



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 359

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Helsekompetanse og KOLS		
Antall ord *:	7900		
Engelsk tittel *:	Health literacy and COPD		
Egenerklæring *:	Ja	Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:	Nei
			Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Helsekompetanse og KOLS

Health literacy and COPD

Kandidatnummer: 359

Bachelor i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Campus Haugesund
Innlevering 06.05.20 kl 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Bakgrunn: Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en av de hyppigste årsakene til sykdom og død, globalt sett. Ifølge Verdens helse organisasjon (WHO) er KOLS anslått til å være den tredje største dødsårsaken innen år 2030. Som snart ferdig utdannet sykepleier, skal jeg snart jobbe med denne pasientgruppen. Bakgrunnen for mitt valg var for å øke min kompetanse for å være bedre ruset i arbeid med disse pasientene.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til økt health literacy i forhold til legemiddelbruk hos pasienter med KOLS.

Hensikt: Denne oppgaven omhandler Health literacy med fokus på bruk av medikamenter, da legemidler er første linjen i behandling av KOLS. Da spesialisthelsetjenesten ofte er en arena hvor vi møter pasienter i en forverringsfase og trenger øyeblikkelig hjelp, vil jeg se på hvordan dette møte er i spesialisthelsetjenesten. Videre i oppgaven vil fokuset være hvordan sykepleierne på best mulig måte kan veilede og undervise disse pasientene for å øke pasientens helsekompetanse i rett legemiddelbruk.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie hvor fem forskningsartikler er brukt og senere drøftet med egne forståelse og litteratur.

Funn: Forskningen viser at det er økt behov for health literacy, og at økt helsekompetanse fører til bedre livskvalitet, mindre sykehusinnleggelse, samt gir økonomisk vinning. Hovedfunnene viser at tilstrekkelig, individualisert og tilpasset informasjon og veiledning skaper er godt fundament for økt helsekompetanse hos pasienter med KOLS. Sykepleiernes kompetanse, evne til å undervise og formidle er essensielt i arbeid med pasienter med KOLS.

Oppsummering: Pasienter med KOLS er avhengig av gode undervisnings- og veiledningstilbud i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. For å øke kompetansen hos denne pasientgruppen er en avhengig av sykepleiere med kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter. Hvor sykepleiere kan i møte med pasienten vise forståelse og støtte gjennom individualisert undervisning. For å oppnå dette har vær enkelt sykepleiere et eget ansvar i holde seg faglig oppdatert.

Abstract

Background: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of the most frequently causes of illness and death, globally. According to the World Health Organization (WHO), COPD is estimated to be the third leading cause of death by year 2030.

Problem position, issues: How can nurses contribute to increase health literacy with a focus on medication use in patients with COPD?

Purpose: This thesis is about health literacy with a focus on the use of medication, as medications are the first line in the treatment of COPD. As the specialist health service is often an arena where we meet patients in a deterioration phase and need immediate help. I will look at how this meeting is in the specialist health service. Further in the assignment, the focus will be on how nurses can best guide and teach these patients to increase the patients' health literacy in the right medication use.

Method: The thesis is a systematic literature study in which five research articles have been used and later discussed with literature and my own understanding.

Findings: The research shows that there is an increased need for health literacy, and that increased health literacy leads to better quality of life, smaller hospitalizations, and financial gain. The main findings show that adequate, individualized and adapted information and guidance creates a good foundation for increased health literacy in patients with COPD. The nurses' competence, ability to teach and communicate is essential in working with patients with COPD.

Summary: Patients with COPD depends on sufficient teaching and guidance offers in both specialist and primary care service. To increase the health literacy among this patient group, it is necessary with competent nurses with good communication skills. Through communication nurses can show understanding and support through individualized teaching in conjunction with the patients. To achieve this, each nurse has their own responsibility to keep themselves professionally updated.

Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Personlig relevans	4
1.3 Hensikt.....	5
1.4 Problemstilling	5
1.5 Avgrensning.....	5
2.0 Teori	6
2.1 Health literacy.....	6
2.2 Valg av teori	7
2.2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom <i>Hva er KOLS?</i>	7
2.2.2 Sykepleierens ansvarsområder	9
2.2.3 Kommunikasjon.....	10
3.0 Metode	10
3.1 Hva er metode?.....	10
3.2 Litteraturstudie som metode	11
3.3 Praktisk fremgangsmåte ved litteratursøk	11
3.3 Metodekritikk.....	13
3.5 Kildekritikk	13
3.6 Forskningsetikk.....	14
4.0 Presentasjon av artiklene	14
4.1 Artikkel 1.	14
4.2 Artikkel 2.	15
4.3 Artikkel 3.	15
4.4 Artikkel 4.	16
4.5 Artikkel 5.	17
4.6 Oppsummering av funn.....	17
5.0 Drøfting	18
5.1 Viktigheten av å øke health literacy hos kolspasienter	18
5.2 Utfordringer med legemiddelbruk hos pasienter med KOLS.....	19
5.3 Helsepersonells kompetanse	21
5.4 Viktigheten og effekten av pasientundervisning med fokus på inhalasjonsteknikk	23
6.0 Konklusjon	25
Referanseliste	26
Vedlegg 1. Søkehistorikk og funn	30
Vedlegg 2. Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie	32

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2019 ble det lansert en ny strategi for å øke helsekompetansen hos den norske befolkningen. Strategien handler ikke bare om hvordan en kan øke helsekompetansen hos pasienter og brukere, men også hvordan kommunikasjonen kan bedres mellom helsetjenesten og de som trenger helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Health literacy er et begrep som har fått mer og mer plass i den norske sykepleierutdanningen. Begrepet er den nærmeste oversettelsen vi kommer det norske begrepet helsekompetanse.

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en av de hyppigste årsakene til sykdom og død, globalt sett. Ifølge Verdens helse organisasjon (WHO) er KOLS anslått til å være den tredje største dødsårsaken innen år 2030 (WHO, u.å). I Norge lever omkring 150 000 personer med KOLS (Astma- og allergiforbundet, 2019). I tillegg er diagnosen underdiagnostisert, som vil si mange har KOLS uten å vite det. KOLS er en progredierende sykdom, som vil si tilstanden vil forverres over tid. Sammenlignet med andre lungesykdommer er KOLS den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelse (Grundt & Mjell, 2016, s. 239). Pasientene blir da behandlingstrengende og innlagt med akutte forverringer i respirasjonen. Dette betyr at som sykepleier står vi ovenfor en voksende pasientgruppe som trenger informasjon og opplæring for å kunne håndtere og mestre sin sykdom på best mulig måte.

1.2 Personlig relevans

I løpet av de siste årene har jeg gjennom praksis og jobb vært tett på pasienter som lever med lungesykdommer. Da spesielt pasienter med KOLS. Mange av disse pasientene har varierende kunnskapshull når det gjelder deres kolsdiagnose. Det kan være manglende kunnskap om medisinbruk, pusteteknikker og slimdrenasje eller fysisk aktivitet og ernæring. I forbindelse med dette, finnes det allerede ulike tilbud både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten som kan bidra til å mestre livet med kols. Eksempler på dette er lungerehabiliteringskurs, e-læringskurs, kols-linje og andre frivillige lokale grupper som tilbyr samtale, som likemenn. Likemenn er andre som lever med KOLS, som kan være en resurs når en har spørsmål eller bekymringer rundt sykdommen.

Forholdet mellom health literacy og KOLS er et relevant tema fordi jeg som sykepleier skal jobbe ved lungeavdelingen, Haugesund sykehus. På bakgrunn av dette vil det være interessant og ikke minst lærerikt å fordype meg i temaet rundt health literacy og pasienter med KOLS.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne mer ut om hvordan sykepleiere kan bidra til økt helsekompetanse hos pasienter med KOLS. Dette ved å studere ulike forskningsartikler, bruk av sykepleiefaglig litteratur og pensum. Rett bruk av inhalasjonsmedisiner hos pasienter med KOLS er avgjørende for at pasienten kan ivareta egenbehandling og forebygge videre sykdomsutvikling, samt bedre livskvaliteten.

1.4 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til økt health literacy i forhold til legemiddelbruk hos pasienter med KOLS.

