

Betydningen av psykososial omsorg for pasienter med akutt KOLS forverring

Kandidatnummer: 358
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8589
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 12.4.2021
<p>Tittel</p> <p><i>Betydningen av psykososial omsorg for pasienter med akutt KOLS forverring</i></p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvilken betydning har psykososial omsorg for pasienter med akutt KOLS forverring?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>KOLS forverring/eksaserbasjon er en tilstand der KOLS sykdommen forverrer seg. Dette er en tilstand som kan være livstruende, og svært skremmende for pasienten. Oppgaven tar for seg pasienter med KOLS forverring lagt inn sengepost på sykehus. Litteratur og nasjonale retningslinjer legger vekt på at denne pasientgruppen trenger en helhetlig behandling, både medisinsk og psykososialt. Den amerikanske sykepleieteoretikeren Virginia Henderson legger vekt på at helhetlig omsorg fra en kyndig sykepleier er svært viktig for at en pasient skal komme seg etter en sykdom. Psykososiale tiltak til denne pasientgruppen er mange, men betydningen av dem blir ikke klargjort i så stor grad av den gjennomgåtte litteraturen.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Litteraturoppgave.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Litteratur og forskning løfter opp viktigheten av psykososiale tiltak for denne pasientgruppen. De utvalgte forskningsartiklene viser en tydelig betydning av god psykososial omsorg, med en rekke helsegevinster både på kortere og lengre sikt. Likevel kan den psykososiale omsorgen bli truet av en rekke faktorer; deriblant tid, arbeidsmengde og liggetid på sykehus.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>God psykososial omsorg fremmer at pasienten greier å ta imot behandlingen, pasientdeltakelsen og håndtering av dyspne. I tillegg fremmer det selvkontroll, håp og trygghet, samt at det motvirker angst og negative tanker. Det er sannsynlig at andre forskningsartikler vil avdekke flere betydninger, både for og imot, av psykososial omsorg.</p>	

Innhold

1	Innledning	2
1.1	Begrunnelse for valg av tema	2
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	3
1.2.1	Avgrensning og presisering av problemstilling	3
1.3	Definisjon av begreper	3
1.4	Oppgavens disposisjon.....	3
2	Teori.....	4
2.1	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).....	4
2.2	Psykososiale konsekvenser ved KOLS forverring	6
2.3	Virginia Hendersons teori om sykepleie	7
2.4	Psykososiale behov og tiltak	8
2.5	Juridiske og etiske perspektiv	9
3	Metode	10
3.1	Anvendt metode	10
3.1.1	Litteratursøk og søkehistorie	10
3.1.2	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	12
3.1.3	Forskningsartiklenes relevans for problemstillingen	13
3.2	Kildekritikk	14
3.2.1	Etiske perspektiv i metodedelen	16
4	Presentasjon av forskningsartiklene.....	17
4.1	Syntese av funn av forskningsartiklene	17
4.2	Artikkelmatrise	18
5	Diskusjon.....	22
5.1	Psykososial omsorg ved KOLS-forverring – hvilken betydning har det?	22
5.1.1	Behandlingen	22
5.1.2	Samhandling og pasientdeltakelse	23
5.1.3	Evnen til å håndtere dyspne.....	25
5.1.4	Angst, negative tanker og selvkontroll	26
5.1.5	Trygghet og håp.....	28
6	Konklusjon	31
7	Referanser	32
8	Vedlegg	35

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Kronisk konstruktiv lungesykdom (KOLS) er en svært alvorlig sykdom som gir betydelige pustevansker, som igjen kan gi en konstant fornemmelse av å kveles (Bakkeland et al., 2016). I følge folkehelseinstituttet (FHI) viser tall fra 2018 at 1 av 20 nordmenn over 40 år har sykdommen. Om lag 10.000 av disse menneskene blir innlagt hvert år på grunn av KOLS forverring (2018). I mange tilfeller skyldes disse forverringene infeksjoner i de nedre luftveiene som forverrer pustevanskene ytterligere, som kan forsterke redsel og utrygghet hos pasienten (Bakkeland et al., 2016, s. 134). Sykepleierne har en sentral behandlende funksjon i møte med disse pasientene, men de har også et ansvar for å ivareta pasientens psykososiale behov (Ehnfors et al., 2013/2015, s. 81-85).

Sykepleierne har et hovedansvar for å ivareta pasientenes grunnleggende behov mens de er på sykehus, og et av pasientens grunnleggende behov er å oppleve trygghet og frihet fra lidelser (Nortvedt & Grønseth, 2016). Behandling av KOLS forverring har ikke bare et medisinsk perspektiv, men også et psykososialt. Denne pasientgruppen kan oppleve sterk redsel og utrygghet for å dø når de ikke kan oppleve kontroll på pusting (Bakkeland et al., 2016). Sykepleierne har en unik mulighet for å redusere denne redselen og styrke pasienten gjennom psykososiale tiltak overfor pasienten. De psykososiale tiltakene kan være mange og må være individuelle, og hvilken betydning det har for pasienten er forskjellig (Eriksen, 2015). I denne oppgaven vil jeg undersøke hvilken betydning de psykososiale tiltakene har overfor pasientene med en KOLS-forverring.

Det stilles krav til at sykepleiere kan ivareta de psykososiale behovene til pasientene når de ikke lenger er i stand til gjøre det selv (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). For å møte pasientens psykososiale behov i en truende og utfordrende livssituasjon stilles det store krav til faglig og etisk kompetanse hos sykepleieren. Å kunne se og gjøre noe med pasientens lidelse er også forankret i Emmanuel Levinas nærhetsetikk (Brinchmann, 2016, s. 117). Hensikten med denne oppgaven er å belyse noen av helsegevinstene ved god psykososial omsorg til denne pasientgruppen. I følge den amerikanske sykepleieteoretikeren Virginia Henderson kan ikke behandlingen kun avgrensnes mot sykdommen i seg selv, men man må ha et helhetlig og individuelt syn på pasienten (Eriksen, 2015, s. 896).

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvilken betydning har psykososial omsorg for pasienter med akutt KOLS forverring?»

1.2.1 Avgrensing og presisering av problemstilling

Denne problemstillingen tar for seg pasienter med akutt forverring av KOLS-sykdommer, altså eksaserbasjoner. Målgruppen er pasienter diagnostisert med KOLS. I oppgaven har jeg valgt å ta for meg KOLS som helhet, og tar ikke for meg de ulike stadiene av sykdommen. Jeg fokuserer på sykepleierens møte med disse pasientene på sykehus på sengepost. Oppgaven tar for seg betydningen av de psykososiale tiltakene for disse pasientene i den akutte KOLS eksaserbasjonen. De eksistensielle og åndelige behovene er sterkt knyttet til de psykososiale behovene (Strøm, 2015, s. 910). På grunn av oppgavens begrensede omfang vil oppgaven kun ta for seg de psykososiale behovene, og ikke de eksistensielle eller åndelige aspektene.

1.3 Definisjon av begreper

Personsentrert omsorg: blir omtalt som individrettet sykepleie som tar utgangspunkt i pasientens verdier, ønsker, behov og opplevelser (Schoot et al. 2006, referert i Kirkevold, 2014). I følge Kirkevold er ikke begrepet entydig, men det finnes sentrale viktige prinsipper i denne type sykepleie (2014). Leplege et al. (2007) lister opp følgende prinsipper 1) fokus på det enkelte mennesket som helhetlig unikt individ, 2) fokus på livet til pasienten i hverdagen, 3) respektere at pasienten er ekspert og har myndighet over sitt eget liv og 4) respektere personen bak sykdommen (Referert i Kirkevold, 2014, s. 108).

1.4 Oppgavens disposisjon

Videre i denne oppgaven vil jeg først ta for meg teorien bak KOLS-forverringene, de psykososiale behovene, Virginia Hendersons sykepleierteori og de psykososiale tiltakene presenteres. Etterfulgt av teorien vil metoden bli beskrevet og gjøres rede for. Deretter vil funnene fra forskningsartiklene presenteres, og så vil jeg diskutere funnene med teorien i drøftingsdelen. Til slutt vil jeg presentere en konklusjon.

2 Teori

2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en samlebetegnelse på sykdom som kjennetegnes ved at pasienten har økt luftveismotstand i luftveiene og redusert gassutveksling i lungene, som ikke er fullt reversibel (World Health Organization, 2020). I følge Grundt og Mjell har hovedtyngden av disse pasientene både emfysem og kronisk bronkitt som forverres over tid. Dette gir tung pust og en kvelningsfølelse som øker redsel for å dø, og det kan utvikle seg til angst og depresjon (2016).

KOLS forverring/eksaserbasjon er en tilstand der KOLS sykdommen forverrer seg, med økende dyspne, hoste, slimproduksjon og respirasjonssvikt (Bakkeland et al., 2016, s. 134). Forverringen/eksaserbasjon kan være livstruende (Helsedirektoratet, 2012, s. 94). Begge ordene forverring og eksaserbasjon brukes for å beskrive denne tilstanden. For enkelhetens skyld vil jeg bare bruke ordet forverring.

