



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	14-04-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	28-04-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave )		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	459
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	Alle kan ikke bli friske, men alle kan få det bedre - Håp hos menneske med alvorleg KOLS
<b>Antall ord *:</b>	8988

**Egenerklæring \*:** Ja  **Inneholder besvarelsen**  **Nei**  
**konfidensielt**  
**materiale?:**

Jeg bekrefter at jeg har  **Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**uitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner autalen 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



# BACHELOROPPGÅVE

Alle kan ikkje bli friske, men alle kan få det betre - Håp hos menneske med alvorleg KOLS

Not everyone can get well, but everyone can get better -  
Hope in people with severe COPD

**Kandidatnummer: 459**

Bachelor i sjukepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitskap.

Innleveringsdato: 18.04.22



**ALLE KAN IKKJE BLI FRISKE,  
MEN ALLE KAN FÅ DET BETRE**

**(HÅP HOS MENNESKE MED ALVORLEG KOLS)**

Bacheloroppgave i sjukepleie  
Høgskulen på Vestlandet, campus Stord  
Kull 2019

Innleveringsdato: 18.04.22

Antall sider: 38

Antall ord: 8988

## Samandrag

**Tittel:** Alle kan ikkje bli friske, men alle kan få det betre – håp hos menneske med alvorleg KOLS

**Bakgrunn:** Det er rundt 150.000 menneske med KOLS i Noreg, og dette er ein av dei vanlegaste dødsårsakene i landet. Pasientar med alvorleg KOLS opplever ein livssituasjon som kan utfordre håpet.

**Hensikt:** Å utforske kva sjukepleiaren kan gjere for å ivareta, og fremje håpet til pasientane, med alvorleg KOLS, stadie III og IV.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiar bidra til å fremje eller oppretthalde håp hos personar som er diagnostisert med alvorleg KOLS.

**Metode:** Denne oppgåva er ein litteraturstudie, der kjeldene som er brukt til å hente kunnskap er forskingsartiklar, pensum, samt anna relevant litteratur.

**Funn:** Kommunikasjon lar pasienten få fram det personlege aspektet med håp, som er ein viktig prosess for å skape ein relasjon. Relasjonen kan bidra med sosial støtte, tillit, og tryggleik. Sjukepleiaren bør kjenne til dimensjonane med håp for å lette prosessen med å oppretthalde håp hos pasienten. Den lindrande funksjonen til palliasjon kjem fram i forhold til håp. Dermed kommer også viktigheita med tverrfaglege samarbeid for å betre kontinuiteta og pleia.

**Konklusjon:** Ein kan konkludere med at sjukepleiarar spelar ei viktig rolle i å fremje og ivareta håpet til pasientane med alvorleg KOLS. Dei er sentrale då dei er tett på pasienten, og har eit godt utgangspunkt til å kommunisere med pasienten, og skape relasjonar. Vidare blir tverrprofesjonell samhandling, og palliativ medisin fordelaktig for å ivareta håpet til pasienten. Her spelar sjukepleiaren ei viktig rolle i å samhandle med pasient, samt anna helsepersonell.

**Nøkkelord:** Håp, alvorleg KOLS, sjukepleie, relasjon, kommunikasjon, palliativ medisin, tverrprofesjonelt samarbeid.

## Summary:

**Title:** Not everyone can get well, but everyone can get better - hope in people with severe COPD

**Background:** There are about 150,000 people living with COPD in Norway, and this disease is one of the most common causes of death in the country. People with severe COPD can experience a life situation that can challenge hope.

**Purpose:** To explore what nurses can do to maintain, and support hope in the patients with severe COPD, stage III and IV.

**Problem:** How can a nurse help to support or maintain hope in people diagnosed with severe COPD.

**Method:** The thesis is a literature study, where research articles, curriculum, and other relevant literature is used to gather knowledge.

**Results:** Communication allows the patient to talk about the personal aspect in hope. This is important for creating a relation, which further can contribute with both social support, trust and safety. There is advantage for the nurse to know about the dimensions of hope, in order to benefit the process of maintaining hope in the patients. The relieving function in palliative medicine is also brought forward as important for hope. The importance in interdisciplinary collaborations to improve continuity and care, is mentioned.

**Conclusion:** To maintain hope in the patients with severe COPD, the nurses play an important role. Nurses is close to the patient, and therefore they have a good starting point in communicating with the patients and creating relations with them. Furthermore, interdisciplinary collaborations and palliative medicine is beneficial in maintaining hope. Nurses also play a role interacting with both patients, and other health-care-professionals.

**Keywords:** Hope, severe COPD, nursing, relation, communication, palliative medicine, interdisciplinary collaboration.

*To val*

*«Me har to val her i livet.  
Enten ja eller nei, det går fint, eller det går ikkje fint.  
Svart og kvitt om du vil.  
Eg lever med KOLS, og har gjort det ei stund.  
Eg kunne valt å ikkje akseptere dette,  
men eg er innforstått med det og aksepterer det.  
Eg har sett viktigheita med håp,  
då det å oppleve håplausheit førte meg inn i noko eg ikkje ville vere i.  
Så eg håper.  
Eg håper kvar dag at familien rundt meg har det bra,  
at sjukdommen er stabil,  
og at Gud tar meg heim når tida er rett»*

*– tidlegare kolspasient med min arbeidsplass,  
diagnostisert med kols grad III.*