1.5 Avgrensning

Oppgaven er avgrenset slik at den omhandler pasienter som lever med KOLS og hva en som sykepleier kan gjøre for at pasientene får økt sin helsekompetanse. Slik at pasientene på den måten kan oppleve mestring tross sykdommens utfordringer og begrensninger. For at oppgaven ikke skal bli for omfattende, vil jeg ikke gå dypt inn på de pårørendes rolle. Oppgaven er ikke avgrenset til hvilken fase av sykdommen pasientene befinner seg i, da tanken er at alle pasientene har et behov for å mestre sin sykdom.

Legemiddelbehandling er førstelinjen i behandlingen av KOLS, dermed vil denne oppgaven omhandle health literacy med fokus på bruk av medikamenter. Jeg kommer ikke til å fokusere på andre områder som håndtering av tungpust, slimdrenasje eller ernæring. Jeg ønsker først og fremst å se på pasienter med kols i møte med spesialisthelsetjenesten. Da dette ofte er en arena hvor pasienten er i en forverringsfase og trenger hjelp «her og nå». Den behandlingen og hjelpen de får her, kan danne en grunnmur for den videre oppfølgingen de får i primærhelsetjenesten.

2.0 Teori

I denne litteraturstudien har jeg valgt å bruke begrepet health literacy som teoretisk perspektiv. Dette gjenspeiles også i problemstillingen. Begrepet er relevant fordi det er sentralt i det å leve med kols.

2.1 Health literacy

Tidligere har det ikke vært omforent et norsk begrep for health literacy. Helse og omsorgsdepartementet har til slutt kommet frem til at helsekompetanse er det mest dekkende begrepet. Noe som også støttes av Språkrådet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019,).

Helse- og omsorgsdepartementet (2019, s. 4) definerer begrepet Health literacy som: «Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten». Det finnes derimot langt flere definisjoner, men felles er at de alle omhandler evne, ferdigheter eller kapasitet til å forholde seg til helseinformasjon og ta helsefremmende valg (Finbråten, 2018, s. 89). En persons nivå av health literacy kan måles ved enkelte tester. Lav eller høy grad av health literacy kan si noe om hvilken evne en har til å forstå og anvende den helseinformasjonen. Det er derfor helt nødvendig som helsepersonell å besitte gode kommunikasjonsferdigheter i arbeidet om å øke pasienter og brukeres helsekompetanse (Jenum & Pettersen, 2014).

Health literacy er relevant i evnen til å mestre ulike livssituasjoner. Det kan være brukere av helse- og omsorgstjenester, men også i forebyggende arbeid til personer med økt sykdomsrisiko eller friske som skal forholde seg til helsefremmende informasjon og tiltak. Innenfor helse sidestilles ofte begrepene mestring og empowerment. I helserelevante situasjoner vil empowerment handle om å finne styrker og ressurser hos et menneske slik at denne personen blir i stand til å leve med sine funksjonsnedsettelse, og dermed takle hverdagsutfordringer. Dette for å oppleve kontroll over eget liv (Askheim, 2012, s. 67).

For en med KOLS, handler begrepet health literacy å ha kunnskap om hvordan en på best mulig måte kan håndtere og leve med sykdommen. Det er flere faktorer som kan ha en positiv effekt på livskvaliteten, som livsstilsendring, trening, røykeslutt og ulike legemidler. Det er da

derimot nødvendig med motivasjon og visse ferdigheter, som vilje og styrke. For noen er det også nødvendig med støtte fra familie og venner.

2.2 Valg av teori

Under vil jeg gi en avklaring på de ulike begrepene KOLS, sykepleierens ansvarsområde og kommunikasjons som vil være et utgangspunkt for drøftingen i denne oppgaven.

2.2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Hva er KOLS?

Kols er en samlebetegnelse for sykdommer i luftveiene med økt irreversibel luftveismotstand, som hovedsakelig omfatter kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem, samt en kombinasjon av disse. Sykdommen er progredierende, som vil si tilstanden vil forverres over tid.

Årsaker: Tobakksrøyking er hovedårsaken til KOLS. Ofte sigarett røyking, men også passiv røyking kan gi symptomer og utvikle KOLS. Langvarig eksponering for støv og kjemikalier, forurensing av kull, olje og gass er andre årsaker. Faktisk er matlaging og dårlig ventilerte boliger også hyppige årsaker på verdensbasis. Det er viktig å nevne at Astma er en egen risikofaktor for KOLS (Grundt & Mjell, 2016, s. 240).

Typer: KOLS utvikler seg over tid, og vi deler KOLS inn i fire stadier. Hvert stadium klassifiseres etter alvorlighetsgrad på grunnlag av spirometri. Den internasjonale stadieinndelingen er utarbeidet av Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD-scale) (Grundt & Mjell, 2016, s. 240). Kort fortalt klassifiseres stadium I som mild kols, stadium II moderat kols, stadium III alvorlig kols og stadium IIII som svært alvorlig kols. Sistnevnte vil påvirke pasientens livskvalitet betydelig og forverringer kan være livstruende (Bakkelund, Thorsen, Almås, Sorknæs & Grønseth, 2016, s. 135).

Symptomer og funn: Ved kronisk obstruktiv bronkitt har pasienten produktiv hoste og inflammasjon i luftveiene som gir økt luftveismotstand. Når lungene mister sin elastisitet og vevet i alveolene ødelegges kalles det emfysem. Dette gir redusert diffusjonsflate og kapillærsirkulasjon i lungene, som igjen fører til nedsatt gassutveksling. Ved kols opplever pasienten dermed kronisk hoste, økt slimproduksjon og tung pust (Bakkelund et al, 2016, s.

133-134). Ved alvorlig KOLS kan også pasienten utvikle andre sykdommer, som høyresidig hjertesvikt uten at jeg vil gå nærmere inn på dette (Grundt & Mjell, 2016, s.240).

Diagnostikk: En undersøkelse med spirometri er nødvendig for å stille en KOLS-diagnose. Ved spirometri måles pasientens forsert ekspirasjon (FEV) og forsert vitalkapasitet (FVK), som er pasientens maksimale evne til å puste ut etter dyp innpust. FEV1 er derimot mengden luft pasienten klarer å puste ut i løpet av et sekund. Hos pasienter med KOLS er ofte både FVK og FEV1 redusert. Det er FEV1 som bestemmer pasientens alvorlighetsgrad, jamfør Gold Guidelines (Grundt & Mjell, 2016, s. 241).

Behandling: For KOLS er det utarbeidet egne retningslinjer for behandling: Global Intiativ for Chronic Obstrucitve Lung Disease (GOLD). Ved KOLS går medikamentbehandlingen på symptomlindring og redusere risikoen for fremtidige forverringer. Valg av behandling må tilpasses pasienten da forholdet mellom alvorligheten av symptomer, luftveisbegrensning og forverringers alvorlighetsgrad varierer for hver enkelt pasient (GOLD, 2020, s. 43). De aktuelle legemiddelgruppene er bronkodilatorer, kombinasjon av langtidsvirkende adrenerge beta-2-agonister (LABA) og kortikosteroider (ICS) (Lund, et al, 2012, s. 79).

Virkningsmekanismen er ulik hos legemidlene, og ofte er det gunstig med en kombinasjon av disse (Bakkeland, et al, 2016, s. 135). Det brukes tre typer bronkodilatorer, adrenerge beta-2-agonister (kort-eller langtidsvirkende). Til inhalasjon, intravenøst eller i tablettform.

Antikolinerge legemidler (kort-eller langtidsvirkende inhalasjonsmedisin). Den siste typen er Teofyllin i tablettform eller intravenøs infusjon. Dette brukes ved alvorlig kols og kun som vedlikeholdsbehandling grunnet bivirkninger (Bakkeland, et al, 2016, s. 135).

Glukokortikoider er et annet legemiddel som finnes i tablettform og til inhalasjon. Denne type legemiddel har antiinflammatorisk virkning på bronkieveggene når ødem og økt slimdannelse gjør bronkiene trangere. Annen behandling kan være antibiotika, kur med Prednisolon, oksygenbehandling, røykeslutt, rehabilitering og trening, samt undervisning og veiledning (Bakkeland, et al, 2016, s. 136). Dette er viktig for at pasienten kan ivareta egenbehandling og forebygge videre sykdomsutvikling og forverring og bedre livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012).

Mye av ansvaret for oppfølgingen av kols faller ofte på pasienten selv. Et tverrfaglig team av leger, fysioterapeuter og sykepleiere har derimot et viktig ansvar å sørge for å gi informasjon,

veiledning og undervisning, slik at pasienten kan leve godt med sykdommen. Dette gjelder ikke bare i startfasen, men underveis og i alle faser av sykdomsutviklingen (Bakkeland, et al, 2016, s. 171).

