



Kols og angst

Hvordan kan sykepleieren bidra til å redusere angst hos hjemmeboende med kols?

Kandidatnummer: 148
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10 788
Dato: 18.04.2017



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.04.2017
Tittel: Kols og angst. Hvordan kan sykepleieren bidra til å redusere angst hos hjemmeboende med kols?	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleieren bidra til å redusere angst hos hjemmeboende med kols?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I denne delen av oppgaven presenteres målgruppen og hva kols og angst er. Det sykepleiefaglige rammeverket legges frem ved å se på sykepleierens ansvar og funksjonsområder og sykepleierens etiske og juridiske ansvar. Oppgaven anvender Laurie N. Gottliebs teori om Strengths-Based Nursing Care. Resultater fra forskningsartiklene som anvendes legges frem.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave der det er benyttet forskningsartikler, fagartikler, pensumlitteratur og annen faglitteratur for å belyse og besvare problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting:</u> Hvordan sykepleieren kan bidra til å redusere angst drøftes i denne delen. Dette sett i lys av Gottliebs teori om Strengths-Based Nursing Care og dennes åtte kjerneverdier. Sykepleieren møter pasienten på lungerehabilitering og det legges frem hvorfor dette er gunstig. Deretter drøftes ulike tiltak sykepleieren kan benytte.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleieren kan benytte ulike tiltak til å redusere angst hos hjemmeboende med kols. Sykepleieren kan finne pasientens objektive og subjektive virkeligheter ved å kartlegge om pasienten har angst, hvordan pasienten opplever dette og følge opp. Ved å tilrettelegge for tilpasset læring og involvere pasienten kan sykepleieren redusere angst ved at pasienten får kunnskap om temaer som kols og angst, tiltak ved forverring, pusteteknikker, mentale teknikker og fysisk aktivitet. Sykepleieren kan redusere angst ved å fremme helse og helbredelse. Pasienter med høyere mestringsforventning har mindre angst. Sykepleieren kan redusere angst ved å skape positive sosiale relasjoner under rehabilitering og gi psykososial støtte til pasienter med få eller negative sosiale relasjoner. Ved å fremme selvbestemmelse og være en partner for pasienten vil dette hjelpe pasienten ta egne avgjørelser og fremme mestringsforventning. I samarbeid med pasienten kan sykepleieren eventuelt henvise til velferdsteknologi som kan redusere angst. Siden angst påvirker pasientens liv i stor grad og har effekt på utviklingen av kols bør dette være et fokusområde for sykepleiere.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Oppgavens formål.....	1
1.3 Avgrensninger	2
1.4 Oppgavens disposisjon.....	3
2 Metode	4
2.1 Litterær oppgave	4
2.2 Valg av litteratur og søkehistorikk.....	4
2.3 Kildekritikk	5
3 Teoretisk rammeverk	7
3.1 Kols	7
3.1.1 Årsaker og risikofaktorer	7
3.1.2 Utredning og diagnostisering	8
3.1.3 Symptomer og konsekvenser for pasienten	9
3.1.4 Behandling	10
3.2 Angst	10
3.3 Kols og angst	12
4 Sykepleiefaglig rammeverk	13
4.1 Sykepleierens ansvar og funksjonsområder	13
4.2 Sykepleierens etiske og juridiske ansvar	14
4.3 Strengths-Based Nursing Care.....	14
4.3.1 Åtte kjerneverdier i Strengths-Based Nursing Care.....	15
5 Presentasjon av resultater	18
5.1 Hvordan oppleves det å ha kols og angst.....	18
5.2 Lunge rehabilitering, mestring forventning og fysisk aktivitet	18
5.3 Kartlegging og risikofaktorer	19
5.4 Bruk av kognitiv terapi.....	19
5.5 Hjemmebasert støtte og velferdsteknologi.....	20
6 Hvordan kan sykepleieren bidra til å redusere angst hos hjemmeboende med kols? ..	21
6.1 Lunge rehabilitering	21
6.2 Finne pasientens objektive og subjektive virkelighet og mening	22
6.3 Se at hver person er unik	23
6.4 Tilrettelegge for læring	24
6.4.1 Innhold i veiledningen.....	25
6.5 Fremme helse og helbredelse	28
6.6 Holisme og legemliggjørelse, se personen og miljøet som en integrert enhet	29
6.7 Fremme selvbestemmelse og være en partner for pasienten.....	31
7 Oppsummering og konklusjon	33
Litteraturliste	35

1 Innledning

Det anslås at mellom 250 000 og 350 000 mennesker i Norge har kols. Forekomsten er økende. Årlig dør omtrent 2000 mennesker av kols i Norge (Helsedirektoratet, 2012). På verdensbasis er kols er den fjerde største dødsårsaken og det anslås at det vil være den tredje største innen år 2020. Omtrent 6% av totale dødsfall i verden i 2012 skyldtes kols (GOLD, 2017). I EU utgjør lungesykdommer 6% av helsebudsjettet, kols utgjør 56% av dette igjen (GOLD, 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Da jeg var i praksis på medisinsk avdeling møtte jeg mange pasienter innlagt med kols forverring som også hadde angst. Mange var svært engstelige for å dra hjem. Dette gjorde at jeg ble interessert i hvordan sykepleieren kan hjelpe til med å redusere angst hos hjemmeboende med kols. Jeg vil undersøke hvordan sykepleier kan iverksette tiltak for å redusere angst og skape trygghet i hjemmet. Med tanke på at kols er en meget vanlig sykdom i Norge og mange av disse pasientene bor hjemme er dette et svært relevant tema for sykepleiere. Siden forekomsten av kols i Norge er økende vil dette det fortsette å være et aktuelt tema fremover (Helsedirektoratet, 2012). På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren bidra til å redusere angst hos hjemmeboende med kols?

1.2 Oppgavens formål

Formålet med oppgaven er å sette søkelys på sammenhengen mellom kols og angst og hvilke tiltak sykepleieren kan benytte for å redusere angst hos hjemmeboende med kols.

Kols har stor innvirkning på hverdagen til pasientene som får det (Steindal, Kive, Schjelderup, & Dihle, 2015). Antall sykeinnleggelser på grunn av kols øker og sammenliknet med andre sykdommer i respirasjonsorganene er kols nå den hyppigste årsaken til sykeinnleggelse i Norge (Mjell, 2011).

Angst og depresjon er vanlige komplikasjoner til kols, men de er ofte lite diagnostisert (Mjell, 2011). Angst og panikkangst forekommer 3-6 ganger hyppigere hos pasienter med kols enn hos jevnaldrende uten sykdommen. Angst har også innvirkning på sykdomsforløpet, pasienter med angst opplever flere problemer i hverdagen og flere innleggelser (Lange & Moll, 2011). Pasienter med angst har også større problemer med å følge opp egen sykdom og angst fører til store begrensninger i pasientenes hverdag (Yohannes & Alexopoulos, 2014). I en norsk studie av pasienter som ventet på lungerehabilitering rapporterte 69% av de spurte symptomer på angst (Bentsen, Gundersen, Assmus, Bringsvor, & Berland, 2013). Redusere angst hos pasienter med kols en viktig sykepleieoppgave.

1.3 Avgrensninger

Mange pasienter med kols bor hjemme og følges opp utelukkende av fastlege. Hvordan pasientene følges opp avhenger av graden av sykdomsutvikling, komorbiditetet, grad av tungpust og om pasienten opplever forverringer hyppig, noe som kan føre til innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som bor hjemme og har manglende evne til egenomsorg kan ha tilbud fra hjemmesykepleien. Tilbudet til pasienter med kols varierer mellom helseforetakene (Helsedirektoratet, 2012).

Settingen for oppgaven er at sykepleieren møter pasienten på en poliklinikk som del av lungerehabilitering. Pasienter med angst er spesielt indikert for slik oppfølging (Helsedirektoratet, 2012). Dette innebærer at sykepleier vil møte pasienten i spesialisthelsetjenesten, utenfor hjemmet, men pasienten er hjemmeboende.

Pasienter med kols er som oftest eldre, sykdommen er sjelden under 40-års alderen (GOLD, 2017). Angst er underdiagnostisert hos pasienter med kols og symptomer på sykdommen blir ofte sammenblandet med angstsymptomer (Lange & Moll, 2011). Mange pasienter har symptomer på både angst og depresjon, men denne oppgaven vil kun fokusere på angstsymptomer (Dinicola, Julian, Gregorich, Blanc, & Katz, 2013).

I denne oppgaven vil jeg ta for meg pasienter med symptomgivende kols, men som kan delta på en lungerehabilitering på poliklinikk og ikke har en så langt utviklet sykdom at de trenger utstrakt hjelp med å dekke grunnleggende behov eller bruker oksygen fast. På bakgrunn av

dette har jeg valgt å fokusere på pasienter med en gradert kols fra grad 1 til 3, mild til alvorlig kols (Dahl, 2011). Pasientene vil være i stabil fase når sykepleieren møter dem.

I denne oppgaven bruker jeg vekselvis pronomenene han og hun i de ulike avsnittene for å beskrive sykepleieren og pasienten. Dette er tilfeldig valgt.

1.4 Oppgavens disposisjon

Jeg har nå presentert bakgrunnen for valg av tema og min problemstilling, samt avgrensninger i oppgaven. I neste kapittel vil jeg presentere metoden anvendt i oppgaven, valg av litteratur og søkehistorikk samt kildekritikk. Jeg vil så presentere det teoretiske rammeverket. Først vil jeg ta for meg kols og angst, deretter det sykepleiefaglige rammeverket med fokus på sykepleierens ansvar og funksjonsområder, etiske og juridiske ansvar og Strengths-Based Nursing Care, sykepleieteorien anvendt i oppgaven. Jeg vil så gå igjennom resultater og funn fra forskningsartiklene. På bakgrunn av teorien og funnene vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan redusere angst hos hjemmeboende med kols sett i lys av Strengths-Based Nursing Care sine åtte kjerneverdier. Til slutt vil jeg oppsummere mine funn og konkludere.

2 Metode

I følge Dalland (2012) er det metoden som forteller oss om hvordan vi skal gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Når man velger metode velger man også redskapet for å finne kunnskap.

2.1 Litterær oppgave

I en litterær oppgave systemiseres kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer at man samler inn litteratur, går kritisk gjennom den og til slutt sammenfattes det hele. Dette gjøres for å gi leseren en oppdatert og god forståelse av hvilken kunnskap som finnes på området som problemstillingen omtaler (Thidemann, 2015). Dalland (2012) sier at i en litterær oppgave er det vurderingene av kildene som anvendes ved hjelp av kildekritikk som er det metodiske redskapet.