# Innholdsliste

1	Innleiing .....	1
1.1	Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2	Problemstilling .....	2
1.3	Avgrensing og presisering av problemstilling .....	2
2	Teori .....	3
2.1	Sjuepleieteoretikar .....	3
2.1.2	Menneske-til-menneske-forhold i følge Travelbee .....	3
2.1.3	Meining, liding og håp i følge Travelbee .....	3
2.1.4	Kommunikasjon i følge Travelbee .....	4
2.2	Håp .....	4
2.3	KOLS .....	5
2.4	Palliasjon .....	7
2.5	Kommunikasjon, relasjon og informasjonsbehov .....	7
2.6	Tverrprofesjonell samhandling .....	9
3	Metode .....	10
3.1	Metode og litteraturstudie: .....	10
3.2	Søkestrategi: .....	10
3.3	Inklusjons og eksklusjonskriterier .....	11
3.4	Søkeprosess: .....	12
3.5	Metodekritikk: .....	14
3.5.1	Vurdering av eiga oppgåve .....	14
3.5.2	Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur .....	15
3.5.3	Etisk vurdering .....	15
4	Resultat .....	17
4.1	Samandrag .....	17



4.1.1 Artikkel 1 .....	17
4.1.2 Artikkel 2 .....	18
4.1.3 Artikkel 3 .....	18
4.1.4 Artikkel 4 .....	19
4.1.5 Artikkel 5 .....	20
4.2 Analyse av forskingsartiklane .....	21
4.2.Håpet.....	21
4.2.2 Informasjonsbehovet knyta til palliasjon og open kommunikasjon .....	21
4.2.3 Relasjonen.....	22
4.2.4 Tverrfagleg samarbeid .....	22
5 Drøfting .....	23
5.1 Kommunikasjon i relasjon, og håp .....	23
5.2 Pasienten sitt behov for palliasjon, og tverrfaglege samarbeid i forhold til håp.....	26
6 Avslutting .....	29
Referanseliste .....	30
Vedlegg .....	35
Vedlegg 1) PICO-skjema .....	35
Vedlegg 2) Litteraturmatrise .....	35

# 1 Innleiing

Litteraturstudien handlar om korleis sjukepleiaren kan bidra til å fremje håp hos KOLS-pasienten. Om lag 150 000 menneske i Noreg har kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS), og sjukdommen den tredje vanlegaste dødsårsaka i Noreg (Braut & Aarheim, 2020, s.103). Sjukdommen progredierer over tid, og er prega av stabile fasar, samt forverringar (Grundt & Mjell, 2019, s.239). Med denne sjukdommen kan ein bli utsett for forhold som vil kunne true håpet (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.111). Dette kan t.d. vera knyta til at sjukdommen er kronisk progredierende, til opplevings-perspektivet til pasienten, eller til symptombiletet. Dersom pasienten opplever håplausheit, er det sjukepleiaren si oppgåve å hjelpe pasienten med å finne håpet igjen (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.210). Det er altså ei sjukepleieoppgåve å fremje håpet. Overskrifta på oppgåva er «*Alle kan ikkje bli friske, men alle kan få det betre*». Dette er basert på at KOLS er ein sjukdom ein ikkje kan lækjast av, ein er nøydd til å leve med den, men ein kan framleis oppleve å ha det bra. Fokuset i denne litteraturstudien er derfor håp, i forhold til KOLS. Håp er eit positivt fenomen, som kan gjere menneske i stand til å handtere utfordrande livssituasjonar (Hestvold, 2018, s.134).

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Valet av KOLS og håp som tema, er knyta til personlege erfaringar rundt ein tidlegare pasient med alvorleg KOLS. Denne pasienten beskrev håp som nødvendig for å sjå det beste i kvar dag. Med KOLS så vil noko av det mest grunnleggjande eit menneske gjer vera trua. Pusten. Dyspné som ein opplever med KOLS, er blitt omtalt som noko av det verste som kan råke eit menneske (Torheim & Borge, 2021, s.55). Slik ein kan sjå det så kan kjensla av å ikkje få puste true håpet. Den tidlegare pasienten omtalte det slik. Han hadde opplevd håplausheit ein gong før, og ville ikkje tilbake. Sjukepleiarane, og anna helsepersonell hjalp han med å finne håpet. Dette ynskja eg å undersøke meir om, korleis sjukepleiaren kan hjelpe KOLS-pasienten til å finne håpet, og oppretthalde det.

## 1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar bidra til å fremje, eller oppretthalde håp hos personar som er diagnostisert med alvorleg KOLS.

## 1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Denne oppgåva tar for seg alvorleg KOLS, grad III og IV. Litteraturstudien har eit pasientsentrert fokus, og vektlegger kva sjukepleiaren kan gjere, for å fremje håp hos den enkelte pasient. Det er fokus på håp som individuelt, der ein sjølv bestemmer kva håpet skal handle om. For å presisere så vil oppgåva ta for seg korleis god kommunikasjon, og relasjonar mellom helsepersonell og pasientar, kan bidra til å fremje håp hos pasienten. Travelbee sin sjukepleieteori er anvendt i oppgåva for å få fram menneske-til-menneske-forholdet. Vidare blir viktigeita av å introdusere palliativ medisin, og dermed lindring, i KOLS-omløpet tatt opp i forhold til håpet. Til slutt ser ein på korleis tverrprofesjonell samhandling har innverknad på håpet.