Ved KOLS og andre lungesykdommer kan det få konsekvenser for pasientens grunnleggende behov. Eksempler på dette er rask puls (takykardi) på grunn av oksygentilbudet er lavere enn pasientens oksygenbehov, tung pust (dyspné) er en velkjent utforing. Det gir et ubehag og en følelse av å ikke få inn nok luft. Sekretoppnopning og hoste er plagsomt og slitsomt for mange pasienter. Hoste er kroppens mekanisme for å løsne opp slim, når pasienten er fysisk sliten etter respirasjonsarbeid kan dette føre til sekret blir liggende i luftveiene og fører til ubehag og økt fare for infeksjoner (Bakkeland, et al, 2016, s. 137). Dyspné er en skremmende opplevelse for pasienten, og ofte ser en at pasienten sliter med å roe seg ned. Opplevelsen gir en følelse av å bli kvelt og mange pasienter blir engstelig og redde for det å dø. Dermed er alvorlig KOLS ofte knyttet sammen med angst, sårbarhet og depresjoner (Bakkeland, et al 2016, s. 138). Andre utfordringer pasienter med KOLS kan stå ovenfor er skam, stigmatisering, sosial isolasjon, dehydrering, underernæring og vekttap (Bakkeland, et al, 2016, s. 139).

2.2.2 Sykepleierens ansvarsområder

Sykepleie som yrke omfatter åtte funksjons- og ansvarsområder og har utgangspunkt i en rammeplan. Helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrering og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og til slutt forskning (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 17).

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3.2 ser vi at sykepleierens pedagogiske funksjon skal gjennom pasientens rettigheter til å få nødvendig informasjon angående egen helsetilstand. Informasjonen skal være individuelt tilpasset, hvor alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn spiller inn. Det står også at som helsepersonell har et ansvar i å forsikre seg at informasjonen er forstått jf §3-5 Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Dette står også i Helsepersonelloven (1999) som omhandler vår informasjonsplikt § 10.

Det er flere funksjonsområder som er aktuelle, de som jeg vil legge mest på vekt på i denne oppgaven er områdene helsefremming, rehabilitering, undervisning og veiledning. For å kunne drive disse funksjonsområdene på en god måte trenger en tilstrekkelige

kommunikasjonsferdigheter. Dermed finner jeg det naturlig at dette også blir en del av oppgaven.

2.2.3 Kommunikasjon

Vi deler gjerne kommunikasjonsferdigheter i to, verbale og nonverbale. Verbal kommunikasjon blir uttrykt med ord, mens nonverbal kommunikasjon vises gjennom kroppsholdninger, ansiktsuttrykk, holdninger og tonefall. Det ordløse språket.

Profesjonell kommunikasjon avviker fra den vanlige daglige kommunikasjonen. Hvor en profesjonell hjelper kommuniserer med en som søker tjeneste og assistanse av ulike årsaker. Denne type kommunikasjon er basert på sykepleiens verdigrunnlag (Eide & Eide, 2004, s. 16-17). Som også gjenspeiles i de yrkesfaglige retningslinjer (NSF, u.å). Å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter er vesentlig i jobben som sykepleier. Det finnes dermed ulike ferdigheter som bør beherskes for å lettere mestre ulike situasjoner som oppstår i yrket. Disse ferdighetene kan også trenes.

- 1: å lytte,
 - 2: å observere og forstå den andres verbale og nonverbale signaler,
 - 3: å skape likeverd mellom partene,
 - 4: møte den andres behov og ønsker,
 - 5: å stimulere den andres ressurser og muligheter,
 - 6: å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon,
 - 7: å formidle informasjon på en klar måte,
 - 8: å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg,
 - 9: være åpen for vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål,
 - 10: å samarbeide om å finne frem til gode løsninger
- (Eide & Eide, 2004, s. 23).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Vilhelm Aubert referert i Dalland (2017, s.50) definerer metode som «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder». Valg av metode avhenger av hva som skal undersøkes, dermed finnes det ulike metodiske fremgangsmåter.

Når en velger en bestemt metode må en derfor se hvilken metode som vil belyse den bestemte problemstillingen på mest mulig måte (Dalland, 2017, s. 51-52).

Vi skiller mellom kvalitativ og kvantitative metoder, hvor begge metodene bidrar hver sin måte til bedre forståelse av samfunnet. Kvalitative metoder tar på sikte å se på meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes. De kvantitative metodene derimot gir data i målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). Det gjør det mulig å for eksempel finne ut hvor mange pasienter med KOLS som får et rehabiliteringstilbud eller finne gjennomsnittsalderen hos de med KOLS. En kan si at kvalitative metoder går i dybden, kvantitative går derimot i bredden av forståelsen av problemstillingen.

I denne litteraturstudien er det tatt i bruk både kvalitativ og kvantitativ forskning. Det er også inkludert to kohort studier.

3.2 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven benyttes en litteraturstudie. Ved bruk av denne metoden gjør en systematiske søk etter kunnskap fra allerede eksisterende skriftlige kilder. Hensikten er å svare på problemstillingen, samt gi god forståelse av kunnskapen på det aktuelle område (Thidemann, 2019, 77-78). Når en anvender litteraturstudie som metode gir det muligheten til å belyse problemstillingen ved å kombinere ulik forskning. En kan si at litteraturstudie er systematisering av kunnskap hvor den søkes frem, samles, vurderes og samfattes (Støren, 2010, s. 18).

Til denne oppgaven har jeg brukt relevant pensum, forskningsartikler, retningslinjer, lovverk og annen litteratur. Det har vært noen utfordringer å få tak i den mest oppdaterte litteraturen, derfor er nasjonalbiblioteket sine nettsider tatt i bruk. Den inkluderte teorien er derimot nøye vurdert med tanke på relevans og utdatert litteratur.

3.3 Praktisk fremgangsmåte ved litteratursøk

Mine systematiske litteratursøk er gjennomført i Cinahl, da denne databasen inneholder relevant forskning for min problemstilling. Fremgangsmåten er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

Jeg utførte noen prøvesøk for å undersøke hva som kunne være relevant for min oppgave, her fikk jeg veldig mange treff og måtte derfor stramme inn søket og finne gode søkeord. Dermed i andre søk valgte jeg også å inkludere synonymene patient education, chronic disease og pulmonary disease, dette gav 52 treff. Søket gav noen interessante treff, men ikke noe som traff min problemstilling. Da jeg derimot la til søkeordet self-management fikk jeg 34 treff og leste gjennom alle titlene. Deretter leste jeg gjennom 10 sammendrag. Dette søket gav meg 2 relevante artikler som jeg ønsker å ta i bruk i denne litteraturstudien. «Self-treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease requires more than symptom recognition – a qualitative study of COPD patients’ perspectives on self-treatment (Laue, Melbye & Risør, 2017)” og “The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: a propensity score matching with a difference-in-difference regression approach (Sari & Osman, 2015).”

I mitt tredje søk brukte jeg databasen Medline. Brukte også her søkeordene “Pulmonary disease”, “chronic obstructive” AND “health literacy”. Avgrenset søket til de siste 5 årene. Her fikk jeg 28 treff, bladde meg gjennom alle treff. Leste meg gjennom overskrifter og sammendrag og fant to artikler som passet inn i min oppgave. Det var også under dette søket jeg kom frem til at mye av forskningen omhandler health literacy og bruk av KOLS-medisiner. Opprinnelig var tanken at denne oppgaven skulle se på flere av aspektene ved health literacy hos pasienter med KOLS, det blir dog for omfattende. Funnene i dette søket ble, “The impact of health literacy level on inhaler technique in patients with chronic obstructive pulmonary disease (Beatty, Flynn & Costello, 2017) og “Impact of medical education program on COPD patients: a cohort prospective study” (Oancea, Fira-Mladinescu, Timar & Tudorache, 2015).

Til slutt gjorde jeg et enkelt søk i Google Scholar for å undersøke om det var noe mer spennende jeg kanskje hadde gått glipp av. Kom over artikkelen «Effect of health literacy and cognitive abilities on COPD self-management behaviors” (O’Conor et al, 2019). Synes den hadde en interessant vinkling og valgte derfor å også inkludere denne artikkelen i min litteraturstudie.

