



KOLS og Angst

”Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere opplevelsen av angst og utrygghet hos pasienter med KOLS?”

Kandidatnummer: 411
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9487
Dato: 14.04.2016



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

Lovisenberg diakonale høyskole
Dato 14.04.2016

Tittel

KOLS og angst

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere opplevelsen av angst og utrygghet hos pasienter med KOLS?

Metode

Litteraturstudie der det er benyttet pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, fag- og forskningsartikler.

Teoretisk perspektiv

Oppgavens målgruppe vil bli presentert, herunder KOLS og angst. Sykepleiers ansvars- og funksjonsområder med fokus på helhetlig pleie og omsorg, samt Benner og Wrubels omsorgsteori danner grunnlaget for det sykepleiefaglige perspektivet.

Drøfting

Drøfting av hvordan sykepleier kan møte pasienter med KOLS som samtidig har angst. Ulike tilnæringsmåter og tiltak blir drøftet med litteratur sett fra både et pasientperspektiv og et sykepleierperspektiv. Drøftingen gjøres i lys av sykepleiers ansvars- og funksjonsområder, samt Benner og Wrubels omsorgsteori. Erfaringer og synspunkter fra egen praksis blir benyttet underveis for ytterligere å belyse min problemstilling.

Konklusjon

Sykepleier kan bidra til å redusere opplevelsen av angst og utrygghet ved å være ekspressiv og instrumentell. Hun må forholde seg til pasientens subjektive opplevelse av å leve med en sykdom, samt kunne ivareta den patologiske tilstanden. Sykepleier må vise at hun bryr seg om pasienten, og at hun er tilstede både fysisk nær og innenfor synsvidde. Tilrettelegging av omgivelsene, veiledning i ulike pusteteknikker og liggestillinger, samt administrering av forordnede medikamenter, er noen av tiltakene som viser seg å være hensiktsmessige for denne pasientgruppen. Koordinering av veien videre kan bidra til å redusere reinnleggelser og øke pasientens livskvalitet.

Nøkkelord

Kronisk obstruktiv lungesykdom, angst, dyspné, omsorg, sykepleie, Benner og Wrubel.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling	1
1.2	Begrunnelse for valg av tema	2
1.3	Oppgavens avgrensning	2
1.4	Oppgavens hensikt	3
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2	Metode	4
2.1	Litteraturstudie som metode	4
2.2	Litteratursøk	5
2.3	Kildekritikk	5
3	Presentasjon av målgruppe	7
3.1	KOLS	7
3.2	Angst	9
3.3	Dyspné og angst	10
4	Sykepleiefaglig referanseramme	12
4.1	Sykepleiers ansvars- og funksjonsområder	12
4.2	Benner og Wrubels omsorgsteori	12
4.2.1	Omsorgens betydning	13
5	Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere opplevelsen av angst og utrygghet hos pasienter med KOLS?	15
5.1	Hvordan kan sykepleiers lindrende funksjon hjelpe pasienten?	15
5.1.1	Hvordan kan sykepleier fremme trygghet og tillit hos pasienten?	16
5.1.2	Nærhet og tid	17
5.1.3	Hvordan kan sykepleier skape gode omgivelser som fremmer ro og velvære for pasienten?	19
5.2	Hvordan kan sykepleiers undervisende funksjon hjelpe pasienten?	20
5.2.1	Informasjon, veiledning og brukermedvirkning	20
5.2.2	Sykepleier kan lære pasienten ulike pusteteknikker	22
5.2.3	Håp og mestring	23
5.3	Hvordan kan sykepleiers behandlende funksjon hjelpe pasienten?	24
5.3.1	Observasjoner og kartlegging	24
5.3.2	Medisinske tiltak	25
5.4	Hvordan kan sykepleiers administrative funksjon hjelpe pasienten videre?	27
6	Avslutning	29
	Litteraturliste	30
	Vedlegg 1: Søkehistorikk	34

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Temaet i denne oppgaven er sykepleie til pasienter med KOLS der fokus er lagt på sammenhengen mellom KOLS og angst.

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en samlebetegnelse på en gruppe kroniske lungesykdommer som fører til redusert luftstrøm gjennom luftveiene. I følge en nylig publisert avisartikkel i VG har trolig 400 000 mennesker i Norge KOLS, og tallet er økende (Bergseng, 2016, s.10). KOLS er den sykdommen i verden som øker raskest, og tilstanden rangeres av World Health Organization (WHO) som verdens fjerde ledende dødsårsak. Innen 2020 vil trolig sykdommen øke til å være verdens tredje ledende dødsårsak (Helsedirektoratet, 2012).

KOLS er en sykdom som kan føre med seg flere komorbiditeter, altså tilleggslideler. En av de mest vanlige og minst behandlede komorbiditetene er angst (Helsedirektoratet, 2012). I følge Yohannes, Willgoss, Bladwin & Connolly (2010) tyder det på at opptil 74% av pasienter med KOLS har ulike grader av angst. Ubehandlet eller dårlig behandling av angst i forbindelse med KOLS kan ha store konsekvenser. Maurer, Rebbapragada, Guldstein, Kunik, Yohannes & Hanania (2008) antyder at dette kan føre til fysiske og sosiale begrensninger, isolasjon og økt tungpusthet, dårligere livskvalitet og tidligere død for pasienten. For helseøkonomien kan ubehandlet angst i forbindelse med KOLS føre til hyppigere sykehusinnleggelse, økt antall liggedøgn og hyppige konsultasjoner med fastlegen (Maurer et al., 2008).

I denne oppgaven vil jeg rette fokus på hva sykepleier som arbeider på sykehus kan gjøre for å bidra til å redusere angst hos pasienter med KOLS. Problemstillingen jeg har kommet frem til er: *Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere opplevelsen av angst og utrygghet hos pasienter med KOLS?*

1.2 Begrunnelse for valg av tema

I løpet av mine år som sykepleierstudent har jeg møtt flere pasienter med KOLS i praksis på sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien. Flere av pasientene jeg har møtt har vært preget av angst og utrygghet, og jeg har sett hvordan angsten kan sette begrensninger i dagliglivet. Det viser seg at angst i forbindelse med KOLS ofte blir oversett og forblir ubehandlet (Helsedirektoratet, 2012; Maurer et al., 2008). Markussen (2009) hevder at sykepleiere og leger er for lite oppmerksomme på sammenhengen mellom KOLS og angst. KOLS har ikke bare fysiske konsekvenser for pasienten, men også psykiske. Jeg ønsker å ta tak i menneskets helhetlige opplevelse av å leve med en alvorlig sykdom, og ikke bare behandle diagnosen. Derfor vil jeg skrive en oppgave som kan gi meg mer kunnskap og bedre forståelse av hvordan KOLS og angst henger sammen. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011).

1.3 Oppgavens avgrensning

Jeg velger å konsentrere meg om pasienter med KOLS som er innlagt på sykehus. I følge forskning øker risikoen for reinnleggelser hvis pasienten har angst, samtidig har KOLS-pasienter som er innlagt på sykehus høy forekomst av angst. Angst gir lengre og hyppigere sykehusopphold (Markussen, 2009; Maurer et al., 2008). Jeg har valgt å avgrense oppgaven til pasienter som befinner seg i sykdomsstadium 3 og 4, da det er disse pasientene som hyppigst opplever forverringer og blir innlagt på sykehus (Hjalmarsen, 2012).

I forhold til alder vil jeg avgrense til eldre mennesker da forekomsten øker kraftig i eldre aldersgrupper. Hver femte person over 65 år har KOLS. Det er den kroniske lungesykdommen som hyppigst forekommer hos eldre, og 80% av de som dør av KOLS er over 70 år (Hjalmarsen, 2012). Jeg avgrenser ikke i forhold til kjønn da det ikke er vesentlig kjønnsforskjell i forekomst av sykdommen, og tiltakene vil være relevante til begge kjønn (Helsedirektoratet, 2012).

Jeg velger ikke å ta for meg andre komorbiditeter som kan opptre i forbindelse med KOLS, som for eksempel depresjon, underernæring, hjerte- og karsykdommer, lungekreft og luftveissykdommer (Helsedirektoratet, 2012). Norge har blitt et samfunn med mange ulike kulturer og religioner. Dette er en virkelighet sykepleiere vil møte og må ta hensyn til på

sykehus i dag. Grunnet oppgavens omfang vil jeg ikke fokusere på dette. Jeg velger heller ikke å fokusere på pasientens pårørende, selv om pårørende er en svært viktig ressurs for pasienten.

I denne oppgaven blir pasienten ofte omtalt som han, og sykepleier som hun. For å opprettholde min taushetsplikt som sykepleier, er eksemplene fra praksis anonymisert.

