

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Kols og reinnleggelser; pasientenes opplevelser og forebyggende sykepleie

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12/5-2021

Kandidatnummer 6148

Forord

*People will forget what you said,
people will forget what you did,
but people will never forget
how you made them feel.*

- Maya Angelou (1928-2014)

Selv om jeg med dette avslutter bacheloroppgaven, avslutter jeg ikke den gnisten som arbeidet med dette emnet har tent i meg. Jeg kjenner på en stor takknemlighet til det jeg sitter igjen med etter avsluttet oppgave, og stor iver for det videre arbeid med emnet. Spesielt takknemlig er jeg for at oppgaven har gitt meg økt kunnskap for hva jeg som sykepleier kan gjøre i møtet med denne pasientgruppen, slik at jeg kan tilstrebe at hver enkelt pasient kan oppleve å bli sett, å bli hørt og å ha en verdi. At vi sammen kan se på muligheter fremover, motivere til endringer og så små spirer av håp som kan vokse frem i alt det vonde.

Jeg er også takknemlig til min veileder, som har vært en utrolig god støttespiller gjennom en lærerik, men tøff periode. Jeg skal ikke legge skjul på, at å skrive om et emne som ikke har noen gullstandard per i dag, har vært krevende og utfordrende. Dess mer har jeg kjent behovet for å fremme forståelsen og kunnskapen i emnet, og planlegge hvordan jeg kan ta dette med meg videre. Ikke bare inn i min kommende stilling, men hvordan jeg kan dele det med «lungegruppen» på min tidligere arbeidsplass i hjemmesykepleien og hvordan jeg kan bidra, på sikt, til å bygge videre på det jeg har lært, og å lære enda mer fra andre. Og ikke minst, å jobbe videre med å øke kunnskap som kan skape forbedringer.

Sammendrag

Bakgrunn

Astma/kols er øverst på statistikken for reinnleggelser; 30 dagers reinnleggingsraten for pasientgruppen er 29,4 %. Jeg har jobbet på medisinsk lungeavdeling, og pasientens opplevelser og utsagn i forbindelse med reinnleggelser fikk meg til å reflektere over nettopp dette temaet.

Hensikt

Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan pasienter som har vært innlagt med akutt kols-eksaserbasjon opplever utskrivelse og den påfølgende tiden etter, og å beskrive hvordan sykepleieren kan bidra til å forebygge reinnleggelser for denne pasientgruppen.

Metode

Integrativ litteraturstudie, kombinasjon av kvalitative og kvantitative artikler.

Resultater

3 hovedfunn, med tilhørende underkategorier.

| | | |
|---|---|---|
| <p>Kols-pasienter opplever lidelse og sårbarhet både ved og etter utskrivelse</p> <ul style="list-style-type: none">• Usikkerhet og bekymringer• Tap og maktesløshet | <p>Sykepleie-pasient relasjon bygget på samarbeid og likeverd er avgjørende og verdifull for pasientene</p> <ul style="list-style-type: none">• Samarbeid, trygghet og tillit• Muligheter og mening i sårbarhet og lidelse• Mestring og empowerment• Dialog og kunnskapsformidling | <p>Pasientsentrerte verktøy reduserer risiko for reinnleggelse og kan bidra til å styrke mestring</p> <ul style="list-style-type: none">• Handlingsplan• Egenbehandlingsplan• Selvrapporteringverktøy• Skriftlig informasjon |
|---|---|---|

Konklusjon

Reinnleggelser medfører stor lidelse for pasienter med kols, men i lidelsen finnes også muligheter og potensiale til hvordan sykepleieren kan lindre lidelsen; ved å fremme tillit, håp, og mestring.

Travelbees sykepleieteori gjenspeiles tydelig i pasientens opplevelser, og kan benyttes som utgangspunkt for sykepleie til pasientgruppen. Dette kan med fordel suppleres med pasientsentrerte verktøy som har potensiale til å fremme mestring og redusere reinnleggelser.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Forord..... | 2 |
| Sammendrag | 3 |
| Innholdsfortegnelse..... | 4 |
| 1 Innledning | 8 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 8 |
| 1.2 Problemformulering..... | 8 |
| 1.3 Hensikt | 9 |
| 1.4 Begrepsavklaringer | 9 |
| 1.4.1 Helse | 9 |
| 1.4.2 Mestringsforventning..... | 9 |
| 1.4.3 Mestringsevne | 9 |
| 1.5 Avgrensninger | 9 |
| 1.5.1 Pårørende | 9 |
| 1.5.2 Anbefalt kunnskap for sykepleie til kols-pasienter..... | 9 |
| 1.5.3 Tverprofesjonelt samarbeid | 10 |
| 1.5.5 Pasienter..... | 10 |
| 1.5.6 Grunnleggende behov | 10 |
| 1.6 Oppgavens disposisjon..... | 10 |
| 2 Fag og teori | 11 |
| 2.1 Kols..... | 11 |
| 2.1.1 Emfysem og kronisk bronkitt..... | 11 |
| 2.1.2 Symptomer og tegn..... | 12 |

| | |
|---|----|
| 2.1.3 Akutt kols-eksaserbasjon | 12 |
| 2.1.4 BODE-indeks | 12 |
| 2.1.5 Gradering av kols | 13 |
| 2.1.6 Kort om utvalgte behandlingsformer ved kols og kols-eksaserbasjon | 13 |
| 2.2 Sykepleierens ansvar og plikter | 15 |
| 2.3 Mellommenneskelige forhold i sykepleie – en sykepleieteori av Joyce Travelbee | 17 |
| 2.3.1 Sykepleierens funksjon i lys av teorien | 17 |
| 2.3.2 Etablering av et menneske-til-menneske-forhold | 17 |
| 2.3.3 Lidelse | 18 |
| 2.3.4 Håp | 19 |
| 2.3.5 Mening | 19 |
| 2.3.6 Å bruke seg selv terapeutisk | 19 |
| 2.3.7 En målrettet intellektuell tilnærming | 20 |
| 3 Metode | 21 |
| 3.1 Integrativ litteraturstudie | 21 |
| 3.2 Litteratursøk | 22 |
| 3.2.1 Valg av database | 22 |
| 3.2.2 Søkord | 22 |
| 3.3 Valg av artikler | 22 |
| 3.4 Analyse | 23 |
| 4 Resultater | 24 |
| 4.1 Kols-pasienter opplever lidelse og sårbarhet både ved og etter utskrivelse | 24 |
| 4.1.1 Usikkerhet og bekymringer | 24 |
| 4.1.2 Tap og maktesløshet | 25 |

| | |
|---|----|
| 4.2 Sykepleie-pasient relasjon bygget på samarbeid og likeverd er avgjørende og verdifull for pasientene..... | 26 |
| 4.2.1 Samarbeid, trygghet og tillit | 26 |
| 4.2.2 Muligheter og mening i egen sårbarhet og lidelse | 27 |
| 4.2.3 Mestring og empowerment | 27 |
| 4.2.4 Dialog og kunnskapsformidling..... | 28 |
| 4.3 Pasientsentrerte verktøy reduserer risiko for reinnleggelse og kan bidra til å styrke mestring..... | 29 |
| 4.3.1 Handlingsplan | 29 |
| 4.3.2 Egenmestringsplan..... | 30 |
| 4.3.3 Selvrapporteringsverktøy..... | 30 |
| 4.3.4 Skriftlig informasjon..... | 31 |
| 4.3.5 Resultater av tiltakene..... | 31 |
| 5 Diskusjon | 32 |
| 5.1 Metodediskusjon..... | 32 |
| 5.1.1 Svakheter ved metoden | 32 |
| 5.1.2 Sykepleie som fagområde | 33 |
| 5.1.3 Tydelig hensikt, metode og resultater | 33 |
| 5.1.4 Deltakere | 33 |
| 5.1.5 Tidsperiode og tilgjengelig forskning | 34 |
| 5.1.6 Særlige tankeprosesser ved de kvantitative studiene | 34 |
| 5.2.7 utfordringer i prosessen..... | 34 |
| 5.2 Resultatdiskusjon | 35 |
| 5.2.1 Pasientens opplevelse av utskrivelse, og tiden etterpå..... | 35 |
| 5.2.2 Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge reinnleggelser for kols-pasienter | 37 |

| | |
|--|----|
| 5.2.3 Noen tanker i lys av helheten..... | 40 |
| 6 Konklusjon..... | 42 |
| 7 Anvendelse i praksis | 43 |
| References..... | 44 |
| Vedlegg: Oversiktstabell over analysert litteratur | 47 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Svingdørspasientene. Et ord jeg har bemerket meg gjennom mine siste år i helsesektoren, et ord som refererer til pasienter som kort tid etter utskrivelse legges inn på sykehuset på ny. Under min tid på lungeavdelingen så jeg spesielt mange tilfeller av dette. Vi som jobbet på avdelingen bygget gode relasjoner med flere av pasientene, og mange av menneskene jeg møtte har gjort varig inntrykk i mitt hjerte, og preget meg som kommende sykepleier. En pasient fortalte meg at hun hadde hatt flere dager på sykehus og korttidsopphold, enn hun hadde hatt i sitt eget hjem det siste året. En annen ønsket å få et enerom, slik hun kunne få lov til å dø, hun kjente at kroppen var så utslitt etter stadige reinnleggelser, av å ikke få puste. Mange pasienter ble bedre under innleggelsen, men kom allikevel tilbake etter kort tid.

Et kort søk på kols og reinnleggelser viste alarmerende tall. Blant de som er 75 år og eldre som legges inn med kols-forverring, dør 21 % innen 30 dager etter siste innleggelse, og 43 % er døde innen et år (Helseatlas). Kombinert med høy dødelighet, er astma/kols øverst på statistikken for reinnleggelser. I 2019 var den generelle sannsynligheten for reinnleggelse 15,7 %, mens den for pasienter med astma/kols var 29,4 % (Folkehelseinstituttet, 2020).

Som kommende sykepleier kjenner jeg på en sterk følelse av å undersøke hva som kan gjøres for å endre dette. Jeg vil derfor benytte denne oppgaven til å fordype meg i teamet kols og reinnleggelser.

1.2 Problemformulering

Egne erfaringer forteller om hyppige reinnleggelser til sykehus for kols-pasienter, noe tall fra FHI og Helseatlas bekrefter (Folkehelseinstituttet, 2020; Helseatlas). Mine erfaringer forteller også om økt lidelse som følge av reinnleggelser hos denne pasientgruppen. Det indikerer et problemområde med rom for forbedring, og sykepleieren har gjennom sitt virke muligheter til å bidra til slike forbedringer. Hva skjer egentlig i den «usynlige» perioden mellom utskrivelse og reinnleggelse? Hvordan opplever pasientene selv situasjonen ved sykdom, utskrivelse og reinnleggelse? Hva kan sykepleieren gjøre for å forebygge reinnleggelser? Det er behov for å undersøke hvordan pasienter innlagt med akutt kols-eksaserbasjon beskriver utskrivelsen, og den påfølgende tiden etter. Dette kan bidra til forståelse for generelle opplevelser, tanker og følelser

hos pasienten. Det er også behov for å undersøke om det finnes ny, evidensbasert kunnskap som sykepleieren kan benytte ved utforming av sykepleieintervensjoner for å redusere reinnleggelser for denne pasientgruppen. Kombinasjonen av økt kunnskap på disse to områdene har potensiale til å skape en pasientsentrert, evidensbasert helhet i sykepleie til denne pasientgruppen.

1.3 Hensikt

Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan pasienter som har vært innlagt med akutt kols-eksaserbasjon opplever utskrivelse og den påfølgende tiden etter, og å beskrive hvordan sykepleieren kan bidra til å forebygge reinnleggelser for denne pasientgruppen.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Helse

Helse som begrep menes i oppgavens sammenheng pasientens subjektive opplevelse av helse, og at opplevelse av helse har sammenheng med hvor sykt eller friskt mennesket føler seg, uavhengig av diagnostisert sykdom. (Kristoffersen et al., 2017a, s. 29)

1.4.2 Mestringsforventning

En persons indre tro på at en er i stand til å sette seg mål og å gjennomføre dem (Kristoffersen et al. 2017a, s. 314) .

1.4.3 Mestringsevne

Kunnskaper og ferdigheter knyttet til å ivareta og fremme egen helse (Kristoffersen et al. 2017a, s. 259)

1.5 Avgrensninger

1.5.1 Pårørende

Pårørende er ofte sentrale i møtet med den lidende pasient, og det er helt klart viktig at sykepleieren ser helheten i pasientens liv; hvor relasjoner til familie og venner er sentrale. Av hensyn til oppgavens omfang har pårørendes rolle i liten grad blitt vektlagt.