2.2 Valg av litteratur og søkehistorikk

I denne oppgaven anvendes det forskningsartikler, fagartikler, pensumlitteratur fra sykepleierstudiet og annen faglitteratur. Jeg anvender teorien om Strengths-Based Nursing Care av Laurie N. Gottlieb (2013). Jeg har valgt denne teorien fordi den gir verktøy for sykepleiere som egner seg spesielt godt for pasienter med kroniske sykdommer, som kols.

Jeg har gått igjennom relevant pensumlitteratur vi har anvendt på vårt studie på området for å få en oversikt over temaet. Jeg har også benyttet Bibsys, en database for søk på bøker, for å finne relevant litteratur som ikke har vært del av pensum. Jeg har også funnet relevante dokumenter fra helsedirektoratet og lovverk. Jeg har valgt kilder som jeg mener belyser min problemstilling.

Jeg har tatt utgangspunkt i problemstillingen min når jeg har søkt etter forskningsartikler. Utgangspunktet har vært å finne gode sykepleieintervensjoner for å redusere angst. Jeg søkte i sykepleiedatabasen CINAHL med søkeordene "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive" AND "Anxiety" med begrensingen siste fem år, det vil si mellom 2011 og 2016. Dette søket ga 84 treff.

Ved hjelp av søk i Orio med søkeordene "kols" og "hjemmeboende" fikk jeg opp 22 treff. Dette var både bøker og studentarbeider, men også relevante artikler og rapporter.

Jeg søkte også i PubMed med søkeordene: anxiety and nursing and "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive" det ga 66 resultater.

Jeg har vurdert alle artikler og lest sammendrag på alle artiklene som ikke kunne utelukkes ved tittel eller første beskrivelse alene. Jeg valgte bort de som ikke passet til tema for eksempel hvor pasientene var innlagt på sykehus, der artiklene var eldre enn fem år eller var gjort i land med svært ulik populasjon og helsesystem fra Norge. Av forskningsartiklene har jeg valgt fagfellevurderte artikler. Jeg har også funnet artikler etter anbefaling fra databasene samt referanser i artiklene, det vil si ved manuelt søk. Jeg ønsket å ha med både kvantitativ og kvalitativ forskning. Årsaken til det er at kvalitative studier får frem pasientperspektivet på en måte som ikke er mulig i kvantitative studier, som gir en statistisk fremstilling (Kristoffersen, 2011). Flere av studiene er kombinasjonsstudier, med både en kvantitativ og en kvalitativ komponent. Jeg har også inkludert systematiske litteraturoversikter som gir en oversikt over forskningslitteratur på området.

Søkeperioden har vært i perioden oktober – desember 2016.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å være kritisk til kildemateriellet man bruker og reflektere over hvorfor man bruker disse kildene (Dalland, 2012).

Kols er en vanlig sykdom i Norge og kildemateriellet er stort. Jeg har valgt å bruke faglitteratur fra eget bachelorstudie. Dette er mye benyttede fagbøker med erfarne forfattere og dermed forutsetter jeg at disse er grundig gjennomgått og til å stole på. Jeg har også brukt enkelte andre fagbøker som er relevante for mitt tema. Disse er skrevet for helsefaget eller sykepleiere og har erfarne forfattere. Som teori brukes Laurie N. Gottliebs sin Strengths-Based Nursing Care. Dette er en nyere sykepleieteori, men det er en teori som har fått anerkjennelse fra fagpersoner innen sykepleie. Jeg benytter primærkilden her. Det at teorien

er ny kan gjøre at den ikke har gått igjennom like mange revideringer og kritikk som eldre sykepleieteorier. Samtidig er teorien et resultat av mange års arbeid av en anerkjent fagperson (Gottlieb, 2013). Jeg har også brukt enkelte fagartikler som støtte til fagbøkene. Disse er gitt ut i anerkjente sykepleiertidsskrifter og jeg har vært bevisst på at dette ikke er forskningsartikler.

Fagbøker refererer ofte til andre kilder og oversatt materiale og dette kan innebære at det er sekundærlitteratur (Dalland, 2012). Dette kan bety at teksten har blitt fortolket. Jeg har så langt det er mulig forsøkt å bruke primærlitteratur og være bevisst på at det er sekundærlitteratur når dette er benyttet.

Jeg fikk mange treff da jeg søkte etter forskningsartikler. Selv om jeg gikk over alle artiklene i treffet, kan jeg ha gått glipp av noen som kunne vært relevant for min oppgave. Artiklene er fagfellevurdert og gitt ut i anerkjente tidsskrifter. Alle artiklene er relevante for sykepleiere, men ikke alle er direkte forskning på sykepleieres virksomhet. Forskningen i disse artiklene er likevel relevant for problemstillingen, da de enten viser pasientperspektiv eller tiltak som også er relevante for sykepleiere. Flere av studiene har ikke kun fokus på angst. At fokuset er flerdelt kan gjøre at de ikke er like relevante. Angst er likevel en viktig komponent i disse studiene og jeg har derfor valgt å inkludere dem. Jeg har valgt ut forskning som har blitt gjort i vestlige land for å sikre mest mulig overførbarhet. Likevel kan det ikke utelukkes helt at det kan være problemer med overførbarheten til norske forhold.

3 Teoretisk rammeverk

I denne delen av oppgaven presenteres kols, angst og sammenhengen mellom disse.

3.1 Kols

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en samlebetegnelse på sykdommer som karakteriseres av økt luftveismotstand i lungene. Prosessen er ikke reversibel. Det er vanlig å si at kols er en kombinasjon av kronisk bronkitt og emfysem (Almås, Bakkelund, Thorsen, & Sorknæs, 2010). Den kroniske bronkitten gir hoste og eksperatoratproduksjon. Definisjonen på kronisk bronkitt er at dette vedvarer de fleste dager i minst tre måneder i minst to etterfølgende år. Pasienten vil ha økt sekretproduksjon og økt luftmotstand. Dette skjer fordi det oppstår kronisk inflammasjon i de små bronkiolene og bronkiene med økt antall slimproduserende celler, sekretstagnasjon, hypertrofi (økt størrelse) på glatt muskelvev og en fortykket vegg som reduserer luftrørsåpningen. Emfysem defineres med at pasienten får kronisk tung pust som følge av ødeleggelse av lungevevet og at alveolene utvides noe som fører til at de kan destrueres. Alveolene vil så gå sammen i større overflater. Dette gir færre alveoler og mindre totalareal og elastisitet. Luftmotstanden øker. Dette betyr at arealet for gassutveksling reduseres og opptaket av oksygen vanskeliggjøres (Mjell, 2011).

I hvilken grad pasienten preges av disse to varierer. De trenger ikke nødvendigvis å opptre samtidig og utvikler seg ikke alltid i samme tempo. GOLD (2017) bruker i sin siste rapport begrepet "sykdom i de små luftveiene" som innebærer kronisk inflammasjon fremfor kronisk bronkitt. Dette fordi mange pasienter ikke oppfyller kriteriene for kronisk bronkitt, men samtidig har kroniske respiratoriske symptomer og/eller limitert luftstrømsgjennomstrømning som samsvarer med kols. Dette sies også i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012).

3.1.1 Årsaker og risikofaktorer

Tobakksrøyking er det absolutt viktigste årsaken til kols. Det anslås at hos 67% av pasientene er årsaken røyking. Dette betyr at sykdommen kan forebygges (Helsedirektoratet, 2012).

Likevel har et mindretall av det totale antall røykere fått sykdommen. Dette gjør at det antas

at kols har en genetisk komponent. Kvinner er noe mer følsomme for tobakksrøyk og utvikler lettere kols. Andre årsaker er langvarig eksponering for støv og kjemikalier, innendørs forurensing, utendørs luftforurensing, passiv røyking, astma og hyppige lungeinfeksjoner i barndommen (Almås et al., 2010). En liten andel av befolkningen har også en genetisk disposisjon for kols. Den vanligste er alfa-1-antitrypsin mangel, men det finnes også andre identifiserte gener (GOLD, 2017).

Det er identifisert at lavere sosialøkonomiske kår henger sammen med økt andel kols. Personer med kun grunnskoleutdanning har en tre ganger så stor sannsynlighet for å utvikle kols enn personer med universitetsutdanning (Helsedirektoratet, 2012). Det er usikkert om det er at flere røyker, mer forurensing, høyere botetthet eller andre faktorer som er årsaken til dette (GOLD, 2017).

3.1.2 Utredning og diagnostisering

Ved mistanke om kols og kliniske symptomer utredes sykdommen. Kols bør vurderes hos pasienter som har dyspne, kronisk hoste eller økt ekspektoratproduksjon samt en historie med utsettelse for risikofaktorer (GOLD, 2017). Det er viktig å få frem en god anamnese om røyking, eksponering for risikofaktorer, om andre i familien har sykdommen samt om pasienten har redusert sin normale fysiske utfoldelse. Sykdommen bekreftes ved påvisning av obstruksjon ved forsert ekspirasjon (FEV). Dette gjøres ved spirometri. FEV1 betegner den delen av det forserte ekspirasjonsvolumet pasienten klarer å puste ut det første sekundet og er et ofte brukt mål da pasienter med kols ofte har problemer med å puste ut av full kraft over tid. Det måles også forsert vital kapasitet (FVK) som beskriver den totale mengden luft pasienten klarer å puste ut og forholdet mellom FVK og FEV1 er viktig. (Mjell, 2011). Om FEV1/FVK er mindre enn 0.7 viser dette at luftgjennomstrømningen er begrenset (GOLD, 2017).

For å klassifisere alvorligheten av kols brukes ofte GOLD-standarden, laget av Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Denne er gjengitt under (GOLD, 2017):

Stadium	Sykdomsgrad	Kriterier
GOLD 1	Mild	FEV1 mindre eller lik 80% av forventet.
GOLD 2	Moderat	FEV1 mindre eller lik 50% til 79% av forventet.
GOLD 3	Alvorlig	FEV1 mindre eller lik 30% til 49% av forventet.
GOLD 4	Svært alvorlig	FEV1 mindre eller lik 30% av forventet.