1.4 Oppgavens hensikt

Formålet med denne oppgaven er å lære mer om sykepleie rettet til denne pasientgruppen. I media blir KOLS omtalt som ”den skjulte folkesykdommen” (Bergseng, 2016, s.10). I lys av dette tenker jeg det er viktig at denne pasientgruppen får mer oppmerksomhet. Det helhetlige sykepleieperspektivet vil stå sentralt. Jeg ønsker å rette fokus på hva sykepleier kan gjøre for å bidra til å redusere opplevelsen av angst og utrygghet hos disse pasientene når de blir innlagt på sykehus.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven min er delt inn i seks kapitler. I første kapittel, innledning, gjør jeg rede for oppgavens tema og problemstilling, samt begrunnelse for valg av tema, hensikt og hvilke avgrensninger jeg har gjort. Videre følger et metodekapittel der jeg gjør rede for valg av metode, kildesøk og kildekritikk. I det tredje kapittelet vil jeg presentere målgruppen, jeg vil ta for meg KOLS og angst, samt sammenhengen mellom disse. I kapittel fire vil jeg presentere de sykepleiefaglige referanserammene jeg benytter meg av. Oppgaven vil ta utgangspunkt i sykepleiers ansvars- og funksjonsområder og Benner og Wrubels omsorgsteori. I drøftingskapittelet diskuteres problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere opplevelsen av angst og utrygghet hos pasienter med KOLS?* Jeg vil drøfte ulike sykepleietiltak og tilnæringsmåter som kan ha innvirkning på pasientens opplevelse av angst og utrygghet i lys av Benner og Wrubels omsorgsteori. Til slutt kommer avslutningen, her jeg vil trekke frem viktige funn.

2 Metode

I følge Dalland (2012) er metode et redskap i møtet med noe vi vil undersøke. Metoden sier noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Vilhelm Aubert, som Dalland henviser til i sin bok definerer metode som:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s.111).

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave med forankring i litteraturbøker og fag- og forskningsartikler. Den bygger i hovedsak på skriftlige kilder i form av andres teori og forskning. De vurderinger og fortolkninger jeg gjør av de skriftlige kildene i form av kildekritikk, er det metodiske redskapet (Dalland, 2012). Jeg vil benytte meg av litteratur som belyser mitt tema og min problemstilling, samtidig vil jeg trekke inn personlige erfaringer fra praksisperioder i løpet av min studietid.

Litteraturstudie innebærer at jeg leser og fortolker kildene og litteraturen. I fagspråket blir dette kalt en hermeneutisk fremgangsmåte. Bø (1996) viser til den hermeneutiske sirkel, som viser hvordan jeg må gå flere omganger i litteraturen, og etter hver omgang vil min forståelse utvides. Gjennom å arbeide med fag- og forskningslitteratur som omhandler mitt problemområde, samt Benner og Wrubels omsorgsteori, har jeg fått en ny forståelse av temaet. Dette blir vist under diskusjonen i drøftingskapittelet.

I følge yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren plikt til å holde seg oppdatert på forskning og bidra til at ny kunnskap blir brukt i praksis (NSF, 2011). Ved å bruke litteraturstudie som metode kan jeg øke min kompetanse i å søke etter relevant litteratur. Denne kompetansen er etterspurt der sykepleiere har sitt utøvende arbeid.

2.2 Litteratursøk

Oppgaven min er basert på pensumlitteratur fra tre år på sykepleierstudiet. Jeg har også benyttet meg av selvvalgt litteratur for ytterligere å belyse min problemstilling.

For å finne fag- og forskningsartikler har jeg brukt skolens bibliotek og søkt i databaser som er aktuelle for sykepleie og andre helserelaterte studier. Databasene jeg har valgt å bruke er Cinahl, PubMed og SveMed+. Søkeordene kombinerte jeg ved å bruke AND eller OR. Jeg avgrenset søkene til å være peer- reviewed, fulltekst og ikke eldre enn 10 år. Jeg har benyttet søkeord som ”KOLS/COPD”, ”Angst/Anxiety”, ”Sykepleie/Nursing” og ”Pustebesvær/Dyspnea”. Artikkelenes sammendrag og tittel bestemte om jeg valgte å lese videre eller ikke. Jeg har også funnet noen av forskningsartiklene jeg benytter meg av via andre forfattere som refererer til dem. For å vise hvordan jeg har kommet frem til relevante fag- og forskningsartikler, har jeg laget en tabell med søkehistorikk (vedlegg 1).

2.3 Kildekritikk

Det er viktig å vurdere de kildene en velger å bruke. En viktig del av vurderingen av kilder er forfatterens autoritet og bakgrunn innen emne (Dalland, 2012). I de fleste bøkene jeg benytter meg av står det et kort avsnitt innledningsvis om hvem forfatteren er, hvilken bakgrunn vedkommende har og hva som er hensikten med boka. Dette ser jeg på som en sikkerhet for at kildene er pålitelige. De fleste bøkene er skrevet for sykepleiere og annet helsepersonell, noe som betyr at forfatteren skriver om tematikken sett igjennom helsearbeideres øyne. Mange av bøkene er også skrevet av helsearbeidere med lang erfaring, noe jeg ser på som en sikkerhet.

Det viser seg flere steder i litteraturen at forfatterne ofte refererer til hverandre, dette ser jeg også på som en sikkerhet. Flere av fag- og forskningsartiklene jeg benytter meg av er engelskspråklige. Dette kan være en svakhet da engelsk ikke er mitt morsmål, og jeg kan misforstå noe av innholdet. Sekundærlitteratur er tolkning av andres arbeid og det opprinnelige perspektivet kan derfor ha endret seg. For å sikre seg mot andres feiltolkninger og unøyaktigheter bør en derfor helst benytte primærlitteratur der det er mulig (Dalland, 2012). Jeg har så langt det lar seg gjøre forsøkt å søke meg tilbake til primærkilden der

forfattere refererer til hverandre. Dette har ikke alltid latt seg gjøre da jeg ikke finner artikkelen på nett eller at den ikke kan åpnes.

For å forsikre meg om at artiklene jeg har valgt å bruke er relevante for sykepleiere, har jeg hovedsakelig valgt artikler publisert i nasjonale og internasjonale sykepleietidsskrifter som; *Sykepleien*, *Nursing Times*, *Klinisk Sygepleje* og *Nurse Prescribing*. Studier gjennomført i vestlige land har vært høyest prioritet, da disse sannsynligvis vil ha størst overførbarhet til norsk praksis.

Under søkene jeg har foretatt har det vært mange treff på antall artikler, og jeg har kun valgt ut et knippe av disse. Det er derfor mulig at jeg har gått glipp av forskning som kunne vært relevant for meg og min oppgave. Jeg velger å stole på at jeg har funnet forskning som hjelper meg å svare på min problemstilling.

3 Presentasjon av målgruppe

Pasienter med KOLS i 3. eller 4. stadium har pusteproblemer som kan være svært skremmende. Alle kroppens celler og organer er tilknyttet respirasjonssystemet. Blir respirasjonen svekket og det blir tungt å puste, kan man oppleve angst og redsel for å bli kvalt og dø (Blix & Breivik, 2006). En pasient i studien til Willgoss, Yohannes, Goldbart & Fatoye, forklarer det på denne måten: *"It is like the walls are closing in and the closer they get the less you can breathe"* (2011, s.12).

3.1 KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom er en samlebetegnelse på en gruppe kroniske lungesykdommer som fører til redusert luftstrøm gjennom luftveiene. De fleste pasienter med KOLS har en kombinasjon av kronisk bronkitt og emfysem (Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2013).

Kronisk bronkitt er karakterisert av økt sekretproduksjon i luftveiene og økt luftveismotstand. Økt luftmotstand skyldes i hovedsak en kronisk inflammasjon i bronkioler og bronkier. Kronisk bronkitt er vanligvis forårsaket av røyking, og de fleste med kronisk bronkitt vil utvikle KOLS. Emfysem kjennetegnes av kronisk tung pust som skyldes ødeleggelse av lungevev og utvidede alveoler. Alveolene "smelter" sammen og blir færre og større. Dette fører til at den totale alveoleoverflaten blir redusert, og arealet for gassutveksling blir redusert (Mjell, 2012). KOLS kan inndeles i fire ulike alvorlighetsgrader, fra stadium 1 (mild) til stadium 4 (svært alvorlig). Pasienten vil ofte oppleve episoder med forverring av sin sykdom, en slik forverring kalles en KOLS- eksaserbasjon (Almås et al., 2013).

KOLS er en sykdom som øker hyppig i den norske befolkningen. I løpet av de siste årene har KOLS utviklet seg til å bli en folkesykdom (Bergseng, 2016; Helsedirektoratet, 2012). Forekomsten av sykdommen tiltar ved røyking, økende alder, lav sosioøkonomisk status, generell luftforurensning og urbanisering (Mjell, 2012). Det finnes ulike årsaker til KOLS, men røyking er hovedårsaken og forklarer omtrent to av tre tilfeller. Risikoen for å utvikle KOLS øker med grad av tobakksforbruk og antall røykeår (Almås et al., 2013). Andre årsaker

til utvikling av KOLS kan være astma, hyppige infeksjoner i luftveiene i barndommen, høy og langvarig yrkeseksponering for skadelige kjemikalier og støv, passiv røyking og innendørs/ utendørs luftforurensning (Almås et al., 2013).

Typiske symptomer på KOLS er kronisk hoste i perioder, eller hver dag og ofte hele dagen. Pasienter med KOLS vil også være plaget av kronisk slimproduksjon i luftveiene og etter hvert tung pust som blir verre over tid. Ved markant luftveisobstruksjon vil en kunne høre en karakteristisk pipelyd i ekspirasjonsfasen. Ved alvorlig og svært alvorlig KOLS vil symptomene ha innvirkning på pasientens livskvalitet. Pasienten kan ha respirasjonssvikt eller kliniske tegn til høyresidig hjertesvikt, grunnet et konstant økt trykk i lungekretsløpet. For å kunne stille diagnosen KOLS, må pasienten gjennom en spirometri, en lungefunksjonsundersøkelse. Pasientens anamnese/ sykehistorie er også svært relevant. Med stetoskop kan det ofte høres pipelyder og svekket respirasjonslyd. Ved langtkommen KOLS vil thorax være utvidet, dette kalles tønnethorax, fordi thorax er formet som en tønne (Almås et al., 2013).