3.3 Metodekritikk

Å vurdere metoden som er blitt brukt handler om å være kritisk til bruken av akkurat denne metoden. Å stille spørsmål til om metoden er den rette for å svare på problemstillingen ved å vurdere fordeler og ulemper (Dalland, 2017, s. 55).

I mitt litteratursøk fikk jeg mange treff som omhandlet både KOLS og helsekompetanse. Det var en utfordring å trekke ut de enkelte artiklene. Med de inkluderte artiklene ønsket jeg å spisse meg inn på problemstillingen, samt unngå at artiklene ble for svevende i forhold til temaet. Jeg ønsker at forskningsartiklene skulle direkte handle om pasientopplæring, mestring og selvbehandling i forhold til kronisk obstruktiv lungesykdom. Man kan derimot ikke være sikker på om man har valgt de mest relevante artiklene. Det bør også tas til betraktning at artiklene er på engelsk og det er en mulighet for at jeg har tolket funnene og resultatene feil.

3.5 Kildekritikk

For å sjekke om en kilde er holdbar må vi ta i bruk en prosess som kalles kildekritikk. I denne prosessen vurderes både kildens kvalitet og hvorvidt den er relevant for den aktuelle oppgaven (Dalland & Trygstad, 2017, s. 150). Hensikten med kildekritikk er at leseren skal forstå hvorfor en kilde er blitt valgt ut, samt se dens relevans i belysningen av problemstillingen (Dalland, & Trygstad, 2017, s. 158).

Under mine litteratursøk har jeg tatt i bruk IMRAD-strukturen, som er mye brukt i oppbygningen av forskningsartikler. Her finne vi introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s. 163). I tillegg har jeg tatt i bruk sjekklister som er hentet fra helsebiblioteket.no, dette for å undersøke om artiklene er gode. Sjekklisten finner en i vedlegg 2.

Mine kriterier for denne litteraturstudien var at forskningen måtte omhandle opplæring, helsekompetanse eller mestring hos pasienter med kols, og hvilke tiltak en kan sette i gang som sykepleier for å bidra på dette område. Underveis i søkene mine, så jeg først på artiklenes tittel, deretter leste gjennom sammendraget før jeg valgte ut hvilke artikler jeg leste fullstendig. Dermed kom jeg frem til fem forskningsartikler som passet mine kriterier. Med relevans til både oppgaven og meg som sykepleier.

3.6 Forskningsetikk

Forskningsetikk dreier som å vurdere forskningen i forhold til hvilke normer og verdier samfunnet har. Vurderingen omfatter studien fra start til slutt, fra planlegging, gjennomføring til hvordan resultater blir presentert (Dalland, 2017, 236). Dalland sier også at forskningsetikk skal sørge for ivaretagelse av personvern, og hindre deltakerne å bli påført skade eller stor belastning. Til å ta de forskningsetiske vurderingene har vi Norsk senter for forskningsdata (NSD), Personvernombudet og de Nasjonale forskningsetiske komiteene. Det er ingenting som tyder på at noen av de inkluderte artiklene ikke er etisk forsvarlig.

4.0 Presentasjon av artiklene

4.1 Artikkel 1.

Self-treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease requires more than symptom recognition – a qualitative study of COPD patients' perspectives on self-treatment (Laue et al, 2017).

Bakgrunn: Med denne studien ønsket forfatterne å få et dypere innblikk i hvordan pasienter med kols klarer å forholde seg til egenbehandling av akutte kolsforverring. Rask bedring ved disse forverringene er avhengig av tidlig behandling. Egenbehandling har vist seg å være lovende med tanke på å redusere forekomsten av sykehusinnleggelse, død og andre helsekostnader. Det gjenstår derimot å vite effekten av egenbehandling når pasienten ikke er en del av egenbehandlings-program for akutte kolsforverring.

Metode: Dette er en kvalitativ studie, hvor det ble tatt i bruk semi-strukturerte dybdeintervjuer. Dette for å få en god oversikt over deltakernes opplevelser og meninger. 19 pasienter ble intervjuet, hvor intervjuene foregikk i deres hjem eller ved Universitetet i Tromsø.

Resultat: Egenbehandlingen inkluderte bruk av antibiotika og inhalasjonsmedisin med kortikosteroider. I tillegg ble deltakerne godt informert med kunnskap om gjenkjenning av symptomer og hvordan respondere på disse. Til tross for at noen pasienter fikk god nytte av egenbehandlingen, fant de alle tryggheten av tilgang på helsepersonell når egen kunnskap ikke strakk til.

Konklusjon: Studien konkluderte med at egenbehandling med antibiotika og inhalasjonsmedisiner er et godt alternativ til tradisjonell helsehjelp. Spesielt til pasienter med hyppige kolsforverring. Hvordan pasientene forholdt seg til egenbehandlingen varierte ut fra deres bekymringer til medisinenes bivirkninger, samt deres forståelse og egne preferanser

til egenbehandlingen. Avslutningsvis konkluderte studien med at dette bør være en del av den rutinemessige pleien, og kan hjelpe helsepersonell til å ta dette med i den personsentrerte omsorgen.

4.2 Artikkel 2.

The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: a propensity score matching with a difference-in-difference regression approach (Sari & Osman, 2015).

Bakgrunn: Dette er en kvantitativ studie. Formålet med denne studien var å vurdere effektiviteten av spirometri tester sammen med pasient undervisning. Da med spesielt fokus på bruk av medisiner hos både kols og astma pasienter. Feil bruk av medisiner er en av de mest kritiske feilene pasienter gjør ved behandling av kroniske sykdommer, som kols. Dette er ganske vanlig hos denne pasientgruppen. Dermed la en lungeklinikk i Canada opp til en intervensjon som sørget for tilgang på høykvalitetsopplæring, samt spirometri til pasienter med kols.

Metode: 185 kols og astma pasienter deltok i intervensjonen, som alle ble kontaktet av deres kontaktlege. I tillegg til intervensjonsgruppen ble det opprettet en kontrollgruppe..

Resultat: I studien kom de frem til at bruken av inhalasjonsmedisiner var høyere hos intervensjonsgruppen enn kontrollgruppen. De så også at pasientopplæring og økt tilgang på spirometri økte bruken av kols- og astma medisiner.

Konklusjon: De konkluderte med at pasientopplæringen gav et helsefremming hos pasientgruppen, som også viste seg å være økonomisk gunstig for helsevesenet.

4.3 Artikkel 3.

Effects of health literacy and cognitive abilities on COPD self-management behaviors: A prospective cohort study (O'Connor et al, 2019).

Bakgrunn: Dette er en kohort studie. Lav grad av evnen til å ta ansvar for egen sykdom er vanlig blant pasienter med kols. Health literacy og kognitive ferdigheter kan ha en påvirkning på pasientens selvkontroll. Med denne studien ønsket de å se på sammenhengen mellom health literacy og kognitive evner med «Self management» hos pasienter med KOLS.

Metode: Dette er en kohortstudie, hvor de over lengre tid har observert en gruppe Amerikanske voksne med KOLS i ulike byer. De la vekt på hvordan pasientene forholdt seg

til KOLS-medisiner, inhalatorer, vaksiner og rutinemessige timeavtaler i helsetjenesten. Deltakernes nivå av health literacy ble også målt ved hjelp av «Short Test of Functional health literacy in Adults». Deltakernes kognitive evner ble også testet.

Resultat: Adekvat nivå av health literacy var assosiert med tilstrekkelig overholdelse av rett teknikk i bruk av KOLS-medisiner.

Konklusjon: Det ble konkludert med at KOLS pasienter med begrenset health literacy og manglende kognitive evner hadde lavere evne til å ta til seg informasjon og dårligere inhalasjonsteknikk enn pasientene med høyere grad av health literacy og sterkere kognitive evner. Dermed viser dette viktigheten av å vurdere pasientenes health literacy og kognitive evner når en møter og underviser pasienter med kols i helsevesenet.

4.4 Artikkel 4.

Impact of medical education program on COPD patients: a cohort prospective study (Oancea, Fira-Mladinescu, Timar & Tudorache, 2015).

Bakgrunn: Dette er en kohort studie. KOLS er en voksne sykdom globalt sett. Med denne studien ønsket de å se på effekten av intensiv medisinundervisning ved KOLS i forbindelse med reinnleggelser og opphold i akuttmottak. I tillegg livskvaliteten til disse pasientene observert og vurdert.