Det er anbefalt å bruke denne i kombinasjon med grad av symptomer, kolsvurderingstest og antall forverring for å måle graden av alvorlighet (GOLD, 2017; Helsedirektoratet, 2012)

3.1.3 Symptomer og konsekvenser for pasienten

Typiske symptomer er kronisk hoste i perioder eller hver dag, kronisk slimproduksjon, gjentatte episoder med akutt bronkitt og tung pust som blir verre over tid eller er tilstede hver dag (Almås et al., 2010). Kronisk og progredierende dyspne er det vanligste symptomet. Dyspne beskrives av pasienter som en følelse av at det krever mer å puste, press i brystet, å hive etter pusten eller følelsen av at man trenger mer luft (GOLD, 2017).

Ved forverring vil dette medføre eskalering av sykdommen. Graden av dyspne, hoste og slimproduksjon øker og pasienten vil ofte få en infeksjon (Almås et al., 2010).

Kols er også knyttet til stor grad av komorbiditet. Pasienter med kols har økt risiko for muskeldystrofi, osteoporose, aterosklerose (myokardinfarkt, slag, angina), lungekreft, diabetes, underernæring, søvnforstyrrelser, angst, depresjon, og anemi (Helsedirektoratet, 2012).

I tillegg til symptomene nevnt over kan kols ha en rekke psykososiale konsekvenser da pasienten ofte må tilpasse sin dag etter sykdommen. Dette kan påvirke muligheten til å arbeide og pasientens rolle i familien. Tilpassing til sykdommen kan også skape sosial isolasjon om pasienten er engstelig for å gå ut eller være med på aktiviteter som føles anstrengende (Almås et al., 2010).

3.1.4 Behandling

Kols kan ikke helbredes, men det finnes legemidler som demper symptomene og måter å dempe utviklingen. Røykeslutt anbefales for alle med kols. Dette er eneste tiltak som kan bremse fallet i FEV1, utvikling av symptomer og overlevelse (Helsedirektoratet, 2012). Hensikten ved bruk av legemidler ved kols er å dempe symptomer og forhindre forverring. Medikamentelt anvendes bronkodilatorer i kombinasjon med glukokortikoider. Hvilken kombinasjon som anvendes kommer an på alvorlighetsgraden av sykdommen. Ved bronkodilatorer menes kortids- og langstidsvirkende andregene beta-2-agonister og antikolinerge legemidler. Disse virker ved at den glatte muskulaturen i bronkieveggene blir mer avslappet. Samtidig utvider bronkiene seg og lufttransporten går lettere. Glukokortikoider har antiinflammatorisk effekt (Almås et al., 2010).

Ved svært alvorlig kols og ved forverring kan pasienten ha behov for kontinuerlig tilførelse av oksygen (Almås et al., 2010). Pasienter med kols anbefales også fysisk aktivitet, fysioterapi og influensavaksine (Helsedirektoratet, 2012).

Lungerehabilitering er et alternativ for pasienter med kols. Lungerehabilitering i Norge skjer oftest i spesialisthelsetjenesten, selv om det er ønsket fra politisk hold at tilbud skal utbygges i kommunene. I enkelte helseforetak tilbys poliklinisk oppfølging (Helsedirektoratet, 2012). Det finnes også inneliggende tilbud som Glitreklinikken (LHL, 2015, 22.06.). Lungerehabilitering er en helhetlig intervensjon som pågår over tid. Det starter med en grundig gjennomgang av pasienten og behandling og følges opp med individuelt tilpassende intervensjoner som fysisk aktivitet, røykeslutt, oppfølging av ernærings- og vektproblemer, mestring av daglige aktiviteter og pasientopplæring. Lungerehabiliteringen er designet for å optimalisere pasientens autonomi, mestring av egen sykdom og sosiale kompetanse. Lungerehabilitering er tverrfaglig. Pasienter med angst er spesielt indikert for lungerehabilitering. Det anbefales at varigheten er 6-8 uker for best mulig effekt (GOLD, 2017).

3.2 Angst

En vanlig definisjon på angst er at det er en diffus, indre uro. I dette ligger det at angsten ikke er rettet mot et spesielt ytre objekt. Dette kan spesifiseres ved at det kan sies at mennesket er

redd for noe, men det "er i" angst. Når et mennesket er i angst er det en indre frykt som gir utrygghet (Hummelvoll, 2012).

Angst gir fysisk og psykisk ubehag og har symptomer som uro, frykt, hjelpeløshet og unndragelse, utslittethet, rastløshet, å bli lett irritert, forstyrret søvn, redusert konsentrasjon og hukommelse og at musklene i kroppen strammes (Panagioti, Scott, Blakemore, & Coventry, 2014). Angst gir også flere fysiologiske symptomer. Det vil gi økt adrenalin utskillelse, økt puls, raskere og kraftigere respirasjon, temperaturforandringer kan skje, glukosenivået i lever øker, det kan oppleves blodtrykksendringer, økt trang til vannlating og menstruasjonsforstyrrelser (Hummelvoll, 2012). Pasienten vil oppleve ubehag og smerte, samt tendens til katastrofetenkning (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

Det å arbeide med mennesker med angst innebærer ifølge Hummelvoll (2012) å jobbe sammen med pasienten med å møte angsten. Hjelperen må kjenne pasientens opplevelse av angst, skape ro og vise nærhet og oppmerksomhet. Sykepleieren må sette mål sammen med pasienten. Essensielt i arbeidet med angst er det å skape trygghet og sikkerhet, å redusere opplevelsen av angst, gi pasienten kunnskap om angst og hvordan den påvirker kroppen og tankemønsteret.

Ved behandling av angst har psykodynamisk psykoterapi og gruppeterapi vært mye brukt, ofte sammen med eksponeringsterapi hos pasienter med panikkangst. Kognitiv terapi og atferdsterapi er nyere, symptomorienterte terapier som har påvist effekt ved angst (Skårderud et al., 2010).

Medikamentell behandling innebærer antidepressiva og SSRI-preparater, men dette gir ikke effekt hos alle med angst. Rundt halvparten av pasientene har nytte av dette (Skårderud et al., 2010). Hos pasienter med kols er det omdiskutert hvorvidt behandling med benzodiazopider er gunstig og har effekt, blant annet fordi de er respirasjonsdempende og vanedannende (Yohannes & Alexopoulos, 2014).

3.3 Kols og angst

Personer med kols er spesielt utsatt for å få angst, men tilstanden er lite diagnostisert. Dette kan bunne i at symptomene på kols som redsel ved vansker med å puste og økt pustefrekvens kan likne på symptomene til angst (Heslop, 2014; Holmes & Scullion, 2015). Av de som har angst mottar få behandling (Panagioti et al., 2014).

Pasienter med angst og kols opplever innskrenkninger i hverdagslivet og vansker med å følge opp behandlingen. Ubehandlet angst påvirker pasientens sosiale liv negativt, øker grad av utmattelse og bruk av helsetjenester (Yohannes & Alexopoulos, 2014). Angst er også knyttet til raskere utvikling av sykdommen (Dinicola et al., 2013). En systematisk litteraturstudie utført av Pooler og Beech (2014) viste at pasienter med angst og kols hadde større sjanse til å bli lagt inn på sykehus, lengre sykehusopphold og større mortalitet etter utskrivning. I fire kvalitative studier i samme studie sa pasienter med angst at deres angst begrenset mestring og egenhåndtering av deres sykdom betraktelig.

Panikkangst er også vanlig hos pasienter med kols. Dette er gjerne knyttet til dyspne.

Pasienter som opplever panikkangst er redd for å få nye episoder og begrenser aktivitet for å hindre dyspne. Mangel på aktivitet kan gi forverring av kols-sykdommen. Dette kan skape en uheldig sirkel for pasientene (Heslop, 2014).

Nye studier viser at det muligens finnes en fysiologisk relasjon mellom angst og kols. I tillegg har røykere som har kols har også mer angst (Yohannes & Alexopoulos, 2014). Kvinner rapporterer også mer angst (Bentsen, Wentzel-Larsen, Henriksen, Rokne, & Wahl, 2013).

4 Sykepleiefaglig rammeverk

Her vil jeg presentere hvilke av sykepleierens ansvar og funksjonsområder som er relevante for mitt tema. Jeg vil også presentere sykepleierens etiske og juridiske ansvar. Til slutt vil jeg ta for meg Gottliebs (2013) teori om Strengths-Based Nursing Care.

4.1 Sykepleierens ansvar og funksjonsområder

Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon innebærer at sykepleieren bidrar til å styrke pasientens ressurser for å fremme helse. Hos pasienter med kols vil dette innebære en sekundærforebygging. I møte med pasienten vil man ønske å forebygge forverringer og tilleggslidelser, som angst (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Helsefremming har helse og velvære som mål og er rettet mot den enkelte pasient og omgivelsene (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2011). Dette er også målet for en pasient på lungerehabilitering og sentralt for å redusere angst.

Sykepleierens behandlende funksjon innebærer å observere, vurdere, planlegge, gjennomføre og følge opp medisinsk utredning, behandling, omsorg og pleie og følge opp medisinske forordninger. For pasienter med kols vil dette være å kartlegge utviklingen av sykdommen og virkning av medisiner, administrere medikamenter og kartlegge tilleggslidelser, som angst (Nordtvedt & Grønseth, 2010).

Sykepleierens rehabiliterende og habiliterende funksjon og undervisende funksjon vil være sentralt for en sykepleier som jobber på lungerehabilitering. Sykepleieren vil ha fokus på at pasienten tilegner seg kunnskap om sin sykdom og hvordan takle den. Hun vil også støtte og motivere pasientene. Dette vil være et sentralt moment i å redusere angst (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Sykepleieren vil fokusere på å styrke pasientens ressurser og evne til å ivareta egne behov, gjenvinne helse og skape utvikling og mestring (Kristoffersen et al., 2011).

4.2 Sykepleierens etiske og juridiske ansvar

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understreker at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, inkludert retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette speiles også i lovverket, § 4 i Helsepersonelloven (1999) omhandler krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette vil innebære for sykepleieren å opptre på en måte som er faglig forsvarlig og omsorgsfull. Hun vil også fremme autonomi og selvbestemmelse under lungerehabiliteringen og møte pasienten på en slik måte at han bevarer sin integritet.