KOLS kan ikke helbredes fordi lungeskaden er permanent, men symptomene og utviklingen av sykdommen kan bremses. Behandlingens formål er å dempe symptomer, bedre livskvaliteten og forlenge livet. For pasienter som røyker vil røykeslutt være den beste behandlingen. Disponerende faktorer i miljøet bør unngås (Hjalmarsen, 2012).

KOLS behandles medisinsk slik:

- Forebygge luftveisinfeksjoner med medisiner som reduserer risikoen. Årlig influensavaksine og pneumokokkvaksine hvert tiende år anbefales for pasienter med alvorlig KOLS. På denne måten kan livstruende forverringer av sykdommen forebygges.
- Medisiner som letter pusten ved å utvide bronkiene. Slike medisiner kalles korttids eller langtids beta-2 stimulatorer.
- Medisiner som demper slimproduksjonen. Inhalasjonssteroider brukes for å dempe slimproduksjonen og hevelse i slimhinnene. Inhalasjonssteroidene brukes ofte sammen med beta-2 stimulatorer i kombinasjonspreparater.
- Ved alvorlig langtkommen KOLS kan det være aktuelt å gi langtids oksygenbehandling fordi lungene ikke klarer å forsyne kroppen med tilstrekkelig oksygen (Hjalmarsen, 2012; Elling & Refvem, n.d.).

Sykdommen kan føre med seg en rekke komplikasjoner. De vanligste er bronkopneumoni og respirasjonssvikt med utvikling av pulmonal hypertensjon og høyresidig hjertesvikt. Pneumothorax, metabolsk syndrom, osteoporose, skjelettmuskelatrofi, søvnforstyrrelser og kreftsykdom er også klinisk kjente komplikasjoner ved KOLS (Hjalmarsen, 2012; Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). Prognosen ved KOLS avhenger av om pasienten klarer og slutte å røyke, samt komplikasjoner og forverringer. Dødeligheten er høy, og blant pasienter som innlegges på sykehus på grunn av KOLS dør 25% i løpet av to år og rundt halvparten i løpet av fem år (Jacobsen et al., 2009; Mjell, 2011).

KOLS fører også med seg en rekke komorbiditeter. Kronisk lungesykdom fører til at aldringsprosessen kommer tidligere enn normalt. Dette fører til nedsatt fysisk kapasitet og tungpustethet ved aktivitet, eventuelt også i hvile. Hos pasienter med KOLS er også underernæring vanlig, dette skyldes tap av både muskulatur og fett. 43% av pasienter med KOLS har søvnproblemer. Angst og depresjon er svært vanlige komorbiditeter. Dette skyldes begrensninger/hindringer sykdommen medfører i daglige aktiviteter, som igjen påfører pasienten en uønsket livsendring (Hjalmarsen, 2012).

KOLS er en sykdom preget av hyppige forverringer. Forverringene opptrer hyppigst i stadium 3 og 4. En KOLS –forverring defineres som vedvarende forverring av pasientens tilstand. Forverringen er akutt ved start og nødvendiggjør endring i den faste medisineringsen. Den vanligste årsaken til en KOLS- forverring er luftveisinfeksjoner. Behandlingen av en forverring avhenger av alvorlighetsgraden. Alvorlig KOLS-forverring må behandles i sykehus med oksygenterapi, antibiotika, systemiske steroider og forstøver (Hjalmarsen, 2012).

3.2 Angst

Angst påvirker hele mennesket. Tanker, følelser, adferd og kroppslige reaksjoner blir berørt. Tankestilen preges ofte av katastrofetenkning og bekymring. Frykt, panikk, uro og engstelse er vanlige følelsesmessige reaksjoner. For mange er det mest plagsomme med angsten de sterke kroppslige reaksjonene. Økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet fører til rask puls, hjertebank, svimmelhet, kvalme og ubehag i magen, opplevelse av å ikke få puste, skjelving og rastløshet. Personer med angst preges av tilbaketrekning og unngåelse (Martinsen, 2011).

I følge Martinsen (2011) vil trolig 20% av befolkningen oppleve en eller annen form for angstlidelse i løpet av livet, og mer enn hver tiende person har en angstlidelse til en hver tid. Bentsen, Gundersen, Assmus, Bringsvor & Berland (2013) sier at ca. to av tre pasienter med moderat til svært alvorlig KOLS sliter med angst. Pasienter med KOLS har mer angst og er mer deprimerte enn pasienter med andre sykdomstilstander (Hjalmarsen, 2012).

Panikkangst er en type angst som er vanlig blant pasienter med KOLS og kjennetegnes ved plutselige anfall med raskt stigende ubehag og angst. Panikkanfall fører med seg en rekke kroppslige symptomer. Rask puls og hjertebank, følelse av å ikke få puste og å bli kvalt, ubehag og smerter i brystet, kulde eller varmebølger, svimmelhet, skjelving og nummenhet i tær og fingre er de vanligste. Panikkangst regnes som den mest intense formen for angst (Martinsen, 2011).

Det er generelt tre behov sykepleier må prøve å dekke for å kunne hjelpe mennesker med angst. Disse er behovet for sikkerhet og trygghet, angstreduksjon og kunnskap om angst. En pasient med angst kan føle seg alene og inneklemt, og små påkjenninger kan føre til at alt raser sammen. Opplevelsen av trygghet er derfor svært viktig. Pasienten trenger gode og trygge omgivelser, dette er med på å skape fundamentet han kan stå på når han skal arbeide med sin angst. Sykepleier må være ydmyk ovenfor pasienten, fordi angsten for den enkelte både kan være lammende, skremmende og nesten ikke til å bære (Hummelvoll, 2012).

Behandling av angstlidelser har i moderne tid to hovedkomponenter, som er samtalebehandling og medikamenter. Effekten av samtalebehandling er godt dokumentert, og kognitiv terapi regnes som den mest virksomme metoden. Den viktigste medikamentgruppen for angstlidelser er antidepressive legemidler, her også SSRI-preparater. Andre medikamenter som har god angstdempende effekt er benzodiazepiner. Ulempen med beroligende benzodiazepiner er at de kan misbrukes og være vanedannende (Martinsen, 2011).

3.3 Dyspné og angst

Kroniske lungesykdommer kan medføre symptomer og plager som i stor grad påvirker pasientens livskvalitet og livsutfoldelse. Det å ha pusteproblemer er svært skremmende, og

respirasjonen kan bli det eneste som står i fokus. Dyspné, som betyr åndenød, og angst er nært forbundet med hverandre, og derfor må disse symptomene alltid sees i sammenheng. Fordi pustebesvær og angst gjensidig forsterker hverandre vil det nesten være like viktig å forebygge angst og utrygghet som å behandle pasientens pustebesvær (Almås et al., 2013). Sykepleier må være klar over at angst og pustebesvær henger nøye sammen. Ifølge Markussen (2009) er sykepleiere og leger for lite oppmerksomme på at pustebesvær også kan være et symptom på angst. Dette blir i litteraturen beskrevet som ”Angst-dyspnea-angst sirkelen. Pustebesvær er en subjektiv opplevelse og er hovedsymptomet på en mulig akutt forverring av sykdommen. Samtidig kan også pustebesvær være et symptom på angst, eller et reelt pusteanfall kan føre til panikk eller angst. Dette er en sirkel som er vond å bryte, og for pasientene kan den bli håpløs å leve med fordi de ikke vet hvordan de skal skille mellom de to faresignalene.

4 Sykepleiefaglig referanseramme

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull (NSF, 2011; Helsepersonelloven, 1999). Jeg vil i dette kapitlet presentere sykepleiers ansvars- og funksjonsområder som et hjelpemiddel for å utøve faglig forsvarlig sykepleie, samt Benner og Wrubels omsorgsteori for å understøtte den omsorgsfulle hjelpen.

4.1 Sykepleiers ansvars- og funksjonsområder

Sykepleier har i alle situasjoner spesifikke funksjoner og ansvar som preger måten hun tilnærmer seg og ivaretar pasienten på. Omsorgen som gis preges av sykepleiers evne til å ivareta dette faglige ansvaret. Sykepleieutøvelsen omfatter både oppgaver som er direkte pasientrettede, som for eksempel behandlende, lindrende, forebyggende og helsefremmende funksjoner og indirekte pasientrettede oppgaver som administrasjon og ledelse, forskning og fagutvikling og undervisning og veiledning (Nortvedt & Grønseth, 2013). De ulike ansvars- og funksjonsområdene må ses i sammenheng med hverandre. De jeg har valgt å fokusere på i denne oppgaven, vil bli presentert og drøftet videre i kapittel 5.

4.2 Benner og Wrubels omsorgsteori

Jeg har valgt å benytte meg av Benner og Wrubels omsorgsteori. Hovedideen i teorien deres er at omsorg er fundamentet for alt menneskelig liv og for sykepleie som tjeneste.

Patricia Benner (født i 1934) og Judith Wrubel (født i 1942) er to amerikanske sykepleiere og teoretikere som sammen har gitt ut boka *The primacy of caring* i 1989. Deres teori presenteres som en ny type sykepleieteori, som tar oppgjør med og avstand fra et logisk-positivistisk vitenskaps- og verdenssyn. Teorien bygger på Heideggers fenomenologiske verdensforståelse. Dette er en teori som beskriver, fortolker og forklarer en reell sykepleiepraksis slik den praktiseres i hverdagen og ikke et innbilt ideal om hvordan sykepleie bør være (Benner og Wrubel, 1989).

