenheng mellom røyking og kols, noe som kan gi skyldfølelse (28). En personlig relasjon mellom sykepleier og pasient er tro-

## «For flere av kvinnene var det en trygghet at sykepleierne kjente sykehistorien deres.»

lig en forutsetning for å kunne snakke med kols-pasienter om røykestopp. For pasienter er det viktig at helsepersonell gir hjelp og støtte til røykestopp uten å moralisere slik at negative følelser knyttet til røyking ikke forsterkes (28, 29).

kols-pasienter kan ha et høyt nivå av angst, usikkerhet og frykt for nye kols-forverringer etter hjemkomst fra sykehus (7). Det er mange som venter med å be om hjelp, til tross for at de kjenner igjen kroppslige signaler på at noe er galt (13). Dette kan skyldes at de er usikre på når de skal be om hjelp, redde for å bry helsepersonell eller tror at helsetil-

standen skal bli bedre av seg selv. Resultatene våre antydte at sykepleiernes kjennskap til pasientene og deres sykehistorie bidro til kontinuitet i undervisning og veiledning. Dette kan ha redusert pasientenes terskel for å ta kontakt med sykepleier når de var usikre på vurdering av egen helsetilstand og oppstart med egenbehandling. Mange kols-pasienter har mangelfull forståelse for konsekvensene av å ha kols (30, 31). Eldre hjemmeboende pasienters angst og plager kan reduseres ved økt kunnskap om hvordan håndtere egenbehandling ved kols-forverring (32). I samsvar med funn fra andre studier (12, 26), tydet resultatene våre på at pasientene opplevde undervisningen som relevant, og at de fikk praktiske råd som var viktig for dem. Det at sykepleierne kom hjem til pasientene og så dem i deres vanlige omgivelser, kan ha gjort det lettere å tilpasse undervisningen. Mer konsistent informasjon fra helsepersonell kan bidra til bedre livskvalitet hos eldre hjemmeboende kols-pasienter (32).

Funnene våre tydet på at kvinnene som hadde et stort sosialt nettverk ikke hadde behov for oppfølgingen i motsetningen til de med et mindre nettverk. Dette støttes av forskning der kols-pasienter som ble utskrevet til hjemmet uten oppfølging, uttrykte en følelse av isolasjon og ønsket hjemmebesøk fra helsepersonell (7). Kvinnene i prosjektet vårt som bodde alene eller ikke kom seg ut av leiligheten, erfarte en trygghet ved oppfølgingen hjemme og hadde behov for mer hjelp. En studie (26) fant tilsvarende, som prosjektet vårt, at kols-pasienters positive erfaringer med å bli fulgt opp av sykepleier i hjemmet var avgjørende for deres følelse av trygghet etter utskrivelse fra sykehus. Utens m.fl. (12) fant ingen signifikant forskjell i tilfredshet med behandling mellom pasienter som hadde blitt behandlet i hjemmet og pasienter som hadde blitt behandlet i sykehus for kols-forverring, men en større andel av pasientene som ble behandlet i hjemmet var utrygge om natten.

### Styrker og begrensninger

Prosjektet benyttet en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. En styrke med dette kan være at de kvalitative dataene kan nyansere, utvide og bidra til å gi forståelse av de kvantitative funnene (33). De kvantitative funnene må generaliseres med forsiktighet, siden prosjektet kun ble utført ved et lokalsykehus og inkluderte få pasienter. Det er en styrke at sykepleierne som gjennomførte prosjektet ikke deltok i innsamling eller analyseprosessen av kvalitative data. Den ene av de to forfatterne som gjennomførte analysen, hadde god kjennskap til tema, mens den andre

hadde mindre kunnskap og kunne lettere stille kritiske spørsmål til teksten i analyseprosessen. De kvalitative resultatene har overføringsverdi til liknede settinger/gjenkjennbare situasjoner og flere av funnene støttes av forskning.

## Konklusjon

Prosjektet fant ingen signifikante forskjeller i helserelatert livskvalitet hos kvinnene ved oppføl-

ging av sykepleier i hjemmet etter utskrivelse fra sykehus. Kvinnene som ble intervjuet ga uttrykk for at oppfølgingen fremmet trygghet og var godt fornøyd med tilbudet. Resultatet fra dette prosjektet støtter implementering av ambulant oppfølging hjemme for eldre kvinner med kols. Kvalitative data antyder at ambulant oppfølging bør tilbys kvinner som bor alene eller har et lite sosialt nettverk. ■