I de yrkesetiske retningslinjene heter det også at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, at hun understøtter håp, mestring og livsmot og ivaretar behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011). På en lungerehabilitering vil det å fremme helse være sentralt. Håp, mestring, livsmot og helhetlig omsorg er viktige komponenter om sykepleieren skal klare å hjelpe pasienten med å redusere angst.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 til 3-6 omhandler pasientens rett til medvirkning, informasjon og informasjonenes form. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere viser til at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det at sykepleieren bidrar med tilstrekkelig og tilpasset informasjon er en viktig del av å redusere angst. Dette vil diskuteres ytterligere senere i oppgaven.

4.3 Strengths-Based Nursing Care

Strengths-Based Nursing Care er et holistisk menneskesyn. Dette innebærer at sykepleieren må se pasienten som en unik person, ikke bare som sin sykdom. Gottlieb (2013) har fokus på hva sykepleieren kan gjøre for å finne pasientens, systemets og sykepleierens styrker. Fokus skal være på hva som virker best, på hvordan pasienten selv takler utfordringer og på mestring, helbredelse og utvikling.

Planer lages etter pasientens styrker og ressurser og med et helhetlig perspektiv. Ved å gjøre dette vil målet være å øke pasientens autonomi, motivasjon, selvinnsikt og ta ansvar for egen helse. Dette er i motsetning til det Gottlieb kaller mangel-basert pleie, der det fokuseres kun på problemene. Strengths-Based Nursing Care ser ikke bort fra problemer, men legger til andre aspekter som gjør at sykepleieren kan jobbe sammen med pasienten og benytte deres styrker til å finne mål, løsninger og måter å leve med sine mangler (Gottlieb, 2013). Dette er en arbeidsmåte som passer godt til kroniske sykdommer som kols.

4.3.1 Åtte kjerneverdier i Strengths-Based Nursing Care

Gottlieb (2013) identifiserer åtte kjerneverdier i Strengths-Based Nursing Care:

1. Helse og helbredelse
2. Hver person er unik
3. Holisme og legemliggjørelse
4. Objektiv/subjektiv virkelighet og mening
5. Selvbestemmelse
6. Personen og dens miljø er en integrert enhet
7. Læring, om personen er klar for å lære og tidspunkt for læring
8. Samarbeidet mellom pasient og sykepleier er et partnerskap

Helse og helbredelse er de sentrale målene i sykepleie. Hva god helse innebærer kan variere fra person til person og uansett hvor syk personen er har han en form for helse. Det å fremme helse innebærer å finne pasientens styrker, hva som får han til å overleve og mestre og hva som gir mening. Helbredelse er en prosess mot å skape helhet for mennesket (Gottlieb, 2013). Kols er en sykdom som ikke kan fysisk helbredes og pasientene er kronisk syke. Mål i behandlingen er å dempe symptomer som angst og sikre at pasienten kan leve best mulig med sykdommen (GOLD, 2017).

Strengths-based nursing care anerkjenner at hver person er unik. Hvordan pasienter opplever sin kols og hvordan den kommer til uttrykk vil variere fra person til person (GOLD, 2017).

For å arbeide med pasienters styrker er det nødvendig å se hele personen, ikke bare den delen av kroppen som skal behandles. Gottlieb (2013) sier at hendelser som ikke direkte henger sammen med det som behandles likevel kan påvirke pasienten og dermed legemliggjøres. For en pasient med angst og kols kan angsten føre til at de kroppslige symptomene forverres (Yohannes & Alexopoulos, 2014).

Strengths-Based Nursing Care understreker at sykepleiere må arbeide med både objektive og subjektive virkeligheter. Objektive fakta kan være for eksempel være en FEV1-verdi, mens subjektive virkeligheter innebærer pasientens opplevelse av situasjonen, hva de tror og forstår.

Sykepleiere som arbeider styrkebasert anerkjenner pasientens rett til selvbestemmelse. Dette innebærer å hjelpe pasienten til å lage sin egen kurs i livet ved å ta informerte valg om egen helse og at makt overføres fra sykepleier til pasienten.

Pasienter må ses i sammenheng med det miljøet de opptrer i. Som sykepleiere er vi også en del pasientens miljø. Et miljø kan være helsefremmende eller helseskadelig (Gottlieb, 2013). En pasient med kols som sykepleieren møter på en poliklinikk vil være del av ulike miljøer, som for eksempel hjemmemiljø, arbeidsmiljø og miljøet på poliklinikken.

Sykepleiere må skape gode situasjoner for læring slik at dette kan hjelpe pasienter å utvikle sine styrker, lære nye ting og nye metoder for mestring. Dette innebærer at sykepleieren også må kunne identifisere om pasienten er klar til å lære og eventuelt hjelpe han eller henne å bli det, samtidig som sykepleieren er god til å velge riktige tidspunkt for læring og fokus på helbredelse (Gottlieb, 2013). I et lungerehabiliteringsprogram på en poliklinikk vil læring stå i fokus.

Til slutt legger Strengths-Based Nursing Care vekt på at forholdet mellom pasient og sykepleier er et samarbeid. Dette innebærer at forholdet ikke er et hierarkisk forhold, men et partnerskap der sykepleier og pasient sammen finner mål og begge er aktive deltagere. Sykepleier er en samarbeidspartner for pasienten når hun vil nå sine mål.

Disse åtte verdiene er integrerte og sammen gir de en helhet som informerer sykepleieren om personen og deres familie, hva sykepleieren bør fokusere på og hvordan sykepleien skal utføres (Gottlieb, 2013).

5 Presentasjon av resultater

5.1 Hvordan oppleves det å ha kols og angst

Willgoss, Yohannes, Goldbart, og Fatoye (2012) gjorde en kvalitativ studie som beskriver pasienter som har en stabil kols sin førstehåndsopplevelse av angst. 14 hjemmeboende pasienter med stabil kols som rapporterte symptomer på angst ble intervjuet. Pasientene fullførte også Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Pasientene rapporterte intens frykt, hjelpeløshet og forvirring som var knyttet til angst og panikk-angst. Det at pasienten klarte å mestre dette selv var viktig, spesielt ulike mestringsteknikker. Studien gir et pasientperspektiv på hvordan det er å ha kols og angst. Den legger også frem ulike mestringsstrategier disse pasientene bruker.

5.2 Lungerehabilitering, mestringsforventning og fysisk aktivitet

Bentsen, Wentzel-Larsen, et al. (2013) undersøkte i en kvantitativ studie hvorvidt pasienter som gjennomgikk et seks ukers lungerehabiliteringsprogram på en poliklinikk opplevde redusert angst og depresjon. Lungerehabiliteringsprogrammet bestod av helseveiledning, trening og psykososial støtte. Begrensninger i studien var at det ikke var en kontrollgruppe og at studien hadde stor grad av deltagere som trakk seg eller falt ut underveis. På den annen side virket det som om de som trakk seg var av ulike typer pasienter og at dette ikke skapte skjevhet i utvalget. Studien viste at lungerehabiliteringsprogrammet ga en liten reduksjon av angst. Den viste også at større grad av self-efficacy/mestringsforventning og større grad av fysisk aktivitet hadde sammenheng med mindre grad av angst

Simpson og Jones (2013) utførte en kombinasjonsstudie der 48 hjemmeboende pasienter med kols som tilhørte fire ulike poliklinikker i Skottland svarte på en spørreundersøkelse med både kvantitative, det vil si målbare spørsmål, og kvalitative, åpne spørsmål. Studien undersøkte hvorvidt mestringstro ved kolssykdom er knyttet til bedre humør (angst/depresjon), redusert pustebesvær og færre forverringer. Den så også på hva som fremmer og hindrer pasientene i å takle sin kols og hvordan de selv mener at hjelpere kan fremme mestring. Studien hadde lav svarprosent noe som kan gjøre at den innehar bias, men mye ble gjort for å hindre dette. Studien fant at høyere grad av mestringstro hang sammen med lavere grad av pustebesvær,

angst og depresjon. Pasienter som visste hvordan de kunne takle en forverring hadde mindre angst.

5.3 Kartlegging og risikofaktorer

Hardy, Smart, Scanlan, og Rogers (2014) undersøkte effekten av å opplære sykepleiere til å anvende ulike kartleggingsverktøy for depresjon og angst hos pasienter med kols som var hjemmeboende. HADS-skalaen ble brukt for å kartlegge angst. Pasientene ble også intervjuet om sin opplevelse av dette. Studien viser at kartleggingsverktøy er en god metode for å fange opp angst. Pasientene var positive eller nøytrale til kartleggingsverktøyet og det innebar ikke signifikante ekstra kostnader.

Dinicola et al. (2013) undersøkte sammenhengen mellom positive og negative sosiale interaksjoner og graden av angst. 453 personer med kols ble intervjuet. HADS ble anvendt for å måle angst. Studien fant at både negative og positive sosiale interaksjoner hang sammen med graden av angst. Personer som mente andre i deres miljø ikke viste sympati eller sensitivitet hadde mer angst, det hadde også personer som følte seg sveket eller ikke godt nok fulgt opp av andre. Personer som mottok instrumentell støtte og hjelp fra andre hadde også mer angst, men det er usikkert om dette kan skyldes at pasienter med mer angst også trengte mer hjelp. Positiv sosial støtte hadde gunstig effekt, men studien viste at de negative sosiale interaksjonene hadde større og mer varig effekt.

5.4 Bruk av kognitiv terapi

Bove et al. (2016) utførte en randomisert kontrollert studie som så på om opplæring i og bruk av en psykoedukativ intervensjon basert på kognitiv terapi i hjemmet hadde bedre effekt enn ordinær behandling på grad av angst. Pasientene ble opplært i enkel kognitiv terapi og fikk innsikt i hvordan følelser og tanker henger sammen med kroppslige reaksjoner og atferd. De fikk også laminerte kort med intervensjonen på og en oppfølging på telefon. 66 pasienter med kols og symptomer på angst var inkludert i studien. Pasientene i intervensjonsgruppen rapporterte større grad av mestring og mindre grad av angst.

5.5 Hjemmebasert støtte og velferdsteknologi

Hernández et al. (2015) utførte en randomisert kontrollert studie som undersøkte hvorvidt en tjeneste som fulgte opp hjemmeboende pasienter med kols ved hjelp av økt mestring og empowerment, en individualisert pleieplan, tilgang på hjelp per telefon og koordinering mellom ulike omsorgsnivåer hadde effekt på pasienters mortalitet, besøk hos legevakt og inneliggelse i sykehus samt på grad av selvhjulpethet, angst og depresjon og helserelatert livskvalitet. 155 hjemmeboende pasienter med kols ble randomisert inn i to grupper, en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe og ble fulgt opp i 12 måneder. 112 av pasientene fullførte. Intervensjonsprogrammet reduserte angst og depresjon. Pasientene hadde også mer kunnskap om sin kols og større grad av mestring av sin sykdom.