Grundt og Mjell forklarer at pasienter med KOLS vil ha en kronisk respirasjonssvikt der de har lavt oksygen i kroppen (hypoksi) og økte nivåer av karbondioksid (hyperkapni) på grunn av redusert lungeventilasjon og gassutveksling i lungene (2016, s. 239, 244). Ved en KOLS-forverring blir respirasjonssvikten ytterligere forverret. Pasienter som har en respirasjonssvikt blir urolige og redde fordi ikke de kan kontrollere pusten sin og de opplever at de «ikke får nok luft» (Bakkeland et al., 2016, s. 137). I tillegg til det har hypoksi en direkte effekt på hjernen som fører til forvirring, og økt produksjon av hormonet adrenalin som gir forsterket opplevelse av engstelse og redsel (Sand et al., 2014, s. 171, 545). Lav oksygenmetning kan også forårsake sinne og frustrasjon (Bakkeland et al., 2016, s. 138).

De nasjonale retningslinjene deler KOLS forverringer inn i mild, moderat og alvorlig, hvor alvorlig forverring vanligvis behandles på sykehus. Det blir påpekt at denne inndelingen ikke har noen bestemte fysiologiske eller medisinske kriterier. Likevel finnes indikasjoner for når en pasient med KOLS forverring skal legges inn på sykehus (se tabell 1). Observerbare symptomer på KOLS forverring er økt tungpusthet, hoste, ekspektorat med eller uten farge, rennende nese og «pipelyd» fra ventilasjonsarbeidet (Helsedirektoratet, 2012, s. 94-96).

Å oppleve å ikke kunne få puste er svært skremmende (Bakkeland et al., 2016, s. 138). Ikke bare vil det være skremmende, men det vil også aktivere det sympatiske nervesystemet som fører til økt frigjøring av kortisol som bryter ned muskelmasse og reduserer immunforsvarets evne til å håndtere infeksjoner (Sand et al., 2014, s. 275-276). En KOLS-forverring har en rekke konsekvenser for pasientens grunnleggende behov, som økt press på sirkulasjonssystemet, redusert ernæring på grunn av dyspne, tretthet, redusert mulighet for fysisk aktivitet og psykososial sårbarhet (Bakkeland et al., 2016, s. 136-139). I følge Helsedirektoratet får også disse pasientene mange psykososiale konsekvenser av denne tilstanden, men angst og depresjon er noen av de største problemene hos pasienter med KOLS. I tillegg er det mange pasienter som opplever håpløshet, passivitet og hjelpeløshet på grunn av dyspne og immobilitet. Mange av disse pasientene opplever også skam relatert til at lidelsen ofte er selvforskyldt gjennom langvarig røyking, som gjør det vanskelig for dem å åpne seg opp om sykdommen til helsepersonell (Helsedirektoratet, 2012, s. 58).

Indikasjoner for å legge inn en pasient med KOLS forverring på sykehus
<ul style="list-style-type: none"> • Manglende effekt av initial behandling • Nyoppdaget spo2 under 90 % eller cyanose • Tidligere KOLS forverringer med behov for ventilasjonsstøtte eller lengere sykehusopphold • Sliten pasient, nyoppdaget tachykardi eller perifere ødemer • Usikker diagnose, dårlig funksjonsnivå eller vanskelig hjemmeforhold • Kompliserende komorbiditet • Lang vei til sykehus

Tabell 1: Indikasjoner for å legge inn en pasient med KOLS forverring på sykehus

Behandling for en KOLS-forverring retter seg mot årsaken og konsekvensen av den. Årsaken til en KOLS-forverring skyldes i mange tilfeller, som nevnt, en infeksjon i de nedre luftveiene, men også luftforurensing og kaldt vær kan være mulige årsaker (Bakkeland et al., 2016, s. 134). Det kommer også frem at man ved halvparten av forverringene ikke greier å finne en klar årsak. Ved en infeksjon i de nedre luftveiene vil antibiotika behandle «årsaken» til forverringen. «Konsekvensene» av KOLS-forverringen, som f.eks respirasjonssvikten, behandles med oksygen, non-invasiv ventilasjon, luftveisdilaterende- og glukortioide legemidler (Helsedirektoratet, 2012, s. 94- 95). Når pasienten blir mer stabilisert og forverringen

går tilbake er det også aktuelt å starte opp rehabiliterende og oppfølgingstiltak, som fremmer sunne livsstilsendringer. Dette kan blant annet være fysisk aktivitet, kost- og ernæringsplanlegning og røyestopp. Tiltakene settes så tidlig inn i forløpet for å motvirke tap av muskelmasse, underernæring og nye innleggelser (Helsedirektoratet, 2012, s. 17-19).

2.2 Psykososiale konsekvenser ved KOLS forverring

Eriksen forklarer at selve ordet psykososial består av to ord: psyke og sosial. Psyke betyr «sjel» og omhandler det psykiske og emosjonelle hos mennesket, mens det sosiale er den delen hos mennesket som knytter relasjoner til andre mennesker (2015, s. 890). Alle mennesker har et større eller mindre behov for emosjonell og sosial tilfredsstillelse for at vi skal ha et godt liv (Stubberud, 2019, s. 16).

Stubberud forklarer at de psykososiale behovene blir tydeligere ved sykdom. Under en sykdomsopplevelse kan pasienten oppleve alt fra utrygghet, angst, fremmedgjøring, avhumanisering, isolasjon, sårbarhet, lidelse og psykisk stress (2019, s. 16-32). Fra en tidligere studie ble det oppdaget at pasienter under en KOLS forverring på sykehus særlig opplevde hjelpeløshet, tap av vilje til å leve og at sykdommens alvorlighetsgrad ikke ble anerkjent av de andre (DeVito, 1990). Bakkellund et al. forklarer at pasienter som opplever en akutt KOLS forverring opplever utrygghet og angst fordi de er redde for å dø. At de ikke lenger har kontroll over pustingene kan føre til at de utvikler «dødsangst». I tillegg kan denne pasientgruppen fort isolere seg fra andre mennesker fordi de bruker så mye tid på pustearbeidet. En del pasienter opplever også en del skam og stigmatisering, noe som kan vanskeliggjøre kontakt med andre mennesker. De kan fort befinne seg i en situasjon der de ikke har energi til noe som helst som fører til at de blir hjelpeløse. De trenger hjelp til det meste, og blir avhengige av menneskene rundt seg (2016, s. 138).

Ikke bare kan disse pasientene oppleve utfordringer til selve forverringen og tilstanden, men også til sykehusoppholdet og behandlingen. Disse pasientene blir tatt ut fra sitt eget hjem og inn på en institusjon (sykehus), der det er andre pasienter og helsepersonell som jobber der. Hvis ikke pasienten har noe forhold til de nye omgivelsene, kan det oppfattes som fremmed for pasienten. Pasienter med KOLS kan ofte være redde for å dra fra sitt eget hjem, og de må hele tiden veie opp energien de har til rådighet til pusting og andre ting (Bakkellund et al., 2016, s. 138). Stubberud mener at ukjente omgivelser og helsepersonell kan føre til økt

sårbarhet og psykisk stress fordi de må tilpasse hverdagene sine til sine nye omgivelser (Stubberud, 2019, s. 24-25). Sykehusets rutiner og bemanning kan føre til at pasientens behov må vike i et eller flere tilfeller fordi at andre pasienter eller gjøremål også trenger å følges opp av personalet (Nortvedt, 2016, s. 164). En overbelastet avdeling kan føre til at sykepleierne som jobber der ikke har god nok tid til å følge opp pasientenes behov, som for eksempel at kroppsstell på morgen blir gjennomført fort og ubehagelig for pasienten. Dette kan føre til at pasienten opplever å bli avhumanisert (Stubberud, 2019, s. 25-26). Prosedyrer og behandling kan også være spesielt utfordrende for pasienten. Dybwik belyser at ventilasjonsbehandling med maske kan oppleves klaustrofobisk og skremmende på grunn av at masken dekker for hele ansiktet og maskinen lager mye støy. Dette kan forverre respirasjonen ytterligere, og i verste fall kan pasienten motsette seg behandlingen (2016, s. 200).

Pasienter med hyppige KOLS forverringar har oftere høyere forekomst av psykiske lidelser som angst og depresjon enn normalbefolkningen (Oksholm, 2019, s. 255). Dette kan føre til at pasienten mister troen på seg selv og behandlingen, økt pessimisme, tiltaksløshet og negative og depressive tanker om seg selv og andre (Hummelvoll, 2012, s. 198-201). Med andre ord kan de miste viljen til å leve.

2.3 Virginia Hendersons teori om sykepleie

Den amerikanske sykepleieren Virginia Henderson påpekte at sykepleieren ikke bare kan sette søkelys på det fysiske hos mennesket, men også på det psykiske, sosiale og eksistensielle. Hun påpekte at det var viktig å se pasienten i et helhetlig perspektiv, altså i et holistisk perspektiv for at man skulle kunne ivareta og behandle pasienten best mulig (Henderson, 1960, referert i Eriksen, 2015, s. 896-897). I følge Mathisen kommer det frem i flere av Hendersons verk at pasientene har mange grunnleggende behov, inkludert psykososiale. Det å kunne uttrykke følelser og behov, men og å lære, oppdage, mestre, delta og mye mer er viktig for menneskets liv og helse. Når et menneske blir sykt kan han eller hun mangle styrke, viljen eller kunnskapen for å opprettholde disse behovene og trenger da hjelp fra en sykepleier for å ivareta disse (2015, s. 127-128).