Oppgåva er ikkje avgrensa til sjukeheim, sjukehus, osv. Fordi den typiske KOLS-pasienten vil møte helsevesenet på mange ulike nivå. Litteraturstudiet vektlegger ikkje korleis sjukepleiaren kan hjelpe dei pårørande, sjølv om dei kan bli sett på som ein viktig ressurs. Vidare er behandling av KOLS, praktiske sjukepleieoppgåver i forhold til KOLS, samt tilleggsdiagnosar som angst og depresjon, ikkje tatt med. Bruk av hjelpemiddel, og interaksjonar slik som lungerehabilitering er ikkje vektlagt. Spørsmålet om når ein avsluttar medikamentell behandling til fordel for palliasjon, er ikkje drøfta. Ethiske spørsmål om t.d. passiv dødshjelp, eller HLR minus er ikkje inkludert.

## 2 Teori

### 2.1 Sjukepleieteoretikar

Sjukepleieteoretikaren i denne oppgåva er Joyce Travelbee, og hennar teori som omhandlar sjukepleia sine mellommenneskelege aspekt.

#### 2.1.1 Målet med sjukepleie i følge Travelbee

Travelbee (1999) har basert sin teori på sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess. I utøving av sjukepleie er det gitt at sjukepleiaren skal hjelpe dei ulike individ, familiar og samfunn med å førebyggje, eller meistre sjukdom og liding. Det er også gitt at sjukepleiaren hjelper den enkelte med å finne mening med sjukdom og liding dersom dette er nødvendig (s.29).

#### 2.1.2 Menneske-til-menneske-forhold i følge Travelbee

Hensikta med sjukepleie kan realiserast med å skape eit menneske-til-menneske-forhold, der behovet for sjukepleie blir oppnådd (Travelbee, 1999, s.41). Ein må ikkje vektlegge rollene som sjukepleiar og pasient, men sjå på kvarandre som individ (Kirkevold, 1998, s.116). Etablering av eit menneske-til-menneske-forhold krev fleire interaksjonsfasar. Desse fasane er: det første møtet, framveksten av identitetane til dei ulike, empati, sympati for den andre, og til slutt vil ein oppnå av gjensidig forståing, samt kontakt. I løpet av opparbeidinga av dette forholdet vil ein gå frå å vera framande, til å oppnå gjensidig kontakt der ein er saman om tankar, kjensler, og holdningar (Travelbee, 1999, s.186-212).

#### 2.1.3 Mening, liding og håp i følge Travelbee

Ifølgje Travelbee så ligger det naturleg i menneske å søke etter mening i alle livssituasjonar, deriblant sjukdom og liding (Kirkevold, 1998, s.122). Travelbee fastslår at liding er ein menneskeleg erfaring, og noko alle vil oppleve. Korleis ein opplever lidinga er forskjellig (Kristoffersen, 2016b, s.29). Vidare forklarar ho at liding er eit fenomen der individet kjenner på smerte, enten dette er fysisk, psykisk eller åndeleg smerte, som er knyta til noko ein bryr seg om (Travelbee, 1999, s.99). Sjukepleiaren skal hjelpe den som lider, med å finne mening tross dette. Travelbee (1999) omtalar mening som eit fenomen som blir viktig for å finne svar

på spørsmål om t.d. lidning og sjukdom. Det blir poengtert at det ikkje er sjølv erfaringane med lidning som gir meining, men verdien som mennesket legg i erfaringane. Eit døme på dette er at ein kan sjå på sjukdommen som ein positiv livserfaring, og ikkje underkaste seg den (s.225-226). Travelbee (1999) ser på håp som eit mål med sjukepleie, og sjukepleiar skal hjelpe pasienten med å oppleve håp for å meistre tilværet. Ho meiner det er ulike karakteristika med håp; ei avhengigheit til andre, det er framtdorientert, relatert til val, ønsker, tillit, uthald, og mot (s.117-120).

#### *2.1.4 Kommunikasjon i følge Travelbee*

For at sjukepleiaren skal hjelpe pasienten å oppnå håp og meining, så vil kommunikasjon vera ein viktig prosess (Travelbee, 1999, s.135). Kommunikasjon er viktig for interaksjonen med pasienten, og for relasjonsbygging når det gjeld menneske-til-menneske-forholdet. Ein kan uttale at kommunikasjon er ein prosess med eit formål, altså relasjonsbygging. Med relasjonen kan ein gjennom samarbeid med pasienten oppfylle deira behov for sjukepleie, men det er viktig å poengtere at ein kan samarbeide også utan ein relasjon (Travelbee, 1999, s.136). Målet med sjukepleie baserer seg på å hjelpe pasienten til å akseptere situasjonen sin, dette inkluderer å godta sjukdom og lidning (Kirkevold, 1998, s.120). Når det gjelder håp så er sjukepleiaren si rolle å vera tilgjengeleg for pasienten, skape tillit, og vise at ein vil hjelpe (Travelbee, 1999, s.120-123). Ein kan derfor tenke at eit menneske-til-menneske-forhold vil legge til rette for å fremje eller oppretthalde håp.

## **2.2 Håp**

Berge og Fjerstad (2016, s.50) forklarar håp som ei mental innstilling, ein tankemåte, ei kjensle, og motivasjon. Slik det kjem fram så er det fleire definisjonar på håp. Rustøen (2007, s.93) drar fram at ein ikkje har klare forklaringar på kva fenomenet håp inneberer. Håpet ein har handlar mykje om kva ein tenker, og ser på som mål (Berge & Fjerstad, 2016, s.50). Når pasienten opplever negativt lada fenomen slik som håplausheit, og lidning så vil sjukepleiar forsøke å lindre desse (Hestvold, 2018, s.132). Håp kan gjere menneske i stand til å meistre utfordrande situasjonar prega av tap og lidning (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.206). Håp kan bidra til å lindre lidninga til pasienten, uavhengig av prognose (Hestvold, 2018, s.134). Vidare er håpet framtdorientert. Kva som gir ein person håp er særst individuelt, og blir styrka av kva som er viktige verdiar for dei. (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.211). Håpet er

personlig, og enkeltmennesket bestemmer sjølv kva innhald deira håp har (Lohne, 2019).