1.5.2 Anbefalt kunnskap for sykepleie til kols-pasienter

Helsedirektoratet har i en faglig veileder for kols spesifisert en rekke anbefalinger og minimumskrav for sykepleiere som jobber med kols-pasienter. Selv om det er innlysende at sykepleier i spesialisthelsetjenesten skal ha inngående kunnskap og forståelse for alle aspekter

ved pasientens forløp, kan dessverre ikke alt inkluderes, og bare noen utvalgte emner utdypes derfor i oppgaven.

1.5.3 Tverprofesjonelt samarbeid

Tverprofesjonelt samarbeid spiller en sentral rolle ved mange pasientforløp, og ofte er behovet for tverrfaglig kompetanse økt med sykdommens alvorlighetsgrad. Det vil ikke utdypes særlig i oppgaven, selv om forfatter erkjenner at etablering av slike team ofte er både viktig og nødvendig for å sikre at pasientens behov ivaretas.

1.5.5 Pasienter

Oppgavens besvarelse er rettet mot sykepleie til pasienter som ikke har betydelig svekket kognitiv funksjon, eller kort forventet levetid. Sykepleie til disse gruppene kan kreve en helt tilnærming, og kan påvirkes av andre faktorer enn det som beskrives i denne oppgave.

1.5.6 Grunnleggende behov

Av hensyn til oppgavens omfang vil ikke grunnleggende behov og tilhørende tiltak utdypes; oppgavens fokus er rettet mot økt forståelse av pasientens opplevelser og potensialet i pasientsentret tilnærminger.

1.6 Oppgavens disposisjon

Kapittel 2: Fag og teori; Det gis et overblikk over utvalgte emner knyttet til kols, utdrag av sykepleierens funksjon og sykepleieteori.

Kapittel 3: Metode; beskrivelse og valg av metode. Fremgangsmåte ved valg av artikler og analyse.

Kapittel 4: Diskusjon; herunder metodediskusjon og resultatdiskusjon

Kapittel 5: Konklusjon og forslag til anvendelse i praksis.

2 Fag og teori

2.1 Kols

Kols står for kronisk obstruktiv lungesykdom og er en samlebetegnelse for lungesykdommer som utvikles gradvis og kjennetegnes ved persisterende luftveismotstand. Tilstanden innebærer en overdreven inflammatorisk respons i luftveiene som følge av eksponering av skadelige partikler eller gasser. Sykdommen er vanlig, men kan forebygges og behandles. Sykdommen er ofte progredierende. Alvorlighetsgraden kan i stor grad påvirkes av komorbiditet. Hjerte-kar sykdom, metabolsk syndrom og diabetes, lungekreft og infeksjoner er noen av sykdomsgruppene kols-pasienter er i risikogruppen for. Det er også vanlig at kols-pasienter har følgetilstander som vekttap, insuffisient ernæring, muskelatrofi, anemi, osteoporose, angst og depresjon (Giæver, 2020, ss. 98-99).

De største risikofaktorene for å utvikle kols er miljøbetinget, hvor to tredjedeler av tilfellene knyttes til tobakksrøyking (Giæver, 2020, s. 105). Eksponering av farlige partikler og gasser, eksempelvis steinstøv og metalledamp, er yrkesrelaterte risikofaktorer. Lav sosioøkonomisk status er også i stor grad relatert til utvikling av kols (Giæver, 2020, s. 105).

2.1.1 Emfysem og kronisk bronkitt

Kols består i hovedsak av ulike kombinasjoner av emfysem og kronisk obstruktiv bronkitt. Emfysem medfører redusert gassutvekslingsareal grunnet tap av kapillærer og at flere alveoler faller sammen til én som følge av destruksjon av alveoleveggen. Tap av elastiske fibre medfører at den elastiske tilbakefjæringskraften i lungenes svekkes. Skadene medfører dynamisk luftveissammenfall; såkalt «air-trapping» og innebærer at luften perifert for sammenfallet ikke slipper ut ved ekspirasjon (Giæver, 2020, ss. 34-37, 99). Kronisk obstruktiv bronkitt medfører høyere luftveismotstand som følge av økt inflammasjon i luftveiene og økt slimproduksjon (Giæver, 2020, s. 100).

Hyperinflaterte lunger kan oppstå som følge av at pasientene tilpasser seg mekanismene ved air-trapping, og krever aktiv bruk respirasjonsmuskler. Dette er en av årsakene til at ekspirasjon er mer krevende for mennesker med kols. Hyperinflasjon kan ses tidlig i sykdomsforløpet, og det antas at det i stor grad bidrar til funksjonsdyspne og redusert arbeidskapasitet (Giæver, 2020, 101-102).

2.1.2 Symptomer og tegn

Kort oppsummer er altså de vanligste symptomene ved kols dyspne, og anstrengelser ved ekspirasjon. Dyspne forekommer spesielt ved aktivitet, men ved alvorligere tilfeller av kols også i hvile. Ortopné er ikke uvanlig, og er akutt dyspne i liggende stilling. Mange kols-pasienter sliter med kronisk hoste og økt slimproduksjon i luftveiene. Lyder fra luftveiene forekommer ofte, eksempelvis stridor og flertonige ekspiratoriske pipelyder. Opphør av slike pipelyder kan i midlertidig være et faresignal som kan tyde på høygradig obstruksjon eller nedsatt ekspirasjonskraft. Symptomer og tegn kan variere fra pasient til pasient (Giæver, 2020; s. 22-26, s. 123).

2.1.3 Akutt kols-eksaserbasjon

Når plager og symptomer som skyldes sykdom forverres, kalles det eksaserbasjon (Roald, 2020). Typisk er økende dyspne, respiratoriske lyder, feber og produktiv hoste. Ekspektorat kan øke i mengde, seighet og endre farge. Luftveisinfeksjon eller luftforurensning er som regel årsakene til kols-eksaserbasjon, men ved noen av tilfellene finner man ingen sikker årsak (Giæver, 2020, s. 123). Kols-pasienter som allerede har hatt en eller to forverringer det siste året, har høyere risiko for å få nye eksaserbasjoner (Giæver, 2020, s. 99). Det er viktig å ha i bakhodet at symptomene ved kols-forverring kan ha andre årsaker, og at forverring av kols, også kan medføre forverring av komorbiditeter (Giæver, 2020, s. 113).

2.1.4 BODE-indeks

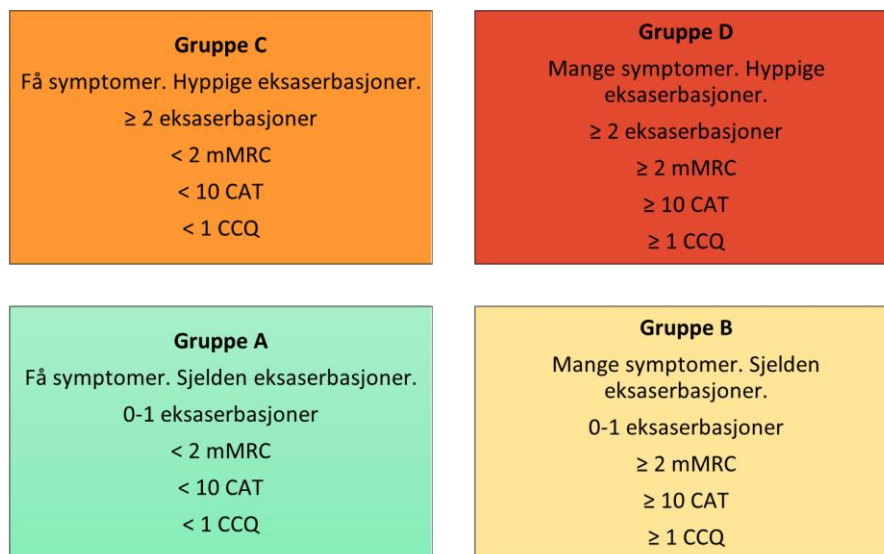
Helt kort nevnes BODE-indeksen, en enkel evaluering som kan forutsi overlevelse bedre i helhet, enn enkeltkomponentene kan separat.

- B – Body mass indeks (21 eller lavere)
- O - Obstruction (FEV1 etter bronkodialatorer)
- D – Dyspnea (mMRC)
- E – Exercise (6 minutters gangtest)

Summen av de ulike målte komponentene gir en samlet score på BODE-indeksen som indikerer lavere overlevelsessannsynlighet dess høyere poengsum.

2.1.5 Gradering av kols

De siste årene har gradering av kols endret seg noe, og baserer seg mer på selvrappoteringskjema og frekvensen av eksaserbasjoner. Validerte skjema til dette er Council Dyspnea Score (mMRC), Clinical COPD Questionnaire (CCQ) eller COPD Assessment test (CAT). På bakgrunn av dette deles pasientens sykdomsgrad inn i ulike grupper; A, B, C og D, se figur 1 (Giæver, 2020, s. 109, 111-113).



Figur 1: Gradering av kols. Gjenskap og tilpasset av forfatter, basert på «Gradering av behandlingsgrupper» (Helsedirektoratet, 2012, s. 27)

2.1.6 Kort om utvalgte behandlingsformer ved kols og kols-eksaserbasjon

Avsnittet tar utgangspunkt i noen av anbefalingene som beskrevet av helsedirektoratet (2012) og da inkluderes enkelte utvalgte medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingsformer som er viktig å kjenne til ved sykepleie til kols-pasienter.

Kols kan ikke helbredes, så målet med behandling ved stabil kols er å lindre og redusere symptomer, bedre livskvalitet og generell helsestatus, og forebygge sykdomsprogresjon og eksaserbasjoner. Ved kols-eksaserbasjon kan behandlingen skille seg fra behandling i stabil fase, med mål om å dempe den akutte inflammasjonen og reversere den nyoppståtte obstruksjonen (Giæver, 2020, s. 110, 123-124).

Først må det nevnes at røykestopp er det eneste som kan bremse sykdomsutvikling, og som med sikkerhet kan forlenge livet uansett alder. Hos røykere kan lungefunksjonen (FEV1) årlig falle

opptil fem ganger mer enn hos ikke-røykere. Dersom man slutter å røyke, tar det kun kort tid før lungefunksjonsfallet er på samme nivå som ikke-røykere (Giæver, 2020, s. 105, 113-114).

Vanlige inhalasjoner

Kols-pasienter behandles fortrinnsvis med inhalasjonsmedisiner, som i hovedsak består av kort- og lantidsvirkende beta2-agonister og antikolinergika. Begge legemiddelgruppene virker bronkodilaterende, og gis ofte i kombinasjon for økt effekt. Inhalasjonssteroider, i kombinasjon med langtidsvirkende-beta-2-agonister, kan i visse tilfeller være indisert. Sykepleier har en viktig rolle ved å kontrollere pasientenes inhalasjonsteknikk, da selv med riktig teknikk er det kun 30 % av lege middelet som kommer ned i lungene (Helsedirektoratet, 2012, s. 79-81, 83, 88).

Behandling ved kols-eksaserbasjoner

Jo raskere symptomer på forverring oppdages, jo raskere kan behandling forverringen starte. I tillegg til inhalasjonsbehandling og oksygenbehandling, benyttes ofte glukokortikoider (steroidhormoner) som har inflammasjonsdempende effekt. Antibiotika kan være nødvendig.

Slimløsende legemidler er ofte brukt, men har ikke dokumentert effekt og anbefales ikke i de nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet, 2012, s. 95-98).

Egenbehandling ved eksaserbasjoner

Veilederen inkluderer en egenbehandlingsplan pasienter som har mottatt adekvat opplæring kan benytte ved eksaserbasjoner, se figur 2.

Symptomsbyrden vurderes subjektivt av pasientene og egenobservasjon av ekspektorat. Symptomene klassifiseres i grønn, gul eller rød sone, med tilhørende medisinske tiltak og instruksjoner på når man skal kontakte lege, eller ringe nødnummeret (Helsedirektoratet, 2012, s. 94, 166-167).