Mathisen forteller videre at Henderson påpeker at det er viktig at sykepleieren skaffer seg en oversikt og vurderer pasientens psykososiale behov for at god og individrettet sykepleie kan gis. Henderson fastslår også at pasientens behov kan endre seg ut ifra permanente forhold som

blant annet kjønn, alder, sosiale og kulturelle opphav og sykdommen eller tilstanden i seg selv (2015, s. 129). Henderson advarer om at sykepleieren evne til å observere og håndtere disse behovene kan bli truet av mangel på tid, økonomi og faglige kunnskaper (Henderson, 1998, referert i Mathisen, 2015, s. 136). Det er en stor fare for at sykepleien kan bli for teknisk eller upersonlig (Henderson, 1977, referert i Eriksen, 2015, s. 896).

2.4 Psykososiale behov og tiltak

Hvilke psykososiale behov et menneske har er individuelle, og er avhengig av mange faktorer. Stubberud forklarer at pasienten vektlegger ulike verdier og meninger i livet, som for eksempel helse, familie, arbeid, hobbyer eller venner. Hva som er viktig i pasientens liv kan også variere over tid, og spesielt kan de svinge mye i en sykdomssituasjon. Hvilke psykososiale behov pasienten har i en sykdomssituasjon avhenger av pasientens følelser og tanker, tidligere erfaringer, hvordan han eller hun mestrer pasientroller og hvor god støtte det utøves av helsevesenet. Det er viktig at sykepleieren må se sykdommen i sammenheng med pasientens livssituasjon for å forstå de psykososiale behovene (2019, s. 15, 21). I tillegg er noen mennesker mer robuste enn andre, og har en større evne til å lære å mestre sykdommene sine. Andre er det ikke (Hummelvoll, 2012, s. 56-57).

I følge Eriksen kan de psykososiale behovene hos mennesket deles opp både i en relasjonell og i en emosjonell del. Den relasjonelle delen innebærer behovet for sosial kontakt med andre mennesker og den emosjonelle innebærer behov for følelsesmessig trygghet og tilfredsstillelse til seg selv og omgivelsene rundt seg. Psykososial omsorg er tiltak som sykepleieren kan gjøre for å støtte opp de psykososiale behovene (Eriksen, 2015, s. 890, 901-903).

Tiltakene kan være mange, men det må tas utgangspunkt i hva pasienten trenger og man må være oppmerksom på at behovene kan endre seg (Eriksen, 2015, s. 901). Stubberud nevner at tiltak som fremmer trygghet, tilfredsstillelse, velvære, opplevelsen av kontroll og å få målrettet sykepleie styrker det emosjonelle behovet. Sosial kontakt, følelsesmessig støtte, meningsfylte og gode relasjoner styrker den relasjonelle delen (Stubberud, 2019, s. 16-18). Eriksen skriver også at det å legge til rette for brukermedvirkning, empowerment, opplæring, bruk av humor, musikk og å lytte til pasientens følelser og uttrykk også er viktig (Eriksen, 2015, s. 901-903). Konkrete tiltak til KOLS pasienter som rolig opptreden rundt pasienten, å

unngå mas, og at man instruerer pasienten i pusteøvelser er noen tiltak som bidrar til å betrygge og som styrker pasientens psykososiale behov (Bakkelund et al., 2016).

2.5 Juridiske og etiske perspektiv

I følge Rammeplanen for sykepleierutdanningen i Norge er det fastsatt at sykepleiere skal kunne dekke pasienters grunnleggende behov når de ikke lenger kan gjøre det selv (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). De psykososiale behovene regnes som et viktig grunnleggende behov hos mennesket (Stubberud, 2019, s. 16). Pasient - og brukermedvirkningsloven § 2-1 B gir pasienter rett på å få nødvendig helsehjelp når de er innlagt på sykehus (2001). I tillegg forplikter det sykepleiere til å yte nødvendig helsehjelp og dekke nødvendig grunnleggende behov ettersom det er deres kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2000, § 4).

Engstelsen og utryggheten pasienten opplever i forbindelse med dyspne er subjektivt (Bakkelund et al., 2016, s. 137). Det betyr at det bare er pasienten selv som kan si hvordan lidelsen oppleves. Sykepleierens evne til å se denne lidelsen hos pasienten krever gode evner til å observere, vurdere og sette inn de riktige tiltakene i følge Nortvedt og Grønseth (2016, s. 24). Det med at sykepleieren kan se og lindre pasientens lidelser er også et viktig etisk perspektiv. I følge Brinchmann fokuserer nærhetsetikken på relasjonen mellom to mennesker. Den legger vekt på følelsens betydning for at sykepleieren skal kunne se hvilke faglige og moralske verdier som står på spill. Nærhetsetikken foregår altså i praksis, og kommer ikke fra tydelige teoretiske normer og regler. Det å kunne se og forstå pasientens perspektiv gjennom følelser og fantasi er viktig, men kognitive og intellektuelle evner er like viktig for å vurdere og hjelpe pasienten i situasjonen (2016, s. 115-117). I følge filosofen Emmanuel Levinas er denne type etikk også et moralsk ansvar, som ikke kan velges bort av sykepleieren (Brinchmann, 2016, s. 117).

3 Metode

3.1 Anvendt metode

Denne oppgaven er en litteraturoppgave. I følge Dalland er litteraturoppgave en oppgave der man integrerer eksisterende kunnskap i faget og forskning for å besvare problemstillingen (2020, s. 199) I denne oppgaven har jeg benyttet både litteratur og forskning for å besvare problemstillingen.

3.1.1 Litteratursøk og søkehistorie

Aktuell litteratur har jeg hentet fra pensumlister fra sykepleiestudiet på Lovisenberg Diakonale Høgskole fra perioden år 2018-2020, men annen helsefaglig litteratur har også blitt benyttet for å besvare problemstillingen. Grunnlaget for valg av litteratur er tilgjengelighet, og at disse bøkene har vært best egnet til å besvare problemstillingen. Tilgjengeligheten og valg av litteratur har også blitt begrenset på grunn av Covid-19 pandemien. I tillegg til dette har lover, rammeplaner og statistikk blitt hentet fra offentlige og statlige nettsider. Disse nettsidene oppdateres jevnlig og er kunnskapsbaserte, og har blitt brukt i denne oppgaven for å belyse problemstillingen.

Forskningsartiklene som har blitt brukt for å svare på problemstillingen har blitt hentet fra de sykepleie- og medisinskfaglige databasene CINAHL og MEDLINE. Tilgangen til disse databasene krever betalingsabonnement, men jeg har gratis tilgang gjennom Lovisenberg Diakonale Høgskole. Søket i databasene ble gjennomført 1 desember 2020. Valg av søkeordene ble nøye reflektert over og skrevet ned på norsk, og så oversatt til engelske MeSH- ord på helsebibliotekets nettside (Medical subject headings). MeSH-ord er sentrale begreper som er standardisert for å finne fram til bestemte typer artikler i databaser (Helsebiblioteket, 2020). Jeg vurderte om det skulle brukes flere søkeord, men jeg fant det ikke hensiktsmessig fordi jeg kunne få for mange treff av mindre relevante artikler. De oversatte MeSH-søkeordene ble plassert inn i et PICO-skjema (Patient/problem, intervention, comparison og outcome) (Vedlegg 1). Et PICO-skjema brukes for å dele opp problemstillingen og søkeordene, slik at man kan operasjonalisere søket i databasene mer presist (Nortvedt et al., 2012, s. 33). Søkeordene kombineres med OR og AND for å inkludere de artiklene som er relevant til problemstillingen. OR kombineres når man ønsker at søket

skal ta med det ene eller andre søkeordet mens AND inkluderer begge søkeordene (Nortvedt et al., 2012, s. 55). I PICO-skjemaet (Vedlegg 1) ble søkeordene kombinert med OR horisontalt og AND vertikalt. Søkehistorikken og funn av artiklene er presentert i tabell 1.

Søkehistorikk:

Søke dato	Søk.nr	Database	Søkeord /kombinasjons ord	Antall treff	Leste Sammen- drag	Leste artikler	Artikler Inkludert	Valgte Artikler
1 Des. 2021	1	CINAHL	1. COPD 2. Empathy 3. Caring 4. Compassion 5. Nurse-patient relations 6. 2 OR 3 OR 4 OR 5 7. 1 AND 6	89	9	6	3	Torheim og Gjengedal (2009) <i>How to cope with the mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease-exacerbation</i> Kvangarsnes et al. (2012) <i>Intensive care unit nurses perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study</i> Jensen et al. (2013) <i>A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease</i>
1 Des 2021	2	MEDLINE	1. COPD 2. Empathy 3. Nurse patient relations 3. 2 OR 3 4. 1 AND 3	59	6	2	1	Baker og Fatoye (2018) <i>Patient perceived impact of nurse-led self-management interventions for COPD: A systematic review of qualitative research</i>

			(Mesh-søkeord «Caring» og «Compassion» fantes ikke i MEDLINE databasen)					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

3.1.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Alle artiklene måtte handle om KOLS pasienter med forverring som var innlagt på sykehus. Dette er fordi problemstillingen tar for seg KOLS pasienter i en situasjon med økende dyspne og forverret allmenntilstand, og der pasientens evne til samarbeid kan være redusert (Bakkelund et al., 2016, s. 134, 138). Det er den eldre delen av befolkningen som vanligvis

blir diagnostisert med KOLS, men det er også mange yngre mennesker ned til 40 år som får KOLS (Helsedirektoratet, 2012, s. 36). Derfor har jeg satt nedre grense på 18 år og oppover. Mæland påpeker også at det er store kulturelle og sosiale forskjeller mellom hvem som blir rammet av KOLS. Levevaner og sosioøkonomiske forhold spiller inn for hvem som blir rammet av KOLS og hvordan de håndterer sykdommen sin (2016, s.