Det ligger naturleg i mennesket å håpe, men ein kan møte på utfordringar, når det ein håper på ikkje er realistisk (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.211). I forhold til kronisk progredierande sjukdommar ser ein at håpet endrar seg saman med sjukdommen. Ein re-evaluerer håpet slik at det blir reelt for noverande situasjon (Duggleby, et al., 2012). Håp i samband med sjukdom trengjer ikkje nødvendigvis omhandle å bli frisk, men kan etter adaptasjonar rette seg mot håpet om ein fin dag, symptomlindring, familien, osv. (Hestvold, 2018, s.134). Det går igjen at menneske med kronisk sjukdom ofte gir uttrykk for håp, tross sjukdommen (Rustøen, 2007, s.93).

Ein kan dele håpet inn i ulike dimensjonar som er viktige for enkeltmennesket si oppleving av fenomenet. I Lohne (2016) deler Dufault og Martocchio håp inn i seks dimensjonar; affektiv dimensjon, kognitiv dimensjon, handlingsdimensjonen, relasjonsdimensjonen, tidsmessig dimensjon og ein kontekstuell dimensjon (s.117). Denne oppgåva vil ta for seg tre av desse. Den affektive dimensjonen omhandlar kjenslene til enkeltmennesket. Den kognitive dimensjonen omhandlar tankesettet, og opplevinga av sin situasjon. Relasjonsdimensjonen drar fram viktigheita med relasjonar (Lohne, 2016, s.117). Med å kjenne til dimensjonane vil det bli lettare for sjukepleiaren å fremje håp hos pasienten (Kristoffersen & Breivene, 2016, s.213).

Å fremje håp er ei sjukepleieoppgåve (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.210). Som sjukepleiar kan ein ikkje «gi» pasienten håp, men ein kan stimulere håpet (Lohne, 2019). Sjukepleiaren sit nærvær, god kommunikasjon, informasjonsflyt, og gode relasjonar blir vektlagt som viktig i prosessen med å fremje håp hos pasientane (Rustøen, 2007, s.94-97). Med å ha innsikt i opplevelsesperspektivet til pasienten, altså korleis dei opplever sjukdommen, så vil ein ha eit betre utgangspunkt for å styrke håpet deira (Hestvold, 2018, s.119). Dette kan bli viktig når det gjelder kommunikasjon, slik at ein får pasienten til å opne seg om deira erfaringar.

## **2.3 KOLS**

Kronisk obstruktiv lungesjukdom er den fjerde største årsaken til død i verda (Molzahn, et al., 2021). Med KOLS får ein kronisk obstruksjon i luftvegane, og sjukdommen er karakterisert med kronisk inflammasjon i vevet inne i bronkiene, i lungene. I Noreg blir KOLS rekna som

ein folkesjukdom på grunn av røyking som risikofaktor (Borge, 2021, s.102). Denne sjukdommen progredierer over tid (Grundt & Mjell, 2019, s.239). KOLS er ei felles nemning på kronisk bronkitt og emfysem som førekommer samstundes, men i varierende grad (Grundt & Mjell, 2019, s.239). Med kronisk bronkitt har ein kronisk inflammasjon, og hoste med ekspektoratproduksjon dagleg. Med emfysem så vil lungevevet vera øydelagt, og luftobstruksjonen vil vera større. Dette er ofte eit teikn på progresjon. Den kroniske inflammasjonen som kjem med KOLS vil over tid føre til hypertrofi, og innsnevring av glatt muskulatur i bronkiene. Vidare vil slim, fibrose, og muskel-innsnevringar føre til tette perifere luftveggar. Støttevevet i lungene vil bli skada, og til slutt vil luftvegane kollapse i samband med ekspirasjon (Grundt & Mjell, 2019, s.240). Dyspné er hovudsymptomet med KOLS (Molzahn, et al., 2021). Dyspné er ei skildring av tung pust.

Sjukdommen er prega av akutte forverringar i respirasjonen, og er derfor den hyppigaste årsaken til sjukehusinnleggingar (Grundt & Mjell, 2019, s.239). På grunn av at sjukdommen er uføreseieleg er KOLS-pasientar brukarar av fleire nivå av helsetenesta (Oksholm, 2020, s.77). Forverringane kan vera knyta til ulike faktorar, blant anna miljø, hjertesvikt, manglande behandling, samt bakterie- og virusinfeksjonar. Forverringar blir sett på som eit dårleg prognostisk teikn (Grundt & Mjell, 2019, s.242). Målet med KOLS-behandling er å redusere symptombiletet for å skape ei betre fysisk og psykisk helse for pasienten, samt bremse sjukdomsprogresjonen og hindre forverringar (Borge, 2021, s.103).