4.2.1 Omsorgens betydning

I følge Benner og Wrubel (1989) er omsorg alt det et menneske bryr seg om, og som det dermed har omsorg for. Dette kan for eksempel være mennesker en er glad i, hobbyer/interesser og egen helse. Omsorg er grunnleggende i god sykepleie og har en sentral plass i en effektiv sykepleiepraksis. For at sykepleieren skal kunne gi omsorg er det en forutsetning at hun bryr seg om pasienten og involverer seg i hans sykdom og situasjon. Det å bry seg om skaper i følge Benner og Wrubel et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold. Dette skaper muligheter for å motta hjelp og for å yte hjelp. Omsorg skaper på denne måten en kontekst som er sentral i all sykepleie. Benner og Wrubel mener at manglende omsorg bare er å få jobben unnagjort, det vil si at sykepleier ikke er tilstede under jobben. Omsorg er forbundet med innlevelse og det å være tilstede (Benner & Wrubel, 1989).

En og samme handling kan ha vidt forskjellige utfall, alt etter om den utføres med eller uten omsorg. Sykepleiepraksis kan aldri kun være rent teknisk, det må også være omsorg. Omsorg for noe eller noen setter folk i stand til å erkjenne problemer, få øye på mulige tiltak og iverksette disse tiltakene. En omsorgsfull sykepleier er i følge Benner og Wrubel i stand til å bemerke seg hvilke tiltak som hjelper, samt å se etter tegn til forbedring eller forverring i pasientens tilstand (Benner og Wrubel, 1989).

Benner og Wrubel (1989) definerer mennesket ut fra en fenomenologisk synsvinkel, der det essensielle ved en person er at vedkommende lever i en verden og forholder seg til den på en meningsfull måte. De tar avstand fra et menneskesyn der kropp og sjel er adskilt, man kan heller ikke skille mellom person og situasjon/kontekst. Teoretikerne mener at kropp og sjel, på samme måte som person og kontekst, påvirker hverandre gjensidig, og at dersom denne påvirkningen overses kan man heller ikke forstå en person. De beste sykepleierne er de som forstår relasjonen og forskjellen mellom sunnhet, lidelse og sykdom. Videre forklares det at sunnhet ikke er fravær av lidelse, og lidelse er heller ikke identisk med sykdom. Lidelse er den menneskelige opplevelsen av tap eller dysfunksjon, mens sykdom er manifestasjonen av avvik på celle-, vevs- eller organnivå.

Uhemmet funksjon, stress og mestring er sentrale begreper i deres teori. Uhemmet funksjon handler om menneskets opplevelse av velvære. Stress oppstår når det forekommer et brudd i den uhemmede funksjonen. Mestring er det mennesket gjør for å takle dette bruddet. Benner

og Wrubel (1989) mener at sykepleieren må ta utgangspunkt i den enkelte pasients opplevelse for å finne ut hvordan pasienten opplever og mestrer stress og sykdom.

Benner og Wrubel understreker at det å være omsorgsfull ikke er nok når det gjelder å yte god sykepleie. De sier at sykepleie både er instrumentell og ekspressiv. For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasientene sine er det også viktig at hun mestrer ulike ferdigheter og har god faglig kunnskap (Benner og Wrubel, 1989).

5 Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere opplevelsen av angst og utrygghet hos pasienter med KOLS?

I dette kapittelet vil jeg drøfte teorien jeg har presentert i forhold til problemstillingen; *Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere opplevelsen av angst og utrygghet hos pasienter med KOLS?* Jeg vil også trekke inn ny teori, forskning, egne erfaringer og synspunkter for å ytterligere belyse min problemstilling.

Det er flere grunner til at det er viktig at sykepleier hjelper pasienten til å mestre angst i forbindelse med KOLS. På den ene siden har du pasientens velvære, eller uhemmet funksjon som Benner og Wrubel (1989) sier. Angsten truer pasientens funksjon, forverrer tilstanden og kan føre til sosial isolasjon, fysisk inaktivitet, dårligere evne til effektivt å mestre fysiske symptomer, og gir lavere livskvalitet. På den andre siden kan det som nevnt innledningsvis påvirke helsevesenets økonomiske rammefaktorer. Ubehandlet angst i forbindelse med KOLS fører til dårligere behandling klinisk, hyppige sykehusinnleggelseser, økt liggetid på sykehus og stadige konsultasjoner hos fastlegen (Maurer et al., 2008).

5.1 Hvordan kan sykepleiers lindrende funksjon hjelpe pasienten?

Den lindrende sykepleiefunksjonen må alltid stå sentralt i omsorgen og skal bidra til å begrense omfanget av pasientens psykiske, fysiske og sosiale belastninger. Skal sykepleier ivareta den lindrende funksjonen, må oppmerksomheten rettes mot pasientens opplevelse og erfaring knyttet til lidelse og sykdom. Dersom sykepleier har et medisinsk fokus i pleien og kun ser på dette som sin hovedfunksjon, ivaretar hun ikke sitt faglige ansvar som sykepleier (Nortvedt & Grønseth, 2013). Det er dette Benner og Wrubel (1989) i sin teori omtaler som ”manglende omsorg” eller ”to just do the job”. Det er viktig å ta for seg pasientens fysiske behov, men pasientens psykiske behov må også ivaretas. Derfor må den omsorgsfulle og støttende tilnærmingen gå hånd i hånd med den medisinske behandlingen (Almås et al., 2013; Benner & Wrubel, 1989). Den medisinske behandlingen utdypes i kapittel 5.3.

5.1.1 Hvordan kan sykepleier fremme trygghet og tillit hos pasienten?

Sykepleier har ansvar for å redusere pasientens opplevelse av utrygghet og angst i situasjoner der respirasjonen svikter. For pasienter med respirasjonssvikt er opplevelse av trygghet viktig, og det at sykepleier er tilstede for pasienten er helt vesentlig for å skape denne tryggheten (Stubberud, 2011).

I følge Benner og Wrubel (1989) kan denne tryggheten skapes ved at sykepleier har et omsorgsfullt forhold til pasienten. Et slikt omsorgsfullt forhold til pasienten forutsetter at sykepleier klarer å skille mellom ”illness” og ”disease”, altså pasientens subjektive opplevelse av sykdommen og diagnosen. Sykepleier må derfor forholde seg til både den patologiske tilstanden pasienten er i, og pasientens subjektive opplevelse av sin situasjon. Å se pasienten som et individ, og ikke bare en diagnose som kommer inn på avdelingen, er essensielt.

Når pasienten kommer inn på sykehuset kan sykepleier forholde seg til ham på ulike måter. De ulike måtene vil ha innvirkning på hans opplevelse av situasjonen. Hvis sykepleier velger å se på pasienten kun ut ifra hans medisinske diagnose, vil han muligens føle seg avvist og trekke seg tilbake. Resultatet av dette kan være forsterket angst og utrygghet, noe som kan føre til en forverring av pasientens patologiske tilstand. Hvis sykepleier derimot velger å se på pasienten som et helhetlig individ, og prøver å forstå hans subjektive opplevelse av sykdommen, kan dette skape en god og trygg relasjon mellom pasient og sykepleier. Det er sannsynlig at en slik relasjon vil trygge pasienten, og dermed redusere hans opplevelse av angst og utrygghet. Ved at sykepleier bryr seg om pasienten og involverer seg i hans opplevelse, kan hun fremme trygghet og tillit. På den måten kan det være enklere å ta tak i de mulighetene og ressursene som ligger i situasjonen (Benner og Wrubel, 1989).

Sykepleier forbereder seg på å møte pasienten (Rotegård & Solhaug, 2011). Hun må blant annet å sørge for at han blir godt mottatt idet han kommer inn på sykehuset. Han skal ikke være alene, men skal føle seg trygg på å bli ivaretatt. Ved at sykepleier er forberedt og på forhånd har lest seg opp, slipper pasienten å bruke unødvendig energi på å fortelle om sin tilstand. Værelset pasienten skal oppholde seg i bør gjøres klart og være tilrettelagt med hensyn til pasientens situasjon. Alt som kan bidra til å forsterke stress bør elimineres. I den

akutte fasen gjelder det å lindre pasientens smerte og hjelpe ham til å puste. Sykepleier bør derfor utvise faglig trygghet.

I følge Almås et al. (2013) og Andersen, Ytrehus & Grov (2011), bidrar sykepleiers kunnskap og erfaring til omsorg og trygghet. Videre sier de at i en situasjon hvor pasienten opplever dyspné og angst, stilles det store krav til sykepleier. Dette tolker jeg som at dersom sykepleier har god kompetanse på området, kan hun for det første formidle kunnskap til pasienten og for det andre selv få en forståelse av hvilken hjelp han trenger. Denne kompetansen og tryggheten kan bidra til å skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Hvis derimot sykepleier ikke innehar nødvendig kunnskap og erfaring, og pasienten opplever at hun er engstelig og usikker i sin tilnærming, vil dette kunne øke hans opplevelse av angst.

En av sykepleierne i studien til Andersen et al. sier følgende: *”At du viser at du vet hva du gjør og ikke blir stressa og jo mer du kan, jo mer trygg er du i situasjonen”* (2011, s. 8). En av sykepleiers oppgaver er å skape ro når pasienten er urolig (Hummelvoll, 2012). Det at sykepleier forholder seg rolig, viser pasienten at hun har forståelse og vet hva hun skal gjøre, har stor betydning for pasientens opplevelse av situasjonen.