Inkludert	Ekskludert
<ul style="list-style-type: none"> • KOLS forverring • Sykehus, akuttmottak eller sengepost • 18 år og oppover • Kvalitative studier • Fagfellevurdert 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedsatt kognitiv funksjon • Ikke-engelske eller norske språklige artikler

Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

169). I denne oppgaven har jeg ikke valgt å skille mellom de ulike kulturelle og sosioøkonomiske klassene i Norge. Artikler med pasienter med redusert kognitiv funksjon, som for eksempel demens, har jeg valgt å ekskludere. Årsaken til det er at pasienter med reduserte kognitive evner kan ha ytterligere psykososiale behov som krever tettere og ytterligere individuell oppfølging (Skovdahl & Berentsen, 2018). Kun norske eller engelskskrevde artikler er inkludert.

Alle artiklene måtte ta for seg pasienter med KOLS forverring på sengepost, på sykehus. Grunnen til det er at forholdet mellom personell, kompetanse, ressurser og oppfølging er større mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18-23). Et eksempel er at liggetiden på sykehuset er kort (Riksrevisjonen 2016: 3:5, 2016). Siden problemstillingen er designet for å avdekke betydningen av de psykososiale tiltakene, ble kun kvalitative studier inkludert. Kun fagfelleverderte artikler er inkludert. Det er ikke gjort noen avgrensninger på kjønn eller om de har noen andre underliggende sykdommer.

3.1.3 Forskningsartiklenes relevans for problemstillingen

Jeg vil her presentere forskningsartiklenes mål og kontekst, og hvordan disse er relevante for problemstillingen. De to første artiklene er norske, mens den tredje er hentet fra Danmark. Den fjerde artikkelen er en systematisk oversiktsartikkel som er gjennomført av to engelske forskere.

Forskningsartikkelen til Torheim og Gjengedal (2010) fokuserte på hvilke erfaringer pasienter og helsepersonell hadde for å håndtere bruk av BiPaP hos pasienter under en KOLS forverring. Studien fant sted på et norsk universitetssykehus. 5 pasienter og 7 sykepleiere ble intervjuet for å avdekke hvilke utfordringer pasientene hadde i forbindelse med behandlingen, og hva som kunne gjøres av tiltak for å ivareta pasienten best mulig under maskebehandling. Artikkelen gir et tydelig bilde av hvilke betydninger psykososiale tiltak hadde for pasientene.

Kvangarsnes et al. (2013) gjennomførte en studie for å undersøke intensivsykepleieres oppfatninger rundt pasientmedvirkning under en KOLS-forverring. Studien fant sted på intensivavdelinger på to norske sykehus. 17 intensivsykepleiere ble intervjuet. Ingen pasienter ble intervjuet, og man ser fra sykepleierens ståsted. Sykepleierne forteller i hvilken grad de involverte pasientene i bestemmelsen av behandlingen, og betydningen av dette for pasienten. Betydning av andre psykososiale tiltak kommer også frem.

Jensen et al. (2013) utførte en studie for å undersøke betydningen av persons-sentrert omsorg under kroppstell hos pasienter innlagt med KOLS forverring på to danske sykehus. 11

pasienter ble inkludert i studien. Stellet ble utført av sykepleiere og hjelpepleiere som gikk på vakt i tillegg til den vanlige bemanningen. Stellet ble observert av forskerne, i tillegg til at pasientene ble intervjuet i etterkant. Studien viser hvilke psykososiale tiltak som ble utført og hvilken betydning det hadde for pasienten.

Baker og Fatoye (2019) utførte en større studie med å gjennomgå flere forskningsartikler om hvilken betydning sykepleie-ledede intervensjoner i selvhjelp til personer med KOLS hadde. Studien inkluderte forskningsartikler fra alle deler av helsetjenesten, inkludert sykehus. Selvhjelps-intervensjonene kunne være alt fra røykeslutt til håndtering av akutt forverring og pusteteknikker. 14 artikler ble inkludert fra flere land, og funnene ble formulert til en større syntese. Betydningen av selvhjelp-intervensjonene hadde en rekke effekter for pasientens helse i forbindelse med forverringer. Studien avdekker også en rekke viktige betydninger av psykososial omsorg under og etter disse intervensjonene.

3.2 Kildekritikk

Dette er en litteraturoppgave, og det er begrensninger for hvor omfattende litteratur og forskning man kan sette seg inn i angående dette temaet. Det meste av litteratur er hentet fra medisinske- og sykepleiefaglige områder. Litteratur som er tatt med i denne oppgaven for å belyse problemstillingen er av nyere utgave, men enkelte artikler og bøker som er brukt i teorien kan være av en litt eldre utgave. Likevel er de eldre artiklene og bøkene relevant i dag og belyser problemstillingen. Bøkene er skrevet av fagpersoner innenfor sykepleie og medisin, men også av personer med kompetanse innenfor pedagogikk, psykologi og sosiologi. I noen tilfeller har jeg også benyttet meg av sekundærkilder. Sekundærkilder er kilder som forfattere har benyttet seg av fra andre forfattere (Dalland, 2020, s. 156). Årsaken til at jeg har benyttet meg av sekundærkilder er fordi jeg ikke har fått tilgang på de opprinnelige primærkildene. Dermed har jeg ikke hatt mulighet til å selvstendig og uavhengig vurdere disse kildene. Internettressurser og annen informasjon fra nettet er faglige oppdaterte nettsider som drives av den norske stat.

Søk etter forskningsartikler ble bare foretatt i to databaser. 3 av de valgte artiklene er enkeltstudier og 1 er en systematisk oversiktsartikkel. Forskningsartikler kan plasseres inn i et hierarki der forskningsartikler som oppsummerer flere forskningsartikler har høyere kvalitet enn kun enkeltstudier (Nortvedt et al., 2012, s. 45). De valgte forskningsartiklene er

fagfellevurdert av tidsskriftene der de ble publisert. Jeg gjennomførte også en selvstendig kritisk vurdering av artiklene før de ble inkludert i oppgaven. I følge Nortvedt et al. er det viktig at forskningsartikler blir kritisk vurdert, blant annet for å avdekke om artiklene er relevante og oppdaterte (2012, s. 68-69). Sjekklistene for kritisk vurdering av forskningsartikler fra helsebibliotekets nettsider ble anvendt for å vurdere artiklene (Helsebiblioteket, 2016). Utfylte sjekklistene er vedlagt (vedlegg 2). Alle artiklene er kvalitative studier. Artiklene er skrevet på engelsk, og den eldste artikkelen er 11 år gammel. Det kulturelle og sosiale spekteret må nevnes, siden litteratur og forskning som er inkludert har tatt utgangspunkt i Europa og USA. Dermed er det ikke sikkert at funnene er overførbare til andre kulturelle kontekster. En viktig ting å påpeke er at i den systematiske oversiktsartikkelen til Baker og Fatoye (2019) har ikke forfatterne gjort rede for hvilket land alle artiklene de har inkludert kommer fra. Dermed kan enkelte artikler i denne forskningen være fra andre deler av verden enn Europa og USA. Andre viktige kritiske punkter i artiklene er oppsummert i tabell 3.

<p>Torheim og Gjengedal (2009)</p> <p><i>How to cope with the mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease-exacerbation</i></p>	<p>Kvangarsnes et al. (2012)</p> <p><i>Intensive care unit nurses perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study</i></p>	<p>Jensen et al. (2013)</p> <p><i>A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease</i></p>	<p>Baker og Fatoye (2018)</p> <p><i>Patient perceived impact of nurse-led self-management interventions for COPD: A systematic review of qualitative research</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kun 5 pasienter inkludert, lite utvalg • En av pasientene var ikke diagnostisert med KOLS på tidspunktet • Pasientene ble ikke tilfeldig utvalgt. Ble utvalgt av en fast ansatt sykepleier på avdelingen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kun intensiv sykepleiere deltok i studien, ingen pasienter • Tatt utgangspunkt kun i norske intensivavdelinger, ikke vanlig sengepost 	<ul style="list-style-type: none"> • Overvekt av kvinnelige pasienter (9 kvinner og 2 menn) 	<ul style="list-style-type: none"> • Både kommunale institusjoner og sykehus er inkludert • Ikke alle artiklene er gjort rede for med tanke på hvilket land de opprinnelig er fra • Ikke-engelske artikler ble utelatt

Tabell 3: Kritiske kildepunkter i de valgte forskningsartiklene

I tillegg vil jeg påpeke at mine erfaringer i søk og vurdering av forskningsartikler er begrenset til hva som forventes fra en bachelorstudent i sykepleie. Jeg ønsker også å klargjøre at mine holdninger til denne pasientgruppen er nøytrale. Grunnen til at jeg ønsker å klargjøre mine synspunkt er at det vært en utbredt fordømmende holdning mot denne pasientgruppen fordi at sykdommen er i de fleste tilfeller er selvforskyldt gjennom langvarig røyking (Jensen, 2016, s. 221-225).