15.12 Skjema for egenbehandlingsplan ved forverring av kols

Navn: _____ Født: _____
Fastlege: _____ Telefon: _____

BEHANDLING I STABIL FASE:

| | | | |
|--------------------|--------------------------|------------|-------------------------------|
| Kols GOLD stadium: | Beste FEV ₁ : | Beste FVC: | PaO ₂ stabil fase: |
|--------------------|--------------------------|------------|-------------------------------|

BMRC åndenød grad: _____

Eventuell oksygenbehandling.l/min

LEGEMIDLER (se vedlagte legemiddelliste).

| Navn | Styrke | Dose | Hvor ofte? |
|------|--------|------|------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

HVA SKAL DU GJØRE VED FORVERRING?
(Tyngre pust, økt hoste med eller uten økt sekretproduksjon i forhold til i hva som er vanlig.)

| SYMPTOM | Stabil fase Grønn sone | Moderat- pass på! Gul sone | FARE-ring lege Rød sone |
|------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Tungpust | Som vanlig | Verre enn vanlig | Mye verre enn vanlig |
| Hoste | Som vanlig | Mer enn vanlig | Mye verre enn vanlig |
| Sekretproduksjon | Som vanlig | Mer enn vanlig | Mye verre enn vanlig |

Figur 2: Egenbehandlingsplan, av Helsedirektoratet (2012, s. 166)

Ikke-medikamentell behandling ved akutt-kols eksaserasjon

Teknikker som pusteteknikk, PEP-fløyte og rask mobilisering kan være slimløsende. Ernæringsbehandling kan være aktuelt, og behovet må kartlegges og vurderes. Utskrivelsen bør planlegges i god tid (Helsedirektoratet, 2012, s. 99-100).

2.2 Sykepleierens ansvar og plikter

Sykepleierens ansvar og plikter er lovfestede, men bestemmes også av helsepolitiske føringer og sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2017b, s. 15-17). Følgende presenteres noen utdrag som kan være aktuelle for sykepleieren å kjenne til i møtet med mennesker med kols-sykdom.

Som nevnt er kols er en kronisk sykdom, ofte progredierende og ses ofte i kombinasjoner med komorbiditeter og andre følgetilstander. Å leve med kols kan medføre fysiske og psykiske lidelser, og sykepleieren har en ansvar for å lindre lidelse og yte omsorgsfull hjelp til pasienter (Norsk Sykepleieforbund, 2019, 2.10). Punkt 2 i de yrkesetiske retningslinjene tydeliggjør det særlige ansvaret sykepleieren har overfor pasienten; «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» (Norsk Sykepleieforbund, 2019)

Underpunktene spesifiserer og fremhever viktige aspekter av dette, blant annet ved å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienter, og ved å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige beslutninger basert på formidling av informasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2019, 2.2; 2.5).

Sykepleien omfattes også av en rekke lover. Mange pasienter med kols kan ha behov for langvarig helsehjelp fra flere ulike tjenesteytere. Pasienter i denne kategorien har rett til en individuell plan som skal bidra til helhetlig tilbud gjennom samarbeid med ulike tjenesteutøvere (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §2-5). Retten til individuell plan styrkes av sykepleierens plikt, jf. forsvarlighetskravet, til å delta i utforming av individuell plan (Helsepersonelloven, 2001, §4).

Som det fremkommer av de yrkesetiske retningslinjene, skal sykepleieren formidle informasjon og sikre pasientens rett til medbestemmelse. Dette omtales også i pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1 og §3-2, som henholdsvis omhandler rett til medbestemmelse og rett på informasjon. Pasienter har med andre ord en lovfestet rettighet til å medvirke ved

gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og det skal tilstrebes at tjenestetilbudet utføres i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1).

Det er også flere ulike helsepolitiske styringer som påvirker sykepleien. I helt korte trekk ble samhandlingsreformen utarbeidet som følge av fragmenterte helsetjenester, for lite begrensede og forebyggende innsats i helsetjenestene og økende demografisk og økonomisk press på helsevesenet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Hovedgrepene i reformen tok sikte på å imøtekomme disse utfordringene, både med hensyn til pasientenes opplevelser av helsevesenet og med hensyn til økonomisk bærekraftig helsetjeneste. Forskningsrådet har lagt frem en evalueringsrapport om samhandlingsreformen (Norges forskningsråd, 2016). Den viste blant annet at, motsatt av det som var intensjonen med reformen, at en del pasienter opplever et oppstykket forløpet i hjem-sykehus-hjem fasene. Oppnåelse av målet om helhetlige pasientforløp var usikkert, og det ble satt spørsmålsteget blant annet ved effektiviteten av arbeidet som utformet diagnosespesifikke forløp. Kommunene hadde utfordringer med å ta slike forløp i bruk. Derimot var personsentrerte, diagnoseuavhengige forløp mer vellykket, men også de vanskelige å utvikle og implementere. Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten så heller ikke ut til å være godt nok utnyttet (Norges forskningsråd, 2016). Noen av punktene som nevnes her, synes å ha blitt kastet lys på i Nasjonal Helse og Sykehusplan 2020-2023 (2019). Planen beskriver hvordan helsepersonell kan jobbe for å skape pasientenes helsetjeneste på en bærekraftig måte, og handler i grove trekk blant annet om at helsetjenester skal basere seg på hva som er viktig for den individuelle pasient. Planen åpner for økt samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, blant annet ved å tilby flere tjenester virtuelt og fysisk i pasientens eget hjem (Norges forskningsråd, 2016).

For å bygge videre på sykepleiens ansvar og plikt i møtet med det kols-syke mennesket, kan sykepleieteorier være nyttige rammeverk og hjelpemiddel til å belyse begrep og tankesett (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø (red.), 2017a, s.). Joyce Travelbee's interaksjonsteori fokus på samhandling mellom sykepleier og pasient i form av å styrke den mellommenneskelige relasjonen. Teorien presenteres derfor i følgende avsnitt som et mulig perspektiv på sykepleie til mennesker rammet av kols.

2.3 Mellommenneskelige forhold i sykepleie – en sykepleieteori av Joyce Travelbee

Travelbee's sykepleieteori er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø (red.), 2017a, s. 29). Før teorien presenteres, bør det avklares litt om begrepsbruken rundt sykepleier og pasient opp mot Travelbee's sykepleieteori. Generaliserte oppfatninger, dvs. pasient og sykepleier som begrep, tar Travelbee sterk avstand fra; hun mener det utsetter og dekker over personlige og spesielle trekk og kjennetegn hos det unike mennesket (Kristoffersen et al., 2017a, s. 32). Mennesker kan dele fellesmenneskelige erfaringer, men selve mennesket er unikt, enestående og uerstattelig, ifølge Travelbee (Kristoffersen et al., 2017a, s. 29). I oppgaven benyttes likevel begrepene sykepleier og pasient av praktiske årsaker ved at det gir et tydelig skille på formidling av perspektiv.

2.3.1 Sykepleierens funksjon i lys av teorien

Travelbee beskriver lidelse som en del av livet, sykepleierens hensikt og mål er å hjelpe pasienten til å forebygge eller mestre medfølgende erfaringer ved lidelse og sykdom, og samtidig hjelpe pasienten til å finne mening erfaringene (Kristoffersen et al., 2017a, s. 29-30). Dette krever, ifølge Travelbee, at sykepleieren etablerer et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Dette innebærer at begge parter beveger seg vekk fra stereotypiske antakelser om den andre, over til en relasjon hvor de ser hverandre som unike mennesker. Dette er selve interaksjonsprosessen i teorien, og innebærer fem faser (Kristoffersen et al., 2017a, s. 32-33)

2.3.2 Etablering av et menneske-til-menneske-forhold

Fase en – det første møtet. Førsteintrykk, generaliseringer og tidligere erfaringer er stikkord som preger denne fasen. Et ansvar faller derimot på sykepleieren her om å bryte med generaliserte ideer om hvem pasienten er, for å forhindre at omsorgen blir overfladisk, mekanisk og upersonlig (Kristoffersen et al., 2017a, s. 32-33)

Fase to – identiteter vokser frem. Partene begynner her å se mennesket i den andre, ikke bare rollen. Et kontaktforhold dannes, og sykepleieren får begynnende innsikt i pasientens opplevelser (Kristoffersen et al., 2017a, s. 33)

Fase tre – empati. Empati beskrives av Travelbee som en bevist kognitiv forståelse til hva det andre mennesket opplever, der og da, i øyeblikket. Det er en evne som gir sykepleieren forståelse for indre opplevelser og ytre atferd. Sykepleieren kan ikke føle empati for alle, ifølge Travelbee,

ettersom utgangspunktet for empati er likheter i partenes erfaringsbakgrunn. Evnen til empati må utvikles gjennom å øke egen erfaringsbakgrunn gjennom egen livserfaring og møte med andre pasienter. Empati medfører nærhet og kontakt, samtidig som pasienten kan oppleve seg ekstra sårbar og utsatt. Det er svært viktig at sykepleieren ivaretar tilliten pasienten har vist med sin åpenhet. Det er viktig å nevne at Travelbees beskrivelse av empati som begrep ikke er ens med beskrivelser fra nyere forskning (Kristoffersen et al., 2017a, s. 33-34).

Fase fire – sympati. Som et resultat av den empatiske prosessen, oppstår sympati som en holdning hos sykepleieren, som formidles, verbalt og ikke-verbalt, til pasienten og samtidig innebærer ønske om å hjelpe. Formidlingen viser engasjement ved at man bryr seg om hvordan pasienten har det; at pasienten slipper å bære lidelsens byrde alene ved at sykepleieren viser forståelse og deler fortvilelsen. Ifølge Travelbee kan sympati bidra til økt mestring hos pasienten, og kan være avgjørende for pasientens vilje til å leve, og vilje til å dø (Kristoffersen et al., 2017a, s. 33-34).

Fase fem – kontakt og gjensidig forståelse. Som et resultat av interaksjonene i de tidligere fasene etableres det gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleieren har benyttet sine kunnskaper og ferdigheter til å forstå og hjelpe pasienten, som medfører at pasienten får et sterkt tillitsforhold til sykepleieren (Kristoffersen et al., 2017a, s. 34).

2.3.3 Lidelse

Trusler mot det vi verdsetter medfører lidelse, og dess større betydning det som trues er, dess sterkere lidelse vil det medføre. Lidelse beskrives som en fellesmenneskelig opplevelse, men selve opplevelsen av lidelse er høyest individuell. Lidelse kan oppleves som ulike faser, fra forbigående ubehag og plager, til apatisk likegyldighet. Apatisk likegyldighet vises ved uttrykk om mangel på vilje til å leve for omstendighetene. Fasen før apatisk likegyldighet, beskrives som «jeg gir blaffen»-fortvilelsen, og Travelbee beskriver fasen som en mellommenneskelig «øyeblikkelig-hjelp» situasjon, hvor det er avgjørende at sykepleieren griper inn for å forhindre forverring. Disse to fasene lidelse kan en spesielt se hos mennesker som reagerer med «hvorfor meg» på situasjonen. Følelser av selvmedlidenhet, sinne, bebreidelse, forvirring og depresjon er ikke uvanlig for mennesker som reagerer på denne måten. Noen mennesker reagerer derimot

med «hvorfør ikke meg», og har en naturlig aksept av situasjonen og kan ofte bedre håndtere sin lidelse, selv om de kjenner på lidelse som alle andre, og også har behov for støtte og hjelp (Kristoffersen et al., 2017a, s. 31-32).

2.3.4 Håp

Håp er en indre tro på at oppnåelse av et ønske medfører en forandring til det bedre, at noe kan bli mer behagelig, meningsfylt eller glederikt. Håpet, som beskrevet av Travelbee, har flere kjennetegn. Håp knyttes til forventningen om å motta hjelp når en trenger det, det knyttes til framtiden og bidrar til utholdenhet i lidelsen, håp knyttes til valg, ønsker og at man kan oppnå ønsket. Håp knytter seg også til tillit, å tro på at man får hjelp når man har behov for det, og til mot og utholdenhet, å holde ut lidelse og erkjenne tap ved sykdom (Kristoffersen et al., 2017a, s. 30).

2.3.5 Mening

Travelbee mener at et menneske som lider vil forsøke å finne en årsak eller forklaring på lidelsen. Meningen er subjektiv, og hver enkelt person må selv finne frem til hva meningen er. Det innebærer derfor at svarene den enkelte finner, er høyst personlig, og påvirker pasientens opplevelse av situasjonen. Mening kan ikke overføres fra person til person, men sykepleieren kan styrke pasientens følelse av å verdi og betydning, og på den måten kan pasienten føle seg meningsfull (Kristoffersen et al., 2017a, s. 32).

2.3.6 Å bruke seg selv terapeutisk

Kommunikasjon, ifølge Travelbee, er et av sykepleierens viktigste redskaper som sikrer at sykepleierens tiltak utarbeides basert på pasientens formidlede behov. Hun mener hvordan sykepleieren gjør bruk av sin særegne personlighet og metoder i møtet med pasienten, er viktigere enn bruk av kommunikasjonsteknikker. Dette gjelder særlig når sykepleieren går inn i prosessen ved etablering av menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen et al., 2017a, s. 34).