5.1.2 Nærhet og tid

En pasient som blir innlagt med en mulig akutt forverring av KOLS bør ikke være overlatt til seg selv. Pasienten har behov for å vite at sykepleier er tilstede i situasjonen, både fysisk nær og innenfor synsvidde. Det at sykepleier er fysisk nær og bevisst bruker berøring samtidig som hun dirigerer pasientens pust, kan i følge Stubberud (2011) være med på å bidra til at pusten blir roligere. Det at pasienten kan lene seg mot sykepleier kan være medvirkende til at pusten roer seg ned. Sykepleier kan også stryke pasienten jevnt og rolig over ryggen, eller gi pasienten en trygg og god hånd å holde i. De fysiske årsakene til pustebevisværet vil fortsatt være tilstede, men ved at angsten blir mindre vil pasienten også få en mindre bevisværet respirasjon (Almås et al., 2013).

Bjørk og Breivene (2011) sier noe om at når det gjelder fysisk nærhet er det viktig at sykepleier respekterer og er oppmerksom på pasientenes ulike intimgrenser. Det kan tenkes at direkte kroppskontakt kan virke ubehagelig for noen pasienter og kan dermed få motsatt

effekt med økt ubehag og angst. Dette er noe jeg personlig har fått erfare i praksis. Da jeg prøvde å strekke frem en hånd til en pasient, trakk pasienten seg unna og avviste meg. I etterkant har jeg undret meg på hvorfor dette skjedde. En grunn til dette kan være at fysisk nærhet for noen kan være ubehagelig og kan sette i gang en rekke følelsesmessige reaksjoner. En annen grunn kan være at jeg nylig hadde startet i praksis, og at pasienten ikke kjente meg særlig godt. Etter hvert som jeg ble kjent med pasienten i dagene som gikk, ble han svært dårlig og trengte kontinuerlig oppsyn. Han klarte ikke lenger å snakke og fikk palliativ pleie. Jeg satt fastvakt i en stol inntil pasientens seng, og han svevde mellom bevissthet og bevisstløshet. Et øyeblikk så jeg et tegn til at pasienten strakk ut hånden sin. Forsiktig la jeg hånden min i pasientens hånd, og jeg kjente at han klemte meg varsomt. I lys av dette har jeg sett viktigheten av gode relasjoner, og at det kan ta litt tid før pasienten føler seg trygg på sykepleier. Jeg har også lært at jeg må føle meg frem, være varsom og vurdere hvor grensen går for hver enkelt pasient når det gjelder berøring og fysisk nærhet.

Sykepleierne i studien til Andersen et al. (2011) legger stor vekt på dette med nærhet. De beskriver nærhet som det å være tilstede hos pasienten, støtte godt opp om, holde rundt ham, tilrettelegge ved å bygge opp med puter, sette opp vinduet, massere lett og stryke over ryggen. På denne måten vil pasienten føle at han ikke er alene, og denne nærheten kan skape en trygghet som er helt vesentlig for å bryte angst-dyspné- angst sirkelen. I likhet med Benner og Wrubel mener sykepleierne at det med personlig engasjement i pasientens situasjon er viktig for å skape nærhet. Det å ”bare få jobben gjort” vil ikke hjelpe pasienten. En av informantene sier følgende: *”Man må gi mye omsorg. Det er sånn, det er det dem trenger. Det er kanskje det man kan lindre med”* (Andersen et al., 2011, s. 9).

Tid er en faktor som truer sykepleiers mulighet til å vise pasienten nærhet. Både sykepleiere og pasienter beskriver ”tidsklemma” som en utfordring (Andersen et al., 2011; Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012). Fra egen praksiserfaring kjenner jeg meg igjen i dette. Dagene på en sengepost kan være svært travle, og sykepleier har ansvar for mer enn én pasient. Pasienter med KOLS trenger ro rundt seg, og har ofte behov for den tryggheten det gir at sykepleier tar seg tid og er i nærheten. I studien til Andersen et al. (2011) kommer det frem at mangel på tid har dårlig innvirkning på pasienter med KOLS, og at tidsmangel forverrer pasientens symptomer. Pasienten vil fort legge merke til at sykepleier har dårlig tid. Dette kan føre til utrygghet. Utrygghet igjen kan føre til at angsten forsterkes, noe som påvirker pusten negativt. Sykepleier havner i et dilemma. På den ene siden har pasienten

behov for tid til å formidle sine bekymringer. Dette kolliderer på den andre siden med systemets fordring om effektiv bruk av tid og ressurser (Andersen et al., 2011).

Flere av pasientene i studien til Bjørslund et al. (2012) forteller om sykepleiere som ofte er svært travle og kun gir korte beskjeder i forbifarten. Det kan tenkes at dette hindrer pasientene i å gi uttrykk for hva de har behov for. Det er også mulig at travelhet i avdelingen kan føre til at pasienten er redd for å bli oppfattet som kravstor og masete. Travelhet hos sykepleierne og i avdelingen generelt kan føre til at pasienten føler seg avvist, glemt eller mindre viktig.

5.1.3 Hvordan kan sykepleier skape gode omgivelser som fremmer ro og velvære for pasienten?

Det er viktig at sykepleier prøver å skape gode omgivelser som fremmer ro og velvære rundt pasienten (Stubberud, 2011). Som nevnt tidligere kan det være svært travelt på en sengepost, og sykepleier har ikke alltid tid til å sitte inne hos pasienten. For å skape gode omgivelser kan hun for det første åpne dører slik at pasientrommet oppleves større. Dette vil også kunne øke pasientens opplevelse av trygghet. Her tenker jeg at sykepleier kan titte innom pasienten med jevne mellomrom og vise at hun ikke har glemt ham. Samtidig kan pasienten se at det er mennesker rundt ham, og dermed få en følelse av at han ikke er alene. Det er imidlertid viktig å tenke på at alle pasienter er unike, og åpne dører kan for noen muligens få motsatt effekt, med økt uro. Det som er bra for én pasient, kan skape stress for en annen. Dette bør dokumenteres og rapporteres videre, slik at pasienten slipper å hele tiden gjenta sine preferanser. For det andre kan sykepleier åpne vinduer for å sikre tilførsel av frisk luft, fordi frisk luft kan være med på å hindre at pasienten føler seg innestengt samtidig som det øker velværen. Et tredje enkelt tiltak kan være å avkjøle pasientens ansikt med en kald klut. Disse tiltakene kan i følge Andersen et al., (2011) og Stubberud (2011) være med på å redusere pasientens opplevelse av dyspné.

Leiring og mobilisering av pasienten kan også være viktige sykepleietiltak. Sykepleier har ansvar for å leire pasienten i stillinger som letter respirasjonen. Hyppige endringer i leie og mobilisering gir bedre forhold for diffusjon og perfusjon, bedre drenasje av ekspektorat og gir bedre ventilasjonsmuligheter for ulike lungeavsnitt (Stubberud, 2011). Det er viktig at

sykepleier passer på at pasienten sitter/ligger i en stilling som er behagelig, og at han opplever å finne hvile. Pasienten bør på den ene siden mobiliseres så mye som mulig, men på den andre siden ikke bli presset for hardt slik at oksygenforbruket og respirasjonsarbeidet øker. For pasienter med KOLS kan Fowlers leie (høyt ryggleie) være gunstig for å lette respirasjonsarbeidet og ventilasjonen. Her må sykepleier passe på at pasienten ikke sklir ned i sengen. Dersom han gjør det, kan diafragma bli presset sammen. Dette fører til økt respirasjonsarbeid og dermed motsatt effekt. I likhet med Stubberud (2011) tenker jeg at hensikten med disse tiltakene er å skape minst mulig angst og utrygghet hos pasienten.

En faktor som derimot kan være med på å skape uro for pasienten, er stadige vaktskifter og nye ansikter på avdelingen. En pasient i studien Bjørnsland et al. uttrykker det på denne måten: *”Det er ting du må spørre om tre-fire ganger fordi sykepleierne er så travle, og de rullerer hele tiden, stadige vaktskifter og nye ansikter”* (2012:28). Der jeg var i praksis etterstrebet avdelingen at pasienten skulle ha færrest mulig sykepleiere og forholde seg til. På denne måten ble relasjonen mellom pasient og sykepleier bedre, slik at pasienten følte seg tryggere.

5.2 Hvordan kan sykepleiers undervisende funksjon hjelpe pasienten?

Den undervisende funksjonen innebærer sykepleiers ansvar for å veilede, undervise og informere pasienten. Dette skal blant annet fremme trygghet og hjelpe pasienten til å mestre og forstå konsekvensene av sykdom og lidelse (Nortvedt og Grønseth, 2013). KOLS er en sykdom som stadig utvikler seg og derfor stiller nye krav til mestring (Stubberud, 2011). Sykepleier kan veilede og undervise for å hjelpe pasienten til å mestre stress, lidelse og sykdom. Pasientopplæringen bør tilpasses til hvordan hver enkelt pasient opplever sykdommen og lidelsene den medfører. På denne måten vil undervisningen bli relevant for pasienten (Benner & Wrubel, 1989).