Metode: Studien inkluderte totalt 76 pasienter med KOLS, hvor 52 av disse inngikk i intervensjon-gruppen, og 24 i kontrollgruppen. Pasientene i intervensjonsgruppen ble undervist i et todelt program som inkluderte både omfattende medisinundervisning og en spesifikk medikamentterapi. Kontrollgruppen gjennomgikk kun medikamentterapi. Alle pasientene fikk undersøkelse med spirometri og fullførte en spesifikk spørreundersøkelse, både under intervensjonen og i etterkant, hver tredje måned i et år.

Resultat: Pasientene med medisinundervisning vise en betydelig reduksjon i forverring sammenlignet med kontrollgruppen. Resultatene viste også at intervensjonsgruppen hadde færre legevaktbesøk, i tillegg til bedre livskvalitet enn kontrollgruppen ved alle månedskontrollene.

Konklusjon: Det ble konkludert med at disse ikke-medikamentelle tiltakene spiller en viktig rolle i det å takle livet med KOLS, og det er også viktig å vurdere pasientenes fysiske og kognitive evner til å delta på slikt. Fordi studien viste reduserte forekomster av kols-forverring, vil det dermed også gi en økonomisk gevinst ved helsekostnader. At disse intervensjonene tas i bruk både i primær- og spesialisthelsetjenesten kan gi betydelige fordeler

og forbedringer hos pasientene. Både med tanke på livskvalitet og redusert antall forverringar. De viser også til viktigheten av kompetent helsepersonell dersom effekten av slik helseundervisning skal være god.

4.5 Artikkel 5.

The impact of Health literacy level on inhaler technique in patients with chronic obstructive pulmonary disease (Beatty, Flynn & Costello, 2017).

Bakgrunn: Dette er en kvantitativ studie. Inhalasjonsmedisiner er anbefalt som første linjen i behandlingen av KOLS. Rett bruk kan redusere forverringar og innleggjelser i sykehus. Lav health literacy er assosiert med dårligere inhalasjonsteknikk. Dermed er det vesentlig viktig at pasienter med KOLS forstår hvordan bruke disse inhalatorene for å oppnå full effekt av legemiddelet.

Metode: Pasienter med KOLS innlagt på ved et sykehus deltok i studien. Det var også kriterier om bruk av minst en inhalasjonsmedisin, samt lav grad av health literacy basert på testen «Rapid estimate of adults literacy in medicine-short form. Pasienter i alderen 18-89 år deltok. Studien valgte også å ekskludere ikke-engelsk talende pasienter, gravide og innsatte fra fengsel. I tillegg ekskluderte de pasienter som ikke var i stand til å administrere medisinene selv, pasienter som skulle skrives ut til andre fasiliteter og de med dokumentert svekket kognitiv funksjon.

Konklusjon: Resultatene i denne studien viser at et egnet undervisningsmateriale for individer med lav health literacy kan forbedre inhalasjonsteknikk hos pasienter med KOLS. Ved å bedre inhalasjonsteknikken hos disse pasientene kan en opprettholde kontroll over sykdommen og redusere antall kolsforverringar og sykehusinnleggjelser.

4.6 Oppsummering av funn

Artikkelen til Laue et al. (2017) inkluderte jeg fordi den tar for seg pasientenes evne til symptomgjenkjenning og selvbehandling. I tillegg ble pasientene på forhånd opplært i hvordan de kunne behandle de ulike symptomene, noe som er relevant for denne oppgaven. Sari og Osman (2015) fant at pasientopplæring hadde god effekt på bruken av inhalasjonsmedisiner kontra de pasientene som ikke fikk denne opplæringen. Resultatene til O'Connor et al (2019) viste hvordan dårlig inhalasjonsteknikk hang sammen med lavere grad av health literacy. Resultatene viste også at pasientens kognitive evner spilte en stor rolle for å

tilegne seg mer kunnskap. Dermed vil det være nødvendig å øke pasientenes health literacy for å sikre sykdomsforløpet videre. I artikkel 4 kom også Oancea et al. (2015) frem til at de kognitive evnene spiller en rolle for å kunne forholde seg til pasientopplæring. Her har de også konkludert med at ved å øke kunnskapen om inhalasjonsmedisiner, kan føre til et redusert antall sykehusinnleggelser som igjen er en enorm helseøkonomisk gevinst. Beatty et al. (2017) kom i likhet med annen forskning frem til at økt health literacy kan forbedre inhalasjonsteknikken som igjen vil gi bedre livskvalitet og mestring hos pasienten. Også de så den økonomiske effekten dette kan ha med tanke på reduserte antall kolsforverringer og sykehusinnleggelser.

5.0 Drøfting

For å kunne finne et svar på problemstillingen vil jeg drøfte over hvilke utfordringer pasienter med KOLS har relatert til legemiddelbruk, kompetansenivå og kompetansehull. Dette vil jeg drøfte opp mot retningslinjer, relevant teori, forskning og annen litteratur.

5.1 Viktigheten av å øke health literacy hos kolspasienter

Både i forskningen til O'Connor et al. (2019) og Beatty et al. (2017) påpekes det at det sees en sterk sammenheng mellom pasienter med kroniske sykdommer som KOLS og lavere grad av health literacy. En kan da trekke en rød tråd mellom det å ha lav health literacy og redusert kognitive evner, som der igjen vil føre til redusert evne til å mestre sin sykdom. Finbråten omtaler health literacy som et sett med ferdigheter som trengs for å forholde seg til og ta helserelaterte avgjørelser (2018, s. 86). Regjeringens strategi om å øke helsekompetansen blant befolkningen poengterer at behovet for health literacy er økende og viktig for å unngå uheldige forhold knyttet til egen helse. Vi lever i en verden der tilgangen på informasjon er større enn noen gang, og derfor vil det være en forutsetning at en klarer å filtrere ut den informasjonen som er god og den som er mindre god. På tross av gode digitale informasjonskilder vil ikke det nødvendigvis bety at de kan nyttiggjøres av enkelte pasientgrupper. Det kan være på grunn av manglende kognitive evner, eller hun gamle damen som ikke har tilgang på internett. Det kan eksempelvis være en fordel om denne pasientgruppen som gjerne har kommunale tjenester kan få en tettere oppfølging og eventuelt undervisning av sykepleiere i hjemmet. For den eldre gamle pasienten er det ikke alltid lett å lese seg frem til tiltak som kan utføres hjemme, men har kanskje bedre nytte av å få veiledning av en sykepleie med spiss kompetanse i eksempelvis lungesykdommer. På denne

måten kan også de eldre gamle pasientene som ikke har muligheten til å gjennomføre et kolskurs/skole, få individuell oppfølging og en behandlingsplan. Noe som også kommer frem i artikkelen skrevet av O'Connor (2019, et al), som viser til viktigheten av å vurdere pasientens health literacy og kognitive evner når en møter og underviser pasienter med kols. Dette kan også hindre eller redusere innleggelser som igjen er en belastning på en fra før marginal kropp. Det kan også sies at det dermed vil senke kostnader i helsevesenet. Noe som også Siri og Osman (2015) viser til i sin studie med konklusjonen at pasientopplæring førte til økt helsefremming hos pasientene som deretter også viste seg å være økonomisk gunstig for. «Høy grad av helsekompetanse gir folk forutsetning til å treffe sunne livsstilvalg» (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019).

5.2 utfordringer med legemiddelbruk hos pasienter med KOLS.

For pasienter med KOLS er feil medisinbruk en av de feilene som ofte går igjen. Ut ifra egne observasjoner og erfaringer ser jeg et gjentagende problem hvor pasientene sliter med inhalasjonsteknikken. Hos andre mangler det kunnskap om hvilke legemidler som skal tas til enhver tid. Siden legemiddelbruk er en så stor del av behandlingen ved KOLS, kan en kanskje også vurdere legemiddelbehandlingen som helt vesentlig for å kunne mestre de andre utfordringene ved KOLS. Som for eksempel, fysisk aktivitet, ernæring og dyspné.