MacNab et al. (2015) undersøkte hvorvidt et program med opplæring av pasienter i bruk av pulsoksymeter, plan for oppfølging og tilgang til en hjelpelinje hadde effekt på pasientenes angst, depresjon og bruk av helsetjenester. Studien brukte både kvantitativ og kvalitativ metode. HADS ble brukt for å måle angst. Funnene i studien viser at det å lære opp pasienter i bruk av pulsoksymeter og å tolke egne symptomer gjorde at de ble sikrere på å takle egen sykdom. Flere pasienter hadde normal score på angst og depresjon målt etter seks måneder enn ved baseline. Pasientene sa at bruk av pulsoksymeter økte innsikt i egen tilstand og ga dem selvtilit til å ta egne avgjørelser.

6 Hvordan kan sykepleieren bidra til å redusere angst hos hjemmeboende med kols?

Som nevnt tidligere har angst en rekke innvirkninger for pasienter med kols og dette gjør at det å redusere angst er en viktig oppgave for sykepleieren. Pasienter med kols og angst har flere innleggelses, vanskeligere for å følge opp egen sykdom, ofte problemer med sosial interaksjon, lavere mestringsforventning og større mortalitet (Heslop, 2014; Yohannes & Alexopoulos, 2014). I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte ulike tiltak sykepleieren kan iverksette for å redusere angst hos hjemmeboende med kols. Først vil jeg etablere hvor sykepleieren møter pasienten og hvorfor dette er gunstig. Deretter vil jeg diskutere innhold og sykepleietiltak i lungerehabiliteringen sett i lys av Strengths-Based Nursing Care sine åtte kjerneverdier.

6.1 Lungerehabilitering

Det er sterke indikasjoner for at lungerehabilitering er gunstig for å redusere angst hos pasienter med kols (Heslop, 2014). Studien til Bentsen, Wentzel-Larsen, et al. (2013) utført i Norge viste at pasientene hadde noe mindre angst etter at de hadde deltatt på lungerehabilitering, men denne reduksjonen var ikke signifikant. En større systematisk litteraturstudie anbefaler også lungerehabilitering. Den viste at pasientene rapporterte bedre fysisk kapasitet, mindre dyspne og fatigue og større grad av mestring, men denne studien studerte ikke angst direkte (McCarthy et al., 2015).

Det er imidlertid noen utfordringer. Et lungerehabiliteringsprogram er omfattende og vil ikke nødvendigvis være mulig å tilbys til alle pasienter med angst, da tilbudet er begrenset og det vil være kostbart. Det er imidlertid vist at lungerehabilitering er en kostnadseffektiv metode sett opp mot kvalitetsjusterte leveår (GOLD, 2017). Det er i liten grad forsket på langtidseffekter av lungerehabilitering på angst eller hvilke komponenter i programmet som har effekt. Totalt sett er det imidlertid mye som tyder på at lungerehabilitering er et godt alternativ for pasienter med angst. Det bør forskes mer på hvilke deler av lungerehabilitering som har effekt for pasienter med angst (Yohannes & Alexopoulos, 2014).

6.2 Finne pasientens objektive og subjektive virkelighet og mening

Sykepleieren som møter en pasient på lungerehabilitering vil undersøke hvilke objektive og subjektive virkeligheter pasienten bringer med seg og hvordan dette relaterer til om pasienten også har angst eller er engstelig (Gottlieb, 2013). Essensielt for å få en god lungerehabilitering vil være å foreta en grundig evaluering av pasientens nåværende tilstand, sykehistorie og behandling for å sikre at denne kan optimaliseres under lungerehabilitering (GOLD, 2017). Dette vil være arbeid sykepleierne gjør i samarbeid med lege og resten av det tverrfaglige teamet.

For å redusere angst hos pasienter med kols vil det være gunstig for sykepleieren å kartlegge om pasienten rapporterer angst-symptomer for eksempel ved bruk av et kartleggingsverktøy. Det å faktisk identifisere pasientene med angst er første steg i å hjelpe de med å redusere angsten (Heslop, 2014). Dette anbefales også i nasjonal retningslinje (Helsedirektoratet, 2012) og i GOLD-rapporten (GOLD, 2017). Dette er en sykepleieroppgave og en del av sykepleierens behandlende funksjon (Nordtvedt & Grønseth, 2010). HADS er en mye brukt metode for å kartlegge grad av angst. En rapport fra Kunnskapssenteret ved Folkehelseinstituttet viste at bruk av HADS hadde tilfredsstillende validitet sammenliknet med diagnostisk "gull-standard" eller referansestandard intervju for angst- og depresjonslidelse (Leiknes, Dalsbø, & Siqveland, 2016). Andre godt utprøvde skalaer kan også anvendes.

En britisk undersøkelse om opplæring av sykepleiere til bruk av kartleggingsverktøy for å identifisere angst hos pasienter med kols viste at sykepleierne i undersøkelsen syntes bruk av kartleggingsverktøy var nyttig og at det ga muligheten til å fange opp flere pasienter med angst. 75% av pasientene i undersøkelsen var positive eller nøytrale til å bli spurt om angst og depresjon, og få var klar og over at angst var en vanlig komorbiditet til kols (Hardy et al., 2014). Ved å anvende et kartleggingsverktøy kan dermed sykepleieren identifisere flere pasienter med angst og hjelpe dem redusere denne.

Når symptomer på angst kartlegges er det viktig at disse resultatene følges opp og utrededes videre i samarbeid med lege og resten av det tverrfaglige teamet. Screening i seg selv gir ikke bedre behandling, resultatene må følges opp av sykepleier (Yohannes & Alexopoulos, 2014). Lungerehabilitering i seg selv kan som nevnt være gunstig, men det kan også være nødvendig med andre behandlingsmetoder som medikamenter eller terapi. Medikamenter mot angst har

usikker virkning for pasienter med kols og angst, men dette må vurderes av lege i samarbeid med pasienten (GOLD, 2017). For sykepleieren betyr dette at hun ved å ta resultatene av kartleggingen på alvor må bringe dette videre til det tverrfaglige teamet og sikre at pasienten blir fulgt opp.

I tillegg til å kartlegge den objektive virkeligheten er det nyttig å undersøke pasientens subjektive virkelighet. Gottlieb (2013) påpeker at hvis ikke sykepleieren vet hva pasienten opplever og hvordan personen opplever det får han liten forståelse av problemet, det vil si pasientens angst. I tillegg til å kartlegge angst er det derfor viktig for sykepleieren hvordan pasienten opplever sin tilstand. Hvordan pasienten selv opplever sin virkelighet, historie og hva som gir mening vil være grunnlaget for hvordan hun mestrer sin tilstand. Sykepleieren kan lære mye om pasienten og hennes subjektive virkelighet ved å lytte til hennes historie. Ved at sykepleieren undersøker både objektiv og subjektiv virkelighet kan han også bli klar over risikofaktorer for angst pasienten har, hvordan pasienten opplever sin angst og hva som trigger den. Dette vil være nyttig for å hjelpe pasientene redusere angsten. Pasientene i studien til Willgoss et al. (2012) beskrev ulike triggere for sin angst. Noen beskrev at det å være ute blant andre og sosiale interaksjoner trigget angsten. Andre sa at hvis de var usikker på hvor de hadde medisinen sine ble de engstelige. Mange hadde levd med angsten i mange år og den var en integrert del av hvordan de oppfattet sin kols-sykdom. Ved at sykepleieren får tak i denne informasjonen kan hun bruke den videre under lungerehabiliteringen. Det å for eksempel vite om pasientens triggere kan være viktig for å vite i hvilke situasjoner angsten er mest fremtredende og hva som må til for å redusere den.

6.3 Se at hver person er unik

For å klare å lage et tilpasset program er det viktig for sykepleier å se at hver person er unik. Ulike pasienter som har angst og kols vil ikke nødvendigvis ha nytte av de samme mestringsteknikkene. Gottlieb (2013) påpeker at våre unike opplevelser former hvem vi er som person. Dette gjelder også hvordan pasienten opplever og mestrer sin kols og angst. Det å leve med en kronisk sykdom som kols kan endre en persons oppfattelse av egen kropp og det han opplever som sin kropps begrensninger. I studien til Willgoss et al. (2012) beskriver pasientene hvordan de opplever sin angst og hvilke begrensninger de har lagt på seg selv for å unngå angsten. De beskriver angstanfall som hendelser som har endret deres liv og som

traumatiske og betydelige hendelser, men hvordan de oppfattet angstanfallene var ikke alltid det samme. Sykepleieren må derfor være klar over dette og se pasienten og hans opplevelser som unike. Når sykepleieren jobber med å finne pasientens styrker vil dette også anerkjenne de unike kvalitetene hos pasienten og hans familie (Gottlieb, 2013).

6.4 Tilrettelegge for læring

Sammen med et tverrfaglig team vil sykepleieren hjelpe pasienten å få ny kunnskap og oppnå mestring (GOLD, 2017). Sykepleieren vil bruke sin forbyggende, veiledende og rehabiliterende funksjon for å hjelpe pasienten. Etter at sykepleieren har funnet pasientens objektive og subjektive virkelighet har hun også et godt grunnlag for å vite hva pasienten mangler kunnskap om (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Det å tilrettelegge for læring og skape kunnskap vil være grunnleggende for å hjelpe pasienten og bidra til å redusere angst. Uten at sykepleieren tilrettelegger for læring og får med seg pasienten vil det være vanskelig for pasienten å lære om temaer som kan redusere angst.

Strengts-Based Nursing Care legger vekt på at hver persons forutsetning for læring er ulikt. Mange ulike faktorer påvirker læring, som alder, fysisk status, læremåter og situasjonelle faktorer. Gottlieb (2013) trekker frem tre faktorer som påvirker læring: At pasienten er aktiv i læringsprosessen, at pasienten er klar for å lære og tidspunktet for læring. Hvis pasienten selv er investert i å lære kan han selv dirigere hva han trenger å vite og bruke sine egenskaper og kunnskaper mer effektivt. Hvis sykepleieren har innsikt i hvordan pasienten lærer best kan hun hjelpe pasienten å lære mer effektivt og redusere angst. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) understreker også at informasjon skal være individuelt tilpasset.