5.2.1 Informasjon, veiledning og brukermedvirkning

Hos pasienter med KOLS er informasjon og veiledning viktig under sykehusoppholdet. Dette skaper trygghet og bedre innsikt i egen sykdom. Pasienten har i følge pasient- og

brukerrettighetsloven §3-2 (1999) rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og helsehjelpens innhold. Informasjonen skal være tilpasset den enkelte pasients forutsetninger. Sykepleier på sin side skal gi informasjon til den som har krav på det, og så langt det lar seg gjøre forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet i informasjonen (Helsepersonelloven, 1999). Dersom sykepleier unnlater å gi informasjon, kan dette føre til usikkerhet noe som igjen kan resultere i forverret angst og dyspné. Pasienten bør opplyses om at sykepleiers mål er å lindre pustebesværet og skape trygghet. Denne informasjonen kan hjelpe pasienten til å få en bedre mestringsopplevelse, samt dempe angsten (Stubberud, 2010).

Pasienter som har dårlig innsikt i, og mangelfull kunnskap om egen sykdom, er vanskeligere å hjelpe enn pasienter som har tilegnet seg kunnskap. Det viser seg at informasjon om sykdommen og sykdomsforløpet blir lite diskutert med pasienter som har KOLS (Andersen et al., 2011). Det er mulig at en av grunnene til dette kan være at informasjonen om sykdomsprogresjon og sykdomsforløp kan være tøff å meddele. En kan spørre seg om for mye informasjon kan føre til at pasienten blir mer bekymret enn nødvendig. På den andre siden trenger pasienten og har krav på i følge pasient- og brukerrettighetsloven, klar og ærlig informasjon om den progressive utviklingen av sykdommen. Det kan tenkes at ærlighet rundt pasientens sykdomsforløp, også kan være med på å hjelpe ham til å mestre sine utfordringer i hverdagen.

For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å mestre sykdommen og lidelsene den medfører, er brukermedvirkning viktig. Når pasienten opplever medvirkning, sosial støtte, forutsigbarhet og kontroll, er mestring mulig (Benner & Wrubel, 1989). I studien til Bjørslund et al. (2012) kommer det frem at pasientene både har erfart å medvirke og ikke medvirke i forbindelse med egen helsehjelp. Deres opplevelse av brukermedvirkning henger sammen med forhold og faktorer hos sykepleier og hos dem selv. Faktorer som fremmer brukermedvirkning er at sykepleier viser respekt og omsorg, har tid og viser forståelse, samt at hun er kjent for pasienten. Travelhet og manglende respekt for pasienten blir beskrevet som faktorer som hemmer medvirkning. Det kan tenkes at manglende respekt for pasienten henger sammen med sykepleiers personlige holdninger til sykdommen. KOLS har alltid vært og er fremdeles en tabubelagt sykdom (Bergseng, 2016, s. 10). Sykepleierne i studien til Andersen et al. (2011) trekker frem den generelle stigmatiseringen av pasienter med KOLS. De aller fleste tilfellene av KOLS er røykebetinget, og dermed kan pasienten føle

skyldfølelse og skam. En informant i artikkelen til Bergseng (2016) sier at hun ikke vil fortelle andre som sin KOLS-diagnose. Hun forteller heller at hun har kronisk bronkitt, da dette høres ”bedre” ut. I lys av dette tenker jeg det er viktig at sykepleier arbeider profesjonelt med respekt for den enkelte pasients sykdom og opplevelse. Ikke desto mindre bør hun se mennesket og det levde liv bak sykdommen. Dersom sykepleier ikke klarer å se mennesket bak sykdommen, kan dette føre til en dårlig sykepleier- pasientrelasjon, noe som igjen kan påvirke pasientens angst og utrygghet. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkeltes liv og iboende verdighet (NSF, 2011).

Hos pasienten er det å ha tiltro til egen kunnskap og erfaring, samt at de vet hva de trenger og er flinke på å uttrykke dette tydelig, faktorer som fremmer medvirkning. Mens lav kunnskap og manglende tiltro til seg selv, er faktorer som hemmer medvirkning (Bjørslund et al., 2012). I lys av dette er det viktig at sykepleier underviser pasienten for å øke hans kunnskapsnivå, og dermed også hans tiltro til seg selv. Heslop (2014) hevder at en viktig del av den individuelle pasientundervisningen bør inneholde informasjon og forklaringer om KOLS, dyspné og angst, og hvordan disse påvirker hverandre.

British Thoracic Society (2013, sitert i Heslop, 2014) har kommet med en rekke forslag til undervisningstemaer til denne pasientgruppen, blant annet undervisning om lungenes anatomi, fysiologi og patologi, medisiner, ulike pusteøvelser, pasient- støttegrupper, angstreduksjon og avslapningsteknikker. Fra praksis har jeg selv erfart at pasienter med KOLS på sykehus har ulike forutsetninger for å motta informasjon. En god måte dette ble løst på der jeg var, var å informere pasienten muntlig og samtidig gi denne informasjonen skriftlig. Dette fordi det ble mye informasjon, og pasienten ikke alltid var i stand til å motta det som ble fortalt der og da. Med skriftlig informasjon fikk pasienten mulighet til å lese nøyere gjennom senere.

5.2.2 Sykepleier kan lære pasienten ulike pusteteknikker

Pustefrekvens og pustemønster er i stor grad smittsomt, altså ens eget pustemønster kan påvirkes av en annen persons pustemønster dersom en kommer fysisk nær nok. Sykepleier må derfor være bevisst på at egen pust er dyp, rolig og avslappet når hun skal prøve å

berolige en pasient med angst og akutt pustebesvær. Sykepleier kan også dirigere pasientens inspirasjon og ekspirasjon verbalt. For at dette skal være virkningsfullt må sykepleier bruke seg selv bevisst som hjelpemiddel. Hun må snakke i et rolig tempo og med en rolig stemme. Sykepleiers egen pust, mimikk, stemme og kroppsholdning formidler mye og er like viktig som det hun sier (Almås et al., 2013). Det kan tenkes at dersom sykepleier klarer å få pasienten til å fokusere på sin egen pust, vil angsten få mindre fokus fordi pasienten tvinges til å være tilstede her og nå. Derimot vil en sykepleier som uttrykker stress og usikkerhet muligens ikke kunne berolige pasienten på en god måte. I følge deltakerne i studien til Willgoss et al. (2011) er ulike pusteøvelser nyttige i episoder med panikk, spesielt det å puste dypt og rolig, samt regulere hastigheten på pusten. I episoder med panikk kan dette være lettere sagt enn gjort, og det er derfor viktig at sykepleier er tilstede og hjelper pasienten med å få tilbake kontrollen over pusten.

Mange pasienter med KOLS vil ha god hjelp av å bruke leppeblåsning når de blir akutt tungpustne. Leppeblåsning vil si at pasienten puster ut med kraft mot nesten lukkede lepper. Ekspirasjonen blir da aktiv, og dette øker trykket inne i luftveiene. Denne pustemåten kan roe ned respirasjonsfrekvensen, bedre gassutvekslingen og dermed oksygenopptaket (Almås et al., 2013). Sykepleier instruerer pasienten, og kan selv bruke denne teknikken. Dermed gir hun pasienten en kontinuerlig påminnelse om å fortsette med leppeblåsningen. En sykepleier i studien til Andersen et al. (2011) forteller om hvordan hun bruker leppepust som et virkemiddel for å roe ned pasienten. Her ser sykepleieren på seg selv som redskapet som skaper de terapeutiske omgivelsene.

5.2.3 Håp og mestring

Benner og Wrubel (1989) mener i likhet med Hummelvoll (2012) at dersom sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å mestre sin livssituasjon, må hun også hjelpe ham til å finne håp. Håpet kan de finne ved å fokusere på holdbare livsverdier og ting som betyr noe i livet. I lys av kapittel 3.1 kan ikke sykepleier gi håp om å gjenvinne tidligere funksjonsnivå eller helbredelse. Derimot tenker jeg hun kan hjelpe pasienten til å se det beste i situasjonen og å fokusere på positive øyeblikk. Gode relasjoner til andre mennesker som betyr noe, samt det å nyte gode situasjoner i dagliglivet kan være viktige elementer som kan skape håp. Håp kan gi

pasienten en følelse av velvære og opplevelse av frihet, og kan samtidig bidra til å hjelpe pasienten til å mestre sin livssituasjon (Stubberud, 2011).

For å mestre sin livssituasjon hevder Willgoss et al. (2011) og Markussen (2009) at pasienten trenger å lære løsningsorienterte mestringsstrategier. Dette kan hjelpe pasienten til å få en viss kontroll over angsten. Pasienten må lære å bli bevisst på hvordan angsten styrer livet hans, og hvordan han selv kan ta tilbake kontrollen. Slik det kommer frem i studien til Willgoss et al (2011), er det å snakke til seg selv en viktig mestringsstrategi for mange. Ved hjelp av systematiske og logiske tanker og tilbakeblikk på tidligere panikkanfall, var pasientene i større grad i stand til å unngå nye panikkanfall.

5.3 Hvordan kan sykepleiers behandlende funksjon hjelpe pasienten?

Når en pasient med uttalt angst og pustebesvær ankommer sykehuset, er det viktig at sykepleier er i stand til å gjøre gode observasjoner og iverksette nødvendige tiltak i samarbeid med lege. Dette inngår i sykepleiers behandlende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2013). Benner og Wrubel (1989) mener at denne funksjonen utgjør en stor del av sykepleiers arbeidsoppgaver, da god sykepleie både er instrumentell og ekspressiv.