For å klassifisere dei ulike gradene av KOLS så bruker ein GOLD-klassifisering av obstruksjon. Her graderer ein KOLS frå grad I, mild luftstrømsobstruksjon til grad IV, svært alvorleg luftvegsobstruksjon (GOLD, 2022, s.29). Obstruksjonen blir målt i FEV<sup>1</sup>, dette seier noko om kor mykje pasienten klarer å puste ut i løpet av det første sekundet med forsert ekspirasjon. Med grad I er det forventa at FEV<sup>1</sup> skal vera  $\geq 80\%$ . Med grad IV er det gitt at FEV<sup>1</sup> skal vera  $< 30\%$  av det som er forventa (Grundt & Mjell, 2019, s.241).

Lungefunksjonen vil altså bli verre over tid, og KOLS har eit sjukdomsbilete prega av usikkerheit, og store variablar. Det er vanskeleg å sei noko om prognose på grunn av dette (Henriksen & Normann, 2016, s.702).

## 2.4 Palliasjon

Palliasjon er ei tilnærming til menneske med livstruande sjukdom, og deira familie, der hensikta er å betre livskvaliteten. Palliativ behandling er meint å førebyggje, samt lindre liding (WHO, 2020). Å lindre liding er ei av sjukepleia sine funksjonsområder (Kristoffersen, et al., 2016, s.17). Sjukepleiarar har eit ansvar for å vera med å identifisere om pasientar med lungesjukdommar kan ha behov for palliativ medisin (Steindal, 2021, s.211). Det er knyta praktiske utfordringar til utøving av palliativ medisin, blant anna manglande tverrfaglege samarbeid (Kaasa & Loge, 2016, s.36). Individ i ein palliativ fase har eit auka behov for tverrfaglege samarbeid, der oppfølging og informasjon blir særskilt viktig (Kaasa & Loge, 2016, s.42). Tverrfaglege palliative team kan bidra med spesialkompetanse innan palliasjon, samt betre kontinuitet for pasientar i palliativ fase (Paulsen, et al., 2016, s.141).

Når ein avsluttar livsforlengande behandling så er målet lindring av pasienten sine plager og symptom, altså palliativ behandling (Kaasa & Loge, 2016, s.48). Ein kan også bruke palliasjon som støttebehandling, t.d. med lindring av symptom, og kommunikasjon rundt mål og ynskjer hos pasienten. Palliativ behandling kan vera eit supplement til eksisterande behandling (Steindal, 2021 s.211). Overgangen til at KOLS blir livstrugande er ikkje lett å stadfeste, og er forskjellig frå individ til individ (Henriksen & Normann, 2016, s.702). Behovet KOLS-pasienten har for palliasjon, aukar saman med progresjonen til sjukdommen. I stadium I og II så har ikkje pasienten behov for palliasjon, men i grad III og IV så aukar behovet (Andersen, et al., 2011). Palliativ medisin er lite brukt med KOLS, i forhold til lungekreftpasientar, med same symptom. (Molzahn, et al., 2021). Ein skil mellom palliativfase og terminalfase, då terminalfasen er den siste delen i palliativ medisin. Når pasienten er i terminalfasen så er pasienten nær døden, og har kort forventet levetid (Steindal, 2021, s.211). Den palliative fasen kan vera lang, og den krev at sjukepleiaren er med på oppturar, og nedturar som pasienten kan oppleve (Grov & Wiig, 2018, s.200-201).

## 2.5 Kommunikasjon, relasjon og informasjonsbehov

God kommunikasjon fører til at pasienten i større grad kan kjenne på å vera tilfreds, og det kan føre til betre behandling (Berge & Fjerstad, 2016, s.161). Det er enkelte kommunikasjonsferdigheiter som kommer til syne for å få til god kommunikasjon med mottakar. Desse handlar om at sjukepleiaren skal få fram pasientperspektivet, samt



emosjonane til pasientane (Berge & Fjerstad, 2016, s.161). Kommunikasjonsferdigheiter er knyta til å kommunisere opent, samt å etablera ein relasjon. Det er fordelaktig at pasientane har føresetnader om rammene for samtalen, slik at dei veit kva som ventar. Dette kallar ein metakommunikasjon. Vidare er kommunikasjonsferdigheiter å lytte aktivt, samt å vise empati (Heyn, 2018, s.16-23). Kommunikasjon er ein ferdigheit som må lærast gjennom praksis og teori, men det finnes ikkje fasitsvar på korleis kommunisere med kvar enkelt (Heyn, 2016, s.24).

Med å vise tillit kan sjukepleiaren styrke håpet til pasientane, slik tillit blir til i møte med pasientane. Ein kan t.d. skape tillit med eit positivt kroppsspråk, god kommunikasjon, eit engasjement i pasienten, samt med å vise at ein er til stades (Hestvold, 2018, s.136). Då håp er eit individuelt fenomen, så må ein ta utgangspunkt i pasientperspektivet, og for å få pasienten til å opne seg om dette, kan tillit vera viktig. Håp heng saman med tillit, og tillit må ein gjere seg fortent til (Travelbee, 1999, s.124).

Relasjonar kan styrke håpet (Hestvold, 2018, s.136). For å bygge ein relasjon er det hensiktsmessig med relasjonskompetanse. Ein sjukepleiar med relasjonskompetanse vil bruke relasjonen for å nå målet med samhandlinga (Røkenes & Hanssen, 2012, s.10).