Her spiller også personenes self-efficacy eller mestringsforventning inn. Personer som tror de kan klare noe er også mer sannsynlig til å klare det, det å være klar for endring krever altså en grad av mestringsforventning. Det å være klar for å lære involverer både vilje til å lære og et ønske om å investere i læring (Gottlieb, 2013). Mestringsforventning som det er beskrevet av Bandura (1977) sier at om pasienten har tro på egne ressurser vil påvirke utfallet. Grad av mestringsforventning påvirker om pasienten vil sette i gang med mestringsstrategier, hvor intenst han vil jobbe og hvor lenge han vil holde ut i møte med motgang. Pasienter med kols og angst har gjerne lavere mestringsforventning. Ved at sykepleieren er god til å finne riktig

tidspunkt og tidsbruk for pasientens læring kan han eller hun optimalisere læringen og utnytte pasientens potensiale og styrker (Gottlieb, 2013).

Pasienten bør med hjelp av sykepleieren sette mål for lungerehabiliteringen og for læringen. Målene bør settes etter hva som er viktig for pasienten. Hvis for eksempel det aller viktigste for pasienten er å komme seg utendørs bør dette prioriteres. Ved at pasienten selv er med på å sette målene og de prioriteres etter hva som er viktig for ham, vil han få eierskap til disse og dette gjør det lettere å nå målene (Gottlieb, 2013).

6.4.1 Innhold i veiledningen

Innholdet i veiledningen vil variere etter hva pasienten har behov for. For en pasient som røyker vil for eksempel veiledning om røykeslutt være en naturlig del, men dette er ikke aktuelt for pasienter som ikke røyker. Pasienter med angst røyker oftere enn pasienter uten angst og røykeslutt kan dermed være en viktig del av veiledningen (GOLD, 2017). Dette innebærer at pasienten må være klar for denne endringen, som Gottlieb (2013) sier da røykeslutt krever vilje og motivasjon. Røykeslutt kan være vanskelig da det å røyke er forbundet med stigma. Det at sykepleieren har personlig relasjon til pasienten vil antagelig være en forutsetning for suksessfull veiledning (Steindal et al., 2015). Som nevnt er røyking det eneste tiltaket som kan bremse fallet i FEV1-verdi og utvikling av symptomer. Klarer pasienten å slutte å røyke vil dette være gunstig, også for graden av angst siden vi vet at pustebesvær og angst henger sammen (Heslop, 2014).

Det å lære pasienten om kols, behandling av kols, bruk av medikamenter og hva de selv kan gjøre ved dyspne og forverring vil være en del av veiledningen for pasienter med kols og angst. Studien til Simpson og Jones (2013) viste at pasienter som visste hvordan de kunne takle en forverring hadde mindre angst. Dermed kan det å ha kunnskap om egen sykdom og hvordan takle ulike situasjoner virke gunstig inn på graden av angst. Sykepleieren kan dermed veilede pasienten i dette for å redusere angst. Det vil være nyttig for pasientene å lære om angst og om at dette er en vanlig komorbiditet til kols. Flere pasienter i studien til Willgoss et al. (2012) fortalte at de lenge trodde redselen de opplevde kun var et fysisk symptom på kols. En studie som undersøkte angstsymptomer hos pasienter med kols fant at redsel var sterkt

fremtredende. Denne redselen var i stor grad knyttet til mestring. Det å hjelpe pasienter med å mestre sin sykdom og sin frykt vil kunne dempe angst (Breland et al., 2015).

Det å vite hva man skal gjøre ved en forverring bør være en del av programmet da det er knyttet mye angst til dette. Sykepleier kan sammen med pasienten lage en egenbehandlingsplan med steg pasienten kan følge for medisiner og hva de kan måle selv, inkludert når lege skal kontaktes (Steindal et al., 2015). Dermed er pasienten bedre rustet skulle en forverring oppstå og vet hva de skal gjøre. Dette vil bidra til å redusere angsten knyttet til forverringer.

Dyspne og pustebesvær er for mange pasienter nært knyttet til angst. Dette kan skape en ond sirkel der opplevd pustebesvær gir intens redsel for å ikke få puste, katastrofetenkning og frykt for å dø. Dette kan utløse panikkangst og forverre pustebesværet. Videre kan pasientene gjøre sitt ytterste for å unngå pustebesvær og derfor redusere sitt aktivitetsnivå noe som igjen kan forverre deres fysiske tilstand og føre til ytterligere pustebesvær. Dermed blir det en ond sirkel (Heslop, 2014). For å hjelpe pasientene å bryte denne sirkelen må sykepleieren sammen med pasienten finne ut hvordan situasjonen er nå og hvordan den kan endres. Pasientene i studien til Willgoss et al. (2012) beskrev at dyspne var en vanlig utløser av angst og panikkanfall og at dette ledet dem inn i en ond sirkel der angsten gjorde pustebesværet verre. Flere av pasientene hadde lært ulike teknikker av sykepleiere fortrinnsvis på lungerehabilitering som gjorde at de klarte å bryte ut av sirkelen. Dette kan vise at å lære pasientene slike teknikker er gunstig for å redusere angst. Det ble anvendt både praktiske og mentale teknikker. Pasientene brukte ulike pusteteknikker som leppeblåsning og kontrollering av pustemønsteret. Leppeblåsning vil for eksempel roe ned respirasjonsfrekvensen og bedre gassutvekslingen (Almås et al., 2010). Pasientene i studien benyttet også mentale teknikker som å snakke til seg selv. Dette hjalp dem med å ta kontroll over situasjonen etter en kort stund med hjelpeløshet for eksempel ved å fortelle seg selv at de måtte puste roligere og at angsten ville gå over (Willgoss et al., 2012). Basert på hva hun vet om pasienten kan sykepleier veilede pasienten i de ulike teknikkene. Ved å anvende disse teknikkene kan pasientene redusere sin angst.

En annen mental teknikk sykepleieren kan veilede i er bruk av kognitiv terapi. Dette er en mye brukt metode ved angst (Skårderud et al., 2010). Ved å endre fastlåste tankemønstre og identifisere automatiske negative tanker kan pasienten også endre atferden utløst av disse

tankene og bryte ut av onde sirkler (Hummelvoll, 2012). I studien til Bove et al. (2016) fikk pasientene opplæring i et enkelt verktøy basert på kognitiv terapi som de selv kunne anvende hjemme. Dette ga reduisering av angst og fikk pasientene til å føle mer mestring. Metoder som kognitiv terapi kan anvendes av sykepleiere med opplæring i dette og i denne studien var det sykepleiere som lærte opp pasientene. En av utfordringene ved bruk av kognitiv terapi ved angst og kols kan være at hos pasienter med kols er på mange måter angsten basert på noe reelt, da det personen har angst for er symptomer som kan oppstå. Samtidig viste blant annet studien til Willgoss et al. (2012) at angst kan utløses av ulike typer triggere, ikke utelukkende av tungpust og at angsten kan komme før tungpusten. Verktøy som tar i bruk kognitiv terapi kan derfor være nyttige og er verktøy pasienten kan bruke på egenhånd etter lungerehabiliteringen. Det at sykepleieren kan gi pasienten verktøy de kan bruke også etter lungerehabiliteringen vil være spesielt gunstig da tiden pasienten er på lungerehabilitering er begrenset.

Sentralt i et lungerehabiliteringsprogram står også fysisk aktivitet. Selve treningen vil ofte ledes av en fysioterapeut, men sykepleier må være med på å forklare hvorfor fysisk aktivitet er gunstig både for kols og angst og motivere til aktivitet. En systematisk litteraturstudie utført av Coventry et al. (2013) viste at lungerehabilitering som inneholdt fysisk aktivitet var mer effektive til å redusere angst. Siden vi vet at mange pasienter unngår fysisk aktivitet for å unngå pustebeviser og påfølgende angst blir det viktig å både gi god veiledning og psykisk støtte (Willgoss et al., 2012). Pasientene kan også trenge råd om hvordan de best bruker den energien de har (Almås et al., 2010).

Hvilke temaer som tas opp vil som nevnt variere etter pasientens behov, men andre aktuelle temaer er ernæring, reiseråd, seksuell helse og hjelp til velferds-goder (GOLD, 2017; Heslop, 2014).

Det er altså en rekke temaer som bør inngå og pasienten kan ha nytte av å lære om. Rammefaktorer begrenser imidlertid dette. Et lungerehabiliteringsprogram går over en begrenset periode og pasienten er der en viss tid hver gang. Dermed legger tiden begrensninger for hvor mye sykepleieren kan rekke gjennom, uansett hvor gunstig det er å ta opp alle disse temaene. Pasienten klarer heller ikke nødvendigvis å ta alt inn på en gang og hvis mye informasjon presses inn kan det bli lett glemt. Dette gjør det nødvendig for sykepleieren å prioritere og bruke den tiden han har på best mulig måte. Gottlieb (2013)

påpeker at det å ta utgangspunkt i pasientens egen historie og finne ut hva som er viktig for henne er nyttig både for å prioritere og sikre at pasienten får med seg innholdet i læringen. Dette krever imidlertid også en del tid. Sykepleieren kan prioritere dette for å lette resten av prosessen.

6.5 Fremme helse og helbredelse

Kols kan ikke kureres. Det betyr imidlertid ikke at personen ikke kan ha en god helse, i den situasjonen hun er i. Helse er alltid tilstede i en eller annen form. Dermed blir det sykepleiers oppgave å hjelpe pasienten å leve best mulig med den sykdommen hun har (Gottlieb, 2013). Dette samsvarer også med yrkesetiske retningslinjer som sier at sykepleieren har ansvar for en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Helse, som Strengths-Based Nursing Care ser det, involverer de styrkene en person bruker til å overleve, mestre, endre og fungere i hverdagen. Disse styrkene er kvaliteter og kunnskap personen utvikler gjennom livet. Helbredelse er prosessen på vei til å forstå og klare å leve med sin sykdom og å utvikle seg selv. Der helse handler om å skape helhet, handler helbredelse om å gjenopprette og oppdage helhet. For å klare å arbeide med helbredelse trenger personen å ha teknikker for helbredelse, som å klare å balansere fysisk aktivitet og hvile, riktig ernæring, trening, søvn og redusere stress. Dette er områder sykepleier kan fokusere på. Men helbredelse er ikke bare kroppslig, det handler om å lære om seg selv og sine styrker og begrensninger (Gottlieb, 2013).