Når sykepleieren bruker seg selv på en bevisst og hensiktsmessig måte i samarbeidet med pasienten og dette fremmer en forandring som kan medføre lindring eller reduksjon av pasientens lidelse og plager, er det hensiktsmessig og terapeutisk. Fornuft og intellekt knyttes opp mot slike evner, og Travelbee understreker de må utvikles av sykepleieren, noe som medfører flere krav. Sykepleieren må ha selvinnsikt, selvforståelse, og et gjennomtenkt forhold

til egne verdier og holdninger til lidelse, sykdom, og døden. Videre må sykepleieren ha evne til å forutse egen og andres atferd. Travelbee mener den profesjonelle sykepleier kjennetegnes ved å inneha evnen til å kunne bruke seg selv terapeutisk (Kristoffersen et al., 2017a, s. 34-35).

2.3.7 En målrettet intellektuell tilnærming

Travelbee beskriver en prosess, som for øvrig kan sammenlignes med den problemløsende metode, som kombinerer sykepleierens fagkunnskaper og innsikt i tilnærmingen til pasienten for å komme frem til pasientenes behov og hvordan de best kan imøtekommes. Prosessen innebærer at sykepleieren kartlegger pasientens behov ved observasjon og søker bekræftelse eller avkreftelse på dette. Dette etterfølges med utarbeidelse av en plan med tiltak, og evalueres så for å vurdere om pasientens behov er imøtekommet. Travelbee formidler at en sykepleier som tenker logisk, reflekterer, resonnerer og overveier, og som bruker en intellektuell tilnæringsmåte har evnen til å analysere og sammenfatte og er derfor i stand til å imøtekomme pasientens behov (Kristoffersen et al., 2017a, s. 35).

3 Metode

Metode innebærer en fremgangsmåte som benyttes ved innsamling av data, som kan danne grunnlag for ny kunnskap. Ulike metoder innebærer ulike krav, men å jobbe metodisk innebærer at argumentasjonen overholder intellektuelle standarder, som krever ærlighet og sannhet, og systematisering av tanker (Dalland, 2019, s. 51). Metode blir et verktøy til å søke og samle inn informasjonen som er nødvendig for å gi svar på det som ønskes undersøkt (Dalland, 2019, s. 50-51).

Kvantitative metoder bidrar med resultater i målbare enheter, mens kvalitative metoder bidrar med resultater som kan øke forståelse for opplevelser og meninger (Dalland, 2019, s. 52). Kvantitative metoder med sterk beviskraft er studier utført som randomisert kontrollstudie (RCT); det innebærer i generelle trekk at en intervensjonsgruppe sammenlignes med en kontrollgruppe basert på tilfeldig utvelgelse og at effekt av intervensjoner måles på bakgrunn av disse sammenligninger, mens kvasiekperiment har dette idealet, men av ulike forhindringer ikke kan følge denne metodens struktur fullt ut (Friberg, 2017, s. 120). Beviskraft for kvalitative studier kan ikke vurderes på samme måte, men må granskes ut fra artikkelen som helhet (Friberg, 2017, s. 130).

3.1 Integrativ litteraturstudie

Denne oppgaven utarbeides etter modell for integrativt litteraturstudie, som er en metode for en strukturert og systematisk fremgangsmåte til å kartlegge kunnskap innen et emne, for og så syntetisere kunnskapen til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 141). Modellen er beskrevet i kapittel 12 i Fribergs «Dags För Uppsats» (2017). Modellen åpner for å benytte både kvantitative og kvalitative artikler i kombinasjon, for å belyse kunnskapen innen det valgte emnet (Friberg, 2017, s. 143). Modellen for integrativ litteraturstudie vil derfor suppleres med kapittel 10 og 11 i Fribergs «Dags För Uppsats», som henholdsvis omhandler modell for kvantitativ forskning og kvalitativ forskning.

I oppgaven er de analyserte artiklene både av kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative artiklene søkes med utgangspunkt i å belyse hvilke sykepleieintervensjoner som kan bidra med å forebygge reinnleggelser for kols-pasienter. For å fremskaffe kunnskap som kan øke forståelsen

for pasienters opplevelse ved utskrivelse fra sykehus og den påfølgende perioden, vil søket rette seg mot kvalitative artikler med fokus på pasientperspektivet til kols-pasienter.

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Valg av database

Det innledende litteratursøket ble utført på norsk i Idunn, og på engelsk i Cinahl og British Nursing Index. Da Cinahl viste til flest relevante studier, ble det hovedsakelig søkt i denne databasen. Flere av de samme søkene ble kontrollert opp mot British Nursing Index, dessverre uten signifikante avvikende resultater. Dette er sannsynligvis fordi Cinahl har et betydelig større mengde artikler og tidsskrifter tilgjengelig (Briscoe & Cooper, 2014). Alle artikler er hentet fra søk via Cinahl.

Søkeord ble utvalgt på bakgrunn av innledende søk, ordbruk i «subject»-seksjonen i artiklene som var av relevans og innhold i leste artikler.

3.2.2 Søkeord

Det ble benyttet engelske søkeord kombinert med boolesk søketeknikk. Avgrensning til pasientgruppen ble basert på diagnosespesifikke ord som «COPD» og «chronic obstructive pulmonary disease». Ved bruk av «AND» ble pasientgruppe kombinert med situasjonsbeskrivende ord; «readmission», «rehospitalization» og variasjoner av skrivemåter av disse ordene, samt «patient discharge», «returning home», «after hospital discharge», og «discharge or transition or going home or patient discharge».

For kvantitative søk ble pasientgruppe og situasjon ble kombinert med «nurse or nurses or nursing», «prevention or intervention or treatment or program», «intervention or treatment or therapy».

For kvalitative søk ble søket kombinert med ord som kunne få frem studier med pasientperspektiv; «patient perception or attitude or opinion or experience or perspective or views or feelings or thoughts».

3.3 Valg av artikler

En rekke artikler ble lest og vurdert for relevans til oppgaven, og ved inklusjon og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriterier for kvantitative artikler var effekt, og tydelig beskrivelse,

av intervensjonene slik at de kan gjenskapes, og at de kunne utføres av en sykepleier med grunnleggende utdanning. Kvalitative artikler ble vurdert ut fra relevans til oppgavens hensikt og sykepleierens funksjon. Felleskriterier innebar riktig pasientgruppe og relevant sykdomsgrad. Med hensyn til geografisk setting, ble søket i første omgang innsnevret til studier utført i Norden da det best kan gjenspeile de gjeldende faktorer i helsevesenet, men inkluderte også studier fra andre land. Dette drøftes mer utfyllende i metodediskusjon. Til slutt var det søkt etter nyere forskning, dvs. de siste 10 årene. For utfyllende informasjon om de analyserte artikler, se vedlegg.

3.4 Analyse

Artiklene er systematisk analysert med hensyn til metoden, perspektiv og i lys av relevans til oppgavens hensikt. Artiklene ble først lest flere ganger for å danne en god forståelse for helheten i artiklene og relevante funn notert ned, som anbefalt og beskrevet i den valgte metoden (Friberg, 2017). Den videre analysen innebar datasortering og datareduksjon, hvor data fra de ulike studiene ble sortert i gjengående og relevante tema, og datamengden ble redusert slik at det som er relevant for oppgavens hensikt fremheves. Altså er det i de kvantitative artiklene gransket etter data som viser til sykepleieintervensjoner som kan bidra til å redusere reinnleggelser for pasienter med kols. I de kvalitative artiklene er det søkt etter data som viser til pasientenes opplevelse av tiden etter utskrivelse og data som viser til viktige elementer i sykepleierens utøvelse av sykepleie til pasientgruppen. Gjengående og underliggende tendenser som fremkommer av analysen identifiseres og fortolkes slik at konklusjoner kan trekkes på bakgrunn av det samlede materiale, slik at delene settes sammen til en ny helhet. Resultatet av denne analysen vil presenteres i neste avsnitt.

4 Resultater

Analysen ga 3 hovedfunn. Hver boks representerer et hovedfunn, med tilhørende underkategorier.

| | | |
|---|---|---|
| <p>Kols-pasienter opplever lidelse og sårbarhet både ved og etter utskrivelse</p> <ul style="list-style-type: none">• Usikkerhet og bekymringer• Tap og maktesløshet | <p>Sykepleie-pasient relasjon bygget på samarbeid og likeverd er avgjørende og verdifull for pasientene</p> <ul style="list-style-type: none">• Samarbeid, trygghet og tillit• Muligheter og mening i sårbarhet og lidelse• Mestring og empowerment• Dialog og kunnskapsformidling | <p>Pasientsentrerte verktøy reduserer risiko for reinnleggelse og kan bidra til å styrke mestring</p> <ul style="list-style-type: none">• Handlingsplan• Egenbehandlingsplan• Selvrapporteringverktøy• Skriftlig informasjon |
|---|---|---|

4.1 Kols-pasienter opplever lidelse og sårbarhet både ved og etter utskrivelse

4.1.1 Usikkerhet og bekymringer

Bekymringer og usikkerhet ble gjenspeilet i på følelser av mangel på kontroll, mangel på tilstrekkelig informasjon og å føle seg uforberedt. Bekymringer for å være en byrde på familien kom også frem.

Usikkerhet og bekymringer pasienter opplevde i forbindelse ved utskrivelse startet allerede ved innleggelsen, som i seg selv ble beskrevet som urovekkende og ukontrollerbar. I forbindelse med planlegging av utskrivelse kunne tidligere erfaringer med forverring og reinnleggelser medføre økt bekymring (Andersen, Thomsen, Bruun, Bødtger & Hounsgaard, 2017, s. 5). I en annen studie uttrykket en pasient bekymring ved utskrivelse på denne måten;

But I tell you that I'm a little worried, because I worry about going back home, but not from a financial point of view, just from the standpoint of what I will do and how I will face life in this way, you know....
(Rosa, et al, 2018, s.1113)

Mangel på tilstrekkelig informasjon kunne også være medvirkende til usikkerhet, i studien til Leine, Wahl, Borge, Hustavenes & Bondevik (2017) kom det frem at mangel på informasjon økte angst og utrygghet, og at samtlige av deltakerne var bekymret for forverring og hadde behov for informasjon og kunnskap (Leine et al. 2017: s 2760).

En annen årsak til bekymring var frykt for å bli en byrde på familien, slike opplevelser ble beskrevet både i studien til Rosa et al. (2018) og i studien til Andersen et al. (2017).

4.1.2 Tap og maktesløshet

Det var ikke bare familien pasientene opplevde seg som en byrde for, noen opplevde seg også som en byrde på helsevesenet. Dette kunne bety at pasientene opplevde å føle tap av selvværd; noen formidlet at de følte de ikke fortjente helsehjelp på lik linje som andre. I studien til Leine et al (2017: s. 2760) forklarer en pasient hvordan skyldfølelsen for å enda røyke, gjorde at hun følte at hun ikke alltid fortjente helsehjelp. I en annen studie fortalte en pasient at han ikke ville forstyrre en ambulanse, når det var andre som fortjente det mer:

I did not phone myself (the emergency number). I called the doctor on duty who sent me to the hospital. But I told him: «I did not ask». I had indeed said «I do not want to disturb an ambulance when there are people who definitely are more in need than me. (Rosa et al., 2018, s. 1113)

Andre former for tap ble også skildret i de ulike artiklene. Tap av helse, funksjon, håp og fremtidsutsikter ble beskrevet i studien til Rosa et al. (2018), også maktesløsheten pasientene kunne oppleve i egen situasjon. En av pasientene beskrev sin typiske dag slik;

My typical day right now, I get out of bed, have breakfast and then wait, from one chair to another, eh, how do you want my day to be? All my life I have had breathing problems, so... so... On the other hand, what can I do?! (Rosa et al. 2018: s. 1113)

En annen pasient hadde uttrykket følende;

I will be angry until I die, because I died in 2005. I was a healthy, active man, a little man but strong. Now, I can't even get out of bed and go; nothing, nothing. I have a shattering weakness. (Rosa et al., 2018: s. 1115)

Begge sitatene viser til at de opplever tap av helse og funksjon, tap av muligheter, tap av håp og en følelse av maktesløshet i hvordan de opplever egen livssituasjon. Også formuleringer fra helsepersonell hadde bidratt til disse følelsene;

Here they did say that the situation was hopeless, that I had COPD and that I would have to come here regularly to be checked if it did go ahead (progress) if it gets worse or remains. So, on that beautiful summer day in 2005 they pulled the trigger on me. (Rosa et al. 2018: s. 1115)

Pasienten beskriver her hvordan diagnosen opplevdes som et tap av selve livet. Også i artikkelen til Andersen et al. (2017, s. 7) uttrykkes det opplevelser av maktesløshet, fortvilelse og tap.