I studien til Laue et al. (2017) så de på hva som skulle til for at pasientene startet opp med selvbehandlingen ved kolsforverring. Underveis var det klart at gjenkjenning av symptomer ikke var tilstrekkelig, men pasientene måtte også selv kunne evaluere symptomenes alvorlighetsgrad. Det er klart at for noen vil dette kanskje være lettere enn for andre. Det kan avhenge av pasientens tidligere erfaringer, hvor noen har mer erfaring enn andre. Et av hovedfunnene til Laue et al. (2017) var at pasientene alltid vurderte muligheten for å avvente med antibiotika og/eller steroidbehandling kontra medisinenes eventuelle bivirkninger. I noen tilfeller var det da pasienter som nølte eller ikke startet opp med behandling i det hele tatt, spesielt når symptomene var diffuse eller ikke lett gjenkjennbare. Dette kan være et tegn på at pasientene manglet kunnskapen for å kunne ta disse beslutningene, som igjen deretter påpeker hvor viktig health literacy er. Det kan også tenkes at om pasienten ikke har forstått informasjonen som blir gitt og/eller mangler helsekompetanse om medikamenter, kan en kanskje si at pasienten da ikke har all informasjon til å ta riktige avgjørelser om sin behandling som igjen kan føre til forverring eller feil bruk. En påpeker da viktigheten av

god individualisert informasjon, undervisning og veiledning, jamføres §3-1 og §3-2 Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Det er også en mulighet for at undervisningen i forkant av studien hadde mangler og/eller ikke var tilstrekkelig. På en annen side så kan det vær en ville fått andre funn om undervisningen var lagt opp annerledes. Som det også nevnes i artikkelen kan selvbehandling av kolsforverringer være aktuelt for noen, men det bør vurderes nøye hvilke pasientgrupper det er da det krever en del av pasienten for at det skal være suksessfullt. En må da igjen tenke på den kognitive funksjonen og vurdere om pasienten er i stand til å utføre selvbehandling hjemme. Det må også punkteres at individuelle behandlingsplaner skal ikke gå utover pasientsikkerheten og at terskelen for å kontakte lege ikke skal bli høyere på tross av dette.

For å belyse de ulike utfordringene pasienter med KOLS har angående legemiddelbruk vil jeg sette to kasus opp mot hverandre.

I det første kasus møter vi Kari Nordann. En 80 år gammel dame med alvorlig kols, Gold grad 3. Hun har røyket hele sitt voksne liv og har ingen ønsker om å slutte med det. De siste årene har hun hatt flere innleggelser ved lungeavdelingen hvor hun får behandling for gjentatte kolsforverringer. Tidligere har hun deltatt ved et kolsrehabiliteringskurs. Nå blir hun fulgt opp ved lungepoliklinikken, i tillegg til at personalet ved lungeavdelingen bruker mye tid på å forklare, vise og lære bort. Hun har også trening med fysioterapeut. Ved innleggelsene legger sykepleierne merke til hvordan pasienten har vanskeligheter med å ta til seg informasjon. Pasienten klarer ikke å tilstrekkelig ta i bruk hjelpemidler som forstøver, pusteteknikker og PEP-fløyte, til tross for gjentatt undervisning. Ved hver innleggelse får pasienten grundig undervisning i hvordan hun skal bruke sine egne inhalasjonsmedisiner, dette ser det ut til at pasienten glemmer raskt. I neste kasus møter vi Ole Nordmann, en 50 år gammel snekker. Ole har en ny diagnostisert KOLS og er innlagt med sin første kolsforverring. Han er en aktiv mann i full jobb, men de siste månedene har dyspné påvirket hverdagen hans. Under innleggelsen blir han undervist av lungesykepleier i blant annet hvordan han skal bruke inhalasjonsmedisinene. I tillegg blir han henvist til lungefysioterapeut, som underviser Ole i pusteteknikker og øvelser som kan mobilisere slim, samt hjelpe på pusten. Ved utskrivelse føler Ole seg mye bedre, og trygg på å reise hjem.

Her møter vi to pasienter, begge med en KOLS-diagnose men med to ganske forskjellige utgangspunkt for egenmestring knyttet til det å ha KOLS. Derfor vil Kari og Ole ha ulike

behov til hvordan undervisning og opplæring legges opp, samt hvordan informasjon gis og formidles. Kari har kanskje ikke utbytte av et nytt kolsrehabiliteringskurs. Samtidig skal det også sies at Kari ved flere anledninger har fått undervisning og veiledning, men på tross av at dette ikke har effekt. Om det oppleves at pasienten er kognitivt redusert, kan det videre diskuteres om pasienten er stand til å gjennomføre et slikt kurs. Grunnen til dette er at kurset består av komponenter hvor mye av ansvaret ligger hos pasienten selv. Sykepleierne på avdelingen opplever også at Kari ikke klarer å ta imot informasjonen og følge instruksjoner. I dette tilfelle er det gjerne nødvendig med en kognitiv utredning og har kanskje mer nytte av en mer individualisert undervisning med enkle ord og setninger. Dette for at også Kari kan oppleve empowerment og mestring. Teach back kan være særlig aktuelt hos Kari, ved å bruke en visualisert veiledning. Om Kari har kommunale tjenester som hjemmesykepleie, bør det vurderes at de får undervisning på samme måte som Kari slik at de videre kan gi en tettere oppfølging og veiledning hjemme. Ole er ikke kommet like langt ut i sykdomsforløpet og har kanskje både mer energi og krefter til å oppnå den helsekompetansen som trengs. Ole er en ypperlig kandidat for å delta på et rehabiliteringskurs, og er mer i stand til å ta imot den informasjonen og veiledning. På tross for at Kari og Ole er i ulike faser av sykdommen, kan man ikke vite at Ole har mer vilje til å oppnå en bedre livskvalitet enn Kari. Med dette menes det at Kari kan ha viljen, men har kanskje manglende evner og forståelse i forhold til informasjon og i tiltak for å bedre hennes livskvalitet. Det kan også nevnes at i og med Kari fremdeles røyker på tross av anbefalinger om røykeslutt, kan sykepleierne oppleve at Kari ikke har vilje å oppnå en bedre livskvalitet, samt ta imot veiledning og undervisning. Dermed kan veiledning og undervisningen som sykepleieren gir til Kari bli påvirket av dette. Som igjen kan føre til at veiledning og undervisning ikke blir individualisert tilpasset Kari.

Ved å sette Kari og Ole opp mot hverandre, påpekes det hvor viktig det er med god opplæring og veiledning i rett legemiddelbruk og inhalasjonsteknikk. Samtidig som det er vesentlig at informasjonen er individualisert tilpasset pasienten, ut i fra alder, kognitiv funksjon og sykdomsforløp.

5.3 Helsepersonells kompetanse

I forskningen til Sari og Osman (2015) så de at ved bruk av pasientundervisning gav en bedre forutsetning for å bedre mestre sin sykdom og forbedret bruken av medisiner hos pasienter med KOLS. Ut i fra sine funn kunne de konkludere med at et tilstrekkelig

undervisningsprogram kan gi lovende resultater med tanke på pasienters prognose og videre utvikling av sykdommen. Det kan tenkes at uten tilstrekkelig undervisning og opplæring vil det være vesentlig vanskeligere å ivareta pasientenes livskvalitet. Imidlertid må også slik undervisning tilpasses hver enkelt pasient for å unngå at noen faller fra. Dessuten vil helsepersonellens kommunikasjonssevner ha stor betydning for i hvilken grad en kan fremme eller hemmer pasientens health literacy (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Som Helsepersonell sitter en på viktig informasjon og kompetanse som kan hjelpe pasienter med kols å få en bedre forståelse av sin sykdom og dens behandling og utvikling, samt oppnå mestring. Nasjonale faglige retningslinjer er utarbeidet for å veilede helsepersonell i eksempelvis oppfølgingen til pasienter med KOLS (Gulsvik et al., 2012). Hvordan pasienten skal klare å ta til seg denne kunnskapen vil variere. Som mennesker er vi svært forskjellige, hver pasient har sitt eget utgangspunkt for å nettopp ta imot, forstå, vurdere og anvende informasjon. En må spesifisere at som tidligere nevnt er bruken av den non verbale kommunikasjonen, som eksempelvis holdning og tonefall i undervisning og/eller veiledning som gis kan påvirke formidlingen. Dette kan påvirke pasientens fortrolighet til sykepleier som igjen kan føre til at undervisningen og/eller veiledningen ikke er tilfredsstillende eller tilstrekkelig.

Oacea et al. (2015) kom frem til i sin forskning hvor viktig opplæring og undervisning er for å mestre KOLS. Det spesifiseres også hvor viktig det kan være for pasienten å forstå virkning og bivirkning av medisinene. For at effekten derimot skal være optimal vil det også være nødvendig at helsepersonellet har den nødvendige kompetansen og evnen til å lære bort. En kan også nevne angående Kari og Ole, hvor det kommer frem at individualisert tilpasset kommunikasjon er viktig og at helsekompetansen til sykepleiere også er avgjørende. Dermed påpekes det viktigheten av at sykepleiere er faglig oppdatert, noe som er en del av grunnlaget for alle sykepleie og en del av de yrkesetiske retningslinje (NSF, 2019). Dessuten er sykepleiernes, og forøvrig all helsepersonells pedagogiske funksjon beskrevet i det norske lovverk, jamføres Helsepersonelloven (1999) og Pasient-og brukerrettighetsloven (1999). Effekten av opplæring- og undervisningsprogrammer hvor en fokuserer på inhalasjonsteknikk og symptomgjenkjenning, kan ha lovende effekt på pasientens grad av health literacy. I tillegg ser det ut til at ved å øke helsekompetansen hos denne pasientgruppen kan det føre til en reduksjon i antall sykehusinnleggelser. Forskningen til Beatty et al. (2017) kom frem til nettopp dette, og konkluderte med hvor sterkt økt health literacy hang sammen med redusert antall kolsforverringer. Dette støttes også av forskningen til Sari og Osman (2015).

5.4 Viktigheten og effekten av pasientundervisning med fokus på inhalasjonsteknikk

Funksjonsområdene helsefremming, rehabilitering, undervisning og veiledning kan være vanskelig å skille fra hverandre, da de områdene henger tett sammen. I det store bilde kan en si at disse områdene handler om å styrke, hjelpe og være til stede for pasienter med sykdom. Til sammen utgjør dette sykepleierens pedagogiske funksjon. Ofte forbinder vi pedagogikk med undervisning. Sykepleierens pedagogiske funksjon handler imidlertid i tillegg også om veiledning, læring, utvikling og mestring (Tveiten, 2008, s. 30-31). Det er nettopp gjennom den enkeltes health literacy at sykepleierens veiledende og undervisende funksjon er sentral. Dessuten betraktes økt health literacy å ha en helsefremmende effekt, og en viktig del av dagens helsepolitikk (Finbråten, 2018, s. 86). I samtale og gjennom slik undervisning kan en oppdage pasientens styrke og svakheter, og en får kartlagt sammen med pasienten på hvilke områder han eller hun trenger hjelp. Dermed kan det gi oss muligheten til å styrke den enkelte pasients ressurser for å oppnå mestring ovenfor sin medisinbruk. Som igjen betyr at pasienten har mulighet for å oppleve empowerment ovenfor sine hverdagsutfordringer knyttet til det å ha KOLS.

I den moderne verden vi lever i finnes det også digitale kanaler som kan være et godt alternativ eller tilleggskomponent i pasientundervisningen. For å lette på noen av de utfordringene pasienter med KOLS står ovenfor, kan en i tillegg til den tradisjonelle undervisningen ta i bruk for eksempel Felleskatalogen. Her finner en informasjon og videosnutter om de ulike inhalasjonsmedisinene, samt bruk av inhalasjonskammer med og uten maske (Felleskatalogen, 2019). Videoene er lett tilgjengelig, samt språket er tilpasset pasienten. Noe som er avgjørende for at informasjonen er enkel å forstå. Dette poengteres også i strategien i Helse- og omsorgsdepartementet (2019) som også får frem at uten klart og enkelt språk vil det kreve mer helsekompetanse. Dermed vil det være vanskeligere å oppfatte, vurdere og anvende den informasjonen. Ved å ta i bruk digitale tjenester er det en stor sjans for å nå ut til enda flere og fange opp en større del av denne pasientgruppen. På en annen side kan slike undervisningsteknikker være til hjelp som støtte når pasienten kommer hjem fra den tradisjonelle undervisningen på sykehus, poliklinikker og andre kommunale tilbud. Det er derimot også viktig å huske at ikke alle ønsker eller har disse digitale tjenestene tilgjengelig. For generasjonene som kommer vil dette bli mer aktuelt, men i dag er det fremdeles eldre gamle hvor disse digitale tjenestene ikke er en naturlig del av hverdagen.

Ved Helse fonna finnes det ulike tilbud som skal være til hjelp for pasienter som får eller som har en kolsdiagnose. Hos Helsefonna tilbys det kolsrehabiliteringskurs der en kan få bedre forståelse om hvordan medisinene fungerer, men en får også informasjon om fysisk aktivitet, ernæringsrettledning, sykdomslære og anfallsmestring (Helse Fonna, 2016). I møte med pasienter i spesialisthelsetjenesten samt kommunehelsetjenesten, vil dette være et tilbud som bør legges frem for pasienten. Da med hensyn til pasientens ressurser til å klare å gjennomføre et slikt kurs.

I samtale med kollega og lungesykepleier kommer det frem at «teach back» er en hyppig brukt teknikk ved Helse Fonna. Videre diskutere vi at det noen ganger kan være vanskelig å gi informasjon og undervisning hvor det ikke oppstår misforståelser. Teach back er en teknikk som har som mål å hindre dette, samt gir muligheten for at pasienten deltar aktivt i egen behandling. I tillegg sikrer en at helsepersonellet er tydelig i sin kommunikasjon. For noen pasienter kan det være overveldende og vanskelig å ta til seg eller huske informasjonen i etterkant. Ved at helsepersonellet først viser eller gir informasjon og deretter ber pasienten om å gjenfortelle det, vil en få et ganske godt innblikk i hvor mye pasienten faktisk har forstått og fått med seg. Erfaringsmessig har jeg også brukt denne teknikken når pasienters inhalasjonsteknikk skal vurderes under innleggelse og før utskrivelse. Da ved at pasienten først viser hvordan han bruker en inhalator, deretter er det mulig å korrigere eller presisere teknikken. I forbindelse med teach back kom jeg over en forskningsartikkel, hvor resultatene viste lovende effekt av teknikken. Teknikken har vist seg å være kostnadseffektivt samt enkelt å integrere i den vanlige pasientundervisningen for å sikre bedre forståelse. Artikkelen er hovedsakelig rettet mot pasienter med hjertesvikt, men nevner også at teknikken blir brukt ved andre kroniske sykdommer som KOLS. Ut ifra deres resultater anbefales det at andre helseinstitusjoner tar i bruk teknikken (Peter et al, 2014). Imidlertid vil det være viktig å ha kompetansen til å tette de avdekkede kunnskapshullene som kan oppstå ved bruk av teknikken. Alt i alt er nok teach back noe som bør få enda større plass i opplæring- og pasientundervisning.

6.0 Konklusjon

Det kan være vanskeligere for en med KOLS å ha fullverdige og meningsfulle hverdager uten et helsevesen som kan tilby undervisning og veiledning. For mange vil det kanskje betydd et liv i isolasjon, redsel, usikkerhet og eventuelt stadige sykehusinnleggelse. Det kan godt tenkes at dette er allerede realiteten for noen.

Det som stadig belyses gjennom oppgaven er et stort behov for å øke health literacy hos pasienter med KOLS. For å øke kompetansen hos pasientene er det nødvendig med tilstrekkelig, individualisert og tilpasset veiledning og/eller undervisning. Dette innebærer at sykepleierne har kompetansen og en god formidlingsevne. Det finnes også gode brosjyrer med diverse tilbud som sykepleierne må legge frem for pasientene. Om sykepleierne velger å møte pasientene med forståelse og støtte kan en gjennom nonverbal kommunikasjon lettere gi en tilpasset undervisning. Det må også nevnes at gode relasjoner, kompetanse og kommunikasjon er avgjørende for at pasienten skal ta imot, forstå og bruke den. Det kan tenkes at det er betydelige forskjeller mellom eksempelvis pasienter i en tidligere fase i sykdommen og de eldre gamle med en mer langtkommen diagnose. Der tilbudet og oppfølgingen kan være ulike grunnet økende alder og at kognitive evner vil variere. Det kan være en gunstig løsning at sykepleiere i kommunehelsetjenesten som har brukere med alvorlig KOLS som kan være kognitive redusert får opplæring på sykehus. Da får sykepleierne spisset sin kompetanse og mer rustet til å ivareta pasienten. Samtidig skal det nevnes at hver enkelt sykepleier er ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert. I veiledning av rett inhalasjonsteknikk til pasienter under innleggelse eller ved utskrivelse kan også tid være avgjørende for undervisningen.