5.3.1 Observasjoner og kartlegging

Dersom det viser seg at pasienten opplever en akutt forverring av sin KOLS, vil sykepleier kunne observere følgende symptomer; uforklarlig feber, økt hoste, økt hvesing og en 20% økning i respirasjonsfrekvens og hjertefrekvens sammenlignet med hva som er normalt for pasienten. Ekspektoratet er seigere, mer volumiøst og mer purulent. Pasienten kan være cyanotisk, som vanligvis er et tegn på nedsatt oksygenopptak. Økt dyspné er svært vanlig ved en KOLS- forverring. Dyspné kan gi en følelse av lufthunger og det å bli kvalt og dø, og dette kan igjen føre til angst (Almås et al., 2013). En pasient med angstanfall vil ha en rekke kroppslige symptomer som forklart i kapittel 3.2. Det kan være vanskelig både for sykepleier og pasient å skille mellom symptomene på en akutt forverring av sykdommen og et angstanfall.

For å kartlegge graden av angst hos pasienten, finnes det ulike verktøy sykepleier kan benytte seg av. HAD- Hospital Anxiety and Depression Scale er et eksempel. Dette er et enkelt kartleggingsverktøy som i følge Markussen (2009) vil gi en rask oversikt av om pasienten har symptomer på angst samt hvilken alvorlighetsgrad. Det er mulig at det å benytte seg av et slikt kartleggingsverktøy i en akutt fase kan være vanskelig. Pasienten vil kunne ha problemer med å svare fordi han er så medtatt, desorientert og preget av angst og dyspné. Med grunnlag i dette vil det være hensiktsmessig å vente med slik kartlegging til pasienten har fått roet seg ned, og har fått kontroll over pusten. Videre tenker jeg det vil være viktig å undersøke hva som forårsaker angsten, og hvordan angsten påvirker pasienten. Alle pasienter er forskjellige, og sykdomsopplevelsen preges av pasientens livshistorie, personlighet og livssituasjon (Benner & Wrubel, 1989). Sykepleier rapporterer og dokumenterer pasientopplysningene videre.

5.3.2 Medisinske tiltak

Benner og Wrubel (1989) understreker at for å utøve god sykepleie må sykepleier mestre ulike ferdigheter samt ha god forståelse både for teknologi og medisiner. Å være omsorgsfull er ikke nok. Slik jeg forstår det, vil dette også bidra til å skape trygghet for pasienten. Usikkerhet hos sykepleier kan skape utrygghet og forsterke angsten. Dersom pasienten opplever en akutt forverring av sykdommen må nødvendige medisinske tiltak iverksettes. Helsedirektoratet (2012) har utarbeidet nasjonale retningslinjer når det gjelder medisinsk behandling av en KOLS- forverring.

For pasienter med alvorlig kronisk lungesykdom kan oksygenivået i blodet bli så lavt at det må tilføres ekstra oksygen. Oksygen blir gitt til pasienter med KOLS for å fremme oksygenmetningen og for å lindre symptomer som dyspné og angst. Administrering av oksygen skjer på ulike måter, og bestemmes ut i fra pasientens kliniske tilstand og oksygenbehov (Stubberud, 2010). Det er viktig at sykepleier passer på at pasienten får riktig dose oksygen, og det er viktig å observere hans oksygenmetning jevnlig. Dersom pasienten har lite oksygen i blodet, kan han utvikle hypoksemi. På den andre siden er det viktig at han ikke får for mye oksygen, da dette kan føre til at han kan falle i en CO₂-narkose. Ved en oksygenmetning på under 90% gis oksygen 1-2 liter per minutt via nesekateter. Målet med å

gi oksygen ved en forverring er å holde en tilfredsstillende oksygenmetning på rundt 90%. I en akutt situasjon kan oksygenbehandling være livreddende (Helsedirektoratet, 2012).

Som nevnt tidligere i oppgaven, skyldes de fleste KOLS-forverringene luftveisinfeksjoner. Bredsprekte kombinasjoner av antibiotika skal gis dersom 2 til 3 av følgende symptomer er tilstede: økt ekspektoratmengde, økt purulens i ekspektoratet eller økt dyspné. I følge Helsedirektoratet (2012) reduserer antibiotika dødeligheten hos pasienter med KOLS med moderat og alvorlig forverring.

Pasienten skal også gis bronkodilaterende og antiinflammatoriske legemidler. Effekten av slike legemidler er livreddende med kortere sykehusopphold, mindre symptomer og bedre lungefunksjon. Sykepleier gir spray med kortidsvirkende bronkodilatorer i forstøverapparat eller inhalasjonskammer hvert 10 minutt, inntil bedring første timen. Glukokortikoider tilsvarende prednisolon 30-40 mg gis per oralt daglig i 7-10 dager (Helsedirektoratet, 2012).

Dersom pasienten er svært engstelig og urolig kan det være aktuelt å gi beroligende medikamenter, slik som antidepressive legemidler og benzodiazepiner (Maurer et al., 2008). Disse medikamentgruppene har godt dokumentert angstdempende effekt (Helsedirektoratet, 2012). I følge Halvorsen og Martinussen (2015) bruker pasienter med KOLS overraskende store mengder benzodiazepiner. Deres studie viser at hele 69% av deltakerne bruker de vanedannede medikamentene. Dersom pasienten er tydelig preget av angst og utrygghet kan det på den ene siden være nødvendig å gi ham slike typer medikamenter. Dette kan føre til at han slapper av, noe som igjen kan ha positiv innvirkning på hans respirasjon. På den andre siden må sykepleier være oppmerksom på at denne typen medikamenter undertrykker lungefunksjonen, og pasienten kan stå i fare for å utvikle respirasjonsdepresjon. I tillegg er medikamentene vanedannende (Halvorsen & Martinussen, 2015).

Sykepleier må informere pasienten underveis om prosedyrer som skal gjennomføres og den medisinske behandlingen (Stubberud, 2011). Løpende informasjon om hva sykepleier gjør og hvorfor hun gjør det, kan virke betryggende og samtidig bidra til å øke pasientens forståelse av situasjonen (Benner og Wrubel, 1989).

5.4 Hvordan kan sykepleiers administrative funksjon hjelpe pasienten videre?

Utskrivelse kan virke skremmende for pasienten. Og vanlige tanker og spørsmål kan være: Hva hvis det skjer igjen? Hva hvis jeg får et panikkanfall og hva hvis jeg dør? Det er viktig å sørge for en god utskrivelse av pasienten, og pasienten bør være godt forberedt. Av tidligere erfaring fra praksis vet jeg at planleggingen av utskrivelse skjer tidlig i sykehusoppholdet. Sykepleier må være helt sikker på at pasienten kan klare seg hjemme før utskrivelse. Dersom pasienten skrives ut for tidlig kan dette ofte resultere i en rask reinnleggelse (Oksholm, 2008). En av pasientene i studien til Bjørslund et al (2012) fikk erfare dette. Han forteller at til tross for heftige protester mot tidlig utskrivelse, lyttet ingen til ham. Pasienten mente han ikke var klar for utreise, og at han ikke var sterk nok. Likevel ble han skrevet ut. På kvelden samme dag ble han på nytt lagt inn med angst og økt pustebesvær. Pasienten prøvde å medvirke, men ble i denne situasjonen ikke hørt og tatt på alvor.

Sykepleier skal fremme gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (NSF, 2011), og hun har i følge Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e (1999) plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom de ulike helseforetakene. For at pasienten skal få best mulig hjelp etter sykehusoppholdet, dersom han har behov for det, er god dokumentasjon fra sykehuset viktig (Fjørtoft, 2011). Dette kan hjelpe andre ledd i helsetjenesten til å yte god helsehjelp til pasienten. Derimot kan dårlig og mangelfull dokumentasjon bidra til at de neste helsenivåene ikke klarer å ivareta sine forpliktelser overfor pasienten på en tilfredsstillende måte. I hjemmesykepleiepraksis fikk jeg erfare å motta både god og dårlig dokumentasjon fra sykehuset. God dokumentasjon gjorde det lettere for meg som sykepleierstudent å være forberedt på å møte pasientens behov. Mangelfull dokumentasjon kunne føre til misforståelser, dårligere kommunikasjon, ekstra arbeid og belastninger for pasienten.

Organisasjonens fordring om effektivisering av tid og ressurser kan føre til begrenset tid til å hjelpe pasienten å mestre angsten, og videre oppfølging kan derfor være aktuelt (Andersen et al., 2011). Hjemmesykepleien kan være et aktuelt tilbud for pasienter som er mye engstelige (Helsedirektoratet, 2012). I min praksis i hjemmesykepleien hadde jeg en pasient som nylig var skrevet ut fra sykehuset etter en KOLS-forverring. Hun var svært engstelig og hadde behov for kontakt med hjemmesykepleien. For denne pasienten var det betryggende at hjemmesykepleien ringte henne på faste tidspunkt for å høre hvordan hun hadde det. De

dagene hun fortalte at angsten var ekstra ille, dro vi innom henne for å prate og betrygge henne. Pasienten hadde også fått vedtak om trygghetsalarm, noe hun var svært takknemmelig for og mente var en viktig trygghetsfaktor. I følge Almås et al., (2013) kan en annen trygghetsfaktor være at pasienten får tilbud om åpen retur til sykehuset.