En pasient uttrykket at selv om hun følte på ensomhet, opplevde hun at kols-diagnosen var det eneste legene fokuserte på, uansett hva. (Leine et al. 2017: s. 2759). Det uttrykket et behov for å bli sett og anerkjent for mennesket man er, ikke bare sykdommen man har (Leine et al. 2017: s. 7).

4.2 Sykepleie-pasient relasjon bygget på samarbeid og likeverd er avgjørende og verdifull for pasientene

4.2.1 Samarbeid, trygghet og tillit

Samarbeid og tillit var gjentagende faktorer av stor betydning i flere av studiene. I studiene til Hegelund, Andersen, Andersen & Bodtger (2019) og McGill (2020), ble intervensjoner for å forebygge reinnleggelser og lindre symptomsbyrden basert på samarbeid med pasienten og den enkeltes pasient individuelle behov, motivasjoner og utfordringer. Å ha en tillitsfull relasjon til sykepleieren ble beskrevet som et grunnleggende behov for selve dialogen (Leine et al. 2017: s. 2759).

Opplevelser om interaksjoner med helsepersonell kunne vedvare lenge etter utskrivelsen (Andersen et al. 2017, s. 7). Tidligere negative opplevelser kunne medføre at pasienter forsøkte å unngå å oppsøke helsehjelp når behov oppstod. En pasient hadde i forbindelse med en innleggelse opplevd å måtte vente så lenge at hun følte seg oversett og ikke ville være til bry, som medførte at hun ville unngå innleggelse på sykehus (Andersen et al. 2017: s. 7). Slike erfaringer kan medføre at tilliten pasientene har, svekkes.

I studien til Leine et al (2017), beskrives derimot hvordan tidligere positive opplevelser medførte endring av livsstil og tankesett, og at endringene vedvarte selv etter samarbeidsforløpet hadde opphørt. Relasjonen til sykepleieren i studien var av stor verdi for pasientene. Sykepleieren hadde vist tilgjengelighet overfor pasientene, gitt tid til å lytte og gitt svar på spørsmål (Leine et al. 2017: s. 2759-2761).

Å ha noen å snakke med om sykdommen, å oppleve støtte og at noen hadde tro på dem, var viktige faktorer som kom frem når pasientene beskrev hva som fremmet trygghet (Leine et al., 2017, 2761). Også å bli fulgt opp i etterkant av en innleggelse økte trygghetsfølelsen; «They [the health professionals] followed up more this time, so I felt valued. I wasn't just sent home and forgotten» (Andersen et al. 2017; s. 7).

4.2.2 Muligheter og mening i egen sårbarhet og lidelse

Motivasjon til å være medvirkende i avgjørelser angående egen helse og plan for utskrivelse omhandlet ikke nødvendigvis selve sykdommen, men heller å imøtekomme og tilpasse seg utfordringer i hverdagen (Andersen et al. 2017: s. 6). Flere av studiene understreker viktigheten av å ta utgangspunkt i pasientens individuelle behov og opplevelser av egen situasjon (Hegelund et al., 2019; McGill., 2020; Andersen et al., 2017; Leine et al., 2017). I studien til Andersen et al. (2017) kommer det frem at pasienter kan benytte ulike strategier i forsøk på å skape kontroll og mestring ved sykdom. Strategiene kunne være både passive og aktive. Før utskrivelse kunne typiske passive strategier omhandle behov for å forlenge sykehusoppholdet for å hvile og samle krefter, mens typiske aktive strategier kunne vise seg ved at pasienten forberedte seg på utskrivelse ved aktiv gjenopptrening (Andersen et al. 2017: s. 6-8). Etter utskrivelse ble det også identifisert ulike strategier for å mestre hverdagen, ofte var dette begrensende strategier som innebar at pasientene imøtekom hverdagen ved å redusere aktivitetsnivået (Andersen et al. 2017; s. 9). De ulike strategiene ble i studien fremhevet som potensiale med stor nytteverdi for sykepleieren i arbeidet for å imøtekomme bekymringer og behov ved mestring relatert til redusert helse og mulige forverringer etter utskrivelsen. Å bli anerkjent på strategiene kunne gi pasientene en følelse av å bli respektert og anerkjent (Andersen et al. 2017; s. 6), dette argumenteres også av forfatterne i studien til Rosa (et al. 2018; s. 1117) hvor de anbefaler sykepleierne å gjenkjenne pasientenes fysiske og psykiske mestringsmekanismer slik at sykepleieren med utgangspunkt i dette kan bidra med å utvikle pasientens selvtillit og selvstendighet.

4.2.3 Mestring og empowerment

Pasientenes mestringsevner ble påvirket av helsepersonell og egen viljestyrke (Andersen et al. 2017; s. 6). Nedtrykkende tanker og følelser kunne svekke pasientenes evne til egenmestring (Andersen et al. 2017; s. 7). Et mangelfullt samarbeid med helsepersonell, kunne også svekke

mestringsevnene. Utydelig ansvarsfordeling mellom helsepersonell og pasient kunne medføre at råd fra helsepersonell ikke førte frem, og at det kunne se ut til at pasienter ble overlatt med et ansvar de ikke hadde forutsetninger til å håndtere. I stedet for empowerment, økte belastningen ytterligere (Andersen et al., 2017: s. 8).

Det som ble beskrevet som sentrale faktorer som bidro til å øke mestring og empowerment bygget i stor grad på pasientens opplevelse av helsehjelpen de mottok. Et godt samarbeid med sykepleieren kunne medføre at pasienten opplevde at noen støttet dem og ga ny innsikt som var motiverende for pasienten (Leine et al., 2017: s. 2761). Gjennom samtaler opplevde pasientene at sykepleieren bidro til endringer i måten de tenkte på som motiverte til livsstilsendringer. Sykepleieren var essensiell for at pasienten utviklet troen på seg selv og gjorde endring av røykevaner og treningsvaner (Leine et al. 2017: s. 2760). I studien til Andersen et al (2017: s. 9) ble det også fremhevet at dersom pasientene skulle finne mening i sykepleierens løsninger og forslag, måtte pasienten få mulighet til å utveksle informasjon og forståelse av egen situasjon på en slik måte at pasienten følte seg forstått. Motivasjon kunne også innebære at sykepleieren sørget for at pasientene fikk medvirke ved avgjørelser relatert til egen situasjon, eksempelvis tid for utskrivelse og videre rehabilitering etter innleggelsen (Andersen et al., 2017, s. 6).

4.2.4 Dialog og kunnskapsformidling

Uavhengig av hvor lenge pasientene hadde levd med sykdommen var det et økt behov for informasjon og kunnskap ved, og etter, forverring (Leine et al. 2017: s. 2760). Informasjon og kunnskap ble beskrevet som en form for hjelp som dekket et behov pasientene hadde i forbindelse med sykdom; behov for svar på spørsmål og å ha noen å snakke med om sykdommen (Leine et a. 2017: s. 2760). Det var av stor betydning å ha noen å snakke med om sykdommen; foruten å oppleves som en hjelp, økte det følelsen av trygghet. En pasient beskrev det slik; «having someone to talk to about things that trouble you, a person that you can talk with, can actually be of great importance ... it improves my life situation. » (Leine et al. 2017: s. 2759).

Sykepleieren ble beskrevet som essensiell i pasientenes utvikling av mestringsevner og empowerment, men effekten av samarbeidet var i stor grad bygget på hvordan sykepleieren formidlet informasjon. At kunnskap og informasjon ble formidlet på pasientens vilkår var av stor betydning, ble også understreket av flere deltakere i studien til Leine et al. (2017: s. 2760-2761).

At informasjonen som ble formidlet, faktisk ble forstått, var også viktig for å unngå at pasientene opplever seg overveldet (Andersen et al. 2017: s. 6).

Hvor kunnskapen ble formidlet kunne også ha innvirkning på pasientene, spesielt for de med flere symptomer og lavere livskvalitet var det en stor fordel at dialogen skjedde i eget hjem etter utskrivelsen. Oppfølgingen i seg selv økte følelsen av trygghet etter utskrivelse, og trygghet bidro til at pasienten følte seg mer mottakelig for samtale. Foruten at hjemmet opplevdes som en trygg arena, var det også lettere å huske viktige spørsmål og det fungerte som en påminnelse om de daglige utfordringene pasienten opplevde. Sykehusoppholdet, som en pasient påpekte, er ofte ganske kort, men med mye informasjon, og det kunne være vanskelig å huske alt som ble formidlet (Leine et al., 2017, s. 2760-2761).

Det ble også beskrevet noen barrierer som kunne være til hinder i kommunikasjon og dialog, så som pusteproblemer og mangel på energi, språk kunne også medføre en barriere. (Andersen et al. 2017: s. 6).

4.3 Pasientsentrerte verktøy reduserer risiko for reinnleggelse og kan bidra til å styrke mestring

4.3.1 Handlingsplan

I studien til Hegelund et al. (2019) og McGill (2020) ble en individualisert, pasientsentrert handlingsplan benyttet som et verktøy til å redusere reinnleggelser. Handlingsplanens mål var å forebygge forverring, fremme metoder til å gjenkjenne forverring og inkludere tiltak, både ikke-medikamentelle og medikamentelle. Handlingsplanene hadde flere likhetstrekk. Begge var basert på steg relatert til symptomburden sammenlignet med normal status, stegene var inndelt i grønn, gul og rød sone. Se figur 4 for mal til handlingsplan benyttet i studien til Hegelund et al. (2019).

| COPD - ACTION PLAN | | KOMPETENCE CENTER FOR LUNGESYGDOM - til sykehus, kommune og almen praksis | | REGION SJÆLLAND - vi er der for dig |
|---|--|--|---|--|
| Zone | CAT | Condition | Suggestions to nonpharmacological initiatives | Medicine |
| | CAT < My stable state | | | |
| | CAT = My "more affected, than I use to be" state | | | |
| | > CAT My "much more affected, than I use to be" state | | | |
| If any questions, contact the person, who helped you to make this plan (name and phone number): Relevant health professionals (name and number): Name: _____ Acute phone number: _____ Last update: _____ Emergency: 112 | | | | |

Figur 3: Handlingsplan (Hegelund et al., 2017, s. 912)

4.3.2 Egenmestringsplan

McGill inkluderte en egenmestringsplan i studien, som dannet grunnlag for identifisering av spesifikke behov hos pasienten, relatert til hvilke områder pasienten ønsket kunnskap og informasjon, og som sikret samstemming av legemidler. Sykepleieren hjalp også her med å lage avtale med pasientens behandlende lege.

4.3.3 Selvrappoteringsverktøy

Pasientene kunne ha utfordringer med å gjenkjenne forverring av symptomer som kunne påvirke i pasientenes vurdering av behov for å oppsøke helsehjelp og egenbehandlingsmuligheter som kan igangsettes før forverringen utvikler seg (Andersen et al., 2017, s. 10).

Vurdering av symptomer ved hjelp av CAT ble benyttet i både studien til Hegelund et al. (2019) og McGill (2020). Hegelund et al. (2019) argumenterte for, selv om CAT ikke er utviklet til nettopp dette formålet enda, at det var et verdifullt verktøy for pasientene da det både var enkelt

og raskt å vurdere symptomer på denne måten, og at det kunne bidra til tidligere oppdaging av mulige forverringer.

4.3.4 Skriftlig informasjon

I studien til McGill (2020) fikk også pasientene skriftlig informasjon som inkluderte hensikten med medisiner og inhalasjonsteknikk, røykeslutt, og andre livsstilsendringer.

4.3.5 Resultater av tiltakene

Studien til Hegelund et al. (2019) viste til en signifikant reduksjon av reinnleggelser de påfølgende 3 månedene etter implementering av handlingsplanen, sammenlignet med kontrollgruppen. Av deltakerne i intervensjonsgruppen som fullførte (per-protocol), hadde 52 % av pasientene ingen reinnleggelser de påfølgende 3 månedene, til sammenligning var det i kontrollgruppen 0 % uten reinnleggelser. Sekundærresultatene av studien indikerte også at tiltaket hadde en positiv effekt på HADS (hospital anxiety and depression scale) depresjon sammenlignet med kontrollgruppen (Hegelund et al., 2019, s.913-914, 916).