3.2.1 Etiske perspektiv i metodedelen

Forskningsstudiene til Torheim og Gjengedal (2010), Kvangarsnes et al. (2013) og Jensen et al. (2013) ble alle godkjent av etisk komite før studiene ble gjennomført. Alle studiene har også hentet inn informert samtykke fra deltakerne. I de systematiske oversiktsartiklene til Baker og Fatoye (2019) er det ikke klargjort om en etisk komite har vurdert studien. Denne studien har derimot ikke gjennomført noen klinisk forskning på pasienter ettersom de bare har innhentet forskningsartikler på temaet og laget en syntese av det. Forfatterne har belyst om de valgte artiklene har blitt etisk vurdert. Det kommer frem at 5 av de valgte artiklene som Baker og Fatoye har inkludert ikke har gjort rede for det etiske perspektivet i metodedelen (2019, s. 25). Likevel har den systematiske oversiktsartikkelen til Baker og Fatoye blitt fagfellevurdert.

4 Presentasjon av forskningsartiklene

Funnene fra forskningsartiklene er presentert nedenfor i en oppsummert syntese. Etterfulgt av syntesen vil det presenteres en oversiktlig artikkelmatrise.

4.1 Syntese av funn av forskningsartiklene

I artikkelen *How to cope with the mask? Experiences of mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease exacerbations* (Torheim & Gjengedal, 2010) ble det avdekt at de psykososiale tiltakene bidro til at pasienten samarbeidet med å gjennomføre non-invasiv ventilasjonsbehandling. I tillegg avdekket studien at de psykososiale tiltakene reduserte angst, økte selvkontrollen og tryggheten hos pasienten.

Artikkelen *Intensive care unit nurses perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study* (Kvangarsnes et al., 2013) avdekket at de psykososiale tiltakene bidro til at behandlingen av KOLS forverringen ble gjennomførbar. Tiltakene bidro også til større trygghet og selvkontroll hos pasienten på sykehuset, samt at det reduserte angst. I tillegg ble samarbeidet med pasienten mye bedre.

I artikkelen *A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease* (Jensen et al., 2013) ble det funnet ut at psykososial ivaretagelse bidro til å redusere risikoen for dyspne under kroppsstell. Det bidro også til at sykepleier ble mer kjent med pasientens situasjon, om hva han eller hun tålte eller ikke tålte. Samhandling mellom helsepersonell og pasient ble mye bedre. Pasientene opplevde større trygghet til å være mer fysisk aktiv og å gjøre en innsats for å få en bedre situasjon.

Artikkelen *Patient perceived impact of nurse-led self-management interventions for COPD: A systematic review of qualitative research* (Baker & Fatoye, 2019) oppdaget at psykososiale tiltak økte selvilliten og styrket pasientens selvkontroll og evne til å håndtere sykdommen. Evnen til å håndtere angst og negative tanker ble også markant bedre. Pasientene rapporterte også at evnen til å håndtere dyspne og KOLS forverringen selvstendig ble mye

bedre. Pasientene opplevde også større trygghet, samt at de følte håp og oppmuntring til å leve.

4.2 Artikkelmatrise

Forskningsartiklene blir presentert i tabell 4 (artikkelmatrisen):

Nr	Tittel	Forfatter	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	How to cope with the mask? Experiences of mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease exacerbations	Torheim, H Gjengedal, E	Scandiavian Journal of Caring sciences	Å avdekke viktige aspekter ved bruk av BiPaP hos pasienter med KOLS forverring.	Kvalitativ studie med fenomenologisk fremgangsmåte. 5 pasienter interjuvet en-til-en og en fokusgruppe med sykepleiere ble interjuvet ved et sykehus i Norge.	<p>Pasientenes erfaringer: Opplevde en avhengighet av personalet ved bruk BiPaP. De opplevde angst, panikk og tap av kontroll av BiPaP og av KOLS-forverringen.</p> <p>Sykepleierens evne til å ta dem alvorlig, tilstedeværelse, utøvelse av kompetanse, lett tilgjengelig sykepleier og pasientdeltakelse, informasjon, hjelp til håndtering av ubehag og bruk av pusteteknikker bidro til økt selvkontroll og stole på at behandlingen virket.</p> <p>At pasientene kunne få informasjon om pusteteknikker og kognitive strategier økte viljestyrken til</p>

						<p>pasienten for å overleve, reduserte angst og økte selvkontrollen</p> <p>Sykepleierens erfaring: De forsto pasientens problemer og forsøkte å møte deres individuelle behov. Pasientdeltakelse og ta pauser fra BiPaP var viktig for at pasienten skulle holde ut behandlingen. Likevel ble dette utfordret på grunn av dårlig tid og at det krevde stor kompetanse rundt bruk av BiPaP.</p>
2	Intensive care unit nurses perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study	<p>Kvangarsnes, M</p> <p>Torheim, H</p> <p>Hole, T</p> <p>Öhlund, L.S</p>	Journal of advanced nursing	Å avdekke intensiv sykepleiers syn på håndtering av KOLS-forverring	Kvalitativ studie med 3 fokusgrupper av totalt 17 sykepleiere med videreutdanning i intensivsykepleie	<p>Deltakerne påpekte at mange av pasientene ble passive og ikke deltok i behandlingen under en KOLS-forverring. Noen pasienter ble også aggressive.</p> <p>Det at sykepleierne utøvde mer kontroll i akutte tilfeller og utøvde empatisk støtte til pasientene var viktig for</p>

						<p>vellykket behandling. I tillegg erfarte de at pasienten fikk mer kontroll, større trygghet, redusert angst og engstelse.</p> <p>Samarbeid og gode kommunikasjon sferdigheter hos sykepleier var også viktige faktorer for vellykket behandling eller verdig død.</p>
3	A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease	Jensen, A.L Vedelø, T.W Lomborg, K	Journal of Clinical nursing	Å utforske pasientens opplevelse av personsentrert omsorg under kroppsstell og dokumentere pasientens opplevelse av dette over noen dager	Kvalitativ studie. 11 pasienter deltok som var innlagt på sykehus med KOLS deltok. Både observasjon av stellet og en-til-en samtale med pasienten etterpå ble gjennomført.	<p>Sykepleierne som respekterte pasientens integritet, tok seg god tid til pasienten og ga dem en opplevelse av sikkerhet reduserte risikoen for dyspne. I tillegg ble det utvekslet informasjon om hva pasienten opplevde som forebyggende av forverring, og pasienten ble mer aktiv i stellet.</p> <p>Når pasientene opplevde at de ble passet på av sykepleierne ga det dem større selvtillit til å ta større kontroll over sin livssituasjon.</p>

4	Patient perceived impact of nurse-led self-management interventions for COPD: A systematic review of qualitative research	Baker, E Fatoye, F	International journal of nursing studies	Å samle forskning på hvordan sykepleiere kan styrke pasientens selvhåndtering ved KOLS-sykdom, både i og utenfor sykehus	Systematisk oversiktsartikkel med funn fra forskningsartikler fra databasene BNI, MEDLINE, CINAHL, AMED, Embase og PsycINFO.	<p>Pasienter som fikk kunnskap om KOLS sykdommen og om forverring fikk økt selvtillit, opplevde større kontroll og greide å håndtere KOLS sykdommen bedre.</p> <p>Pasientene som fikk sine psykososiale behov dekket fikk redusert angst og fikk større selvtillit til å håndtere pusteproblemer selv, spesielt ved forverring. Evne til å håndtere depresjon og negative tanker ble også bedre.</p> <p>Å vite at en sykepleier var tilstede eller i nærheten økte opplevelsen av sikkerhet for pasienten.</p> <p>Sykepleiers oppmuntring og sosiale støtte ga pasienten håp.</p>
---	---	-----------------------	--	--	--	---

Tabell 4: Artikkelmatrise

5 Diskusjon

5.1 Psykososial omsorg ved KOLS-forverring – hvilken betydning har det?

5.1.1 Behandlingen

Pasienter med en KOLS-forverring som blir lagt inn på sykehus må ofte gjennom ulike behandlingstiltak som kan være omfattende. Denne behandlingen er svært viktig for at pasientens liv og helse skal ivaretas. Som Bakkelund et al. skriver kan disse pasientene oppleve stor utrygghet og redsel både på sykehuset og i den situasjonen de befinner seg i (2016). I verste fall kan disse pasientene motsette seg behandlingen (Dybwik, 2016, s. 200). I de norske forskningsartiklene til Torheim og Gjengedal (2010) og Kvangarsnes et al. (2013) kom det frem at de psykososiale tiltakene bidro til at pasientene gjennomførte behandlingen.

Sykepleierens evne til å ta situasjonen deres på alvor og utøve god faglig kompetanse, være tilgjengelig for pasienten og gi informasjon om hvorfor behandlingen var nødvendig til pasienten ble beskrevet av Torheim og Gjengedal som svært viktig for at pasienten skulle tåle maskebehandling (2010). Det underbygges av Kvangarsnes et al. at en slik empatisk tilnærming er nødvendig for å få til et samarbeid med pasientene i behandlingen. Kvangarsnes et al. avdekket også at det å møte pasienten på dennes premisser ved å ikke stille for mange spørsmål som pasienten ikke greide å besvare på grunn av dyspne, samt å ha øyekontakt, opptre rolig og gi forståelig informasjon til pasienten var svært viktig for vellykket behandling (2013, s. 429-430). Både Torheim og Gjengedal (2010) og Kvangarsnes et al. (2013) påpekte også at når sykepleieren lot pasienten være med å bestemme ble oppholdet på sykehuset mye lettere for pasienten. Intensivsykepleierne uttalte blant annet at når pasienten fikk bestemme når hun eller han kunne ta pause fra maskebehandlingen, måltidene, fysisk aktivitet og hvile og når legevisitten skulle foregå gjorde det mer bekvemt for pasienten å motta behandlingen (Kvangarsnes et al., 2013, s. 429). Dette er i tråd med Virginia Henderson sin teori om at man som sykepleier ikke bare kan behandle sykdommen i seg selv uten å ivareta hele mennesket også (Henderson, 1960, refert i Mathisen, 2015, s. 896-897).