Relasjonskompetanse handlar om å bygge ein relasjon gjennom kommunikasjon, vidare må ein vedlikehalde relasjonen, før ein til slutt avsluttar relasjonen på ein bra måte (Røkenes & Hanssen, 2012, s.10). Ein god relasjon mellom helsepersonell, og pasient kan vera avgjerande når ein ønsker å hjelpe ein pasient til ei forandring. Denne forandringa kan handla om tankegang, kjensler, osv. (Røkenes & Hanssen, 2012, s.18). Relasjonen kan vera eit verktøy for å fremje forandring hos mennesket, samstundes kan relasjonen vera eit mål i seg sjølv (Røkenes & Hanssen, 2012, s.19).

Mathisen (2016) meiner at lege skal gi pasienten prognostisk informasjon. Sjukepleiaren sin jobb er å sørge for at pasientane får den prognostiske informasjonen dei har krav på. Det går igjen at helsepersonell ønsker at pasienten skal ta initiativet til å ha slike samtalar, men at pasienten forventar at helsepersonell skal gjere dette. (s.418). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (2022, §3-2) har pasienten rett på informasjon noverande helsetilstand dersom ein ynskjer dette. Informasjonen som blir gitt skal tilpassast den enkelte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2022, §3-5).

## 2.6 Tverrprofesjonell samhandling

Tverrprofesjonell samhandling i helse- og omsorgssektoren handlar samarbeid på tvers av profesjonar (Vasset, 2018, s.28). Samarbeid føresetter at ein er bevisst på eigen kompetanse, samt kjernekompetanse, innanfor sin profesjon (Vasset, 2018, s.28). Samstundes må ein ha kunnskap om dei andre profesjonane sitt kompetansefelt (Ingstad, 2019, s.118). Saman kan dei ulike profesjonane dekke det totale behovet pasienten har for hjelp, noko dei ikkje kan aleine (Ingstad, 2019, s.118). Målet er at pasienten, samt deira pårørande, skal kunne oppleve god, heilskapeleg omsorg. For å nå målet er dei ulike nivåa i helsetenesta avhengige av kvar andre sin kompetanse (Vasset, 2018, s.28).

Ein kan sjå utfordringar rundt tverrfagleg samarbeid i samband med helsehjelp til kronisk sjuke. Dette er t.d. med kommunikasjonsmanglar, og manglande overgangar mellom nivåa i helsetenesta (Vasset, 2018, s.30). Menneske med lungesjukdommar har samansette behov, og er brukarar av ulike tenester i helsetenesta t.d. heimesjukepleie, sjukeheim, og sjukehus (Oksholm, 2021, s.77). Ein kan sjå det slik at forverringane er ei av årsakene til at pasientane blir sendt mellom dei ulike helsetenestene. God dialog, og tette samarbeid mellom dei ulike helsetenestene gir gode pasientforløp (Vasset, 2018, s.30). Det trengst tverrfaglege samarbeid når pasientsituasjonen er samansett (Oksholm, 2021, s.77-79)

## 3 Metode

I dette kapittelet blir metode, søkestrategi og søkeprosess i forhold til funn av forskingsartiklar presentert. Vidare vil dette kapittelet også ta for seg metodekritikken for oppgåva.

### 3.1 Metode og litteraturstudie:

Ein metode er ein framgangsmåte på korleis ein skal finne kunnskap. Ein kan velje mellom ulike metodar, der målet er å svare på problemstillinga på best mogleg måte (Dalland, 2020, s.53). Metoden ein vel er vesentleg for datainnsamlinga til undersøkinga. Oppgåva er basert på litteratur, og tar litteraturstudie i bruk som metode. I ein litteraturstudie så er hensikta å samle kunnskap frå nedskrivne kjelder, og deretter systematisere informasjonen, samt vurdere den kritisk (Thidemann, 2019, s.77). I ein litteraturstudie vil ein altså innhente datamateriell frå fagkunnskap, forskning og litteratur som allereie eksisterer. Når ein har gjort dette så er formålet å samanfatte den kunnskapen ein har henta (Dalland, 2020, s.53).

Oppgåva tar utgangspunkt i kvalitative forskingsartiklar, då det var denne metoden som representerte fleirtalet av søka. Kvalitativ metode blir brukt for å hente informasjon om meiningar, kjensler og opplevingar. Dette kan ikkje la seg måle i tal, og statistikk (Dalland, 2020, s.54). Med kvalitative metodar får ein moglegheita til å gå i djupn på eit tema gjennom t.d. intervju, observering eller dokumentanalyse (Thidemann, 2019, s.76). Det at denne oppgåva er basert på kvalitative studie, gjer at ein kjem djupare i temaet; håp knyta til kols. Ein vil ikkje få målt resultata i målbare einingar, som med kvantitative metodar (Thidemann, 2019, s.75). Kvantitativ metode søker objektive data, gjerne for å få ei oversikt, teste hypotesar, eller vurdere ein frekvens av noko. Kjenneteiknet med kvantitativ metode er at ein får breiddekunnskap, då undersøkingobjekta er mange, i motsetning til kvalitative metodar der objekta er få (Thidemann, 2019, s.76).

### 3.2 Søkestrategi:

For å gjennomføre eit systematisk litteratursøk, tar ein utgangspunkt i problemstillinga som verkar som ein rettleiar i søkeprosessen (Thidemann, 2019, s.82). Som ein del av søkestrategien er det utarbeida eit PICO-skjema, som vart brukt i søkeprosessen (Vedlegg 1).

Eit PICO-skjema tar for seg strukturen PICO, som skal bidra til å dele opp problemstillinga får å få fram essensen (Thidemann, 2019, s.82). Med å bruke PICO gjer ein klart kva ein vel å inkludere/ekskludere. Ein får også ei oversikt over søkeorda. Eit PICO-skjema vil kunne strukturere søket, og vera utgangspunkt for ein effektiv søkestrategi, med meir relevante treff (Thidemann, 2019, s.87).