## Referanser

1. Humerfelt S, Skjærten I, Melsom MN. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS): Forekomst, diagnostikk og behandling. *Indremedisinen* 2014;(4): 22-7.
2. Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;187(4): 347-65.
3. Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Lancet* 2004;364 (9434): 613-20.
4. Kessler R, Stahl E, Vogelmeier C, Haughey J, Trudeau E, Lofdahl CG, et al. Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations: an observational, interview-based study. *Chest* 2006;130(1): 133-42.
5. Eloffson LC, Ohlen J. Meanings of being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. *Palliat Med*. 2004;18(7): 611-8.
6. Jeppesen E, Bruberg KG, Lidal IB, Holte HH, Vist GE. Intermedisær enheter og «hjemmesykehus» ved behandling av pasienter med akutt KOLS forverring. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
7. Gruffydd-Jones K, Langley-Johnson C, Dyer C, Badlan K, Ward S. What are the needs of patients following discharge from hospital after an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? *Prim Care Respir J* 2007;16(6): 363-8.
8. Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Leff B, Scarafioti C, Marinello R, Zanocchi M, et al. Substitutive «hospital at home» versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(3): 493-500.
9. Cotton MM, Bucknall CE, Dagg KD, Johnson MK, MacGregor G, Stewart C, et al. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Thorax* 2000;55 (11): 902-6.
10. Utens CM, Goossens LM, Smeenk FW, Rutten-van Molken MP, van Vliet M, Braken MW, et al. Early assisted discharge with generic community nursing for chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: results of a randomised controlled trial. *BMJ open* 2012;2(5).
11. Hermiz O, Comino E, Marks G, Daffurn K, Wilson S, Harris M. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ* 2002;325 (7370): 938.
12. Utens CM, Goossens LM, van Schayck OC, Rutten-van Molken MP, van Litsenburg W, Janssen A, et al. Patient preference and satisfaction in hospital-at-home and usual hospital care for COPD exacerbations: results of a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2013;50 (11): 1537-49. 13.
13. Schofield I, Knussen C, Tolson D. A mixed method study to compare use and experience of hospital care and a nurse-led acute respiratory assessment service offering home care to people with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Stud* 2006;43(4): 465-76.
14. Martinez CH, Rraparla S, Plauschinat CA, Giardino ND, Rogers B, Beresford J, et al. Gender differences in symptoms and care delivery for chronic obstructive pulmonary disease. *J Womens Health (Larchmt)* 2012;21 (12): 1267-74.
15. Varkey AB. Chronic obstructive pulmonary disease in women: exploring gender differences. *Current opinion in pulmonary medicine* 2004;10(2): 98-103.
16. Solberg TK, Olsen JA, Ingebrigtsen T, Hofoss D, Nygaard OP. Health-related quality of life assessment by the EuroQol-5D can provide cost-utility data in the field of low-back surgery. *European spine journal* 2005;14 (10): 1000-7.
17. Pickard AS, Wilke C, Jung E, Patel S, Stavem K, Lee TA. Use of a preference-based measure of health (EQ-5D) in COPD and asthma. *Respiratory medicine* 2008;102(4): 519-36.
18. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Med Care* 1997;35 (11): 1095-108.
19. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske 2012.
20. Wong CX, Carson KV, Smith BJ. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4:CD000994.
21. Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW, Ferrer M, Kardos P, Levy ML, et al. Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. *Respiratory medicine* 2011;105(1): 57-66.
22. Elkington H, White P, Addington-Hall J, Higgs R, Edmonds P. The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliat Med* 2005;19(6): 485-91.
23. Ek K, Ternestedt BM. Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *J Adv Nurs* 2008;62(4): 470-8.
24. Habraken JM, Pols J, Bindels PJE, Willems DL. The science of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *British Journal of General Practice*. 2008;58 (557): 844-9.
25. Wilson DM, Ross C, Goodridge D, Davis P, Landreville A, Roebuck K. The care needs of community-dwelling seniors suffering from advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Canadian journal on aging* 2008;27(4): 347-57.
26. Wang Y, Haugen T, Steihaug S, Werner A. Patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease feel safe when treated at home: a qualitative study. *BMC pulmonary medicine* 2012;12:45.
27. Travelbee J. *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag; 2001.
28. Halding A-G, Heggdal K, Wahl A. Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011;25(1): 100-7.
29. Eklund BM, Nilsson S, Hedman L, Lindberg I. Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? – a qualitative study. *Tobacco induced diseases* 2012;10(1): 17. 30.
30. Gardiner C, Gott M, Small N, Payne S, Seamark D, Barnes S, et al. Living with advanced chronic obstructive pulmonary disease: patients concerns regarding death and dying. *Palliat Med* 2009;23(8): 691-7.
31. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* 2000;55 (12): 1000-6.
32. The Joanna Briggs Institute. Support for Older People with COPD in Community Settings. The JBI Database of Best Practice Information Sheets and Technical Reports. 2013;17(4): 1-4.
33. Kaarbø E. *Kombinerte metoder. Sykepleien Forskning* 2009;4(3): 244-8.