Det å kjenne egne styrker og føle mestring henger sammen med angst. Pasienter som forventer å klare noe har også større sjanse for å klare det (Gottlieb, 2013). Flere studier har sett på sammenhengen mellom mestringsforventning og angst. Simpson og Jones (2013) fant at pasienter med større grad av mestringsforventning har mindre angst og pustebesvær. Dette innebærer dermed at om sykepleier hjelper pasienten å kjenne mestringsforventning kan dette redusere angst.

Bentsen, Wentzel-Larsen, et al. (2013) fant i sin studie av pasienter som gjennomgikk et lungerehabiliteringsprogram i Norge også at pasienter som hadde høyere mestringsforventning hadde mindre angst både under og etter lungerehabilitering.

Lungerehabiliteringsprogrammet anvendte Banduras fire teknikker for å øke mestringsforventning. Pasientene opplever mestring ved å utføre oppgaver og teknikker og få tilbakemelding på disse. De samarbeider med andre og observerer dem og oppnår felles mestring. Verbal oppfordring ved veiledning, psykososial støtte og opplæring i teknikker som fremmer emosjonell kontroll og symptomestring er andre komponenter. Dette styrket pasientens emosjonelle og fysiske tilstand (Bandura, 1977; Bentsen, Wentzel-Larsen, et al., 2013). Det å fremme mestring er en viktig del av et lungerehabiliteringsprogram.

Sykepleieren må hjelpe pasienten å finne sine egne styrker og ressurser, relatere disse til mestring spesifikt av kols og hjelpe pasienten å stole på egen mestring for å redusere angst. Pasienter som føler seg inkompetente og ute av stand til å mestre symptomer vil ha mer angst (Bentsen, Wentzel-Larsen, et al., 2013). Det å fremme mestring kan være en langvarig prosess og sykepleieren har begrenset tid med pasienten. Det å starte denne prosessen ved hjelp av for eksempel Banduras fire teknikker kan imidlertid gjøres også under et begrenset lungerehabiliteringsprogram.

På den annen side fant Coventry et al. (2013) i sin systematiske litteraturstudie at lungerehabiliteringsprogram kun basert på mestringsstrategier hadde liten effekt på angst og andre symptomer. En Cochrane-studie fra 2014 fant imidlertid at egenmestringsstrategier hadde effekt på pustebesvær og ga symptomlette (Zwerink et al., 2014). Mye tyder på at fokus på mestring og mestringsstrategier er viktig, men det trengs mer forskning på hvilke tiltak som er mest gunstige. Mestringsstrategier vil ikke nødvendigvis gi bedring i seg selv, men kan være et viktig bidrag for å motivere pasienten til helsefremmende atferd (GOLD, 2017).

6.6 Holisme og legemliggjørelse, se personen og miljøet som en integrert enhet

Det å ha kols og angst er ikke skilt fra resten av personen, det er en del av personen som helhet. Våre erfaringer og historie preger hvem vi er og hvordan vi reagerer på sykdom. Tilsynelatende uavhengige hendelser kan legemliggjøres som angst (Gottlieb, 2013). For eksempel kan problemer i familien legemliggjøres som angst, i studien som undersøkte sosiale interaksjoner hadde de som følte seg sveket for eksempel mer angst (Dinicola et al., 2013). I en studie av Steindal et al. (2015) fortalte flere av pasientene at det at sykepleieren klarte å se dem som hele mennesker var grunnleggende i veiledning. Det at sykepleieren ivaretok hele mennesket skapte en trygghet og gjorde at de oppfattet sykepleieren som omsorgsfull og til å stole på. Yrkesetiske retningslinjer understreker også at sykepleier

ivaretar behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Klarer sykepleieren å skape trygghet og gjøre at pasienten stoler på dem vil denne tillitten også gjøre at pasienten lettere kan lære og mestre. Stoler pasienten på sykepleieren og det hun formidler vil dette gi et godt grunnlag for læring og samhandling og for å redusere angst.

Studien til Dinicola et al. (2013) viste at negativ sosial interaksjon hang sammen med mer angst. Dette innebærer at pasienter som opplever liten sosial støtte eller opplever denne som negativ er spesielt viktig å fange opp for sykepleiere. Også i en norsk studie trengte pasienter uten sosial støtte mer oppfølging for å føle seg trygge (Steindal et al., 2015). Strengths-Based Nursing Care legger vekt på at pasienters miljø kan være både hemmede og fremmende og det er viktig at sykepleieren kjenner pasienten og deres ulike miljø. Sykepleieren og de andre ansatte på poliklinikken er også del av pasientens miljø. Det er essensielt at dette blir et positivt miljø for pasienten (Gottlieb, 2013). Dinicola et al. (2013) fant at positiv sosial interaksjon hadde positiv effekt for å redusere angst hos pasientene. Likevel var negative interaksjoner mer skadelig. Sykepleieren kan ikke nødvendigvis endre de negative interaksjonene til pasienten i andre miljøer, men de kan tilby psykososial støtte og skape et helsefremmende miljø som fokuserer på pasientens styrker (Gottlieb, 2013). Sykepleieren kan også sette pasienten i kontakt med likemannsgrupper (Almås et al., 2010).

Når en person blir kronisk syk vil dette påvirke familien. Forholdene innad i familien kan endre seg, for eksempel om pasienten ikke kan eller vegrer seg for å gjøre ting som han tidligere har klart. Sykdommen påvirker sosiale interaksjoner og familiestruktur (Gottlieb, 2013). Pårørende bør derfor involveres i lungerehabiliteringen. Pårørende må også mestre en ny hverdag med en kronisk syk i familien og vil kunne ha behov for å orientere seg og få ny kunnskap (Helsedirektoratet, 2012). En norsk studie av hjemmeboende kvinner med kols identifiserte at kvinnene som hadde stort sosialt nettverk hadde mindre behov for oppfølging av sykepleier i hjemmet. Selv om de satt pris på oppfølgingen, syntes de ikke den var nødvendig (Steindal et al., 2015). Dette tyder på at pasienter som har støttende pårørende som er aktivt involvert i deres hverdag får mye igjen for dette. Likevel er det viktig for sykepleier å huske på at ikke alle sosiale interaksjoner er positive og at personer med pårørende også kan ha behov for psykososial støtte.

6.7 Fremme selvbestemmelse og være en partner for pasienten

Strengths-Based Nursing Care legger vekt på at sykepleieren skal fremme pasientens selvbestemmelse. Mennesker har rett til å velge og handle på en måte som samsvarer med deres egne tanker, behov og følelser. Valg pasientene aktivt har tatt selv er også mer sannsynlig å bli fulgt. Ved å fremme selvbestemmelse kan også sykepleieren hjelpe pasienten selv ta ansvar for egen helse (Gottlieb, 2013). At sykepleieren skal hjelpe pasienten å ta selvstendige avgjørelser understrekes også i yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette er spesielt viktig for pasienter med kroniske sykdommer da pasienten kan ikke velge bort en sykdom som kols, men han kan velge hvordan han lever med den. Sykepleieren som kjenner pasientens verdier og situasjon kan hjelpe pasienten ved å gi han godt grunnlag for å ta egne valg og fremme hans interesser i møte med systemet og annet helsepersonell (Gottlieb, 2013).

Strengths-Based Nursing Care legger vekt på at forholdet mellom pasient og sykepleier er et samarbeid og et partnerskap. Sykepleieren hjelper også pasienten til å finne frem til egne styrker og ressurser og med å sette mål de har kommet frem til i fellesskap (Gottlieb, 2013). Pasienten har også en lovmessig rett til medvirkning. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) heter det at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og at det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av helsetjenester.

Ved å behandle hele prosessen på lungerehabilitering som et samarbeid vil sykepleieren kunne hjelpe pasienten og de kan sammen komme til en forståelse av hva som er mulig, gjennomførbart og ønskelig å få til. Deling av makt og empowerment er kun mulig hvis pasienten selv føler at han eller hun har noe å bidra med. Pasienten er ekspert på hvordan han opplever sin kols og angst og har egne styrker og ressurser som han kan bidra med. Klarer sykepleieren å fremme dette i pasienten vil dette føre til mestring og empowerment og øke pasientens mestringsforventning (Gottlieb, 2013). Dette vil være nøkkelen for å hjelpe pasienten å ta ansvar for egen helse og skape mestring og dermed redusere angst. Som allerede diskutert har pasienter med høyere mestringsforventning mindre angst (Bentsen, Wentzel-Larsen, et al., 2013; Simpson & Jones, 2013). Yrkesetiske retningslinjer understreker også at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

I samarbeid med pasienten kan sykepleieren henvise pasienter med angst og kols til velferdsteknologi om dette er tilgjengelig i kommunen pasienten bor. Velferdsteknologi er tekniske hjelpemidler som kan hjelpe brukeren å utføre hverdagslige aktiviteter (Ness, 2014). Hernández et al. (2015) sin studie av en tjeneste som fulgte opp hjemmeboende pasienter ved hjelp av økt mestring og empowerment, individualisert pleieplan, tilgang på hjelp per telefon og koordinering mellom ulike omsorgsnivåer ga mindre angst, mer kunnskap om kols og større grad av mestring. En annen studie av MacNab et al. (2015) viste at et program med opplæring av pasienter i bruk av pulsoksymeter, en plan for oppfølging og tilgang til en hjelpelinje gjorde pasientene sikrere på å takle egen sykdom. Flere pasienter hadde normal score på angst og depresjon målt etter seks måneder enn ved baseline. Pasientene sa at bruk av pulsoksymeter økte innsikt i egen tilstand og ga dem selvtillit til å ta egne avgjørelser. Det finnes et prøveprosjekt i enkelte bydeler i Oslo. Pasienter med kols ble blant annet tilbudt kols-koffert med helsesjekk og oppfølging av responscenter. Flere av pasientene rapporterte at de følte seg mindre stresset og tryggere hjemme. Poliklinikker kan henvise til slik oppfølging (Intro International og Arkitektur – og designhøgskolen i Oslo, 2016). Sykepleieren og pasienten kan i felleskap diskutere om bruk av velferdsteknologi kan være ønskelig.