I databasane kan ein kombinere søkeord. Med å ta for seg dei vanlegaste boolske operatorane slik som AND, OR eller NOT så vil ein kunne avgrense søket (Thidemann, 2019, s.87). Det ferdige PICO-skjemaet viser at dei aktuelle søkeorda er omsett til engelsk, og søka er gjennomført på engelsk. I internasjonale databasar så vil søkespråket som oftast vera engelsk, (Thidemann, 2019, s.88). Valet med å ikkje inkludere norske søkeord handlar om ønsket om å søke bredt.

Databasane som vart anvendt er Cinahl, PubMed, og Medline Ovid, då dette er fagressursar som er relevante for sjukepleieutdanninga, og som er tilgjengeleg via Høgskulen På Vestlandet (u.å). Cinahl og Medline er døme på databasar som tar i bruk emneordssystem for at ein skal kunne få eit større resultat på søket (Thidemann, 2019, s.86). I alle søka har emneord blitt anvendt der dette har vore mogleg, unntaket er søket i PubMed. Med manglande emneord er søkeordet brukt som tekstord i søket.

### 3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Det er tatt i bruk ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier for å komme fram til relevante forskingsartiklar.

#### **Inklusjonskriterier:**

- Forskingsartiklar
- Publisert frå 2012
- Engelsk
- Kvalitativ-/kvantitativ metode
- KOLS-pasientar
- Pasient og sjukepleiarperspektiv

**Eksklusjonskriterier:**

- Ikkje forskingsartikkel
- Publisert før 2012
- Utviklingsland

**3.4 Søkeprosess:**

Søk i CINAHL Database 02.03.2022			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing	Resultat/tal
S1	"nurs or nurses or nursing"		237,775
S2	(MH "Hope")		5,543
S3	(MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive")		21,233
S4	«COPD»		24,676
S5	S3 OR S4		27,904
S6	S2 AND S5		22
S7	S6	2012-2022	12
S8	S7	Language: English	10

Den første artikkelen er «*Living With Advanced Heart Failure or COPD: Experiences and Goals of Individuals Nearing the End of Life*» (Lowey, et al., 2013). Denne artikkelen vart valt fordi pasientane med KOLS og hjertesvikt beskriver sine erfaringar, og mål i den siste fasen av livet.

Den andre artikkelen er “*Negotiating hope with chronic obstructive pulmonary disease patients: a qualitative study of patients and healthcare professionals*” (Philip, et al., 2011) Denne er relevant då den tar opp informasjonsbehovet til pasientane i den siste fasen av livet.

Søk i MEDLINE OVID Database 03.03.2022			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing	Resultat/tal
S1	nurs*.mp		777,300
S2	Hopes.mp. or Hope/		10,655
S3	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/		45,897
S4	COPD.mp.		53,324
S5	S3 OR S4		65,287
S6	S2 AND S5		32

Artikkelen nummer tre er «*Between hope and hopelessness: COPD patients' and their family members' experiences of interacting with healthcare providers – a qualitative longitudinal study*” (Andersen, et al., 2018). Denne artikkelen er relevant då den undersøker relasjonen mellom pasienten, familien og helsepersonellet, samt erfaringane deira.

Søk i MEDLINE OVID Database 03.03.2022			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing	Resultat/tal
S1	(Chronic obstructive lung disease or COPD).mp		55,740
S2	(hope or hopes).mp		67,615
S3	(nurse or nurses or nursing).mp		762,700
S4	Nursing interventions.mp		4771
S5	S3 OR S4		762,700
S6	S2 AND S5		3920
S7	S1 AND S6		13

Med bruk av desse søkeorda fann eg 13 artiklar der valet falt på artikkelen «*Hope: a construct central to living with chronic obstructive pulmonary disease*» (Milne et al., 2009). Denne artikkelen forklarar betydinga av håp for personar som lever med KOLS.

Søk i PubMed Database 14.03.2022			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing	Resultat/tal
S1	"nurs or nurses or nursing" or nurs* OR «nursing interventions»		188,891
S2	Hope OR hopes		41,994
S3	«Chronic illness» OR «Chronic disease»		329,830
S4	S1 AND S2 AND S3		112
S5	S4	2012-2022	97

Etter det fjerde søket var det noko fleire resultat enn med dei tidlegare søka. Valet falt på treff nr. 34: «*Supporting Hope and Prognostic Information: Nurses' Perspectives on Their Role When Patients Have Life-Limiting Prognoses*» (Reinke, et al., 2010). Denne er relevant då den tar opp utfordringa med at helsepersonell skal gi prognostisk informasjon, og samstundes bevare håpet.