I studien til McGill var det også en reduksjon i antall reinnleggelser, de påfølgende 30 dagene etter implementering av tiltakene. Reinnleggelsesraten var 36,4 % i pre-intervensjonsperioden, mens det i post-intervensjonsperioden hadde falt til 15,4 % (McGill, 2020, s. 84).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Integrativ litteraturoversikt som metode åpnet for bruk av både kvalitative og kvantitative artikler, og bruk av en kombinasjon dette ble vurdert som velegnet til å besvare oppgavens hensikt da jeg både fikk belyst opplevelser, beskrivelser og målbare effekter. Dette mener jeg bidrar til å gi et helhetlig blikk på hvordan situasjonen oppleves og hvor sykepleieren kan rette fokuset for å forsøke å skape en forbedring av situasjonen basert på praktiske tiltak. Som fremgår av analysen, ble deler av de ulike artiklene satt sammen til en ny helhet.

5.1.1 Svakheter ved metoden

Selv om metoden opplevdes velegnet til oppgaven, har også metoden fått kritikk da den åpner for at forfatteren kan gjøre et selektivt utvalg basert på personlige standpunkt (Friberg, 2017).

Litteratursøket ga flere relevante studier av både kvalitativ og kvantitativ metode, men av hensyn til oppgavens omfang og begrensninger ble flere studier valgt bort til fordel til mer relevante studier. Med mål om å unngå at utvalget ble for selektivt med hensyn til forhåndsinnstillinger og personlige synspunkt forsøkte jeg å være bevisst omkring hva jeg ønsket og forventet å finne, og satte også opp kriterier for inklusjon og eksklusjon.

Av hensyn til oppgavens omfang var jeg svært bevisst på hva jeg ønsket å få ut av valget med de kvantitative studiene; altså artikler som viste til resultater med reduksjon i antall reinnleggelser som følge av sykepleieintervensjoner. Flere av søkene viste til artikler som ble ekskludert grunnet oppgavens avgrensinger, men også grunnet mangel på effekt, eller motsatt av ønsket effekt. Slike artikler er det også stor lærdom i, men ble ekskludert med hensyn til oppgavens omfang.

Kvalitative artikler stilte jeg meg derimot svært åpen til, hva det formidlede innhold angår. Jeg forsøkte å forholde meg åpen til pasientenes beskrivelser, selv om egne erfaringer resonerte med hva som gikk igjen i beskrivelsene. Det som derimot overrasket meg, var hvor stor betydning sykepleieren faktisk kunne ha, både av hensyn til negative og positive opplevelser. Det er mulig dette elementet komme ekstra tydelig frem, da studien ikke gjenspeiler helheten i pasientforløpene, men en avgrenset del relatert til reinnleggelser og forebygging av dette, og

også at pårørendeperspektivet ikke er formidlet. De utvalgte kvalitative studiene hadde ulike fokusområder, som jeg opplevde ga god bredde i resultatene.

5.1.2 Sykepleie som fagområde

I første omgang undersøkte jeg om artikkelen var i samsvar med sykepleierens fagområder; både hensikt, metode og resultater ble vurdert med tanke på dette. Flere artikler ble ekskludert da de falt under andre fagområder. Noen artikler omhandlet fagområder som tilhørte sykepleierspesialister, som lungesykepleiere. Slike artikler ble vurdert basert på innhold, relevans til oppgaven og om kunnskapen var relevant og brukbar av sykepleiere med grunnleggende utdanning. I studien til Leine et al. (2017) er førsteforfatter lungesykepleier, men ble vurdert velegnet til oppgaven basert på verdifulle beskrivelser av sykepleie-pasient relasjonen.

5.1.3 Tydelig hensikt, metode og resultater

En tydelig hensikt, metode og resultatdel var viktige områder ved vurdering av artikler. Artikkelen som helhet måtte kunne bidra med kunnskap til å i henhold til oppgavens hensikt. For de kvantitative artiklene var ønsket metode først og fremst RCT, men også kvasiekperimentelle metoder ble vurdert, dette er grunnet bevisstkraften disse metodene medfører. Studien til Hegelund et al. (2019) var utformet etter prinsipper for RCT, mens studien til McGill (2020) var kvasiekperimentell.

5.1.4 Deltakere

Deltakere i studiene ble vurdert om de samsvarte med pasientgruppen; kols og kols-eksaserbasjon, at det var inkludert pasienter med ulike sykdomsgrader (ABCD-gradering). Jeg anså det essensielt at studiene var basert på nettopp denne pasientgruppen, selv om opplevelsene muligens kan overlape med pasientgruppers beskrivelser, var det viktig at funnene representerte nettopp denne pasientgruppen for å øke validiteten. For kvantitative artikler så jeg også på fordelingen av mennesker i kontrollgruppene og intervensjonsgruppene, og om det var signifikante avvik som kunne påvirke resultatene. I noen av studiene var kjønnsfordelingen litt skjev, men jeg vurderte ikke det avgjørende, da beskrivelsene av opplevelsene er fellesmenneskelige, og ikke kjønnsesifikke.

Det ble ikke satt kriterier for alder; selv om alvorlighetsgrad kan påvirkes av alder er det i hovedsak kols-graden som indikerer symptomburden og risiko for eksaserbasjoner. Det skal derimot nevnes at alder ble tatt i betraktning ved analyse av den enkelte studie, eksempelvis studien til Rosa et al. (2018), som utelukkende fokuserte på eldre menneskers opplevelser, og jeg vurderte analysen opp mot undring om selve alderdommen til pasientene påvirker resultatene i studien.

5.1.5 Tidsperiode og tilgjengelig forskning

I litteratursøket ble søket avgrenset fra 2010-2021. Dette var for å ekskludere artikler som var mer enn 10-11 år, og mot nyere forskning. Alle artiklene som ble utvalgt, er fra de siste fem årene.

5.1.6 Særlige tankeprosesser ved de kvantitative studiene

De to kvantitative studiene (Hegelund et al., 2017; McGill, 2019) hadde noenlunde lik hensikt; å redusere reinnleggelser for pasienter med kols. En pasientsentrert handlingsplan og symptomvurdering ved bruk av CAT var benyttet i begge studiene. McGill (2019) inkluderte også egenmestringsplan og undervisningsmateriale. Settingen var ulik; den førstnevnte var basert på sykehus, mens den andre i hjemmesykepleiesettingen. Jeg valgte, etter nøye gjennomtenking, å inkludere begge studiene. Årsaken er at studiene hver for seg er basert på et mindre antall deltakere som gjør det utfordrende å validere effekten av tiltakene, men at de sammen styrker slik validitet. Det var også for å få frem, ettersom mange eksaserbasjoner behandles utenfor eget hjem, at tiltakene kan både utformes og utvikles av spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjeneste. Samhandlingsreformen og Nasjonal Helse og Sykehusplan 2020-2023 åpner også for samarbeid mellom sektorene, samt spesialisthelsetjenester i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, Helsedirektoratet, 2019). Det må også nevnes at ettersom McGill (2020) inkluderer flere tiltak, er det vanskelig å trekke konklusjoner på effekten av de enkeltstående tiltakene, men jeg vurderer alle som svært relevant, og som noe som med fordel kan inkluderes ved utarbeid av tiltak til pasientene.

5.2.7 Utfordringer i prosessen

Det opplevdes svært utfordrende å finne frem til de utvalgte studiene. Spesielt ved søk etter kvantitative artikler var det flere som viste til mangel på effekt, eller motsatt effekt. Flere artikler

var basert på oppsummert forskning, hadde fokus på tverrfaglighet eller intervensjoner som ikke ble vurdert overførbart til den allmenne sykepleier. Slike artikler er det også stor lærdom i, men ble ekskludert med hensyn til oppgavens omfang. Det kan synes å være behov for økt forskning på området, og inntrykket er at det vil komme mer og mer forskning spesielt med hensyn til å forebygge reinnleggelser for pasientgruppen. Noe av årsaken til dette kan skyldes at helsesystemet i USA (ved CMS) i 2015 inkluderte kols i listen over sykdommer som medfører reduksjon i økonomisk støtte ved reinnleggelse innen 30 dager (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020). Dette kan påvirke flere til å undersøke forebyggende tiltak i sammenhengen kols og reinnleggelser, og det kan derfor bli svært aktuelt å følge med på forskningen i de kommende år.

5.2 Resultatdiskusjon

Oppgavens hensikt var å undersøke pasientens opplevelse av utskrivelse, og tiden etterpå, og å beskrive hvordan sykepleieren kan bidra til å forebygge reinnleggelser for denne pasientgruppen. Følgende vil sammenhengen mellom fagteori ved kols, sykepleierens funksjon og sykepleieteori drøftes opp mot resultatene som fremkom av analysen. Med mål om å skape god oversikt over resultatenes betydning for hensikten, vil resultatdiskusjonen derfor deles opp i to deler, og tilhørende underpunkter. En del beskriver hvordan pasienter opplever utskrivelsen og tiden etterpå, og en del som tar for seg å beskrive hvordan sykepleieren kan bidra til å redusere reinnleggelser for denne pasientgruppen.

5.2.1 Pasientens opplevelse av utskrivelse, og tiden etterpå

Lidelsesaspektet

Som det fremkommer av resultatene, kan perioden ved og etter utskrivelse innebære en vanskelig tid og årsakene til hva og hvorfor det opplevdes vanskelig kunne være svært ulik og sammensatt. I fagteorien om kols er det beskrevet at kols-eksaserbasjoner innebærer at de symptomene pasienten allerede sliter med, ytterligere forverres. I resultatene kom det frem at selve innleggelsen i denne forbindelse, opplevdes urovekkende, ukontrollerbar, og var skremmende. Flertallet av kols-eksaserbasjoner behandles ikke på sykehuset (Helsedirektoratet, 2012, s. 94). Det indikerer en alvorlig forverring, når pasientens tilstand da er innleggelseskrevede. Reaksjonene som kommer frem i pasientenes beskrivelser i form av tap og maktesløshet, kan

knyttet opp til Travelbees beskrivelser av det lidende mennesket (Kristoffersen, 2017a, s. 31). Usikkerhet og bekymringer var også gjengående opplevelser blant pasientenes beskrivelser, og ble knyttet til mangel på informasjon, å føle seg uforberedt på utskrivelse, frykt for nye forverringer og frykt for å være en byrde for familien. En situasjon eller fremtid som er usikker har blitt beskrevet av mennesker i vanskelige livssituasjoner som noe av det aller verste de opplever, samtidig som det gjør at man ikke kan forberede seg eller planlegge videre (Kristoffersen et al., 2017a, s. 258). Noen av pasientsitatene som presenteres i resultatene bærer sterkt preg av ekstrem lidelse, som krever det Travelbee beskriver som en mellommenneskelig «øyeblikkelig hjelp» situasjon (Kristoffersen et al., 2017a, s. 31). Sykepleieren, med bakgrunn i dette, har dermed ansvar og plikt til å handle slik at pasientens situasjon ikke utvikler seg til apatisk likegyldighet. Det innebærer at sykepleieren må tilstrebe etablering av et menneske-til-menneske-forhold. De følelsene som pasienten uttrykker, så som sinne, kan ha helt andre årsaker enn det som man ser ved første øyekast. Bare ved å «dykke under overflaten» kan man få innsikt i hvordan pasienten opplever sin situasjon. Jeg undrer meg over hvor mange sykepleiere som benytter en bevisst intellektuell tilnærming for å gjenkjenne og imøtekomme uttrykk og behov knyttet til lidelse hos denne pasientgruppen. Jeg vil tørre å påstå basert på egne erfaringer i lys av resultatene, at mange sykepleiere tar åpent del i dialogen og på den måten deler pasientens lidelse, men at en del av problemet kanskje er at samtalen ikke fører til videre endringer, og dermed ikke lindrer pasientens lidelse. Kanskje kan også avdelingskulturen på arbeidsplassen styrke og svekke ulike aspekter ved sykepleie, og kanskje gjøre oss «blinde» for egne metoder ved at man går med på en felles aksept, og glemmer å stille spørsmålstegn ved den. Resultatene, gir sterke indikatorer for at sykepleierne kollektivt må øke bevisstheten på lidelse som et behov som må i imøtekommes på lik linje som andre grunnleggende behov.

Det verdifulle samarbeidet

Stikkord som tillit, trygghet, tilgjengelighet, kunnskap, støtte og empowerment ble i resultatene knyttet opp til hva det verdifulle samarbeidet mellom sykepleier og pasient inneholdt. Opplevelsen av, og samarbeidet med, helsepersonell kunne gjøre inntrykk på pasienter som vedvarte lenge etter de fant sted, og det gjaldt både de positive og negative opplevelsene.