Disse forskningsartiklene presenterer gode funn over betydningen av disse psykososiale tiltakene, men det er samtidig utfordringer med disse. Torheim og Gjengedal avdekket at mangel på tid var en stor utfordring blant sykepleierne for å få til en god nok oppfølging av

pasientene og deres behov. Sykepleierne i studien påpekte at arbeidsoppgavene var mange og tidvis utfordrende. Det var spesielt tungt i helgene, da bemanningen var redusert med samme antall pasienter innlagt (2010, s. 503). Tidsmangel og mange arbeidsoppgaver er et kjent problem innenfor helsesektoren (Nortvedt, 2016, s 164). Å løse dette problemet er ikke enkelt. I tillegg til at de psykososiale behovene hos pasientene er forskjellige og kan endres blir det utfordrende for sykepleieren å sette inn gode tiltak.

Likevel ser det ut som at enkle tiltak som å opptre rolig, ikke stille for mange spørsmål, se pasientene i øyene og snakke forståelig til pasientene kommer lang vei, og er overførbart til de fleste situasjoner. Selv om mange sykepleiere ser at det er vanskelig å tilstrebe å etterkomme pasientenes behov på grunn av arbeidsmengde kan man komme lang vei med enkle tiltak.

5.1.2 Samhandling og pasientdeltakelse

Pasientdeltakelse i behandlingen er et viktig psykososialt tiltak som kan hjelpe med både det relasjonelle og emosjonelle behovet hos pasienten i følge Eriksen (2015, s. 901-903). Loven gir også pasienten rettigheter til å delta i avgjørelsen over sin egen behandling og pleie (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-1). Ikke overraskende ble det avdekt i den danske forskningen til Jensen et al. (2013) at når sykepleierne aktivt ga personsentrert omsorg til pasienten under stell deltok pasienten mer aktivt i ivaretagelsen av seg selv og behandlingen. Å diskutere med pasienten på forhånd hvordan han eller hun ville gjennomføre stellet og det med å ta seg god tid bidro til at pasientene oppfattet personalet som vennlige og imøtekommende. Det med at sykepleierne lyttet til pasienten bidro også til at pasienten oppfattet at begge parter var likeverdige (s. 1010). Pasientene ble mer aktive.

I de norske forskningsartiklene til Torheim og Gjengedal (2010) og Kvangarsnes et al. (2013) vektlegger de også viktigheten av å la pasienten få delta i behandlingen. Intensivsykepleierne i studien til Kvangarsnes et al. fastslo at det var utfordringer med å la pasienten delta i behandlingen i enkelte tilfeller. Mange av pasientene i den akutte fasen av forverringen gjorde motstand mot alt og alle på grunn av det helsepersonalet oppfattet som sterk angst og hypoksi som påvirket pasientens bevissthet. Pasientene oppfattet sykepleierne som trusler selv om personalet forsøkte å være så tillitsvekkende og empatiske som mulig (2013, s. 428-429). Det blir også påpekt i litteratur at angst og hypoksi kan føre til økt forvirring, redsel og aggresjon

(Bakkeland et al., 2016, s. 138; Sand et al., 2014, s. 171, 545). Sykepleierne rapporterte at de i mange tilfeller måtte bruke fysisk makt for å få pasienten til å gjennomføre behandlingen (Kvangarsnes et al., 2013, s. 429). Den norske lov åpner opp for å bruke tvang på pasienter som ikke er i stand til ta valg på grunn av en medisinsk situasjon som påvirker bevisstheten (Helsepersonelloven, 2000, § 7). Likevel er dette svært uheldig for pasienten ettersom han eller hun er i en sårbar posisjon. I følge Stubberud kan dette føre til økt psykisk stress og avhumanisering av pasienten (2019, s. 24-26). Det at pasienten opplever en slik maktbruk fra helsepersonell kan føre til en ytterligere forverring av pasientens helsetilstand.

Deltakerne i studien til Kvangarsnes et al. konstaterte med at det i slike situasjoner var veldig viktig at sykepleierne leste «kroppsspråket» til pasienten. Et eksempel var at sykepleierne kunne se om pasientene pustet fortere, dette kunne være et tegn at pasienten var engstelig. En empatisk opptreden der de fokuserte på å være rolige rundt pasienten, ta pauser fra maskebehandling, sørge for gode måltider, legge til rette for fysisk aktivitet og hvile og «gjøre det lille ekstra» hadde stor betydning for at pasienten kom seg gjennom behandlingen i disse situasjonene, som dermed gjorde samarbeidet lettere. Det lille ekstra kunne for eksempel være å fukte opp oksygenet med damp slik at pasienten ikke ble tørr i munnen. Alle intensivsykepleierne i denne studien var enig i at pasientdeltakelse og samhandling fører til at behandlingen blir lettere for pasienten. (2013, s. 429).

Det å kunne lese pasientens «kroppsspråk» og fremme velbehag for pasienten ut ifra situasjon er også i tråd med nærhetsetikken. Som Brinchmann forklarer er det at sykepleieren ser pasientens lidelser og forsøker å hjelpe pasienten en handling som utspiller seg i den relasjonen. Sykepleieren må kunne se pasientens perspektiv, og vurdere det ut ifra de følelsene og verdiene som står på spill for å kunne hjelpe pasienten (Brinchmann, 2016, s. 115-117). Det kreves likevel kunnskaper for å kunne vurdere og hjelpe pasienten i disse situasjonene. I følge Torheim og Gjengedal (2010) påpekte sykepleierne i studien at møte med disse pasientene er utfordrende og krevende, spesielt ved non-invasiv maskebehandling. Det ble fremhevet at å møte og jobbe med disse pasientene over tid ga sykepleierne større erfaringer og ferdigheter slik at de ble bedre på å ivareta behovene til pasientene (s. 503). Studien avdekket at når behovene til pasientene ble dekket på en god måte av en kyndig og erfaren sykepleier ble også samarbeidet bedre. Årsaken til det er at pasienten svinger mellom autonomi og avhengighet etter hvor alvorlig situasjonen er og hvor mye pasienten greier å håndtere situasjonen selv. Når sykepleieren opptrådte på en omsorgsfull måte og tilrettela for

å fremme velbehag for pasienten, så opplevde denne pasienten at de fikk større kontroll til å påvirke situasjonen sin (Torheim & Gjengedal, 2010, s. 504).

5.1.3 Evnen til å håndtere dyspne

Forskningen til Jensen et al. (2013) avdekket også at når pasienten aktivt fikk delta i stellet (pasientdeltakelse), ble pasientens evne til å håndtere dyspne mye bedre også. Pasientene i studien rapporterte at når sykepleier planla stellet med pasienten, tok seg tid og var fysisk til stede med pasientene for å betrygge dem reduserte det episoder med dyspne. Det ble ikke brukt mer tid i stellet under studien enn ellers i vanlig hverdag, men at sykepleieren tok seg tid i form av at de hadde planlagt stellet i forkant og lagt inn nødvendige pauser i samråd med pasienten (s. 1010-1011). Som Bakkellund et al. beskrev det er opplevelsen av ikke å få puste skremmende for pasienten, og kan påføre pasienten store lidelser (2016, s. 138). Dermed kan det has i sinne at god personsentrert omsorg og psykososiale tiltak overfor pasienten under stell bidrar til å redusere dyspne, og forebygger forverring under sykehusoppholdet.

Mathisen forteller at Virginia Henderson var tydelig i flere av sine bøker på at god sykepleie innebar at man tilpasset seg pasientens behov og respekterte pasientens integritet, der man kontinuerlig må vurdere hvilke grunnleggende behov pasienten har og hvordan de skal utføres. På en annen side advarte hun også om at disse behovene kunne endre seg over tid (2015, s. 129). Bakkellund et al. forklarer at dyspne er et subjektivt ubehag som pasienten kjenner på, og som ikke nødvendigvis kan måles (2016, s. 137). Det kan da tenkes at ettersom pasienten blir i bedre form eller blir verre vil graden av dyspnéen som pasienten opplever følge med tilstanden, og sykepleier må hele tiden være oppmerksom på at tidligere tiltak som forhindret dyspne ikke lenger er effektive. Tiltakene må da endres på. Pasientens medisinske tilstand vil nok bedres med behandling. Likevel vet vi at i halvparten av KOLS forverringene finner vi ikke en klar medisinsk årsak (Helsedirektoratet, 2012, s. 94-95). Det kan da tenkes at pasientens dyspne kan endres mot det bedre eller verre selv om de ligger på sykehus og får behandling.

I studien til de engelske forskerne Baker og Fatoye (2019) ble det også påpekt at disse pasientene trengte god psykososial støtte for å forhindre nye dyspne anfall. Det som er interessant i studien til Baker og Fatoye (2019) var at de påpekte at når pasienten fikk mer

kunnskap om sin sykdom og måter de kunne håndtere perioder med tung pust ble de i langt bedre stand til å håndtere episoder med dyspne. Ikke bare å håndtere anfallene, men også å kjenne seg selv og hva som kan utløse et anfall var viktige funn i studien (s. 29-30).

Undervisning i fysiologi og patofysiologien rundt KOLS og forverringen, samt pusteteknikker under forverringene bidro til at pasientene forebygget dyspne selv. Opplæring i pusteteknikker som selvhåndtering ved akutt forverring hos pasientene støttes også opp av artikkelen til Torheim og Gjengedal (2010, s. 503). Likevel påpeker at Baker og Fatoye (2019) at sykepleier må følge opp pasientens grunnleggende behov med nærhet og omsorg.

Å sette seg inn i pasientens behov og tilstrebe å dekke disse, spesielt å forebygge dyspnéen, krever tid og tålmodighet fra sykepleier. Stubberud forklarer at sykehusets avdelinger har mange arbeidsoppgaver som kan føre til at sykepleierens evne til å gi god omsorg blir nedprioritert (Stubberud, 2019, s. 25-26). På en annen side har pasientene rett på å få nødvendig helsehjelp og få sine grunnleggende behov dekt i følge norsk lov (Helsepersonelloven, 2000, § 4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001§ 2-1 B). Det er dermed en lovpålagt plikt for helsepersonellet og avdelingen å tilstrebe å imøtekomme de behovene. For å oppfylle pasientens rettighet kreves det at sykepleieren har god organisatorisk kompetanse, men avdelingens rammer og organisering må også være tilrettelagt for at det skal være gjennomførbart, i følge Olsvold. Det er mange faktorer som påvirker rammene til organisasjonen som inkluderer menneskene, virksomheten og verden rundt (2016, s. 37-40). Molven påpeker at sykepleiere likevel kan løfte frem disse utfordringene for ledelsen og kolleger, slik at man kan finne gode løsninger (2016, s. 226-231)

5.1.4 Angst, negative tanker og selvkontroll

Det er kjent at angst, negative tanker og depresjon er mer vanlig hos KOLS pasienter enn hos resten av befolkningen, og at dette er for lite kjente problemer hos denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2012, s. 58, 106). I følge Bailey kan angst også være det første symptomet på at pasienten får en forverring (2004, referert i Bakkeland et al., 2016). I studiene til Torheim og Gjengedal (2010) og Kvangarsnes et al. (2013) underbygges det at pasienter som ble innlagt på grunn av en KOLS-forverring var tydelig preget av angst og engstelse. Som studien til Kvangarsnes et al. (2013) poengterte kunne enkelte pasienter reagere med full panikk (s. 428).

I den akutte forverring belyser Bakkeland et al. at sykepleierens fysiske og verbale opptreden rundt pasienten har en stor betydning for pasientens håndtering av angsten. Rolig og behersket adferd vil roe ned pasienten (2016, s. 150). Rolig opptreden, ikke mase eller stille pasientene for mange spørsmål støttes sterkt av forskningen til Kvangarsnes et al. når det kommer til å roe ned pasientens angst i den akutte situasjonen (2013, s. 429). I tillegg påpekte både studien til Torheim og Gjengedal (2010) og Kvangarsnes et al. (2013) at det å ikke presse på en maske (non-invasiv ventilasjonsbehandling) hos pasienten, men heller la pasienten venne seg til den bidro til å redusere angst. Sykepleierens kunnskaper og pedagogiske evner til å undervise pasienten i pusteteknikker både under og etter en akutsituasjon bidro til at pasienten tok bedre kontroll over pustingene sine, som igjen resulterte i at pasienten ble mindre angstpreget og fikk økt selvkontroll (Baker & Fatoye, 2019; Kvangarsnes et al., 2013; Torheim & Gjengedal, 2010).

Redusert angst og økt selvkontroll i en akutt forverring bidrar til å redusere lidelse, men som Baker og Fatoye påpeker krever det at sykepleier tar seg tid til pasienten, ansikt til ansikt (2019, s. 22). Som nevnt kan en overbelastet avdeling føre til at psykososiale tiltak nedprioriteres. Et annet problem er at dette også krever kunnskaper, ferdigheter og visdom hos sykepleieren. Virginia Henderson advarte mot at sykepleieryrket skulle bli for upersonlig og teknisk at man skulle glemme å se pasienten bak sykdommen (Henderson, referert i Eriksen, 2015, s. 896). Henderson mente at pasienten trenger å lære og mestre sykdommen, men at en sykepleier må hjelpe pasienten med dette (Mathisen, 2015, s. 127-128).

Baker og Fatoye avdekket også at psykososiale tiltak som fremmet pasientens kunnskaper om sykdommen og måter å mestre sykdommen på (inkludert pusteteknikker) bidro til at pasientene opplevde større evne til å kontrollere forverringene, samt at de fikk økt selvtillit. De fikk også en forbedret evne til å håndtere negative og depressive tanker om sin situasjon (2019, s. 30). Det kan se ut som at Hendersons teori om å tilrettelegge for læring og mestring hos pasienten kan føre til en rekke helsegevinster for pasienten, også i den akutte situasjonen er dyspne et stort problem. Hvor mye disse funnene i studien til Baker og Fatoye (2019) betyr for pasienter innlagt på norske sykehus kan diskuteres. I Riksrevisjonens rapport om ressursutnyttelse og kvalitet i helsesektoren ble det påpekt at liggetiden på sykehuset for majoriteten av pasientene er kort (Riksrevisjonen 2016: 3:5, 2016). I studien til Baker og Fatoye (2019) ble det hentet fra forskningsartikler på tvers av helsesektoren med både kortere

og lengre oppfølging av pasientene, og det kan da diskuteres om disse tiltakene og innleggelsestiden bidrar til at pasienten får økt selvkontroll og bedre kontroll over negative tanker.

5.1.5 Trygghet og håp

Et konkret og gjennomgående funn fra alle forskningsartiklene når det gjelder hvilken betydning de psykososiale tiltakene hadde ble trygghet fremhevet som et viktig funn. Deltakerne fra forskningsstudiene opplevde at pasientene «generelt» ble mer trygge i disse situasjonene, men hva menes med trygghet? Ingen av forskningsartiklene svarer på dette på en konkret måte. I følge Segesten er trygghet et generelt positivt fenomen hos mennesker, der deres grunnleggende behov er ivarettatt. Likevel vil trygghet være en subjektiv oppfattelse og være avhengig av situasjon, omgivelser og person (2016). Selv om forskningsartiklene ikke svarer noe konkret på dette, forklarer Kvangarsnes et al. (2013) og Jensen et al. (2013) nærmere hvilke konkrete tiltak som fremmet spesielt trygghet og hvilken betydning det hadde. I forskningen til Kvangarsnes et al. hadde intensivsykepleiere erfaring med at pasienten med akutt KOLS forverring ble tryggere hvis personalet opptrådte rolig og tydelig, og åpnet opp for at pasienten kunne delta i bestemmelsen av behandling og pleie. For eksempel pauser i maskebehandling. Dette hjalp pasienten med å oppleve en større trygghet under den akutte KOLS forverringen (2013, s. 429-430). I den danske forskningsartikkelen til Jensen et al. avdekket de at når sykepleieren tilpasset seg pasientens ressurser og utfordringer under stell opplevde pasienten en større trygghet i at pasienten ikke ble tungpustet. Pasientene fortalte at når sykepleier planla og lyttet til pasientene om hvordan de ønsket å utføre stellet ble de mindre bekymret for at noen forverringer skulle skje (2013, s. 1011).

Som nevnt har menneskers psykososiale behov både en emosjonell og relasjonell del (Eriksen, 2015, s. 890). Vi kan se at funnene til Kvangarsnes et al. (2013) og Jensen et al. (2013) har en sammenheng med det Stubberud forklarer om hvilke tiltak som støtter opp pasientens emosjonelle behov (Stubberud, 2019, s. 16-18). Når det kommer til om det relasjonelle behovet ble det avdekt, i forskningen til Baker og Fatoye (2019), at sosiale interaksjoner mellom sykepleier og pasient motvirket sosial isolasjon, og bidro til å bedre pasientens psykososiale velbehag. Det ble påpekt at det var svært viktig for pasientene å møte en sykepleier ansikt-til-ansikt (s. 32).

Hvor viktig denne tryggheten er for alle pasienter kan være vanskelig å måle og kan variere veldig mye fra person til person (Segesten, 2016, s. 147-148). Det som også utfordrer denne tryggheten er at liggetiden på sykehus er kort, og medfører at pasientens tilbud om oppfølging og ivaretagelse endrer seg raskt (Riksrevisjonen 2016: 3:5, 2016). Pasienter som legges inn på sykehus med KOLS forverring er ofte svært syke og behandlingstiden er kort der før de sendes hjem eller videre i helsetjenesten (f.eks hjemmesykepleietjenesten) der ivaretagelsen og oppfølgingen kan være annerledes. Og hvor mye har denne tryggheten å si på lengre sikt i behandling og i pasientens liv? I artikkelen til Jensen et al. (2013) viste det seg at når pasienten opplevde at en sykepleier var til stede styrket det pasienten til å utfordre tungpustheten og bli bedre på å kjenne sine egne grenser. Når de ble kjent med sine egne grenser under trygge omgivelser opplevde de større selvtillit og kontroll over livene sine, som igjen førte til at de var mer trygge da de ble utskrevet fra sykehus (s. 1011).

Pasienter som ble ivaretatt psykososialt fikk også større håp og viljestyrke til å leve. Dette kom frem i forskningen til Torheim og Gjengedal (2010) og Baker og Fatoye (2019). Torheim og Gjengedal (2010) påpekte at sykepleiere som lærte opp pasienter i pusteteknikker og kognitive strategier bidro til at pasientens indre styrker ble mobilisert til å komme seg gjennom behandling, og utvikle håp for fremtiden. Hvilke kognitive strategier det er snakk om kommer ikke frem i artikkelen (s. 502-503). Et annet viktig tiltak var sykepleierens evne til å gi informasjon om pasientens tilstand og behandling. Alle pasientene hadde ulike behov for informasjon, men samlet sett opplevde de informasjonen fra sykepleieren som god (Torheim & Gjengedal, 2010, s. 502). Dette underbygges også av forskningen til Baker og Fatoye (2019) som viser at informasjon vedrørende pasientens tilstand og behandling bidrar til styrket håp hos pasienten. Informasjon og undervisning om patofysiologien, symptomer, behandling, medisiner og pusteteknikker bidro til at pasienten fikk større kunnskapsbase. Denne kunnskapsbasen ga en større mestringsfølelse hos pasienten som førte til at pasienten så muligheter i livet sitt, istedenfor utfordringer (s. 30-31). Denne type opplæring er også i tråd med Eriksen sine forslag til psykososiale tiltak (2015, s. 901-903).

At pasienten kan delta og mestre sin egen sykdom og behandling er svært viktig for liv og helse i følge Virginia Henderson (Mathisen, 2015, s. 127-128). Baker og Fatoye identifiserte at man ikke bare kunne gi generell kunnskapsopplæring til pasientene ut ifra helsepersonellens ståsted, men at informasjonen måtte være relevant ut ifra pasientens situasjon. Det interessante var å se at når pasienten ervervet ferdigheter og kunnskap tilpasset deres situasjon

førte det ikke bare til håp for en bedre fremtid, men håpet ga dem motivasjon for å endre usunn livsstil. Pasientene ble mer fysisk aktive og fikk bedret livskvalitet (Baker & Fatoye, 2019, s. 31).

På den annen side påpekte også Baker og Fatoye (2019) at det var ikke alle pasienter som var mottakelige for å få informasjon eller opplæring. Enkelte pasienter ville ikke ha eller «orket ikke» å få informasjon. Disse pasientene kunne også ha fått opplæring før denne sykehusinnleggelsen uten å anvende denne kunnskapen. Opplæringen kunne for eksempel være bruk av pusteteknikker. Disse pasientene hadde generelt lavere forståelse av sin egen helse og situasjon (2019, s. 29-30). Et annet spørsmål man kan stille seg er hvor godt pasienter med akutt KOLS forverring er mottakelige for opplæring og informasjon, som for eksempel pusteteknikker. Som også Kvangarsnes et al. (2013) påpeker kan disse pasientene være så hypoksiske og paniske at alt samarbeid blir umulig. I følge Baker og Fatoye kan denne utfordringen løses ved tettere oppfølging av sykepleier (2019, s. 31). Igjen kan tettere oppfølging ikke være mulig på grunn av hektiske arbeidshverdager, og i helgene kan det være redusert bemanning. Tid er altså en svært viktig faktor som kan bli for knapp i dette (Torheim & Gjengedal, 2010, s. 503). I en annen forskningsartikkel der de undersøkte hvordan pasienter med akutt KOLS forverring hadde det på sykehus avdekket de at pasientene som fikk god og tett oppfølging hadde bedre utsikter til å mestre sykdommen og få en mer helsefremmende livsstil (Torheim & Kvangarsnes, 2014). Det er også viktig at når pasienten skrives ut fra sykehus at sykepleier sikrer god informasjonsflyt til helsepersonell som skal overta ansvaret for behandlingen. I følge Heyn kan dårlig informasjonsoverføring ved utskrivning føre til at mottakende helsepersonell ikke får med seg hvilke psykososiale behov pasienten har, som kan føre til at pasienten blir utrygg (2018, s. 258-264).

6 Konklusjon

En KOLS forverring er en alvorlig situasjon. Pasientene som blir lagt inn på sykehus med dette er som oftest alvorlig syke og de trenger omfattende behandling, både medisinsk og psykososialt. Virginia Henderson mente at en god sykepleier må ivareta alle sider av pasientens liv for at personen skulle ha mulighet for å bli bedre av en sykdom. Litteraturen og nasjonale retningslinjer forklarer at psykososiale tiltak er viktig, men den gir liten informasjon om betydningen av dette. Så hvilken betydning har sykepleierens psykososiale tiltak overfor disse pasientene? Ut ifra forskningsartiklene som er presentert fremmer gode psykososiale tiltak pasientens evne til å gjennomføre behandlingen, styrker pasienten deltakelse i behandlingen, håndteringen av dyspne, negative tanker og angst. I tillegg fremmer det pasientens selvkontroll, trygghet og håp. Betydningen av disse tiltakene omfatter ikke bare selve akutsituasjonen, men også over lengere tid. Til og med etter at pasienten er skrevet ut fra sykehus.

Det er selvfølgelig styrker og svakheter med disse forskningsartiklene, og at det baseres på kun fire forskningsartikler. De psykososiale tiltakene kan ha større og flere betydninger, men at det er noe som kan trekke betydningene i tvil. Det kan heller ikke ignoreres at det utfordringer med å gjennomføre tiltakene, på grunn av mangel på tid, pasientens tilstand og liggetid. Likevel kan vi se at funnene fra disse forskningene er overlappende. Pasienten får store helsegevinster på gode psykososiale tiltak under en KOLS forverring. Det trengs også mer forskning på dette temaet.

7 Referanser

- Baker, E. & Fatoye, F. (2019). Patient perceived impact of nurse-led self-management interventions for COPD: A systematic review of qualitative research. *Int J Nurs Stud*, 91, 22-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.004>
- Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H. S. & A. D. Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I S. D.-G., R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., Bd. 1, s. 117-182). Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. utg.). Gyldendal.
- DeVito, A. J. (1990). Dyspnea during hospitalizations for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*, 19(2), 186-191.
- Dybwik, K. (2016). Avanserte behandlingstiltak ved alvorlig respirasjonssvikt. I D.-G. Stubberud, G. R & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., s. 183-205). Gyldendal akademisk.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2013/2015). *Nye VIPS-boken : velvære, integritet, profylakse, sikkerhet* (K. M Thorbjørnsen, M. Fossum, A. K Rotegård). Cappelen Damm akademisk (Opprinnelig utgitt 2013).
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I G. E. K & H. I. M, Inger Margrethe (Red.), *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., Bd. 1, s. 887-907). Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 29 Januar 2018). *Nye beregninger: 150 000 har kols*. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/150-000-har-kols/#:~:text=Spesialistene%20konkluderer%20med%20at%3A,ikke%20at%20de%20har%20sykdommen>.
- Grundt, H. & Mjell, J. (2016). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. B.-G. (red.) (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 217-251). Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2020). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Hentet 15.1.20 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsebiblioteket. (2016, 3 juni 2016). *Sjekklist*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
- Helsedirektoratet. (2012). *Kols: Nasjonale faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging (IS-2029)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagno>

[stisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/ /attachment/inline/e974222b-9d84-4358-84d5-9dd57b090786:ce015dd544648e3ae7bc4377269c52309a68aa77/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell)

Helsepersonelloven. (2000). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Heyn, L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

Jensen, A. L., Vedelø, T. W. & Lomborg, K. (2013). A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*, 22(7-8), 1005-1015. <https://doi.org/10.1111/jocn.12050>

Jensen, L. B. S. (2016). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med kronisk lungesykdom. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: 2* (4. utg., s. 220-243). Cappelen Damm akademisk

Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 106-121). Gyldendal akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T. & Öhlund, L. S. (2013). Intensive care unit nurses' perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study. *J Adv Nurs*, 69(2), 425-434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06021.x>

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 119-141). Cappelen Damm akademisk.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg. utg.). Gyldendal juridisk.

Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg. utg.). Universitetsforl.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Akribe.

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (s. 17-39). Gyldendal akademisk.
- Oksholm, T. (2019). Sykepleie til pasienter med lungesykdom. I U. Kuntstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: 3* (3. utg., s. 229-277). Cappelen Damm akademisk.
- Olsvold, N. (2016). Omsorg for helheten - en sosiologisk analyse av sykepleieres usynlige arbeid i sykehusorganisasjonen. I C. Neumann, N. Olsvold & T. Thagaard (Red.), *Omsorgsarbeidets sosiologi* (1. utg., s. 31-54). Fagbokforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Riksrevisjonen 2016: 3:5. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V. & Haug, E. (2014). *Menneskets fysiologi* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Segesten, K. (2016). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 146-171). Cappelen Damm Akademisk.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2018). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. R. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408-437). Gyldendal akademisk.
- Strøm, B. S. (2015). Livssyn, verdier og åndelig omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 908-925). Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I S. D.-G. (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Gyldendal.
- Torheim, H. & Gjengedal, E. (2010). How to cope with the mask? Experiences of mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease-exacerbations. *Scand J Caring Sci*, 24(3), 499-506. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00740.x>
- Torheim, H. & Kvangarsnes, M. (2014). How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit? *Scand J Caring Sci*, 28(4), 741-748. <https://doi.org/10.1111/scs.12106>
- World Health Organization. (2020). *Chronic respiratory diseases*. Hentet 29.11.2020 fra https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1

8 Vedlegg

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Sjekkliste