Lungerehabilitering varer en begrenset periode som limiterer i hvilken grad sykepleieren har mulighet til å gjennomføre tiltak som er gunstige for å redusere angst. Etter at lungerehabiliteringen er over må pasienten klare seg på egenhånd. Når han er del av lungerehabiliteringsprogrammet har han faste holdepunkter som gir stabilitet og rutine og sykepleier og andre ansatte som kan støtte og motivere. Når lungerehabiliteringen avsluttes forsvinner miljøet på poliklinikken og støtten fra sykepleieren. Det blir viktig for sykepleieren å legge mest mulig til rette for denne overgangen. Det finnes for eksempel mange ulike aktivitetstilbud i kommunene som det er gunstig at sykepleieren har oversikt over (Ness, 2014). Pasienter med kols har også rett på fysioterapi (Helsedirektoratet, 2012). Det er også en mulighet å følge opp per telefon. Dette gjøres på enkelte poliklinikker og som vist i studien til Steindal et al. (2015) kan dette være tryggende for pasienten, spesielt om de har lite sosialt nettverk. En god overgang i slutfasen på poliklinikken vil være gunstig for å redusere angst.

7 Oppsummering og konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleieren kan bidra til å redusere angst hos hjemmeboende med kols. Det å ha angst i tillegg til kols fører til vansker i pasientenes hverdag, påvirker hvordan de klarer å leve med sin sykdom og gir redsel og ubehag.

Sykepleieren møter pasienten på en poliklinikk for lungerehabilitering. Lungerehabilitering er gunstig for å redusere angst. Ved å følge Strengths-Based Nursing Care sine åtte kjerneverdier får sykepleieren hjulpet han med å finne sine styrker og skape helse, helbredelse og mestring.

Sykepleieren bør finne pasientens objektive og subjektive virkelighet og ha oversikt over pasientens symptomer og behandling. Det å kartlegge om angstsymptomer er tilstede er første steg for å redusere angst. Hun kan deretter samarbeide med det tverrfaglige teamet om behandling. Ved å finne ut hvordan pasienten opplever sin sykdom kan sykepleieren få innsikt i hva som utløser angst og hvilke mestringsstrategier pasienten bruker.

For å redusere angst kan sykepleieren bruke sin veiledende funksjon og tilrettelegge for læring. Pasienter som mestrer sin sykdom og vet hva de skal gjøre ved en forverring har mindre angst. Innholdet i veiledningen bør tilpasses den enkelte pasient og hans forutsetninger for å lære. Pasienten må involveres og være med å sette mål. Viktige områder for å redusere angst kan være røykeslutt, mestrings teknikker som leppeblåsing, gjenkjenne en forverring og ha kunnskap om kols og angst. Sykepleieren kan også veilede i mentale teknikker som kognitiv terapi. Fysisk aktivitet har blitt vist å redusere angst hos pasienter med kols på lungerehabilitering og sykepleieren kan hjelpe pasienten å forstå hvorfor dette er viktig. Pasienter med kols og angst kommer ofte inn i en ond sirkel der frykt for dyspne gjør at de innskrenker sin fysiske utfoldelse. Sykepleieren kan hjelpe pasienten å finne teknikker for å bryte ut av denne sirkelen og dermed redusere angst.

Målet for sykepleieren bør være å fremme helse og helbredelse ved å hjelpe pasienten å leve best mulig med sykdommen og de begrensninger han har. Pasienter som har høyere mestringsforventning har mindre angst, mens personer som føler seg inkompetente og ute av stand til å mestre sine symptomer har mer angst. For å redusere angst kan sykepleieren derfor fokusere på pasientens styrker og hjelpe han å finne teknikker som fremmer helse og helbredelse.

Sykepleieren kan bidra til å redusere angst ved å se pasienten som en helhet og pasienten og hans miljøer som en integrert enhet. Pasienten vil føle trygghet og synes sykepleieren er til å stole på. Ved å skape et helsefremmende miljø med positive sosiale interaksjoner kan sykepleieren bidra til å redusere angst. Sykepleieren bør involvere pårørende i lungerehabiliteringen.

Sykepleieren kan redusere angst ved å fremme selvbestemmelse og være en partner for pasienten. Dette vil hjelpe pasienten til å ta egne avgjørelser og fremme mestringsforventning som gir mindre angst. I samarbeid med pasienten kan sykepleieren eventuelt henvise til velferdsteknologi. Dette kan redusere angst og gi mer trygghet hjemme.

Sykepleieren kan altså under lungerehabilitering benytte en rekke tiltak for å redusere angst. Dette vil gi pasientene større mestring og gi dem teknikker de kan anvende etter lungerehabiliteringen. Hvilke teknikker som er mest effektive og om de vedvarer er spørsmål som bør forskes videre på. Sykepleieren har også begrenset med tid under lungerehabiliteringen. Dermed må tiltakene prioriteres etter hva som er viktigst for pasienten.

Siden angst påvirker pasientens liv i stor grad og har effekt på utviklingen av kols bør dette være et fokusområde for sykepleiere. Jeg vil ta med meg kunnskapen fra denne oppgaven inn i egen praksis.

Litteraturliste

- Almås, H., Bakkeland, J., Thorsen, B. H., & Sorknæs, A. D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4 utg., s. 107-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.
- Bentsen, S. B., Gundersen, D., Assmus, J., Bringsvor, H., & Berland, A. (2013). Multiple symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Norway. *Nursing & Health Sciences*, *15*(3), 292-299. doi: 10.1111/nhs.12031
- Bentsen, S. B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., Rokne, B., & Wahl, A. K. (2013). Anxiety and depression following pulmonary rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *27*(3), 541-550. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01064.x
- Bove, D. G., Lomborg, K., Jensen, A. K., Overgaard, D., Lindhardt, B. Ø., & Midtgaard, J. (2016). Efficacy of a minimal home-based psychoeducative intervention in patients with advanced COPD: A randomised controlled trial. *Respiratory Medicine*, *121*, 109-116. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2016.11.009>
- Breland, J., Hundt, N., Barrera, T., Mignogna, J., Petersen, N., Stanley, M., & Cully, J. (2015). Identification of Anxiety Symptom Clusters in Patients with COPD: Implications for Assessment and Treatment. *International Journal of Behavioral Medicine*, *22*(5), 590-596. doi: 10.1007/s12529-014-9450-2
- Coventry, P. A., Bower, P., Keyworth, C., Kenning, C., Knopp, J., Garrett, C., . . . Dickens, C. (2013). The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS One*, *8*(4), e60532. doi: 10.1371/journal.pone.0060532
- Dahl, R. (2011). Diagnose og klassifisering. I L. Moll, P. Lange & B. H. Dahl (Red.), *KOL - sykdom, behandling og organisation* (s. 41-48). København: Munksgaard Danmark.

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dinicola, G., Julian, L., Gregorich, S. E., Blanc, P. D., & Katz, P. P. (2013). The role of social support in anxiety for persons with COPD. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 110-115. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.022
- GOLD. (2017). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD* (GOLD rapport 2017). Hentet fra <http://goldcopd.org>
- Gottlieb, L. N. (2013). *Strenghts-Based Nursing Care*. New York: Springer Publishing Company
- Hardy, S., Smart, D., Scanlan, M., & Rogers, S. (2014). Integrating psychological screening into reviews of patients with COPD. *British Journal of Nursing*, 23(15), 832-836. doi: 10.12968/bjon.2014.23.15.832
- Helsedirektoratet. (2012). *Kols : Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-faglige-retningslinjer-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>
- Hernández, C., Alonso, A., Garcia-Aymerich, J., Serra, I., Marti, D., Rodriguez-Roisin, R., . . . Roca, J. (2015). Effectiveness of community-based integrated care in frail COPD patients: a randomised controlled trial. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 25, 15022. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/npjpcrm.2015.22>
- Heslop, K. (2014). Non-pharmacological treatment of anxiety and depression in COPD. *Nurse Prescribing*, 12(1), 43-47. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103994198>

Holmes, S., & Scullion, J. (2015). A changing landscape: Diagnosis and management of COPD. *British Journal of Nursing*, 24(8), 432, 434, 436-438, 440. doi: 10.12968/bjon.2015.24.8.432

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Intro International og Arkitektur – og designhøgskolen i Oslo. (2016). *Velferdsteknologi i sentrum* (VIS rapport 2016). Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/Velferdsteknologi%20i%20sentrum_delleveranse%20%20av%202.pdf

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2 utg., s. 161-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2 utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lange, P., & Moll, L. (2011). Komorbiditet ved KOL. I L. Moll, P. Lange & B. H. Dahl (Red.), *KOL - sykdom, behandling og organisation* (s. 157-164). København: Munksgaard Danmark.

Leiknes, K. A., Dalsbø, T. K., & Siqveland, J. (2016). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Folkehelseinstituttet rapport 03/2016). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/maleegenskaper-ved-den-norske-versjonen-pdf.pdf>

LHL. (2015, 22.06). Lungerehabilitering ved LHL-klinikkene Glittre. Hentet fra <https://www.lhl.no/klinikkene/vare-tjenester/lungerehabilitering/lungerehabilitering-ved-lhl-klinikkene-glittre/>

- MacNab, M., Lee, S. H., McCloughan, L., Hanley, J., McKinstry, B., & Pinnock, H. (2015). Oximetry-supported self-management for chronic obstructive pulmonary disease: mixed method feasibility pilot project. *BMC Health Services Research*, *15*, 485. doi: 10.1186/s12913-015-1135-2
- McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub3
- Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 209-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ness, N. E. (2014). Hvordan samarbeide om viktighetsområder? I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 118-137). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordtvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (4 utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Panagioti, M., Scott, C., Blakemore, A., & Coventry, P. A. (2014). Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *9*, 1289-1306. doi: 10.2147/COPD.S72073
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Pooler, A., & Beech, R. (2014). Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: A systematic review. *International Journal of COPD*, *9*, 315-330. doi: 10.2147/copd.s53255

- Simpson, E., & Jones, M. (2013). An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients. *British Journal of Nursing*, 22(19), 1105-1109. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104149923>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken - Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Steindal, S., Kive, E., Schjelderup, T., & Dihle, A. (2015). Ambulant oppfølging i hjemmet til eldre kvinner med kols. *Geriatrisk sykepleie*, 2(7), 14-21. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/363369/15ambulantoppfolgningihjemmet2739.pdf>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Willgoss, T. G., Yohannes, A. M., Goldbart, J., & Fatoye, F. (2012). "Everything was spiraling out of control": Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 41(6), 562-571. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.07.003
- Yohannes, A. M., & Alexopoulos, G. S. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review*, 23(133), 345-349. doi: 10.1183/09059180.00007813
- Zwerink, M., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P. D., Zielhuis, G. A., Monninkhof, E. M., van der Palen, J., . . . Effing, T. (2014). Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub3