

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Sandvika,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 607 & 613

Eksamensnavn: SYBAS3900 Bacheloroppgave

Dato: 18.05.2017–01.06.2017

Klasse: S

Kull: 14H

Antall ord: 9880



Sykepleierens pedagogiske funksjon i forebygging av reinnleggelser

Hvordan kan sykepleier fremme pasientens egne ressurser når behovet for trygghet oppleves som truet ved KOLS-forverring?



SAMMENDRAG

Bakgrunn

I denne oppgaven tar vi for oss sykepleierens pedagogiske funksjon i forebygging av reinnleggelser og problemstillingen; *Hvordan kan sykepleier fremme pasientens egne ressurser når behovet for trygghet oppleves som truet ved KOLS-forverring?* Pasienter med KOLS har flere reinnleggelser og ordinære innleggelser enn pasienter med tilsvarende lungefunksjon uten samtidig angstproblematikk (Gulsvik, 2014). Innleggelser kan redusere pasientenes livskvalitet (Andenæs, Moum, Kalfoss, & Wahl, 2006) og samtidig føre til økte kostnader i helsetjenesten (Panagioti, Scott, Blakemore & Coventry, 2014).

Fremgangsmåte

Med litteraturstudie som metode har vi samlet kvalitativ og kvantitativ forskning, lovverk og statistikk, samt nasjonale og internasjonale retningslinjer. Vi utforsker hvordan sykepleier ved bruk av didaktisk relasjonsmodell kan benytte en undervisningsplan og lære pasientgruppen å selv iverksette tiltak som forebygger reinnleggelser.

Diskusjon og resultat

Pasientundervisning har, i kombinasjon med selvhjelpsteknikker, vist seg å forebygge reinnleggelser (GOLD, 2017; Zwerink et al., 2014), og samtidig øke livskvalitet (Andenæs, Bentsen, Hvinden, Fagermoen og Lerdal, 2014; Simpson & Jones, 2013). Man vil derfor gjennom å lære pasienter å forebygge forverring og redusere angst, kunne frigjøre betydelig behandlingsskapasitet i form av liggedøgn og sengeplasser (Stamsø, 2007).

SUMMARY

Background

In this thesis, we have considered the pedagogical function of nurses in preventing rehospitalization and the issue; *How can nurses promote the patient's own resources when the need for security is perceived as being threatened by a worsening of COPD?* Patients with COPD have a greater number of rehospitalizations and ordinary hospitalizations, compared to patients with similar lung functions, but without anxiety (Gulsvik, 2014). Hospitalizations can reduce the quality of life for a patient (Andenæs, Moum, Kalfoss, & Wahl, 2006), and at the same time it can lead to increased costs in the health services (Panagioti, Scott, Blakemore & Coventry, 2014).

Approach

Using literature review as method, we have gathered both qualitative and quantitative research, as well as national and international guidelines, laws and statistics. We have studied how nurses by using a didactic method can utilize a teaching curriculum and initiate actions that will prevent rehospitalization of the patient group.

Discussion and result

Patient education alone does not affect rehospitalization, only if combined with self-help techniques (GOLD, 2017; Zwerink et al., 2014). By using this method, patients will feel an improvement in quality of life (Andenæs, Bentsen, Hvinden, Fagermoen og Lerdal, 2014; Simpson & Jones, 2013). By teaching patients how to prevent aggravation and to reduce anxiety, one could release treatment capacity significantly through the number of hospital days and beds (Stamsø, 2007).

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Problemstilling.	7
1.1.1 Avgrensninger og avklaringer.	7
1.2 Hensikt.	8
1.3 Etikk.	8
1.4 Oppbygging.	9
2.0 METODE	10
2.1 Systematiske søk.	11
2.2 Manuelle søk.	12
2.3 Annen litteratur.	13
2.4 Presentasjon av funn.	13
2.5 Kildekritikk.	16
3.0 KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM	18
3.1 KOLS-forverring	19
3.1.1 Å leve med KOLS	20
3.1.2 Behovet for trygghet.	21
4.0 SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE FUNKSJON	23
4.1 Rammer for sykepleie.	23
4.2 Didaktisk relasjonsmodell	24
5.0 UNDERVISNINGSPLAN ETTER RELASJONSMODELLEN	27
5.1 Læreforutsetninger.	28
5.2 Rammeforutsetninger.	29
5.3 Mål.	30
5.4 Innhold.	30

5.5 Arbeidsmåter	33
5.5.1 Undervisning	33
5.5.2 Behandlingsplan	34
5.5.3 Selvhjelpsteknikker	35
5.6 Vurdering.	36
6.0 AVSLUTNING	38
LITTERATURLISTE	40
VEDLEGG 1 SØKEHISTORIKK	44

1.0 INNLEDNING

Bacheloroppgaven omhandler hvordan sykepleier kan forebygge reinnleggelser ved å lære pasienten selv å ivareta det grunnleggende behovet for trygghet når det oppleves som truet. Vi har valgt å se dette i sammenheng med sykdommen kronisk obstruktiv lungesykdom, heretter forkortet KOLS. Det er en kronisk tiltetting av luftveiene med periodevis forverring av helsetilstanden (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2010).

Sykdommen medfører nær 10 000 reinnleggelser årlig (Melbye, Moe & Arstad, 2012). En reinnleggelse er når en utskrevet pasient utilsiktet blir innlagt på ny. Helsedirektoratet (2016) fant at mangelfull oppfølging etter utskriving kan forårsake reinnleggelser. Innleggelser kan redusere pasientenes livskvalitet (Andenæs, Moum, Kalfoss, & Wahl, 2006) og samtidig fører det til økte kostnader i helsetjenesten (Panagioti, Scott, Blakemore & Coventry, 2014). Bakgrunnen for at vi har valgt å se dette i sammenheng med behovet for trygghet, er at pasienter med KOLS, som samtidig opplever angst og depresjon, har flere reinnleggelser og ordinære innleggelser enn pasienter med tilsvarende lungefunksjon, uten angst (Gulsvik, 2014).

Tiltak med den hensikt å forebygge forverring av allerede tilstedeværende sykdom, kaller Mæland (2005) sekundærforebyggende helsearbeid. Å forebygge omhandler ikke kun direkte forebygging av sykdom, skade og død, men også å fremme helse som en positiv ressurs. Videre inndeler Mæland (2005) det i et ekspertstyrt, sykdomsforebyggende perspektiv, mens vi ønsker å gå videre med det helsefremmende, hvor pasienten selv er en aktiv deltaker, gjennom fokus på egne ressurser for helse. Sykepleier inntar gjennom sin pedagogiske funksjon en veiledende rolle ved å drive opplæring av pasienter og pårørende. Vår erfaring er at begrensede budsjetter vier sparsomt med både tid og penger til pasientundervisning og fagutvikling, selv om dette er en plikt sykehusene har gjennom lov om spesialisthelsetjenester (1999). Fagermoen (2015) peker på hindringer som kort innleggelsestid, økt dagbehandling, korridorpasienter, manglende tid og plass for gjennomføring.

1.1 Problemstilling.

I denne oppgaven fordyper vi oss i temaet og problemstillingen:

Sykepleierens pedagogiske funksjon i forebygging av reinnleggelser:

Hvordan kan sykepleier fremme pasientens egne ressurser når behovet for trygghet oppleves som truet ved KOLS-forverring?

1.1.1 Avgrensninger og avklaringer.

Sykepleier gjennomfører møte med pasienter som er innlagt grunnet KOLS forverring på sengepost, før planlagt utskrivelse til hjemmet. Vi tar for oss kognitivt velfungerende pasienter med KOLS, av alle alvorlighetsgrader, som i utgangspunktet er hjemmeboende. Vi vil ikke omtale medikamentell behandling av sykdommen og dens komplikasjoner, herunder blant annet oksygenbehandling og forverringer grunnet luftveisinfeksjoner, underernæring og kreft.

Mestring defineres i Kristoffersen (2014b) til å være prosesser, mentale og fysiske, mennesket bruker for å overvinne, redusere, tolerere eller fjerne indre eller ytre krav. I og med at mestring er et sekundært fenomen for problemstillingen, vil ikke dette utdypes nærmere. Tilsvarende har vi valgt å ikke benytte sykepleieteoretikere, men erkjenner at Orems egenomsorgsteori, Antonovskys salutogenese og Lazarus' stress- og mestringsmodell, kunne vært relevant til vår problemstilling.

Oppgaven er skrevet som fagutvikling for sykepleiere som arbeider klinisk med pasientgruppen. Vi går derfor ikke inn på det grunnleggende behovet for respirasjon, samt normal anatomi og fysiologi av luftveier, da dette er forventede forkunnskaper hos leser av bacheloroppgaven.

Andre aktuelle begrepsavklaringer gjøres fortløpende i teksten der det faller seg naturlig.

1.2 Hensikt.

Dette er en avsluttende oppgave på bachelorstudiet i sykepleie. Vi har valgt å se om sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid kan forebygge reinnleggelser ved å fokusere på å styrke individet. Vi har valgt undervisningsplan som metode for å oppnå dette.

I løpet av bachelorstudiet har vi som sagt erfart at sykepleierens pedagogiske funksjon ikke blir prioritert, til tross for at pasientopplæring og informasjon er en svært viktig del av en sykepleiers hverdag. Ved å knytte dette opp mot en så utbredt diagnose som KOLS (Jacobsen et al., 2010), vil vi vise hvordan den pedagogiske funksjonen kan styrke pasientens livskvalitet på en måte som er gjenkjennbar for de fleste yrkesaktive sykepleiere.

Undervisningsplanen er ment å være et tillegg til medisinsk behandling og ikke en erstatning. Den er å anse som en generell mal og innholdet må derfor tilpasses hver enkelt pasient.

1.3 Etikk.

Vi har valgt å benytte studier som er godkjente av en etisk komite, fagfellevurdert og er redaksjonelt gjennomgått av anerkjente tidsskrifter, noe vi vil komme tilbake til i kildekritikken. I oppgaven inkluderes ingen konkrete pasientopplevelser, slik at hensynet til taushetsplikt og anonymitet for tid, sted og person er ivaretatt.

Sykepleie er av natur mykt paternalistisk som innebærer at sykepleier kan øke sannsynligheten for at pasienten vil følge undervisningsplanen, gjennom å oppmuntre, ved initial motstand eller skepsis (Mæland, 2005). Undervisningsplan som metode er basert på frivillighet og kan ikke påtvinges pasienten. Det etiske prinsippet autonomi, pasientens rett til selvbestemmelse, skal i så tilfelle overgå sykepleierens ønske om velgjørighet (Slettebø, 2009).

1.4 Oppbygging.

Vi vil i første del presentere teorigrunnlaget for oppgaven. Det første kapittelet omhandler litteratursøk som metode. Vi fant det naturlig å presentere dette tidlig i oppgaven, ettersom det danner grunnlaget for informasjonsinnhenting og teorien vi videre vil benytte. Deretter vil vi se på pasientperspektivet for seg, og sykepleierens funksjon for seg, i henholdsvis kapittel 3 og 4. Valgt teori fra disse to kapitlene trekker vi med oss inn i drøftingen. Hovedvekten av drøftingen vil legges på undervisningens innhold og arbeidsmåter. Avslutningsvis oppsummerer vi våre funn og ser tilbake på og reflekterer kort rundt arbeidet med bacheloroppgaven.

2.0 METODE

Metode er den fremgangsmåten man benytter for å tilegne seg og etterprøve kunnskap (Dalland, 2012), altså hvordan vi har gått frem for å skaffe tilstrekkelig informasjon for å kunne besvare vår problemstilling. Bacheloroppgaven er et litteraturstudie, som innebærer at vi har gjennomgått en prosess hvor vi systematisk har samlet kunnskap fra ulike skriftlige kilder for å gi en oppdatert forståelse av denne kunnskapen (Thidemann, 2015). Vi har benyttet litteratur med både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Kvantitativ metode inneholder forhåndsbestemte spørsmål og svar, som gjør det mulig å fremstille data i form av målbare enheter (Thidemann, 2015). Kvalitativ metode går i dybden hos hver enkelt undersøkelsesenheter og får frem enkeltpersoners meninger og opplevelser, for eksempel via skriftlig eller muntlig intervju (Dalland, 2012). Vi velger å kombinere de ulike metodene for å få den mest detaljerte og nøyaktige kunnskapen.

Helseforskningsloven (2008) stiller krav til planlegging og gjennomføring av forskning, hvor etiske prinsipper som selvbestemmelse, menneskerett, anonymitet og personlig integritet, er førende for eventuell godkjenning av forskningsresultatene. I lovteksten kan man lese at egne regionale etiske komiteer er nedsatt for å behandle forskningssøknader for å avklare om forskningen er etisk forsvarlig, som fremkommer av paragraf 1. Hovedregelen er at all forskning som gjennomføres, skal være ved informert samtykke. Det innebærer at samtykke fra deltakerne er ”informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart” (§ 13). Det er imidlertid mulig i særlige tilfeller å sette samtykkekravet til side om den samfunnsmessige interessen er overveiende etter § 18, vilkår for forskning som inkluderer personer uten samtykkekompetanse og § 19, samtykke til forskning i kliniske nødssituasjoner.

I rammeplan for sykepleie (Regjeringen, 2008) kan vi lese om kravet til å utøve kunnskapsbasert praksis og systematisk arbeid med fag- og kvalitetsutvikling. Det er, i følge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (2012), å benytte systematisk innhentet forsknings- og erfaringsbasert kunnskap i arbeid med pasientsituasjonen. Undervisningsplan som metode grenser til helsetjenesteforskning, da funnene ikke bare er relevant i pasientsituasjonen, men også som et behandlingskonsept.

Helsetjenesteforskning er et nytt flerfaglig felt hvor man studerer sosiale, økonomiske og organisatoriske faktorer og hvordan dette påvirker tilgang og kvalitet på helse- og omsorgstjenester (Håheim & Lindahl, 2017). Det har derfor vært relevant for oss å tilstrebe og finne denne typen forskning.

2.1 Systematiske søk.

I våre systematiske søk har vi benyttet ferdige emnetermer, i motsetning til fritekstsøk. Vi har benyttet oss av MeSH, Medical Subject Headings. Ved å benytte MeSH som søkeord, får vi opp artikler som omhandler valgte emne, selv om artikkelforfatter har benyttet synonymer av søkeordene (Thidemann, 2015). Dette gjelder for alle databaser som benytter seg av denne tjenesten, blant annet PubMed, SveMed+ og Cochrane Library (Karolinska Institutet, udatert). Vi har benyttet nettsidene <http://mesh.uia.no/> og <https://mesh.kib.ki.se/> for å finne våre søkeord. Disse sidene inkluderer også alternative termer, synonymer og nærliggende begreper, som kan benyttes som søkeord i databasene som ikke bruker MeSH.

MeSH norsk: Kols, Angst, Pasientopplæring som emne, Sykepleie, Rehabilitering, Reinnleggelse av pasient

MeSH engelsk: Pulmonary Disease, Chronic Obstructive, Anxiety, Patient Education as Topic, Nursing, Rehabilitation, Patient Readmission

MeSH svensk: Kroniskt obstruktiv lungsjukdom, Ångest, Patientinformation som ämne, Sjuksköterskeprofessionen, Rehabilitering, Återintagning

I vedlegg 1 om søkehistorikk, viser vi hvilke av søkeordene vi har kombinert i hver enkelt database, antall treff og titlene på de artiklene vi har valgt å bruke i vår oppgave.

Vi har funnet forskningslitteratur via databasene Medline, PubMed, Cinahl, SveMed+ og Cochrane Library. Disse har vi fått tilgang til via læringscenteret ved vårt utdanningssted. Medline dekker medisin, sykepleie og andre helsefag (Høgskolen i Oslo og Akershus [HiOA], 2017), og består hovedsakelig av vitenskapelige tidsskriftartikler (Forsberg & Wengström, 2013).

PubMed er en versjon av Medline. Sammen er disse to mest brukte databasene for helsepersonell (Thidemann, 2015). Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health) dekker hovedsakelig sykepleie, men har også litteratur om andre helsefag (Thidemann, 2015). De har spesifisert seg på forskning om behandling, diagnose, prognose og årsak fra et sykepleiefaglig perspektiv (HiOA, 2017).. SveMed+ dekker medisin, sykepleie og andre helsefag, og består av nordiske tidsskriftartikler, hovedsakelig svensk- og engelskspråklig materiale (HiOA, 2017). Cochrane Library er hovedkilde for randomiserte kontrollerte studier og systematiske litteraturoversikter (Thidemann, 2015) som hovedsakelig tar for seg effekt av forebyggende og behandlende tiltak innenfor en rekke ulike fagfelt (Forsberg & Wengström, 2013; HiOA, 2017).

I databaser som har hatt dette alternativet, har vi krysset av for *Peer Review* (på norsk: fagfelle vurdering). Dette innebærer at kvalitet, aktualitet og relevans på innholdet er blitt vurdert av en ekstern ekspert utenfor redaksjonen (Svartdal, 2014).

Basert på våre språkkunnskaper, har vi valgt å avgrense litteratursøkingen til å gjelde norsk, dansk, svensk og engelskspråklig litteratur. Dette er i tillegg representative språk for land som har mange fellestrekk med det norske helsevesenet.

Ved søk er det satt en avgrensning til publikasjoner fra de siste 10 år, for å sikre at forskningen er gyldig, relevant og oppdatert. Vi har kommet over artikler som faller utenfor dette tidsrommet via manuelle søk som vi likevel ønsker å inkludere, ettersom resultatene stadig blir referert til i nyere forskningen og derfor fremdeles regnes som aktuelle og relevante. Dette utdyper vi nærmere i kildekritikken.

2.2 Manuelle søk.

Vi har gjort manuelle søk ved å benytte litteraturlister fra fagbøker, lærebøker og faglige veiledere. Vi har også benyttet referanselister fra artikler vi har funnet via systematiske søk.

Vi ble anbefalt av vår veileder å se på forskningen gjort av Randi Andenæs, førsteamanuensis ved HiOA og gjennomførte derfor et manuelt søk på hennes publikasjoner. I samme nettverk som Andenæs kom vi over professor emeritus May Solveig Fagermoen, som i tillegg til å være medforfatter på en artikkel med Andenæs, har forsket på læring og mestring ved kronisk sykdom.

Vi har i tillegg til sykepleieforskning funnet ved systematiske søk, benyttet kvantitative tall og trender i pasientpopulasjonen fra legeforeningen. Kunnskapssenteret (2015), drevet av folkehelseinstituttet, undersøkte reinnleggelse av pasienter med KOLS. Hem og Eide (2009) og Statistisk Sentralbyrå [SSB] (2016) undersøkte levekår for personer med kols. Melbye et al. (2012) ønsket å kartlegge hva slags legekontakter pasientene med KOLS hadde hatt og hvordan responsen fra helsevesenet var, og datamaterialet består av 100 spørreskjemaer. I tillegg tallfester artikkelen forekomsten av KOLS og KOLS-forverring i Norge per 2010. Disse referansene har vi funnet via manuelle søk i google scholar.

2.3 Annen litteratur.

Vi har benyttet fagbøker og lærebøker som vi har blitt introdusert for i løpet av studieforløpet via pensum. Dalland sier dette er en god måte å få oversikt over de mest innflytelsesrike forfatterne innenfor vårt fagfelt (2012, s. 68).

Vi har valgt å benytte nasjonale og internasjonale veiledere innen KOLS-behandling utarbeidet av Helsedirektoratet (2012) og The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2017). Disse er gjennomarbeidet, det er bred faglig enighet blant de fremste på feltet og de oppsummerer tilgjengelig forskning.

2.4 Presentasjon av funn.

Pasienter med alle grader av KOLS har hatt nytte av undervisningsopplegg (GOLD, 2017). Kristoffersen (2014b) skriver at pasienter har et udekket informasjonsbehov, men selv ikke etterspør å få det dekket. De opplever å ikke få fortalt det som er viktig for tilstanden deres selv om det er vår lovpålagte plikt (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Pasientprogrammer med varighet på 12 uker og lenger, har ikke vist seg å bedre resultatet (GOLD, 2017). Skriftlige handlingsplaner (Zwerink et al., 2014) og telefonrådgivning (Melbye et al., 2012) er effektive verktøy for å forebygge reinnleggelser. Pasienter under oppfølging fra sykepleier gjennom KOLS-koffert prosjektet, et prosjekt vi vil forklare nærmere i drøftingen, opplevde helsetjenesten som like bra eller bedre enn på sykehus og det fører til færre reinnleggelser (Sorknaes, Madsen, Hallas, Jest & Hansen-Nord, 2011; Zanaboni & Wootton, 2016). Det er enda ikke opparbeidet internasjonal evidens for disse tiltakene, men det vi vet er at forebyggelse av reinnleggelser ikke har ført til økt dødelighet (GOLD, 2017).

Mange pasienter med KOLS opplever angst (Bentsen, Gundersen, Assmus, Bringsvor, & Berland, 2013; Panagioti et al., 2014; Willgloss, Youhannes, Goldbart & Fatoye, 2012). Å leve med angst (Willgloss et al., 2012) og åndenød (Gulsvik, 2014) kan medføre redusert livskvalitet, men også dårligere utfall og økt dødelighet for pasienten (Panagioti et al., 2014). Artikkelforfatteren Bailey (2004) var en av de første som sammenfattet forskning om KOLS og angst, og så sammenhengen mellom disse. Hun dro parallellen til at angst ikke nødvendigvis er et symptom på åndenød, men også kan forårsake åndenød. Dette beskriver Bailey (2004) som en nedadgående spiral og Willgloss et al. (2012) som en ond sirkel (2012). Fenomenet er det samme; engstelse fører til hyperventilasjon, som fører til åndenød, som fører til mer angst, som igjen øker pustebesværet. Tilsvarende kan vi lese i sykdomslære ved Jacobsen et al. (2010) at forverring kan oppstå av både fysiske og psykiske anstrengelser. Andenæs et al. (2006) understøtter dette med sitt funn; når symptomtrykket fysisk øker, øker det også psykisk. Pasienter med KOLS kan ofte fornekte psykiske reaksjoner som dødsangst og frykt for åndenød og forverring (Gulsvik, 2014).

Noen mindre studier viser at selvhjelpsteknikker alene er effektivt (Willgloss et al., 2012; Panagioti et al., 2014). Andenæs har i et samarbeid med Bentsen, Hvinden, Fagermoen og Lerdal (2014) undersøkt hvordan livskvaliteten påvirkes av pasientens opplevelse av selvhjelp, i likhet med Simpson og Jones (2013). Andenæs (et al., 2014) fant at begrepet mestringsstro, som vi vil komme tilbake til, må være tilstede for å muliggjøre selvhjelp. Pasienter som opplever redusert mestringssevne under aktivitet kompenserer dårligere når en forverring oppstår (Willgloss et al., 2012). Andenæs et al. (2014) sin forskning viser videre at rehabilitering av pasientgruppen gjennom fysisk aktivitet og tro på egen mestring, kan gi økt livskvalitet.

Men det var ingen sammenheng mellom mestringsfølelse og pasientens faktiske evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet. Heller ikke programmer som kun omhandler treningsopplegg og fysisk aktivitet, gav bedring (Zwerink et al., 2014).

GOLD (2017) mener at pasienter med alle grader av KOLS har hatt nytte av undervisningsopplegg. Det har vist seg spesielt effektivt ved moderat til alvorlig grunnsykdom. Kombinasjon av opplæring i livsstilsendringer, egenkontroll og selvbehandling, samt forebyggingstiltak, kan begrense utviklingen av sykdommen, og det vil lønne seg både for den enkelte med KOLS og for samfunnet (GOLD, 2017; Helsedirektoratet, 2012). Denne behandlingseffekten er uavhengig av lungefunksjonen og opplevelsen av tungpust (Gulsvik, 2014). Det er sett en økt dødelighet, av ukjent årsak, når rehabiliteringsfasen starter før utskrivelse (GOLD, 2017).

Kunnskapssenteret (2015) fant at reinnleggelses raten hos pasienter med KOLS var dobbelt så høy som gjennomsnittet av reinnleggelser. De hevder symptomovervåking er det enkelttiltaket som forebygger flest unødvendige reinnleggelser. De viser til at å lære pasienter hvordan man takler sykdommen er en viktig forutsetning for å oppnå symptomovervåking.

Kunnskapssenteret (2015) viser til at overgangen mellom ulike helsenivåer og tjenester bør optimaliseres. I Norge er praksis at det er fastlegen pasienten i hovedsak skal forholde seg til, noe flertallet gjør (Melbye et al., 2012). GOLD (2017) viser til like gode resultater uavhengig av om pasient- og mestringsopplæringen foregår i kommunen eller i hjemmet, så lenge varigheten, frekvensen og intensiteten er lik. Zanaboni og Wootton (2016) sine funn støtter tiltak som kan gjennomføres i eller i nærheten av hjemme, i og med at disse øker tilgjengeligheten for pasientene og derfor også deltakelsen. Andenæs et al., (2006) gjør et poeng av varigheten på tiltakene ved å vise til at rask bedring i fysisk og psykisk helse de første ukene, før det går over i en sakte stigende normaltilstand de påfølgende månedene.

2.5 Kildekritikk.

Kildekritikk innebærer å vurdere og karakterisere en kilde for å fastslå om kilden er sann (Dalland, 2012). Vi har benyttet Søk & Skriv (2015) sine kriterier for kvalitative vurderinger som et verktøy i denne prosessen. Dette er et samarbeid mellom bibliotekene ved Høgskolen i Bergen, Norges Handelshøyskole, Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo, og Akademisk skriving ved Institutt for filosofi og førstesemesterstudier, Universitetet i Bergen, og er et hjelpemiddel for informasjonssøk og akademisk skriving (Søk & Skriv, 2014). Nortvedt et al. (2012) viser til viktigheten av å vurdere konteksten forskningen er gjort under og konteksten den skal implementeres i. Vi har allerede presentert inkluderings- og ekskluderingskriterier vi har benyttet for å sikre at forskningsartiklene vi har funnet i søk er relevante og troverdige. Vi har i tillegg til nevnte kriterier, vurdert de ulike forfatternes faglige bakgrunn, troverdighet og andre publikasjoner, og referanselisten til de ulike tekstene. I denne prosessen har vi ekskludert en rekke kilder vi vurderer som ikke gode nok og mener ikke oppfyller kravene. I de fleste tilfeller har kriteriene vi satte, forenklet utvelgelsesprosessen betraktelig, men i ett tilfelle støtte vi på en spesiell utfordring med en av forfatterne. Dette krevde at vi gikk dypere inn i vurderingen av den aktuelle forfatteren.

Amund Gulsvik (2014) er kapittelforfatter om psykiske reaksjoner på kronisk lungesykdom i boken *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* fra 2014, som vi har benyttet gjentatte ganger som kilde i teorikapittelet. Han er nå pensjonert lungelege og professor. Han har drevet forskning på KOLS ved Universitetet i Bergen, men det har vist seg at hans egen forskning har vært finansiert av legemiddelselskapet GlaxoSmithKline (Hellesund, 2015). I den aktuelle boken benytter han derimot mye annen forskning og faglitteratur, i tillegg til innslag fra sin egen. I og med at vi ikke omtaler legemiddelbehandling av sykdommen og derav ikke benytter disse delene av hans funn, anser vi hans forskning og faglige bidrag som pålitelig. Vi har også vært oppmerksom på og kritiske til henvisninger til artikler han er medforfatter, men etter å ha undersøkt Gulsvik sine siteringer, viser det seg at ingen av hans funn er inkludert i de andre artiklene vi har valgt å benytte.

Vi vurderer relevansen til Bailey (2004) å veie opp for at det er en eldre artikkel (jamfør kapittel 2.1, siste avsnitt). Hun er hyppig sitert i anerkjent litteratur og har fortsatt sitt arbeid med å publisere artikler om KOLS.

Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease av Zwerink et al. (2014) var et av funnene vi gjorde som oppsummerer og konkretiserer beste praksis. Studier publisert før dette er gjerne inkonklusive, jamfør Panagioti et al. (2014) og/eller viser til behov for mer forskning på området, jamfør Simpson og Jones (2013).

GOLD baserer sine anbefalinger på store metaanalyser og litteraturgjennomganger. Store deler av datamaterialet i veilederne fra Helsedirektoratet (2012) og GOLD (2017), er hentet fra BOLD-studien (Burden of Obstructive Lung Disease), som er en internasjonal gjennomgang av KOLS-prevalens i 12 land publisert i 2007. Det er verdt å merke seg at Helsedirektoratets veileder i stor grad er basert på 2007 utgaven av GOLD og derfor kan være noe utdatert. Vi har likevel valgt å ta den med, ettersom det er det beste norske rammeverket for arbeid med pasientgruppen og danner grunnlaget for KOLS-behandling i Norge. Hovedendringen som har skjedd mellom 2007 og 2017 som er relevant for vår problemstilling, er at anbefalingene om ikke-medisinske tiltak, har fått sterkere evidens.

Det er en svakhet at Melbye et al. (2012) sin forskning kun tar for seg pasienter som er blitt innlagt. Av artikler dekkende for pasientopplevelsen, har vi valgt å fokusere på en kvalitativ studie av Willgloss et al. (2012). Denne studien er utført i Storbritannia. Vi har derfor valgt å benytte en kvantitativ studie av Andenæs et al. (2006) for å understøtte at Willgloss et al. (2012) sine funn er overførbare til Norge.

3.0 KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM

KOLS består av en sammenblanding av sykdomstilstandene emfysem og kronisk bronkitt (Jacobsen et al., 2010). Emfysem fører til sammenfall av alveoler og reduserer lungens elastisitet, som igjen fører til at overflaten for gassutveksling minker. Kronisk bronkitt er en inflammasjon av luftveiene som karakteriseres av vedvarende hoste med ekspektorat over minst en to-års periode (Jacobsen, et al., 2010). Det er i tillegg ofte en grad av astma involvert (Jacobsen et al., 2010). Astma er, i likhet med KOLS, en tiltetting av luftveiene, men ved astma er denne tiltettingen forbigående. Astmaanfall kan utløses av ulike faktorer som for eksempel kulde og allergier (Jacobsen et al., 2010). Dette vanskeliggjør diagnostisering, ettersom skillet mellom astmaanfall og KOLS-forverring klinisk manifesteres likt (Jacobsen et al., 2010).

Anslagsvis kan det tenkes at mellom 250 000 og 300 000 personer i Norge KOLS, og trolig er mange av disse udiagnostiserte (Helsedirektoratet, 2012). Det vil si at de har symptomer og redusert livskvalitet, uten å motta utredning og tilstrekkelig behandling. Nærmere 2000 personer dør hvert år som direkte følge av sykdommen (Helsedirektoratet, 2012), og innen 2020 er det forventet at KOLS er den tredje vanligste dødsårsaken på verdensbasis (GOLD, 2017). I norske kroner er de direkte behandlingsrelaterte kostnadene estimert til mellom 1 og 2 milliarder kroner i året (Helsedirektoratet, 2012).

Det viktigste enkelttiltaket for å bremse og forebygge forverring av KOLS er å slutte å røyke (Jacobsen et al., 2010). SSB (2016) har funnet at høyere utdanning reduserer faren for å utvikle KOLS. Andre sosioøkonomiske forhold gjør at Helsedirektoratet (2012) forventer økende forekomst av KOLS, blant annet immigrasjon, ettersom røyking er mer utbredt blant enkelte immigrantgrupper enn i befolkningen forøvrig. Preventive, kontrollpolitiske tiltak som røykeloven, avgifter på tobakksvarer og folkeopplysning om farer ved røyking, har ført til en generell nedgang i røykeandelen de senere årene (Mæland, 2005), sett i alle grupper av befolkningen, med særlig stor nedgang blant unge voksne (SSB, 2016).

3.1 KOLS-forverring

Akutt forverring av KOLS-symptomer, kalt eksaserbasjoner, skyldes ofte luftveisinfeksjoner eller fysiske og psykiske anstrengelser (Jacobsen et al., 2010). Akutte forverringer kan defineres på mange måter, eksempelvis med redusert lungekapasitet målt ved spirometri. Ettersom slike parametere krever utstyr og høy kompetanse for å tolke, har vi valgt å gå videre med Helsedirektoratet (2012) sin definisjon av KOLS-forverring. Slik kan forverringens alvorlighetsgrad defineres ut fra bruk av helsetjenester (Helsedirektoratet, 2012, s. 96):

- Mild kols forverring: behov for økt egenbehandling, det vil si økt dose av bronkodilatorer og/eller tillegg av legemidler som ikke benyttes regelmessig i stabil fase.
- Moderat kols forverring: behov for kontakt/behandling hos kommunehelsetjeneste/fastlege.
- Alvorlig kols forverring: behov for kontakt/behandling hos spesialisthelsetjeneste/sykehus.

Kjennetegnet på en forverring er at symptomene raskt øker, men etter behandling går tilbake til slik tilstanden var før situasjonen (Giæver, 2015). I en slik sykdomsfase øker symptomtrykket fysisk, men også psykisk ifølge Andenæs et al. (2006). De psykiske symptomene vil vi komme tilbake til senere i kapitlet.

Hyperventilasjon som symptom er til stede både ved KOLS-forverring, astma og angst. Vi ønsker derfor å fokusere på denne tilstanden. Hyperventilering, å puste raskt, er fysiologisk en normal kompensasjonsmekanisme for å opprettholde oksygentilførsel (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud, 2011). Ved astma og bronkitt, bestanddeler av sykdommen KOLS, foreligger en kraftig øking i luftveismotstanden (Sand et al., 2011). Dette vanskeliggjør ventilasjonen og sammen med en stivet brystkasse begrenses lungevolumet betraktelig. Lungevolumet ganget med respirasjonsfrekvensen utgjør det respiratoriske minuttvolum. Hyperventilasjon øker respirasjonsfrekvensen, men hos valgte pasientgruppe påvirkes dybden, som utgjør reservevolumet, lite.

For et normalt menneske regner man med et tidevolum på 500 milliliter (Sand et al., 2011), dette er hos pasientgruppen redusert grunnet sekretopphoping og stive bronkier.

Oksygenmangelen, hypoksien, oppstår når vi legger til det anatomiske dødrommet som normalt er på 150 milliliter (Sand et al., 2011). Dette er luft som ikke når ned i alveolene og derfor ikke deltar i gassutvekslingen. Pasienter med KOLS har grunnet arrdannelse og degenerasjon utvidet flere alveoler til en større bullae, en emfyseblære (Jacobsen et al., 2010). Det reduserer overflaten gassutvekslingen kan foregå, og øker dødvolumet betydelig. Når vi trekker dette fra, sitter pasienten igjen med en svært redusert alveolær ventilasjon. Ved ekspirasjon vil også de små luftveiene raskere klappe sammen, grunnet redusert elastisitet som forhindrer adekvat utskillelse av karbondioksid som ved forverring fører til respiratorisk acidose (Jacobsen et al., 2010). Slike utregninger må gjøres individuelt for hver pasient og viser hvor marginal kapasitet pasientgruppen har og hvordan kompensasjonsmekanismene er reduserte (Giæver, 2015).

3.1.1 Å leve med KOLS

Pasientgruppen har vist seg å ha vesentlig dårligere levekår, sosial kontakt og livskvalitet enn sammenlignbare grupper. Mer konkret er det sett en sterk sammenheng mellom psykisk helse, og å ha en samboer, være i fysisk aktivitet og mestringstro (Andenæs et al., 2014). Pasienter med KOLS kommer også dårligere ut på utdanning, arbeid og inntekt, som er velkjente risikofaktorer for redusert livskvalitet (Hem & Eide, 2009). Fysisk funksjonsnivå er en forutsetning og begrensning for å være i lønnet arbeid (Andenæs et al., 2014).

Arbeidskapasiteten vil derfor være individuell og trolig påvirket av alvorlighetsgraden på KOLS-sykdommen. Gulsvik (2014) viser til hvordan episoder med opplevd åndenød har svært negativ effekt på fysisk og mental skår, mens den langvarige reduserte lungefunksjonen ikke med sikkerhet kan si å redusere mental livskvalitets indikatorer.

Fenomenet livskvalitet defineres av Mæland (2005) som pasientens subjektive vurdering av eget liv. Opplevelsen av tilfredshet med livet, tilstedeværelse av lykke eller glede, mulighet til vekst, utvikling og selvrealisering. Livskvalitet i helseforskning er gjerne basert på standardiserte skåringsskjemaer som *short form-12 general quality of life questionnaire* som blant annet Andenæs et al. (2014) benytter.

Slike skåringsskjemaer tar for seg pasientens grad av selvopplevd velvære av fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner av livssituasjonen (Gulsvik, 2014). Flere studier har kartlagt helserelatert livskvalitet men det er først nylig det er sett på hvordan helsepersonell kan påvirke disse faktorene for å bedre møte pasientgruppens behov (Andenæs et al., 2014).

Pasientens tro på egen evne til å mestre, at man er i stand til å kontrollere en bestemt oppgave eller situasjon, kaller Andenæs et al. (2014) mestringstro, som de videre mener er en forutsetning for å muliggjøre selvhjelp. Selvhjelp er definert som pasientens evne til å håndtere symptomer og behandlingen, og de fysiske og psykiske konsekvensene dette medfører. De må også mestre det å leve med en kronisk sykdom. Selvhjelp til denne pasientgruppen kan være å håndtere forverringen, å komme i gang med fysisk aktivitet eller røykeslutt.

Som tidligere nevnt er det viktigste enkelttiltaket for å forebygge KOLS og forverringer av KOLS, røykeslutt (Jacobsen et al., 2010). Mange pasienter med KOLS klarer ikke slutte (Mæland, 2005) og oppgir røyking til å være et hjelpemiddel for å redusere angstsymptomer (Helsedirektoratet, 2012). Gulsvik (2014) mener slik adferd kan være vanskelig for andre, inkludert helsepersonell, å forstå og ha sympati for. Dette kan bidra til at pasienten opplever en følelse av skam, skyld i egen sykdom og gir dårligere mestringstro, som hindrer de i å oppsøke helsetjenesten for diagnose og behandling (Gulsvik, 2014; Willgloss et al., 2012). Røyking har vist seg å ha en sammenheng med depresjon, men om det ene predisponerer for det andre og eventuelt vice versa, er ikke påvist ved forskning, men Gulsvik (2014) støtter disse pasientuttalelsene og hevder at en slik tilstedeværelse og opplevelse av angst- og depresjonssymptomer gjør det vanskeligere å slutte å røyke, ettersom avhengighet av stimulanter kan bidra til å ikke føle seg truet av tomhet eller redusere indre uro.

3.1.2 Behovet for trygghet.

Trygghet har vist seg vanskelig å definere. Det er en subjektiv opplevelse av å føle seg sikker i situasjonen (Thorsen, 2014). Videre sier Thorsen at trygghet alltid står i forhold til noe, og i stor grad er påvirket av tidligere opplevelser av utrygghet og redsel.

I søken på trygghet kan uheldige mestringsstrategier adapteres og vokse ut av kontroll, ved for eksempel at man forsøker å unngå alt som kan oppleves som truende, kan denne atferden over tid, skape usikkerhet og angst i seg selv (Thorsen, 2014). Dette vil vi komme tilbake til i kapittel 5.4 om innhold.

Pasienter med KOLS kan oppleve dødsangst, frykt for åndenød og forverring, og på denne måten oppleve behovet for trygghet som truet. Benektelse av disse fenomenene er ikke uvanlig (Gulsvik, 2014). Angst og depresjon er to av de minst behandlede komorbiditetene til sykdommen (Helsedirektoratet, 2012). Av alle pasienter med KOLS, har mer enn 1 av 3 (Panagioti et al., 2014), opptil 2 av 3 (Willgloss et al., 2012), samtidig angstproblematikk. Liknende tall er funnet i Norge av Bentsen et al. (2013). De fant at alle norske pasienter med KOLS, opplever åndenød, 64 prosent har samtidig angst og 69 prosent opplever depresjon. Dette kan utvikle seg til å bli en del av hverdagen, selv når sykdommen er stabil. Dette vises også i funnene til Andenæs et al. (2006), der de tolker de økende funnene av psykisk stress til å være forårsaket av vedvarende usikkerhet og ustabilitet av pasientens psykiske tilstand, både ved forverring og normalt tilstand. Pasienter opplever symptomer som rastløshet, konsentrasjonsvansker, muskelspenninger, fatigue, irritabilitet og søvnvansker eller endret søvnmønster (Willgloss et al., 2012). Akutte forverringer danner altså en symptomoppbyggende runddans av angst og dyspne, og beskrives av Willgloss et al., (2012) som en ond sirkel. Brytes den ikke, vil de to fenomenene fortsette å forsterke hverandre (Bailey, 2004).

4.0 SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE FUNKSJON

Sykepleieren møter gjerne pasienter når de er utsatt for store påkjenninger (Kristoffersen, 2014b). Å utøve sykepleie krever kunnskap om hvordan sykdom påvirker mennesket og sykdommens betydning for livskvalitet, velvære, håp og mestring (Regjeringen, 2008). Vi har en sentral funksjon når det kommer til å observere og iverksette sykepleietiltak når de grunnleggende behov er truet. Vi har valgt å fordype oss videre i pasientens opplevelse når behovet for trygghet oppleves som, eller er, truet. Videre i rammeplan for sykepleie kan vi lese om vårt ansvar for undervisning, veiledning og fagutvikling (regjeringen, 2016). Kristoffersen (2014b) skriver om hvordan sykepleieren gjennom sin pedagogiske funksjon kan bidra til å fremme mestring og forebygge unødvendig stress og på den måten forebygge reinnleggelser. Fagermoen (2015) viser til at sykepleieren er særlig egnet, ettersom profesjonen har lang erfaring med opplæring og formidling av informasjon til pasienter. Reinnleggelser er ansett som en kvalitetsindikator på helsehjelp (Helsedirektoratet, 2016) og inngår i helsetjenesteforskning. Sykepleieren bør være en naturlig bidragsyter både i forskning og forebygging, og vi vil derfor se nærmere på hva som påvirker sykepleierens kliniske utviklingsarbeid.

4.1 Rammer for sykepleie.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) paragraf 3.2 fremhever sykepleierens pedagogiske funksjon gjennom pasienters rettigheter til å få nødvendig informasjon for å sikre innsikt i egen helsetilstand. Tilsvarende krav finne vi i Helsepersonelloven (1999) om informasjonsplikt paragraf 10. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3–5, skal informasjon som gis være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger for å tilegne seg informasjon, som kan avhenge av for eksempel alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Videre står det at helsepersonell har ansvar for å forsikre seg om at mottaker har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Sykepleie som profesjon er i tillegg underlagt yrkesetiske retningslinjer utarbeidet av Norsk sykepleierforbund [NSF]. Her kan vi lese i § 1.1 at sykepleie skal være forsknings-, erfarings- og brukerbasert (NSF, 2011).

Videre i § 2.1 påpekes ansvaret for en helsefremmende og sykdomsforebyggende sykepleiepraksis. Dette følges opp av § 2.2 sykepleierens understøttende rolle i å fremme pasientens håp, mestring og livsmot. I følge rammeplanen (Regjeringen, 2008) skal sykepleieren ved endt utdanning kunne anvende kunnskap om sykdommer og menneskets ulike reaksjoner på sykdom i helsefremmende og forebyggende arbeid.

I 2001 kom den første internasjonale veilederen i KOLS arbeidet kalt *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (GOLD, 2017). Denne dannet grunnlaget for arbeidet med *Nasjonale strategier for KOLS 2007–2011*, som igjen førte frem til Helsedirektoratets *Nasjonale faglige retningslinje for kronisk obstruktiv lungesykdom* (2012), som omfatter hele forløpet av sykdommen, på alle nivåer i helsetjenesten. Nasjonale faglige retningslinjer er normerende for behandling og skal langt på vei styre de valgene helsepersonell tar. Ved å følge nasjonale retningslinjer vil helsepersonell bedre kunne oppfylle lovverkets krav om faglig forsvarlig helsehjelp. Den internasjonale GOLD-veilederen (2017) ble oppdatert i år. Hovedendringene er økt fokus på pasientens opplevelse av symptombelastning, selvhjelp og pasientutdanning. Den tar også for seg forbedringer innen overgangen mellom sykehus og hjemmet.

I Nasjonale retningslinjer for KOLS (Helsedirektoratet, 2012) kan vi lese at informasjon, opplæring og veiledning skal gi pasienten forståelse av sin sykdom, behandling og utvikling. Denne er grunnlaget vårt for å velge den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy i pasientundervisningen.

4.2 Didaktisk relasjonsmodell

Den didaktiske relasjonsmodellen ble opprinnelig utviklet av pedagogene Bjørndal og Lieberg i 1978 (Kristoffersen, 2014a). Modellen tar for seg de ulike faktorene som inngår i en konkret undervisningssituasjon og viser hvordan disse er avhengige av hverandre (Kristoffersen, 2014a). Den didaktiske relasjonsmodellen består av læreforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, arbeidsmåter og vurdering (Tveiten, 2008).

Læreforutsetninger er svært individuelle, selv blant pasienter med samme diagnose, ettersom det er store forskjeller i kunnskaps-, funksjons- og ferdighetsnivå fra person til person (Tveiten, 2008). Pasientens tilstand, kognitive funksjon, intellektuelle kapasitet, utdanningsnivå, dagsform og sanser har alle innvirkning på hvordan pasienten tilegner seg kunnskap (Kristoffersen, 2014a).

Rammefaktorer innebærer på hvilken arena undervisningen skal gjennomføres (Kristoffersen, 2014a). Dette er faktorer som kan hemme eller fremme hvorvidt man oppnår hensikten med undervisningen. Tidsaspektet, finansiering og valg av sted er strukturelle rammer setter begrensningene for undervisningen. Fagkunnskap og erfaringer er personavhengige faktorer som setter sykepleier i stand til å velge innhold og arbeidsmåter for undervisningen (Tveiten, 2008). Tilgangen pasienten har til læremateriell som for eksempel brosjyrer, kan også omtales som en rammefaktor.

Læringsmål er en selvskreven del av undervisningsplanlegging og utarbeides i samarbeid med pasienten, hvor pasienten selv gjør rede for sine lærebehov (Kristoffersen, 2014a). Det er viktig at pasienten opplever målene som sine egne, og at de er realistiske og oppnåelige. Derfor bør målene være utarbeidet mest mulig av pasienten selv (Kristoffersen, 2014a). Målet må være relevant og realistisk, tidfestet og målbart (Tveiten, 2008). Målet påvirker hvilke arbeidsmåter man velger og bør derfor være så konkret som mulig. Det kan være kunnskaper, holdninger eller konkrete ferdigheter (Tveiten, 2008).

Innholdet i undervisningen bestemmes av hvilke mål som settes (Kristoffersen, 2014a). Det er sykepleieren som fagperson som har hovedansvaret for innholdet (Tveiten, 2008), og etter å ha kartlagt pasientens deltakerforutsetninger, bør det være tydelig hva undervisningen bør inneholde for å nå læringsmålene som er satt.

Arbeidsmåten fungerer som en konkret plan som gjennomføres for å nå læringsmålene som er satt (Kristoffersen, 2014a), og sykepleier kan kombinere flere arbeidsmåter for å oppnå hensikten (Tveiten, 2008). Det kan være å informere, instruere, assistere, undervise, veilede, gi råd og være rollemodell.

Informasjon alene danner enveis kommunikasjon og man kan ikke sikre seg at informasjonen er forstått, derfor anbefales det samtidig dialog med pasienten (Tveiten, 2008).

Vurdering etter gjennomført undervisning, skal avklare om læringsmålene er nådd (Kristoffersen, 2014a). Man må vurdere måloppnåelse ut i fra om målet er objektivt eller subjektivt rettet. Evaluering av arbeidsmåter er avgjørende for å planlegge videre oppfølging (Tveiten, 2008).

5.0 UNDERVISNINGSPLAN ETTER RELASJONSMODELLEN

Vi vil i denne delen drøfte innhold og forutsetninger for en undervisningsplan etter den didaktiske relasjonsmodellen som gjennomføres når pasienter med KOLS skal utskrives fra sykehus til hjemmet. Vårt mål for undervisningsplanen er at pasienten selv skal kunne bidra til egen mestring når behovet for trygghet oppleves som truet. Det er basert på Helsedirektoratets (2012) sin oppfordring til å gi pasienten mestringsteknikker, og oppfordringen om å lage og gjennomføre behandlingsplan. Det er et forslag til hvordan sykepleier rent praktisk kan gjennomføre dette, vi vil gå videre med i denne oppgaven.

Ved bruk av hjelpende kommunikasjon i undervisningsplanen, blir pasienten en ressurs i behandlingen av egen sykdom (Eide & Eide, 2007). Dette kommer vi tilbake til i kapittel 5.5.1 om undervisning. Profesjonell kommunikasjon mellom sykepleier og pasient skiller seg fra hverdagssamtaler ved at den er strukturert og tilpasset individet, og er en av årsakene til at det er sykepleier vi anbefaler foretar denne utskrivningssamtalen (Eide & Eide, 2007). Gjennom sin utdanning skal sykepleier ha fått tilstrekkelig med kunnskap om anatomi, fysiologi og patofysiologi til å kunne avpasse informasjonen til pasientens behov og grad av sykdom (Regjeringen, 2008). I tillegg vil taushetsplikten ivaretas, i motsetning til for eksempel en pedagog som er bedre kjent med utdanningsmodeller, men ikke er underlagt de samme begrensningene gjennom gjeldende lovverk og etiske retningslinjer.

Gjennom KOLS-koffert prosjektet som er drevet og ledet av sykepleiere, ble reinnleggelser og liggedøgn redusert, med henholdsvis 45 % og 68 % (Sorknaes et al., 2011). Dette understøtter vår påstand om at sykepleier er rett profesjon til formålet. Vi kan tenke oss at de gode resultatene skyldes erfarent lungeteam bestående av sykepleiere som har erfaring med KOLS pasienter i spesialisthelsetjenesten. De innehar kompetansen pasientgruppen krever. Trolig ville de ikke nådd tilsvarende gode resultater dersom det hadde værtfor eksempel hjemmesykepleier som stod for oppfølging. I Simpson og Jones (2013) sin forskning ble sykepleierne i prosjektet opplært i endringsprosesser og bidro til endring av helseatferd. Vi ser derfor, i likhet med Fagermoen (2015) at det kan være fordelaktig med kompetanseheving i kommunehelsetjenesten som møter disse pasientene hjemme i hverdagen, for å bedre ivareta pasientgruppen.

Helsedirektoratet (2012) oppmuntrer til en slik kompetanseoverføring gjennom sin rapport *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*.

5.1 Læreforutsetninger.

Vi ønsker å starte møtet med å avklare læreforutsetninger slik Tveiten (2008) anbefaler. Sykepleier må ta pasientens forutsetninger som sykehistorie, helsetilstand og kognitive funksjonsnivå i betraktning ved planlegging av møtet. Slik informasjon kan til dels hentes ut fra pasientens journal eller fra behandlende helsepersonell. Grad av KOLS må avklares for å individualisere undervisningsplanen, men er ikke av betydning for hvorvidt undervisningsplan som metode kan benyttes i rehabiliteringen. Som tidligere nevnt har pasienter med alle grader av KOLS hatt nytte av undervisningsopplegg, spesielt de med moderat til alvorlig grad av sykdom (GOLD, 2017).

I tillegg til læreforutsetningene nevnt over, kartlegges pasientens kunnskapsnivå og tidligere erfaringer, følelser og holdninger (Tveiten, 2008). For å få frem den individuelle pasientens tanker om utrygghet, vil vi benytte oss av åpne spørsmål. Disse vil kunne stimulere pasienten til å snakke fritt. Det kan være nødvendig å supplere med lukkede spørsmål fra sykepleier for å bekrefte at informasjonen pasienten har gitt, er korrekt oppfattet (Eide & Eide, 2007). Hjemmesituasjonen må også avklares, ettersom dette potensielt sett kan spille en stor rolle for pasientens læreforutsetninger. 72 prosent av pasientene innlagt grunnet astma og KOLS-forverring er over 65 år, med omtrent lik fordeling mellom kjønnene (Melbye et al., 2012). Dette forteller oss at det er godt voksne pasienter som bor alene eller med partner, men trolig ikke med sine barn.

5.2 Rammeforutsetninger.

Vi har som sagt valgt å fokusere på utskrivningssamtaler i spesialisthelsetjenesten. Det har vist seg å være et viktig poeng at ikke rehabiliteringsfasen starter før utskrivelse, da dette av ukjente årsaker førte til økt dødelighet (GOLD, 2017). Vi kan se for oss at dette skyldes at oppstart av rehabilitering med samtidig pågående behandling, øker faren for å miste fokus på selve forverringen, samtidig som hverken pasient eller helsepersonell har overskudd til å drive god pasientopplæring. Etter utskrivelse har ikke forebygging av reinnleggelser medført økt dødelighet, til tross for færre innleggelser (GOLD, 2017).

Tiden som settes av og antall møter er avgjørende for å oppnå hensikten (Tveiten, 2008). Til det første møtet foreslår vi at det bør settes av minimum én klokke. Vi anser det beste stedet for samtalen til å være et enerom på avdelingen, slik at man kan snakke uhemmet av taushetsplikten. Helsedirektoratet (2012) viser til en gjennomsnittlig møtetid ved poliklinisk rehabilitering på 2–4 ganger per uke, i 4–7 uker. Dette er i tråd med Andenæs et al., (2006) sine funn som viser til en rask bedring av funksjonsnivå de første ukene før det stabiliseres. Dette understøttes igjen ved at programmer med varighet på 12 uker eller mer ikke kan vise til bedre resultater (GOLD, 2017) enn den antatte optimale oppfølgingstiden på 6 til 8 uker (Zwerink et al, 2014) som Helsedirektoratet (2012) virker å følge. Dessverre sier ingen av forskningsartiklene noe om anbefalt intensitet, i form av varighet, hyppighet eller antall møter. Det kan også være fordelaktig at pårørende er tilstede ved minst én av samtalen, slik at de får kommet med sine synspunkter og bekymringer.

Vi har ikke tatt med oppfølging etter utskrivelse i vår oppgave, men anser det som naturlig at sykehuset samarbeider med kommunehelsetjenesten der pasientens tilstand etter utskrivelse krever det. Noen få steder er det dannet ambulante team med sykepleiere fra sykehus, som reiser hjem til pasienter med KOLS. Men tilbudet er tilnærmet utelukkende for pasienter med oksygen i hjemmet eller hvor palliativt team er til stede grunnet terminal kreftutvikling (Helsedirektoratet, 2012). Opprettelse av flere slike tjenester er ønskelig i følge Helsedirektoratets veileder (2012), men effekten er ikke forsket på. Et eventuelt oppfølgingstilbud av sykepleier fra sengepost er derfor noe vi anbefaler at utredes utover denne oppgaven.

Vi mener i likhet med Fagermoen (2015) at helsetjenesten bør utvikle nye, nettbaserte løsninger i pasientbehandling og -oppfølging. Dette vil være fordelaktig ved lang reisevei til behandlingsinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til tidsbesparende i sentrale områder for både helsepersonell og pasienter. Et eksempel på et slikt prosjekt i Norge er *KOLS-koffert* (Sorknaes et al., 2011). Denne består av en elektronisk diagnoseenhet med spirometri og måler for saturasjon og puls. Gjennom en skjerm får man toveis kommunikasjon med lyd og bilde mellom medisinsk personell og pasient. Pilotprosjektet gir en tidsbegrenset oppfølging av pasienter etter utskrivelse fra sykehus. De foreløpige resultatene viser at pasienter opplever bedre oppfølging og det fører til færre reinnleggelser (Sorknaes et al., 2011; Zanaboni & Wootton, 2016), men det er enda ikke opparbeidet internasjonal evidens for dette (GOLD, 2017).

5.3 Mål.

Hovedmålet med undervisningen er gitt i problemstillingen; å forebygge reinnleggelser av pasienter med KOLS. Når man ser på totalt antall innleggelser grunnet KOLS-forverring og astma ved helse Nord i 2010, var omtrent en tredjedel reinnleggelser (Melbye et al., 2012). Hovedmål og eventuelle delmål må være målbart og gjenkjennbart (Tveiten, 2012). De bør derfor settes tidlig og på en slik måte at vurderingsmetodene er på plass før oppstart, for å kunne dokumentere utviklingen underveis. Det er viktig at målene er tilpasset pasientens egne ønsker og drivkraft. Da kan målnet i seg selv virke motiverende (Tveiten, 2012).

Vårt mål med selve undervisningsplanen er å bruke pasientens egne definerte mål til å undervise om egen sykdom og oppmuntre til opplæring i effektive selvhjelpsteknikker når behovet for trygghet oppleves som truet.

5.4 Innhold.

Vi har tidligere nevnt at skillet mellom astmaanfall og KOLS-forverring klinisk manifesteres likt, med hovedsymptomene obstruktiv luftvei og hyperventilering. Derfor er det vanskelig å skille disse diagnosene fra hverandre (Jacobsen et al., 2010). Når vi ser dette i sammenheng med at KOLS-forverring kan være forårsaket av et angstanfall, sitter vi og pasienten igjen med tre patofysiologiske diagnoser som symptomatisk overlapper hverandre;

KOLS, astma og angst. Dette vil vi se nærmere på når vi nå drøfter innhold i undervisningen. Symptomet vi ønsker å fokusere på i utdanningsplanen er hovedsakelig hyperventilering, ettersom vi ser på dette som det symptomet som vi gi mest øking i livskvalitet å mestre. Det er som nevnt en naturlig konsekvens når man opplever behovet for trygghet som truet. I følge Willgloss et al. (2012) anser pasienter åndenød som en utløsende faktor til angst og panikkanfall. Det samstemmer med Baileys funn om at pasientene selv ikke ser på angst som en årsak til forverring (2004). Kort oppsummert betyr dette at pasienter kun erkjenner angst som et symptom forårsaket av den allerede tilstedeværende forverringen av symptomer, og ikke som en årsak til forverringen. Dette får oss til å undres om det er gitt mangelfull informasjon til disse pasientene eller om årsaken er at pasientene ikke klarer å erkjenne at de har angst. Gulsvik (2014) viser til at stigma rundt sykdommen kan være en årsak. Konsekvensen og opplevelsen av åndenød er like reell uavhengig av om utløsende årsak er psykisk eller fysisk. Det er forsket på teknikker som har som formål å gjenvinne kontroll for pasienten, som derfor vil være en naturlig del av innholdet i undervisningen. Disse vil vi presentere i avsnittet om arbeidsmåter.

Andenæs et al. (2006) skriver at når den fysiske belastningen øker, øker også symptomtrykket psykisk. Pasienter med KOLS kan derfor få redusert mestringssevne under aktivitet når de opplever pustebesvær, selv ved små anstrengelser (Willgloss et al., 2012). Frykten for å bli tungpustet kan føre til at pasienter bevisst unngår aktivitet som kan forverre symptomer. En slik repeterende, unnvikende atferd danner en barriere i hverdagen og er beskrevet av pasienter som en daglig kamp for å oppnå kontroll. Resultatet kan være inaktivitet som videre fører til at kroppen blir svakere og kompenserer dårligere når en forverring oppstår (Willgloss et al., 2012). Selv om tanken er god fra pasientens side, er konsekvensen uønsket. Sykepleier bør derfor informere om konsekvensene av slike valg på en tydeligere måte. Sykepleier må samtidig gi pasienten andre verktøy for å kunne ta kontroll over sykdommen. Vi mener at en slik bevisstgjøring vil kunne stimulere pasientens mestringssevne og forebygge inaktivitet. Dette støttes av Andenæs et al., (2014) som viser at rehabilitering av pasientgruppen gjennom fysisk aktivitet og tro på egen mestring, kan gi økt livskvalitet. Effekten av fysisk aktivitet alene, uten samtidig oppmuntring til mestringsstro, vil vi komme tilbake til i kapittel 5.5.3.

For pasienter med kroniske sykdommer som KOLS, er det fastlegen pasienten i hovedsak skal forholde seg til, noe flertallet gjør (Melbye et al., 2012). Melbye et al. fant videre at innleggelsesraten hos pasienter som kontaktet fastlegen, var lavere enn hos de som kontaktet legevakt. Det kan være grunnet fastlegens kjennskap til pasientens sykehistorie og muligheten til å tilby tettere oppfølging, som gjør de mer komfortabel med å behandle pasienten utenfor sykehus. Vår oppfatning er at dette forutsetter at pasienten tidlig, ved mild til moderat symptomøkning tar kontakt med fastlege. Vi har ikke lyktes i å finne tallmateriale på hvor mange kontakter som gjøres i kommunehelsetjenesten. Trolig stoppes mange innleggelser på dette nivået, det er derfor, som nevnt i kildekritikken, en svakhet at Melbye et al. (2012) sin forskning kun tar for seg pasienter som er blitt innlagt. Videre tror vi at dersom pasienten avventer eller ikke erkjenner forverringen, vil åndenøden bli så intens at pasienten ikke kan vente på fastlege som er timebasert. Slike akuttinnleggelser er tidvis indisert og kun 8 prosent av pasientene henvendte seg direkte til sykehus (Melbye et al., 2012). Vi har ingen tall for ambulanskontakter, slik at det reelle tallet for spesialisthelsetjenesten kan være noe høyere. Av alle innleggelser ved KOLS-forverring, både gjort ved klinisk undersøkelse av lege, telefoninnleggelser og direkte kontakt, fant Melbye et al. (2012) at en fjerdedel av pasientene var kandidater for en prøveordning hvor pasienter som ankommer sykehuset blir undersøkt i mottakelsen for oppstart av hjemmebehandling.

I likhet med KOLS-koffert-prosjektet, kan pasienter med KOLS ha stor nytte av å få tilgang til telefonrådgivning av fastlege, legevakt eller sykehuset når man opplever et behov for hjelp og støtte. Studier gjort av Melbye et al. (2012) viser at dette har ført til en reduksjon i antall innleggelser i Norge, selv om samme studie fant at mange ble direkte innlagt på sykehus ved telefonsamtalen, uten å fysisk bli undersøkt. Det kan diskuteres om det er tidsbesparende for pasienter som uansett ville blitt innlagt eller om det fører til unødvendige innleggelser som kunne blitt unngått av en legeundersøkelse samme dag, i forkant av en innleggelse. Melbye et al. (2012) fant at hyppigheten av slike telefoninnleggelser økte med pasientens alder. Noe av årsaken kan være alvorlighetsgrad av sykdommen, men også pasientens egen forventning om at innleggelse er påkrevd (Melbye et al., 2012). På bakgrunn av det ovennevnte vil det derfor være nyttig å videreføre deres tiltak om å undersøke pasienter ved ankomst for eventuell hjemmebehandling. Ved å informere pasienten om et tilbud utenfor sykehus og å ta opp denne forventningen om innleggelse med pasienten, kan trolig flere være villige til å prøve ut behandling i primærhelsetjenesten.

Det er derfor viktig at sykepleier informerer om alternative muligheter til pasienten før utskrivelse og oppgir de telefonnumre som er relevante.

5.5 Arbeidsmåter.

Pasientutdanning alene har ikke vist seg å være særlig effektivt (GOLD, 2017) og selvhjelpsteknikker alene er dårlig dokumentert (Willgloss et al., 2012; Panagioti et al., 2014). En Cochrane gjennomgang har derimot funnet at pasientutdanning kombinert med selvhjelpsteknikker, fulgt opp av helsepersonell, bedrer helse og fører til færre reinnleggelser og akutte helsekontakter (Zwerink et al., 2014). Vi vil derfor se nærmere på ulike tiltak vi mener bør inngå i rehabiliteringsfasen.

5.5.1 Undervisning

Kristoffersen (2014b) viser til pasientens udekkede behov for informasjon. Pasienten kan før møtet med sykepleier bli gjort kjent med hva som finnes av tilgjengelig læremateriell på avdelingen. Det kan være i form av brosjyrer, nettsider, pasientvideoer og arrangementer gjennom interesseorganisasjoner som Landsforeningen for hjerte- og lungesyke [LHL]. Dette er med på å gi pasienten et økt kunnskapsgrunnlag før møtet med sykepleier.

Oppfølgingssamtaler etter informasjonsinnhenting fra andre kilder er nødvendig ettersom læremateriell ikke er tilpasset den enkeltes situasjon, noe som kan skape unødig forvirring og bekymring.

Andre aktuelle arenaer for pasientopplæring etter utskrivelse, kan være å sette pasienten i kontakt med mestringskurs og KOLS-skole via spesialisthelsetjenestens Lærings- og mestringscenter, og pasientorganisasjonene LHL og Norges Astma- og Allergiforbund [NAAF].

Eide og Eide (2007) skriver at hjelpende kommunikasjon er en strukturert samtale mellom pasient og sykepleier, slik som utskrivningssamtalen basert på den didaktiske relasjonsmodellen er. Informasjonen vi ønsker å formidle er beskrevet under kapittel 4.2 i avsnittet om innhold. En viktig del av hjelpende kommunikasjon er å formidle informasjon på en klar og forståelig måte (Eide & Eide, 2007).

Sykepleier kan fortløpende supplere med kunnskap til pasienten når det er nødvendig eller det kan suppleres etter at pasienten har besvart de aktuelle spørsmål. Dalland (2012) viser til at den profesjonelle samtalen handler om å forstå hva det som blir sagt betyr for den man snakker med. Eksempelvis ved å stille spørsmål som “Når oppstod problemet og hva forårsaket dette?”. Da kan man få frem hvilke tanker pasienten gjorde seg i situasjonen.

Neste steg er å finne ut hva pasienten allerede gjør som forebygger forverring, både fysiske og psykiske tiltak, før man deretter utforsker hva som hindrer pasienten i å starte behandling hjemme i forbindelse med forverring av sykdommen. Hvordan er kommunikasjonen med fastlegen? Er det praktiske begrensninger som boforhold eller behov for hjemmesykepleie som bekymrer pasienten? Det er sykepleiers ansvar å organisere pasientens hjemkomst med primærhelsetjenesten. Informasjon som er gitt av sykepleier skal dokumenteres i pasientens journal (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Journalen følger pasienten i alle ledd av helsetjenesten, og dokumentasjonsplikten gitt av pasient- og brukerrettighetsloven er enda et argument for hvorfor vi mener undervisningsplanen bør være en sykepleieroppgave.

5.5.2 Behandlingsplan

Brukermedvirkning og individuell plan er en lovpålagt rettighet gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og er et anbefalt hjelpemiddel av Helsedirektoratet (2012) for å forebygge reinnleggelser. Zwerink et al. (2014) fant at en slik plan er så utbredt i forskningsprosjekter og implementert i standard pleie, at det er vanskelig å dokumentere effekten, da det foreligger få studier hvor det ikke er et hjelpemiddel. Pasienten må opplæres i symptomovervåking slik at man til korrekt tid kan iverksette tiltak, slik Kunnskapssenteret (2015) påpeker. Alle grader, men særlig alvorlig rammede pasienter med KOLS har nytte opplæring i egen sykdom og håndtering av denne (GOLD, 2017). Derfor må behandlingsplanen omhandle alle aspekter ved sykdommen, både i stabil fase og ved forverring, slik at pasienten med sikkerhet vet når de må oppsøke helsehjelp.

Helsetjenesten må oppfylle sin del av avtalen ved at det foreligger et helhetlig tilbud som kan imøtekomme den varierende symptombelastningen sykdommen medfører (Helsedirektoratet, 2012).

Medikamentell behandling av forverring vil være en sentral del av behandlingsplanen, men vil ikke være effektivt dersom pasienten ikke mestrer å forholde seg til planen eller ikke administrer legemidlene korrekt (GOLD, 2017)

Rent praktisk kan sykepleier ved utskrivelse lage avtaler om hjemmebehandling for gitte symptomer, i samråd med fastlege, og hjemmesykepleie for de som har behov for hjelp til medisiner. Dette støttes av Cochrane-gjennomgangen angående selvhjelp til pasienter med KOLS gjort av Zwerink et al. (2014). De fant at skriftlige handlingsplaner ved forverring utarbeidet av pasient og helsepersonell, forebygget reinnleggelser grunnet respiratorisk forverring, men også innleggelser generelt (GOLD, 2017). Pasienter som hadde slike handlingsplaner, oppga også å ha bedre helsestatus enn pasienter uten. Vi merket oss at det kommer ikke klart frem av artikkelen om det kan være at handlingsplaner kun er tilbudt til allerede velfungerende pasienter eller om det er selve tiltaket som skaper denne opplevde bedringen.

5.5.3 Selvhjelpsteknikker.

Som sykepleier ønsker vi å lære pasientens selv til å mestre og ta kontroll over egen sykdom. Dette kan gjøres ved å stimulere ressurser og muligheter (Eide & Eide, 2006). En slik arbeidsmetode heter på engelsk *self-management* og er en form for kognitiv atferdsterapi. Teknikkene må bygge på hva pasienten allerede gjør og hva pasienten vil være komfortabel med å prøve ut (Willgloss et al., 2012). Autonomi, eller selvbestemmelse (Slettebø, 2009), er ikke bare et etisk prinsipp, men også en lovpålagt rettighet i likhet med brukermedvirkning (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999) og innebærer at pasienten kan avstå fra tilbudet om opplæring i selvhjelpsteknikker.

Et eksempel på en selvhjelpsteknikk, kan være at pasienten snakker til seg selv og på den måten ser situasjonen annerledes (Willgloss et al., 2012). Kristoffersen (2014b) beskriver slike tilnærminger som tar sikte på å endre opplevelsen av en situasjon, men ikke den faktiske situasjonen, emosjonelt orientert mestring. I likhet med hjelpende kommunikasjon, kan det gi et alternativt perspektiv og åpne for nye handlingsvalg (Eide & Eide, 2007). Andre selvhjelpsteknikker kan være å lære pasienten praktiske tiltak, som pusteøvelser, som kan brukes alene eller i kombinasjon med andre tiltak.

Eksempelvis å puste gjennom sammenpressede lepper eller innøvde pustemønstre hvor pasienten bevisst tar kontroll over respirasjonsfrekvensen (Willgloss et al., 2012). Leppepust brukt under anstrengelse, medfører lavere respirasjonsfrekvens (Helsedirektoratet, 2012). Dette gjøres ved å lage en smal spalte med leppene under ekspirasjon, som skaper et positivt trykk under utpust. Ved hvile kan leppepust bidra til å senke respirasjonsfrekvensen og øke ventilasjonsvolumet, som igjen fører til at oksygenmetningen stiger.

I et tverrfaglig team med fysioterapeut, kan andre relevante selvhjelpstiltak være intensitetstilpasset trening, inspiratorisk muskeltrening, bruk av hvilestillinger og muskulær avspenning (Helsedirektoratet, 2012). Zwerink et al. (2014) kan ikke bevise bedring hverken i livskvalitet eller fysisk kapasitet, når de sammenligner programmer med og uten trening. Tilsvarende fant Andenæs et al. (2014) ingen sammenheng mellom mestringsfølelse og pasientens faktiske evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet. Vi velger å likevel beholde det som et tiltak, da det om ikke annet har en sosial funksjon og aktiviserer pasienten.

5.6 Vurdering.

En del av sykepleieprosessen (Tveiten, 2012) er å evaluere og vurdere resultatet av sykepleieintervensjonene som ble iverksatt for å ivareta pasientens behov. Som tidligere nevnt står det i pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 3–5 at ”personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene”. Sykepleier må derfor holde tett dialog med pasienten og forsikre seg om at den overordnede målsetning beholder fokus underveis i undervisningsplanen. Eide og Eide (2007) bruker begrepet målorientering om en slik tilnærming.

Måloppnåelsen kan vurderes av sykepleier på flere måter. Det kan være en test av kunnskaper knyttet til diagnose og behandling eller å måle endring i livskvalitet med standardiserte skjema. Spirometri er et viktig parameter på å følge lungefunksjonen (Giæver, 2015), men helsedirektoratet (2012) viser til at symptombelastning, livskvalitet og funksjonsnivå er vel så viktige parametere i vurdering av behandlingen. Videre anbefaler de KOLS-vurderingstest, forkortet CAT og klinisk KOLS-spørreskjema, forkortet CCQ.

Å følge utviklingen av skåringssummen anser vi som vel så relevant som initial skår, da det er bedring fra innleggelsen, eller begrensning av sykdomsutviklingen vi er ute etter, da KOLS er en progredierende sykdom (Jacobsen et al., 2010). Vi tror det kan være nyttig for pasienten å skrive dagbok om symptomer og hvordan pasienten håndterte de. Dette kan skape bevissthet over effekten av selvhjelp. Og minne pasienten på endringen mellom fortid og nåtid. En slik dagbok kan tas med til kontroller og gjennomgås med helsepersonell. På samme måte vil pasientjournalen være et essensielt verktøy i vurderingen.

6.0 AVSLUTNING

Å utarbeide en undervisningsplan er svært lik sykepleieprosessen (Tveiten, 2008). Det har vært veldig lærerikt å jobbe med systematisk fagutvikling og vi ser stor overføringsverdi, både til andre pasientgrupper og til andre arenaer som poliklinikker, hjemmesykepleie, sykehjem og fastlegekontor. Ved å lære pasienter å forebygge forverring og redusere angst, vil man kunne frigjøre betydelig behandlingsskapasitet i form av liggedøgn og sengeplasser (Stamsø, 2007). Dette vil være nødvendig ettersom kapasitetsproblemet vil være økende i årene som kommer, da stadig flere får diagnosen KOLS (Jacobsen et al., 2010).

Vi ble overrasket over funnet i GOLD (2017) som viser at pasientundervisning ikke har betydelig effekt hos pasientgruppen. Vår hensikt da vi gikk i gang med bacheloroppgaven og dens problemstilling, var å utarbeide en undervisningsmetodikk som alene kunne forebygge reinnleggelser. Etterhvert som vi søkte og forsterket eget kunnskapsgrunnlag, måtte vi erkjenne at det slett ikke var så enkelt. Vi tilpasset derfor oppgaven underveis til å omhandle opplæring i selvhjelpsteknikker i større grad enn forventet.

Hvorvidt én av selvhjelpsteknikkene er mer effektiv enn andre, står fremdeles uavklart, men forskningen viser at selvhjelpsteknikker direkte kan føre til færre reinnleggelser (Zwerink et al., 2014). Videre konkluderer Zwerink og Andenæs et al. (2006) med at det også øker pasientens livskvalitet. GOLD (2017) forholder seg i sine anbefalinger avventende, og setter fokus på behov for mer forskning på området.

Som nevnt innledningsvis er vårt inntrykk at sykepleierens pedagogiske funksjon, fagutvikling og forebygging blir nedprioritert til fordel for behandling. Vi har i denne prosessen avdekket hvordan kunnskapsbasert praksis tydelig oppfordrer til å kombinere undervisning med selvhjelp og mestringsopplæring. Vi undrer oss derfor over hvorfor det er brukt så mye midler på forskning som gjentatte ganger ikke viser seg ha effekt, og hvorfor forskningsprosjektene som har vist god effekt ikke implementeres i større grad i praksis.

Stamsø (2007) hevder at årsaken til at forebyggende arbeid og opplæring nedprioriteres kan være at effekten ikke er umiddelbar eller at den er vanskelig målbar. Ved å gjøre pasienten til en ressurs i egen sykdom, har vi stor tro på gevinst både for pasient og for helsevesen. Effekten av undervisningsplanen og forebygging av innleggelser avhenger i stor grad av helsetilbudet som møter pasienten hjemme. At innleggelser skal unngås i sin helhet, er et urealistisk mål, ettersom disse pasientene tidvis vil ha behov for behandling på sykehus. Over tid kan man forhåpentligvis se at antallet innleggelser per pasient som har mottatt undervisning, minker sammenlignet med tidligere eller med andre pasienter som ikke har mottatt de samme ressursene. Våre funn viser at pasienter gjennom kunnskap og forståelse kan vurdere symptomutvikling, alvorlighetsgrad og iverksette egenbehandling og bedre selv vurdere behov for kontakt med helsevesenet.

Vi anbefaler på bakgrunn av dette at utdanningsplan i selvhjelpsteknikker utprøves ytterligere for å finne de mest effektive teknikkene. Vi har tidligere fremhevet behovet for å utforske oppfølging med sykepleier fra sengepost etter utskrivelse, gjerne via ny teknologi. Mæland et al. (2012) fant mange kandidater til hjemmebehandling etter at de var avklart i akuttmottak, så det viser seg at behovet er til stede. Dette tiltaket og tilsvarende bruk av handlingsplaner bør utredes videre for å kunne innføres som vanlig praksis. Til sist ser vi et behov for kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten som nødvendig for å effektivt kunne forebygge reinnleggelser og redusere liggetid.

LITTERATURLISTE

- Andenæs, R., Bentsen, S.B., Hvinden, K., Fagermoen, M. S., Lerdal, A. (2014). The relationships of self-efficacy, physical activity, and paid work to health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, (7), 239–247. doi: 10.2147/JMDH.S62476
- Andenæs, R., Moum, T., Kalfoss, M.H. & Wahl, A.K. (2006). Changes in Health Status, Psychological Distress, and Quality of Life in COPD Patients after Hospitalization. *Quality of Life Research*, 15(2). DOI:10.1007/s11136-005-0890-7
- Bailey, P. H. (2004). The Dyspnea-Anxiety-Dyspnea Cycle-COPD Patients' Stories of Breathlessness: "It's Scary/When you Can't Breathe". *Qualitative Health Research*, 14(6), 760–778. doi: 10.1177/1049732304265973
- 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). doi: 10.1111/nhs.12031
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fagermoen, M. S. (2015). Pasientinformasjon: Vi trenger mer kunnskap. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 7–7. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0047.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur
- Giæver, P. (2015). *Lungesykdommer* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Gulsvik (2014). Lungesykdommer. I Dahl, A. A., Aarre, T. F., & Loge, J. H. (red) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 483–493). Oslo: Cappelen Damm
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD] (2017). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Hentet 15.04.17 fra <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>

- Hellesund, D (2015). UiB saksøker tidlegare tilsett. *På høyden; uavnhengig avis for UiB*. Hentet 27.04.2017 fra <http://pahoyden.no/2015/02/uib-saksokjer-tidlegare-tilsett>
- Helsedirektoratet (2012). *KOLS: Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, Diagnostisering og oppfølging*. (Nasjonale faglige retningslinjer IS-2029N)
- Helsedirektoratet (2016). *Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning*. Hentet 11.05.2017 fra: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/reinnleggelse-blant-eldre-30-dager-etter-utskrivning>
- Helseforskningsloven (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hem, K. G. & Eide, A. H. (2009): Levekår for personer med kols. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 127(5), 1465–1468. doi:10.4045/tidsskr.09.28233
- Håheim, L. L. & Lindahl, A.K. (2017). Helsetjenesteforskning og helsetjenestens kvalitet. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 137(6). doi: 10.4045/tidsskr.16.0615
- Høgskolen i Oslo og Akershus [HiOA] (2017). *Databaser*. Hentet 17. april 2017 fra <http://www.hioa.no/LSB/Databaser>
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2010). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Karolinska Institutet (Udatert). *Vad är nyttan med MeSH-termer*. Hentet 25. april 2017 fra <https://mesh.kib.ki.se/info/vad-ar-nyttan-med-mesh-termer>
- Kristoffersen, N. J. (2014a). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 337–385). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen (2014b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s.133–189). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapscenteret (2015). *Pasientsikkerhet: Reinnleggelse kan unngås med sammensatte tiltak*. Hentet 01.05.17 fra <http://www.kunnskapscenteret.no/nyheter/reinnleggelse-kan-unngas-med-sammensatte-tiltak>
- Melbye, H., Moe, P.C. & Arstad, F. (2012). Innleggelser ved forverring av astma og kols. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 132(14), 1607–1609. doi:10.4045/tidsskr.11.1310

- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- 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*, (11). doi: 10.2147/COPD.S72073
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regjeringen (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Hentet 14. april 2017 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. & Toverud, K. C. (2011). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Simpson, E. & Jones, M.C. (2013). An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients. *British Journal of Nursing*, 22(19). doi:10.12968/bjon.2013.22.19.1105
- Slettebø, Å (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sorknaes, A. D., Madsen, H., Hallas, J., Jest, P. & Hansen-Nord M. (2011). Nurse teleconsultations with discharged COPD patients reduce early readmissions – an interventional study. *The Clinical Respiratory Journal*, 5(1). doi: 10.1111/j.1752-699X.2010.00187.x.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stamsø, M. A. (2007). Prioritering av helsetjenester. I M. A. Stamsø (Red) *Velferdsstaten i endring* (s. 224–237). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Statistisk sentralbyrå (2016). *Røykevaner*. Hentet 14. april 2017 fra <https://ssb.no/helse/statistikker/royk>

- Svartdal, F. (2014). Fagfellelvurdering. I *Store norske leksikon*. Hentet 18. april 2017 fra <https://snl.no/fagfellelvurdering>
- Søk & Skriv (2015). *Kvalitative vurderinger*. Hentet 19. mars 2017 fra <http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kvalitative-vurderinger/>
- Søk & Skriv (2014). *Om Søk & Skriv*. Hentet 19. mars 2017 fra <http://sokogskriv.no/om-sok-skriv/>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Thorsen, R. (2014). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 105–126). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Willgloss, T. G., Youhannes, 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: The Journal of Acute and Critical Care*, 41(6), 562–571. doi:10.1016/j.hrtlng.2012.07.003
- Zanaboni, P. & Wootton, R. (2016). Adoption of routine telemedicine in Norwegian hospitals: progress over 5 years. *BMC Health Service Research*, 16(496). doi:10.1186/s12913-016-1743-5
- Zwerink, M., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P.-D., Zielhuis, G., Monninkhof, E., van der Palen, J., Frith, P. A. & Effing, T. (2014). Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub3

VEDLEGG 1 SØKEHISTORIKK

Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Artikkel
Cinahl	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Anxiety	2007–2017 + peer reviewed + dansk/engelsk/ norsk/svensk + full text + research article	19	An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients & Multiple symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Norway.
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Readmission	2007–2017 + peer reviewed + dansk/engelsk/ norsk/svensk + full text + research article	18	
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Readmission AND Patient Education	2007–2017 + peer reviewed + dansk/engelsk/ norsk/svensk + full text	3	
	“Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Readmission” AND “Anxiety OR Patient Education OR Nursing OR Rehabilitation”	2007–2017 + peer reviewed + dansk/engelsk/ norsk/svensk + full text	10	

Medline	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Patient Education as Topic	Full text + review articles + 2007–current + dansk/engelsk/norsk/svensk	12	
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Patient Readmission	Full text + review articles + 2007–current + dansk/engelsk/norsk/svensk	0	
	“Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Patient Education as Topic” AND “Anxiety OR Readmission OR Nursing OR Rehabilitation”	Full text + review articles + 2007–current + dansk/engelsk/norsk/svensk	3	
SveMed+	“Kroniskt obstruktiv lungsjukdom” AND “Ångest OR Patientinformation som ämne OR Sjuksköterskeprofessionen OR Rehabilitering OR Återintagning	2007–2017 + Peer reviewed tidsskrifter	47	
	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom AND Patientinformation som ämne AND Återintagning	2007–2017	0	
	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom AND Patientinformation som ämne	2007–2017 + Peer reviewed tidsskrifter	15	
	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom AND Ångest	2007–2017 + Peer reviewed tidsskrifter	6	
	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom AND Återintagning	2007–2017 + Peer reviewed tidsskrifter	5	

Cochrane Database of Systematic Reviews	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Patient Education as Topic	2007–2017	112	
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Patient Education as Topic AND Patient Readmission	2007–2017	4	
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Patient Education as Topic AND Nursing	2007–2017	19	Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease
PubMed	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Patient Education as Topic	Full text + 10 years + English	78	
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Patient Education as Topic AND Patient Readmission	Full text + 10 years + English + review	0	
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Patient Education as Topic AND Anxiety	Full text + 10 years + English + review	5	
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Anxiety	Full text + 10 years + English + Review	76	Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. &

				“Everything was spiraling out of control”: experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease.
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Nursing AND Anxiety	Full text + 10 years + English + Review	10	