Dette er en sterk indikator på viktigheten av at sykepleieren ivaretar sin profesjonalitet i møtet med pasienten. Travelbee beskrev at et kjennetegn ved den profesjonelle sykepleier er evnen til å bruke seg selv terapeutisk (Kristoffersen et al., 2017a, s. 35). I studien til Leine et al (2017) kan en slik bruk identifiseres i pasientens utsagn om den avgjørende rollen sykepleieren hadde for å fremme mestring og endring av livsstilsvaner. Det kan være ønskelig å fremme atferdsendringer hos pasienter med kols; når sykepleieren bruker seg selv på en måte som medfører endringer som reduserer eller lindrer pasientens plager er hensiktsmessig og terapeutisk (Kristoffersen et al., 2017a, s. 35). Bak menneskelig atferd er noen av de viktigste motivatorene grunnleggende fenomener så som mening og håp, som også bidrar til å mestre vonde opplevelser (Kristoffersen et al., 2017a, s. 205). Ved sykepleieren gjennom sin væremåte og relasjon til pasienten fremmer håp og hjelper pasienten til å finne mening, fremmes også mestringsevnene til pasienten; basert på pasientenes uttalelser i studien til Leine et al (2017) kan en se paralleller mellom sykepleierens metoder og det å bruke seg selv terapeutisk.

Dessverre kunne også negative opplevelser fra møter med helsepersonell svekke pasientenes håp og tillit, som medførte at noen unngikk å oppsøke hjelp når de hadde behov for det. Det kan føre til at eksaserbasjon ytterligere forverres da behandlingen forsinkes jo lenger pasienten venter med å oppsøke hjelp, og som beskrevet i teorikapittelet kan kols-eksaserbasjon ha svært alvorlige følger for pasienten. Dette understreker også hvor viktig det er å bygge en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient. Jeg mener at uansett hvor man jobber i helsevesenet, har man en rolle som representerer det samlede helsevesenet. Et brudd i tillitten til en kontakt, vil jeg påstå har mulighet til å lede til svekket tillit til tjenesten som helhet. Brytes tilliten gjentatte ganger, preges også håpet, da tillit og håp er, som Travelbee beskriver, knyttet til hverandre (Kristoffersen, 2017a, s. 30).

5.2.2 Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge reinnleggelser for kols-pasienter

Det bør etableres et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient

Drøftingen har så langt fokusert på pasientenes opplevelser både ved kols-eksaserbasjon, men også knyttet til opplevelse av relasjonen med sykepleieren. Følgende vil jeg forsøke å formidle hvordan sykepleieren kan bidra til å forebygge reinnleggelser for kols-pasienter.

For å oppsummere litt; relasjonen til og samarbeidet med sykepleieren var verdifullt hvis det opplevdes støttende, ga ny innsikt og åpnet for utveksling av kunnskap. At relasjonen bygger på tillit kom frem som sentralt. Etablering av et menneske-til-menneske-forhold kan styrke tilliten pasienten har til sykepleieren. Det mener jeg medfører at man i praksis, må gjøre bruk av *aktiv lytting*, en evne som er grunnleggende i etablering av en god og trygg relasjon. Det vil si en tilstedeværelse hvor sykepleieren er til stede med hele seg, inntar en åpen og lyttende holdning i dialogen med pasienten (Kristoffersen et al., 2017a, s. 204, 373).). At pasient og sykepleier utvekslet informasjon, som det kom frem i studien til Andersen et al., (2017), var avgjørende for at pasienten skulle finne mening i sykepleierens løsninger og forslag. Jeg vil videre understreke at jeg mener en slik holdning kan gjøre sykepleieren i bedre stand til å gjenkjenne en pasients reaksjon ved lidelse og med det «hvorfor meg» og «hvorfor ikke meg» perspektivene. Det kan tenkes at det muligens er en sammenheng mellom disse reaksjonene, og bruk av strategier, som beskrevet i studien til Andersen et al. (2017). For å utdype dette, mener jeg at det kan ses likheter mellom «hvorfor ikke meg» perspektivet i aktiv strategi og mestringsforventning, mens «hvorfor meg» perspektivet kanskje medfører passive strategier idet mestringssevnene kan være svekkede ved mangel på aksept. Felles, uavhengig av bruk av strategi, var at anerkjennelse av pasientens strategier medførte opplevelse av å bli respektert og anerkjent som person. Det som jeg argumenterer for her, mener jeg kan bidra til å skape en relasjon hvor sykepleieren får begynnende innsikt i hvordan pasienten opplever sin situasjon.

For å bygge videre på relasjonen, med sikte på å fremme mestring og empowerment, peker resultatene på at pasientens mestringsforventning ble påvirket av at sykepleier også hadde troen på at de kunne klare å gjøre endringer. Helt kort vil jeg her igjen fremheve hvor viktig det er at sykepleier også initierer til samtale om røykestopp, da motivasjonen og ønsket om å slutte å røyke ikke kan identifiseres hos den enkelte uten at det kartlegges. Røykestopp er som beskrevet i fagteorien, det eneste som med sikkerhet bremser utviklingen av sykdommen (Giæver, 2020, 113). Jeg har inntrykk av at sykepleie kun kartlegger dette sporadisk. Samtidig er det slik at svært mange som røyker, ønsker å slutte, men det er svært få som klarer dette på egenhånd (Giæver, 2020, s. 113).

Med utgangspunkt i det som jeg argumenterer for i overstående avsnitt, kan det påstås at sykepleieintervensjoner utformet uten innsikt og innspill fra pasienten, er uhensiktsmessige i den

forstand at de ikke baserer seg på hva som oppleves viktig for pasienten. Fokus på denne sammenhengen synes å være økende, også i politikken. I Nasjonal Helse og Sykehusplan 2020-2023 (2019) er nettopp dette fremhevet. Spørsmålet «hva er viktig for deg» skal være førende mellom sykepleier og pasient (Helsedirektoratet, 2019, s. 9-10). Med bakgrunn i dette kan det argumenteres at sykepleieren må gjøre det til en prioritet å identifisere pasienters lidelse og arbeide for å imøtekomme behovene som utløses av lidelsen, på lik linje som andre grunnleggende behov.

Pasientsentrerte verktøy

Resultatene viste også til at pasientsentrerte verktøy kan både redusere reinnleggelser og fremme mestring hos pasienten, og kan være en mulig måte å kombinere både informasjon, forebygging og tidlig behandling ved kols-eksaserbasjon. Handlingsplanene var pasientsentrert og individualisert, basert på dialog med pasienten. Egenbehandlingsplaner er allerede anbefalt i kols-veilederen, men jeg vil gjerne påpeke noen forskjeller jeg bemerket meg da jeg studerte et planen til Hegelund et al. (2019), figur 4, sammenlignet med den anbefalte planen i kols-veilederen, figur 2. Den anbefalte planer skal fungere som en veileder til egenbehandling og innebærer hvordan en kan gå frem dersom en merker symptomer på forverring. Symptomene er kun basert på subjektiv tolkning, og benytter ikke scoringsverktøy aktivt til dette. Planen inneholder kun farmakologiske tiltak, og tiltakene er reaktive. Planen som benyttes i studien til Hegelund et al. (2019), og hvis beskrivelse er tilnærmet lik den benyttet i McGill (2020), åpner for en proaktiv, personsentrert og individuelt tilpasset fremgangsmåte for utarbeidelse av slike handlings / egenbehandlingsplaner. Bruk av CAT kan bidra til tidligere oppdaging av eksaserbasjon. Inndelingen i ikke-medikamentelle tiltak og medikamentelle tiltak, gir muligheter for en proaktiv, individuell, tilnærming til pasienten situasjon; tiltak som gåturer, avtaler om røykeslutt, bruk av pep-fløyte og ernæringsmessige tiltak kan føres inn. Hva som enn vurderes som relevant sammen med pasienten, kombinert med sykepleieren, og eventuelt andre faggruppers, kompetanse.

Bruk av egenmestringsplan er også et sentralt punkt; og kan på en systematisk måte fremheve hva pasienten opplever er viktig å mestre. Dialogen, som beskrevet i resultatene, måtte bygge på en balanse av nødvendig og tilpasset informasjon, uten å presse, slik at pasienten selv kunne ta

vurderinger og valg. Skriftlig informasjon er også et viktig punkt å nevne her. I resultatene kom det frem at sykehusopphold ofte var kort, og det var vanskelig å huske all informasjonen. Skriftlig informasjon, aller helst på pasientens eget språk, kan bidra til å huske hva som er formidlet. Det kan også tenkes at både skriftlige planer og informasjon, er nyttige verktøy for andre mennesker rundt pasienten som kan bidra til å hjelpe og støtte, som familiemedlemmer og hjemmesykepleien. Diagnosespesifikke behandlingsplaner var vanskelig for kommunene å ta i bruk, og diagnoseuspesifikke planer var vanskelig å utforme (Norges forskningsråd, 2016). Det er kanskje mulig at slike planer kan følge pasienten mellom de ulike helsesektorene, og muligens bidra til helhet og redusert fragmentering i pasientens forløp.

Disse punktene mener jeg igjen understøtter relevansen av å jobbe ut ifra Travelbees sykepleieteori. Jeg mener det er potensiale at slike planer kan øke mestringsevnene hos flere pasienter og være en motiverende faktor i seg selv, da de faktisk tar utgangspunkt i at sykepleieren må lære pasienten å kjenne, får innsikt i pasientens opplevelse av situasjonen og at de i samarbeid kommer frem til planens innhold.

5.2.3 Noen tanker i lys av helheten

Helt avslutningsvis på diskusjonsdelen er et par siste punkter jeg ønsker å formidle. Det første punktet er at innleggelsene ofte er korte, men samtidig innebærer at pasienten skal forholde seg til riktig mange ulike helsearbeidere. Det kan tenkes at dette kan medføre utfordringer å etablere et forhold til sykepleieren og det kan være vanskelig å skille personer fra hverandre. Det andre punkt er at i realiteten, dette nevnes også av Travelbee, er at sykepleierens evner til å utvikle relasjoner, føle empati og til å bruke seg selv terapeutisk varierer i stor grad. Dette kan medføre ulikhet i opplevd og utøvd helsetjeneste; alt etter hvilken sykepleier som er på jobb. Økende mangel på sykepleiere stiller også krav til effektivitet, og kan redusere tiden sykepleieren har til å lære pasienten å kjenne. Samtidig er det et økende fokus på å ta utgangspunkt i nettopp hva som er viktig for pasienten og å sørge for medvirkning og individualisere planene. Det kan synes å være et dilemma. Sykepleieren som har utviklet evner som beskrevet at Travelbee, vil jeg argumentere at bør vektlegge disse i møtet med pasienten. Men sykepleiere hvor evnene kommer til kort, ikke kan bruke dette som en unnskyldning til at pasienten ikke blir sett, men heller forsøke å gjøre bruk av verktøy og redskap til samtale og kartlegging. Jeg vil også påstå at dette bidrar til å videreutvikle slike evner. Og til slutt, ja det kan være travelt og ja det er krav til

effektivitet. Men det er pasienten vi finnes for, og det er pasienten som skal stå i sentrum for sykepleien vi utøver.

6 Konklusjon

Teorien formidler at kols er en alvorlig sykdom, og symptomene kan oppleves svært belastende, og at eksaserbasjoner kan medføre en ytterligere forverring. Det er sammenheng mellom røyking, utvikling av vevskader som fører til kols og progrediering av sykdommen, og derfor er det viktig å tilby pasienten hjelp til å slutte å røyke. Målet ved behandling av kols er å lindre symptomer, øke livskvaliteten og forebygge sykdomsprogresjon og eksaserbasjoner, mens behandling ved eksaserbasjoner innebærer å reversere nyoppstått inflammasjon og obstruksjon.

Sykepleieren har særlige plikter og ansvar overfor kols-pasienter, som speiles i de yrkesetiske retningslinjene, lover og helsepolitiske føringer. Da kols-pasienter opplever både fysiske og psykiske utfordringer som følge av sykdommen, ble Travelbees mellommenneskelige forhold i sykepleie presentert som perspektiv på sykepleie til pasientgruppen.

Integrativ litteraturstudie ble vurdert som en velegnet metode til å besvare oppgavens hensikt, og en kombinasjon av kvalitative og kvantitative artikler ble benyttet. Litteratursøket resulterte i 2 kvantitative artikler og 3 kvalitative artikler. Analysen av artiklene ga 3 hovedfunn, med tilhørende underkategorier.