Dette har vært en krevende men lærerik prosess, hvor jeg føler denne oppgaven har gitt meg et bedre utgangspunkt i arbeid med disse pasientene. Dersom en klarer å skape og opprettholde et godt opplæringstilbud, samt støtte til pasienter med KOLS kan dette dermed gi økonomisk vinning. Ved å sette inn flere ressurser på et forebyggende nivå, hvor pasienten føler trygghet kan det kanskje kreve færre innleggelse. Dette vil være en gevinst for både pasienten og samfunnet. Jeg håper at denne oppgaven kan bidra til å hjelpe andre sykepleiere som møter på denne problemstillingen.

Referanseliste

- Agusti, A., Beasley, R., Celli, B et al. (2020). Global strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Hentet fra https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid - Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bakkeland, J., Thorsen, B., Almås, H., Sorknæs, A. D., & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 117-182). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beatty, C., Flynn, L., Costello, T., & Millares-Sipin, C. (2017). The Impact of health Literacy Level on Inhaler Technique in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Pharmacy Practice*, 30(1), 25-30. DOI: [10.1177/0897190015585759](https://doi.org/10.1177/0897190015585759)
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsem (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 86-110). Bergen: Fagbokforlaget.
- Grundt, H., & Mjell, J. (2016). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 218-251). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Helse og omsorgsdepartementet. (2019) *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen: 2019-2023*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Jenum, A., & Pettersen, K. (2014). Hva betyr lav "health literacy" for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning*, (3), 272-280. Doi [10.4220/sykepleienf.2014.0145](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145)
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kva er lungerehabilitering? (2016) I *Helse Fonna*. Hentet fra <https://helse-fonna.no/kva-er-lungerehabilitering>
- Laue, J., Melbye, H. & Risør, M.B. Self-treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease requires more than symptom recognition – a qualitative study of COPD patients' perspectives on self-treatment. *BMC Fam Pract* **18**, 8 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0582-8>
- Lund, J. (2012). KOLS – Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/Kols%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppfolging.pdf/_attachment/inline/e974222b-9d84-4358-84d5-9dd57b090786:ce015dd544648e3ae7bc4377269c52309a68aa77/Kols%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging

[%20diagnostisering%20og%20oppfølging.pdf](#)

- Norsk Sykepleieforbund. (2019). Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Oancea, C., Fira-Mladinescu, O., Timar, B., & Tudorache, V. (2015). Impact of medical education program on COPD patients: A cohort prospective study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 127(9-10), 388-393. DOI: [10.1007/s00508-015-0712-z](https://doi.org/10.1007/s00508-015-0712-z)
- O'Connor, R., Muellers, K., Arvanitis, M., Vicencio, D., Wolf, M., Wisnivesky, J., & Federman, A. (2019). Effects of health literacy and cognitive abilities on COPD self-management behaviors: A prospective cohort study. *Respiratory Medicine*, 160, 105630. DOI: [10.1016/j.rmed.2019.02.006](https://doi.org/10.1016/j.rmed.2019.02.006)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og>
- Peter, D., Robinson, P., Jordan, M., Lawrence, S., Casey, K., & Salas-Lopez, D. (2015). Reducing Readmissions Using Teach-Back: Enhancing Patient and Family Education. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 45(1), 35-42. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000155
- Sari, N., Osman, M. The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: a propensity score matching with a difference-in-difference regression approach. *BMC Health Serv Res* 15, 332 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0998-6>
- Støren, I. (2010). *Bare søk!* Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Trimbow (2019). I *Felleskatalogen*. Hentet fra

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pas-trimbow-chiesi-farmaceutici-639284>

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis (2.utg)*. Bergen: Fagbokforlaget

World Health Organization (u.å). World health organization. Hentet fra

<https://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>

Vedlegg 1. Søkehistorikk og funn

CINAHL

Database/dato	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Inkluderte artikler	Artikkel
CINAHL 22.02.2020	Health literacy or patient education and chronic disease or pulmonary disease.	“full text” 2015-2020	52	0	For vidt søk
CINAHL 22.02.2020	COPD or chronic, obstructive pulmonary disease and self-management.	“full text” 2015-2020	34	2	<p>Self-treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease requires more than symptom recognition -- a qualitative study of COPD patients' perspectives on self-treatment</p> <p>The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: a propensity score matching with a difference-in-difference regression approach</p>

MEDLINE

Database/Dato	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Inkluderte artikler	Artikkel
Medline 06.03.20	Pulmonary disease, chronic obstructive AND Health literacy	Past 5 years	28	2	The impact of health literacy level on inhaler technique Impact of medical education program
Medline 10.03.20	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive or COPD.tw AND Health literacy or Health literacy.tw	Past 5 years	73	1	Effects of health literacy and cognitive abilities on COPD self-management behaviors: A prospective cohort study

Vedlegg 2. Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [opdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

Self-treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease requires more than symptom recognition – a qualitative study of COPD patients' perspectives on self-treatment (Laue et al, 2017).

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Forskerne ønsket å finne ut hvordan pasienter med KOLS forholder seg til egenbehandling av akutte kolsforverringer.

De ønsket å finne svar på det fordi rask bedring av en forverring er avhengig av tidlig behandling. Behandlingen vil startes opp raskere om pasienten kan gjøre dette selv. Det har også vist seg at dette kan redusere forekomsten av synehusinnleggelse, død samt redusere helsekostnader.

Problemstillingen er veldig relevant til en voksende pasientgruppe.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Metoden er hensiktsmessig fordi den tar nettopp opp hvordan pasienten opplever å starte opp med egenbehandling. Metoden er relevant fordi den tar opp erfaringer og opplevelser med dette.

Skal du fortsette vurderingen?

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA UKLART NEI

Studien har brukt semi-strukturerte dybde intervjuer, hvor noen av intervjuene har foregått i pasientenes hjem. Slike intervjuer gir trygge rammer og gjør det mer avslappet for pasientene å prate med intervjuerne.

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

Det er klart opplyst om hvor mange og hvilke deltakere som er inkludert i studien. 19 pasienter, med perspektiv fra både menn og kvinner, forskjellige aldersgrupper, jobbstatus og uavhengig av økonomisk situasjon. Noe som er med å styrke studien.

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

Det er gjort klart hvorfor de aktuelle pasientene ble utvalgt. Kriteriene var blant annet at pasientene måtte ha fra tidligere deltatt på et rehabiliteringskurs i løpet av de siste 3 årene.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Datainnsamlingen er utført av fagfolk av første og siste forfatter. I tillegg har en godt opplært assistent hatt ansvar for video opptakene av intervjuene.

Det er klart at semi-strukturerte dybdeintervjuer er brukt som metode til å samle inn data. Metoden er beskrevet.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Opprinnelig hadde studien som mål om å utforske egenbehandling av kolsforverringer i en større forstand, dermed ble syv deltakere som ikke hadde tidligere mottatt antibiotika / og eller orale kortikosteroider. Etter grundig refleksjon ble det derfor bestemt å begrense studien til å spesifikt undersøke egenbehandling med antibiotika og/eller kortikosteroider.

7. Er etiske forhold vurdert? JA UKLART NEI**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

De etiske forholdene er vurdert.

Studien ble presentert for Regional Ethical Committee, som ikke fant studiens formål nødvendig under dens jurisdiksjon i henhold til Norsk Helseforskning Act.

Studien er derimot godkjent i henhold til personopplysningsbeskyttelse.

Alle deltakerne er informert og har gitt samtykke, samt etisk oppførelse er fulgt under alle forskningsfaser.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA UKLART NEI**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Forskerne har inkludert styrker og svakheter med studien.

Det er presentert tilstrekkelig data for å underbygge funnene.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Funnene er klart presentert. I tillegg er det tilstrekkelig diskusjon hvor funnen blir presentert samtidig som det kommenteres styrker og svakheter i studien.

Forskerne viser evne til å kritisk vurdere sine funn.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Resultatene kan være til hjelp i praksis og videre arbeid med denne problemstillingen. Egenbehandling av akutte kolsforverringer kan bli en større del av den tradisjonelle behandlingen. Det er dog viktig å vurdere hvilke pasienter som er kognitivt sterke nok til å kunne ta avgjørelsene som egenbehandlingen legger opp til.

Studien forklarer avslutningsvis at det trengs mer forskning for å vurdere dems resultater opp mot egenbehandling for deltakerne ikke deltar ved en slik studie.