Lungerehabilitering er i følge Hjalmsen (2012) et godt tilbud som både kan bedre livskvaliteten til pasienten, minske dødeligheten samt redusere innleggelser. Det er to ledende lungerehabiliteringssykehus i Norge, Granheim og Glittreklubben. Behandlingen her er tverrfaglig og har til hensikt å redusere symptomer, samt bevare funksjonsevnen til pasienter med KOLS. Pasientopplæring og psykososial aktivisering inngår også i behandlingen (Hjalmsen, 2012). Andre aktuelle tilbud kan være KOLS-skole via lærings- og mestringssenteret på sykehuset, ulike mestringsgrupper og treningstilbud (Helsedirektoratet, 2012). I noen tilfeller kan det også være aktuelt å henvise pasienten videre til psykolog eller psykiatrisk sykepleier (Hjalmsen, 2012).

Det kan tenkes at slik koordinering av veien videre også virker forebyggende. Ved at pasienten får tilbud om videre oppfølging av en eller annen form, kan dette forebygge reinnleggelser, samt bedre livskvaliteten til pasienten.

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg søkt å finne svar på hvordan sykepleier kan bidra til å redusere opplevelsen av angst og utrygghet hos pasienter med KOLS. Sett i lys av Benner og Wrubel's omsorgsteori, kan sykepleier bidra til å redusere opplevelsen og angst og utrygghet ved å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Den omsorgsfulle og helhetlige tilnærmingen inngår i sykepleiers ulike ansvars- og funksjonsområder.

For å utøve god omsorgsfull hjelp må sykepleier forholde seg til pasientens subjektive opplevelse av situasjonen og hans patologiske tilstand. Sykepleier kan bidra til å redusere utrygghet allerede før pasienten kommer til avdelingen ved å legge til rette for en god mottagelse. Det at sykepleier viser at hun bryr seg om pasienten og at hun er tilstede, både fysisk nær og innenfor synsvidde, kan skape trygghet og tillit. Alt som kan bidra til å øke stress, og dermed angst og utrygghet, bør unngås. Værelset pasienten skal ligge på bør være rolig og uforstyrret. Noen kan føle trygghet ved å ha en åpen dør. Sykepleier må også forholde seg til pasientens patologiske tilstand. Hun må inneha nødvendig kunnskap, for eksempel om sykdomsutviklingen ved KOLS, og hvordan pustebesvær kan føre til angst for disse pasientene. Denne kunnskapen kan sykepleier videreformidle til pasienten. I tillegg må sykepleier administrere forordnede medikamenter samt veilede pasienten i gode pusteteknikker og liggestillinger. Ved at sykepleier sørger for god rapportering og dokumentasjon av sykepleien, samt hjelper pasienten å koordinere veien videre, bidrar hun til helhetlig omsorg. Dette kan redusere reinnleggelser og øke pasientens livskvalitet.

Gjennom å arbeide med denne oppgaven har jeg blitt mer oppmerksom på hvor relevant denne problemstillingen er, da KOLS viser seg å være en raskt økende folkesykdom i Norge og resten av verden. Jeg har fått bedre kunnskap både om KOLS og om angst, samt sammenhengen mellom disse. I lys av Benner og Wrubels omsorgsteori har jeg lært hvor viktig det er å forholde seg til pasientens subjektive opplevelse av sykdommen, og ikke bare sykdommen i seg selv. Dette er noe jeg ønsker å ta med meg videre i min praksis som sykepleier i fremtiden.

Litteraturliste

- Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B. H., & Sorknæs, A. D. (2013). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås., D.G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 107-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Andersen, I., Ytrehus, S., & Grov, E. K. (2011). Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). *Klinisk sygepleje*. 1(11), 1-19. Hentet fra: https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2011/01/palliativ_sykepleie_til_pasienter_med_kronisk_obstruktiv_lu
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring- Stress and Coping in Helth and Illness*. California: Addison- Wesley Publishing Company
- Bentsen, S. B., Gundersen, D., Assmus, J., Bringsvor, H., & Berland, A. (2013). Multiple symptoms in patients with chronic pulmonary disease in Norway. *Nursing and Health Sciences*. 15(3), 292-299. Hentet fra: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d076dd54-c87a-495d-940c-6c2a1955f76d%40sessionmgr4003&vid=11&hid=4209>
- Bergseng, A. (2016, 07.03). Den skjulte folkelidelsen. *Verdens Gang*, s.10-11.
- Bjørk, I.T., & Breivene, G. (2011). Kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 2*. (s.371-403). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Bjørslund, B., Wilde-Larsson, B., & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 8(1), 20-33. Hentet fra: <http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/article/view/2329/2151>
- Blix, E. S., & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie- Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Bø, A. K. (1996). *Omsorgens ansikt - Om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Elling, I., & Refvem, O. K. (n.d.). Kols- Kronisk obstruktiv lungesykdom. Hentet 30.01.2016, fra <https://www.lhl.no/lunge/kols/>
- Fjørtoft, A-K. (2011). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Halvorsen, P., & Martinussen, P. E. (2015). Benzodiazepine use in COPD: empirical evidence from Norway. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 10(1), 1695-1702. Hentet fra: <https://www.dovepress.com/benzodiazepine-use-in-copd-empirical-evidence-from-norway-peer-reviewed-fulltext-article-COPD#>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Heslop, K. (2014). Non-pharmacological treatment of anxiety and depression in COPD. *Nurse Prescribing*. 12(1), 43-47. Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=86c4d5b0-d960-4a2a-a194-e08b50a5b170%40sessionmgr120&vid=14&hid=124>
- Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering- KOLS og andre lungesykdommer*. Litauen: Cappelen Damm AS
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- Ikke stykkevis og delt- Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2009). *Sykdomslære- Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag KAP?

Markussen, K. (2009). Kols gir angst. *Sykepleien*. 9(9), 68-69. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/05/kols-gir-angst>

Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn- Fysisk aktivitet- Psykisk helse- Kognitiv terapi*.

Bergen: Fagbokforlaget

Maurer, J., Rebbapragada, V., Goldstein, R., Kunik, M. E., Yohannes, A.M og Hanania, N.P. (2008). Anxiety and Depression in COPD. Current Understanding, Unanswered Questions, and Research Needs. *CHEST*. 134(4), 43-56. Hentet fra:

<http://ponderapharma.com/wp-content/uploads/2014/06/Anxiety-and-Depression-in-COPD-Maurer-et.-al.-2008.pdf>

Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell, & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s.209-343). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

NSF (Norsk Sykepleierforbund) (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:

https://www.nsf.no/content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I H. Almås, D.G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie I* (4 utg., s. 17-33). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Oksholm, T. (2008). Sykepleie til pasienter med lungesykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3- Klinisk sykepleie* (s.191-239). Oslo: Akribe

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3

Rotegård, A. K., & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 190-213). Oslo: Akribe

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

Stubberud, D. G. (2011). Respirasjon. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (4 utg., s. 351-390). Oslo: Akribe

Willgoss, T., Yohannes, A., Goldbart, J., & Fatoye, F. (2011). COPD and anxiety: its impact on patients' lives. *Nursing Times*. 107(15-16), 16-19. Hentet fra: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/copd/copd-and-anxiety-its-impact-on-patients-lives/5028743.article>

Yohannes, A., Willgoss, T., Bladwin, R. C., & Connolly, M. J. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 25, 1209-1221. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/gps.2463/asset/2463 ftp.pdf?v=1&t=imqkv5r6&s=6479a81fa418ac7a406ccdc51966650e184d42d8>

Vedlegg 1: Søkehistorikk

<u>Database:</u>	<u>Søkeord:</u>	<u>Avgrensninger:</u>	<u>Treff:</u>	<u>Artikkelens tittel:</u>	<u>Forfatter(e):</u>	<u>Utgitt:</u>
Svemed+	KOLS AND angst	Peer-reviewd og les online	8	Palliativ pleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).	Andersen, I H., Ytrehus, S., & Grov, E.K.	2011
PubMed	COPD AND anxiety AND nursing	Peer-reviewd, full tekst, ikke eldre enn 10 år	71	COPD and anxiety: Its impact on patients' lives.	Willgoss, T., Yohannes, A., & Fatoye, F.	2011
Cinahl	COPD AND anxiety	Peer-reviewd, fulltext, ikke eldre enn 10 år	57	Multiple symptoms in patients with chronic pulmonary disease in Norway	Bentsen, S B., Gundersen, D., Assmus, J., Bringsvor, H., & Berland, A.	2013
Cinahl	Chronic obstructive pulmonary disease AND anxiety	Fulltext, references available, ikke eldre enn 10 år	28	Non-pharmacological treatment of anxiety and depression in COPD	Heslop, K.	2014
Svemed+	KOLS AND angst	Les online	8	KOLS gir angst	Markussen, K.	2009
Funnet gjennom "KOLS gir				Anxiety and Depression in COPD- Current	Maurer, J., Rebbapragada, V., Goldstein, R.,	2008

angst”				Understanding, Unanswered Questions, and Research Needs.	Kunik, M. E., Yohannes, A. M., & Hanania, N. P.	
PubMed	Benzodiazepine and COPD	Full tekst, ikke eldre enn 10 år	65	Benzodiazepine use in COPD: empirical evidence from Norway	Havlorsen, P., & Martinussen, P. E.	2015
Svemed+	Kronisk obstruktiv lungesykdom AND brukervedvirkning	Les online	4	Opplevelse av brukervedvirkning i sykehus	Bjørslund, B., Wilde-Larsson, B., & Kvinge, K.	2012
Funnet gjennom ”COPD and anxiety: Its impact on patients’ lives”				Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles.	Yohannes, A., Willgoss, T., Bladwin, R. C., & Connolly, M. J.	2010