Diskusjonsdelen argumenterer for at det samlet sett kommer det frem at pasienter kan oppleve ekstrem lidelse, men samtidig vises til muligheter og potensiale til hvordan sykepleieren kan gå frem for å forsøke å lindre denne lidelsen; ved å fremme tillit, håp, mening og mestring hos pasientene. Travelbees beskrivelser av begreper og sykepleie, gjenspeiles tydelig i pasientenes beskrivelser og opplevelser, og hennes sykepleietenkning kan derfor med fordel benyttes som utgangspunkt for sykepleietenkning til pasientgruppen. Som et supplement til dette, kan sykepleieren gjøre bruk av verktøy som handlingsplaner, egenmestringsplaner og selvrapporteringsverktøy ved utforming av sykepleietiltak. For at pasienten skal finne mening i sykepleierens forslag, krever det at sykepleieren lærer pasienten å kjenne, som ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold, slik at tiltakene er basert på innsikt i pasientens opplevelser og ønsker, kombinert med sykepleierens fagkunnskap.

7 Anvendelse i praksis

Sykepleiere som jobber med kols pasienter, må sette seg inn i hva sykdommen innebærer og behandlingsprinsipper; både ikke-medikamentelle og medikamentelle.

Sykepleieren må aktivt jobbe for å utvikle evner;

- Skape bevissthet til egne verdier og holdninger relatert til lidelse, sykdom og døden
- Fortrolighet med egne metoder og evne til å bruke seg selv terapeutisk er viktigere enn bruk av bestemte teknikker
- Benytte metoder og teknikker til kommunikasjon som supplement
- Empati er en evne som utvikles med livserfaring; erfaring fra møter med pasienter styrker også denne evnen
- Sykepleieren gjennom væremåte og tilstedeværelse bidra til at pasienten opplever trygghet og verdi

Sykepleier må tilstrebe at relasjonen med sykepleier er samarbeidsbasert

- Det vil si at man jobber ut fra samme forståelse, mot samme mål
- For at det skal oppleves relevant for pasienten, må utgangspunktet være i pasientens ønsker
- Sykepleier bidrar med fagkompetanse

Verktøy kan benyttes; kan øke mestring, og har potensiale til å oppdage forverring tidligere og redusere reinnleggelser for pasientgruppen

- Personlig og individuelt tilpasset handlingsplan
- Undervisning og kunnskapsformidling basert på pasientdefinerte ønsker
- Skriftlig informasjon, helst på pasientens eget språk, bidrar til at informasjonen huskes, og følger pasienten mellom helsesektorer.

Very Brief Advice - røykestopp

Kartlegging og henvisning på «30 sekunder», uten å risikere at det preger relasjonen.

Spør om pasienten røyker → Gi kort råd basert på muligheter til røykeslutt ved å få hjelp til å slutte → Spør om å få hjelpe pasienten med henvisning til røykestopprådgiver

Hvis ja; henvis til frisklivssentralen i pasientens kommune, evt. kontakt behandlende lege.

(Kompetencecenter for Lungesykdom, 2020)

Referanser

- Andersen, I. C., Thomsen, T. G., Bruun, P., Bødtger, U., & Hounsgaard, L. (2017). The experience of being a participant in one's own care at discharge and at home, following a severe acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1). doi:10.1080/17482631.2017.1371994
- Briscoe, S., & Cooper, C. (2014). The British Nursing Index and CINAHL: a comparison of journal title coverage and the implications for information professionals. *Health information and libraries journal*, 31(3), 195-203. doi:10.1111/hir.12069
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2020). *Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP)*. Hentet 5 2021 fra [www.cms.gov](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program): <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program>
- Dalland, O. (2019). *Metode og Oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Astma og kols drar opp reinnleggelser i sykehus*.
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags För Uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Giæver, P. (2020). *Lungesykdommer* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hegelund, A., Andersen, I. C., Andersen, M. N., & Bodtger, U. (2019). The impact of a personalised action plan delivered at discharge to patients with COPD on readmissions: a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/scs.12798
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009). St.meld. nr. 47. *Samhandlingsreformen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2019). St. mld. 7. *Nasjonal Helse- og Sykehusplan 2020-2023*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
- Helseatlas. (u.d.). *Kols, Akutte Innleggelser, 2013-2015*.

- Helsedirektoratet. (2012). *Kols. Nasjonal Faglig Retningslinje og Veileder for Forebygging, Diagnostisering og Oppfølging*.
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.(LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kompetencecenter for Lungesykdom. (2021). *Kort henvisning til rygestop*. Hentet fra www.regionsjaelland.dk: <https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/KOL-kompetencecenter/Sider/KOL%20sundhedsprof.-undersider/Kort-henvisning-til-rygestop.aspx>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø (red.), G. H. (2017a). *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2017b). Hva er sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Leine, M., Wahl, A. K., Borge, C. R., Hustavenes, M., & Bondevik, H. (2017). Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing practice programme for in-home patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing, Sep2017;26 (17-18)*, 2755-2764. doi:DOI: 10.1111/jocn.13794
- McGill, C. (2020). Reducing COPD Rehospitalizations. *Home Healthcare Now, 38(2)*, 80-85. doi:10.1097/NHH.0000000000000839
- Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen*. Lysaker: Norges Forskningsråd. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/>
- Norsk Sykepleieforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter(LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Roald, B. (2020). *Eksaserbasjon*. Hentet fra Store Medisinske Leksikon: <https://sml.snl.no/eksaserbasjon>

Rosa, F., Bagnasco, A., Ghirotto, L., Rocco, G., Catania, G., Aleo, G., . . . Sasso, L. (2018).
Experiences of older people following an acute exacerbation of chronic obstructive
pulmonary disease: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 1110-
1119. doi:10.1111/jocn.14189

Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenester m.m.(LOV-1999-07-02-61)*.
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Vedlegg: Oversiktstabell over analysert litteratur

| | |
|--------------------|--|
| Artikkel 1 | |
| Tittel | The experience of being a participant in one's own care at discharge and at home, following a severe acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal study. |
| Tidsskrift/årstall | International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being - 2014 |
| Forfatter(e) | Andersen, I. C., Thomsen, T. G., Bruun, P., Bødtger, U., & Hounsgaard, L. |
| Perspektiv | Pasientperspektiv; |
| Problem | Pasientens opplevelser av medvirkning ved utskrivelse etter akutt kolsforverring er i liten grad beskrevet, selv om det er anerkjent at medvirkning i slike tilfeller har effekt. |
| Hensikt/formål | Å utforske pasientenes opplevelser av medvirkning ved utskrivelse og påfølgende i pasientenes daglige liv. |
| Metode | Kvalitativ - langsgående metode. Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ved fortolkning av data. |
| Resultater | Før utskrivelse var det vanskelig for pasientene å gjenvinne en følelse av kontroll, i prosessen for å gjenvinne krefter, øke forståelse og mestringsevner til å håndtere egenmestring i hjemmet. Etter utskrivelsen strevde pasientene med å følge råd fra helsepersonell, å opprettholde motivasjon og selvtillit, og å spørre om hjelp. |

| | |
|--------------------|--|
| Artikkel 2 | |
| Tittel | The impact of a personalised action plan delivered at discharge to patients with COPD on readmissions: a pilot study |
| Tidsskrift/årstall | Scandinavian Journal of Caring Sciences - 2019 |
| Forfatter(e) | Hegelund, A., Andersen, I. C., Andersen, M. N., & Bodtger, U. |
| Perspektiv | Sykepleieperspektiv |
| Problem | Intervensjoner relatert til handlingsplaner har potensiale til å øke livskvaliteten og redusere luftveisrelaterte sykehusinnleggelser. Kunnskapen om effektiviteten til personlig tilpassede handlingsplaner er beskjeden |
| Hensikt/formål | Å teste om en personlig tilpasset, stegvis handlingsplan i kombinasjon med en kort instruksjon ved eller etter utskrivelse etter en episode med akutt kols-forverring, som tillegg til vanlig pleie, kan bidra til å redusere reinnleggelser, og angst og depresjon. |
| Metode | Kvantitativ - RCT, 3 måneders oppfølging. 75 deltagere tilfeldig inndelt i intervensjon, eller kontrollgruppe. Innleggelser relatert til kols var primærresultatet av studien. |
| Resultater | Sammenlignet med kontrollgruppen, hadde intervensjonsgruppen betydelig reduksjon av reinnleggelser. Det var også en trend som viste reduksjon av HADS-depresjon, men ikke av HADS-angst. CAT-score forbedret seg også i intervensjonsgruppen. |

| | |
|--------------------|---|
| Artikkel 3 | |
| Tittel | Reducing COPD Rehospitalizations |
| Tidsskrift/årstall | Home Healthcare Now - 2020 |
| Forfatter(e) | McGill, C. |
| Perspektiv | Sykepleieperspektiv |
| Problem | Ved stedet studien ble utført var reinnleggelser for mennesker med kols som primær eller sekundærdiagnose 36,4 %. Dette var betydelig høyere enn det nasjonale referanseverdien på 20 %. Det var ulikheter i egenmestring, og ingen standard kols-spesifikk pleieplan til å hjelpe sykepleierne til diagnosespesifikk egenmestrings intervensjoner. Hjemmesykepleierne manglet også metode for systematisk vurdering av pasientenes symptomburde og forverring. |
| Hensikt/formål | Kvantitativ - Kvalitetsforbedringsprosjekt; implementere en kols-spesifikk egenmestrings «pakke» med mål om å redusere reinnleggelser blant pasientene henvist til stedet. Sekundærmål å redusere CAT-score fra henvisning til avsluttet forløp. |
| Metode | Kvasiekperimentell; sammenligner data (før intervensjonen) fra august 2018-januar 2019, med data (etter intervensjonen) fra februar 2019-juni 2019. Kvantitative data samlet for å vurdere effekt. |
| Resultater | Reduksjon fra 36,4 % før intervensjon, til 15,4 % etter intervensjonen. |

| | |
|--------------------|---|
| Artikkel 4 | |
| Tittel | Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing practice programme for in-home patients with chronic obstructive pulmonary disease. |
| Tidsskrift/årstall | Journal of Clinical Nursing - 2017 |
| Forfatter(e) | Leine, M., Wahl, A. K., Borge, C. R., Hustavenes, M., & Bondevik, H. |
| Perspektiv | Pasientperspektiv |
| Problem | Pasienter med kols lider med psykiske og fysiske problem, spesielt når de returnerer hjem etter innleggelse grunnet eksaserbasjon. Mange uttrykker et behov for informasjon og kunnskap om kols. Samarbeid i praksis er en pasientsentrert ramme for å bidra til individualisert praksis for hver enkelt pasient. |
| Hensikt/formål | Å utforske kols-pasienters erfaringer med samarbeids-basert sykepleiepraksis i hjemme settingen. |
| Metode | Kvalitativ. Intervjubarert. |
| Resultater | 3 hovedfunn; å bli sett, snakket med og forstått; helsehjelp i eget hjem – kontinuitet, praktisk støtte og tilrettelegging; og utveksling av kunnskap. To hovedtema som var gjennomgående i studien; å føle seg trygg og ivaretatt; og motivasjon til å oppnå bedre helse. |

| | |
|--------------------|--|
| Artikkel 5 | |
| Tittel | Experiences of older people following an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study. |
| Tidsskrift/årstall | Journal of Clinical Nursing - 2018 |
| Forfatter(e) | Rosa, F.; Bagnasco, A.; Ghirotto, L.; Rocco, G.; Catania, G.; Aleo, G.; Zanini, M.; Dasso, N.; Hayter, M.; Sasso, L. |
| Perspektiv | Pasientperspektivet |
| Problem | Akutt kols-forverring skaper ofte en livstruende hendelse. Forverring kan også ha betydelige psykologiske effekter, inkludert angst og depresjon, selv om dette aspektet er undersøkt i mindre grad blant mennesker i perioden etter utskrivelse grunnet kols-eksaserbasjon. |
| Hensikt/formål | Å utforske erfaringene til pasienter med kols etter innleggelse grunnet akutt kols-eksaserbasjon. |
| Metode | Kvalitativ – intervjubasert, in-depth intervju. Fenomenologisk. |
| Resultater | Fire hovedtema; En følelse av tap og frustrasjon, håpløshet, usikkerhet om framtiden og å en følelse av være en byrde på familiene. Pasientene fremsto stresset og angstpåvirket som følge av den akutte hendelse de nettopp hadde opplevd. |