### 3.5 Metodekritikk:

#### 3.5.1 Vurdering av eiga oppgåve

Forskningsartiklane som er inkludert i dette litteraturstudiet har ei relevans for oppgåva si problemstilling. Alle artiklane er kvalitative, dette var ikkje eit mål i seg sjølv, men slik ein ser det vil dette føre til djupare kunnskap om tema. På grunnlag av eksklusjons- og inklusjonskriteriane så kan ein sjå at enkelte unntak er gjort. Blant anna er to av forskningsartiklane publisert før 2012. Dette blir vurdert som relevant då søkeresultata rundt hovudtema *håp* og *KOLS* er relativt få. Derimot får ein eit større søkeresultat dersom ein tar i

bruk *kronisk sjukdom*, eller andre sjukdommar t.d. *kreft* som omgrep. To av forskingsartiklane eg har valt handlar om KOLS og hjertesvikt/kreft. Oppgåva fokuserer på KOLS grad III og IV, og desse artiklane tar for seg kreft og hjertesvikt i eit livstruande stadie av sjukdommen. Dermed kan tilstanden overførast til ei alvorleg KOLS-diagnose, og desse blir relevante. Vidare er berre ein av forskingsartiklane utført i Europa (Danmark), to er utført i Australia, og dei resterande to er utført i USA. På tross av lite treff på dei ulike søka, samt at dette var dei mest relevante for problemstillinga, falt valet på desse artiklane. Slik ein ser det er ikkje dette ei svakheit for oppgåva, då alle kan ha dei same føresetnadane for å bidra til å fremje håp hos pasientane. Ein må samstundes ta kulturskilnader, og ulike strukturar på helsevesenet til vurdering. Når det gjeld bruk av anna litteratur, er ein fagfelleverdert artikkel som omhandlar palliasjon til KOLS-pasientar frå 2011 inkludert. Denne blir sett på som relevant, då nyare artiklar ikkje opplyser behovet for palliasjon hos KOLS-pasientar i særleg grad. Det er tatt med eit debattinnlegg frå *Sjukepleien* skriven av professor Vibeke Lohne, som har forska på håp i over 35 år. Ein kan sjå det slik at ho har mykje kompetanse på fenomenet håp. Dette debattinnlegget blir derfor rekna som relevant.

### 3.5.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur

Kjeldekritikk handlar om å vurdere, tolka, samt analysere den litteraturen eller forskingsartikkelen ein har funne (Christoffersen, et al., 2015). Thidemann (2019) poengterer at med kritisk vurdering av kvaliteten på forskingsartiklane så kan ein ta i bruk sjekklister som pedagogiske verktøy. I arbeidet med kritisk vurdering så er sjekklisene hos Helsebiblioteket (2016) tatt i bruk. Då alle forskingsartiklane i denne litteraturstudien er kvalitative, vart dei godkjende ut i frå sjekklister om kvalitative studie. Sjekklista som er brukt er formert skjematisk med ja/nei spørsmål, der hensikta er å vurdere kvaliteten, og sørge for at viktige aspekt med forskingsartiklar er tatt med. Vidare så har fokuset vore å vurdere om artiklane har IMRad-struktur, noko alle har. Ein skil mellom fagartiklar og forskingsartiklar med at forskingsartiklar innanfor feltet helse og medisin, ofte følger IMRad-strukturen (Thidemann, 2019, s.66-67).

### 3.5.3 Etisk vurdering

Forskingsetikk handlar om å vurdere alle aspekt med forskinga opp mot normene, og verdiane ein har i eit samfunn (Dalland, 2020, s.168). Det er gjennomført etiske vurderingar av dei



ulike forskingsartiklane i oppgåva. Dette kjem fram med at artiklane er blitt etisk godkjent av etiske komitear, eller at dei viser til viktige etiske prinsipp. Viktige etiske prinsipp i forskning er blant anna informert samtykke og konfidensialitet (Heggstad, 2018, s.124). I forskningsetikken skal ein ivareta personvernet, integriteten og velferda til dei som deltar (Dalland, 2020, s.168).

## 4 Resultat

I dette kapittelet er resultatene frå dei ulike forskingsartiklane som er inkludert i oppgåva presentert.

### 4.1 Samandrag

#### 4.1.1 Artikkel 1

*«Living With Advanced Heart Failure or COPD: Experiences and Goals of Individuals Nearing the End of Life»* (Lowey, et al., 2013).

**Hensikt:** Beskrive erfaringane pasientane med alvorleg hjertesvikt og KOLS hadde i etterkant av eit sjukehusopphald. Dei ville også vurdere kva sjukepleie pasientane såg for seg vidare. Studien inkluderte pasientar med KOLS og/eller hjertesvikt som var mottakarar av heimebaserte tenester.

**Metode:** Forskingsartikkelen er basert på kvalitative intervju. Det vart utført 40 semi-strukturerte intervju, med totalt 20 heimebuande deltakarar i USA, som enten hadde avansert KOLS, eller alvorleg hjertesvikt som hovuddiagnose. Alle var nyleg utskrivne frå sjukehus. Alle deltakarane var mellom 52-93 år, og menn og damer var likt representert.

**Funn:** Både hjertesvikt og KOLS er kroniske sjukdommar som er progredierende, og prega av periodar med forverring. Andenaud er hovudsymptomet. Eit stort fleirtal ytrar at tillit, og god kommunikasjon med helsepersonellet er viktig. Etter kvart som pasientane kom inn i den siste fasen av livet, vart det viktigare med informasjon rundt palliasjon. Pasientane meiner det er helsepersonellet si oppgåve å informere om når sjukdommen er livstruande, slik at dei kan førebu seg på døden.

**Konklusjon:** Den siste tida av livet til pasientar med hjertesvikt eller KOLS er prega av ei stor belastning av symptom, og ei generell kjensle av usikkerheit rundt framtida. Pasientane hadde håp sjølv i episodar med forverringar. Eit anna håp hos pasientane var at sjukdommen skulle vera stabil.

#### 4.1.2 Artikkel 2

«*Negotiating hope with chronic obstructive pulmonary disease patients: a qualitative study of patients and healthcare professionals*» (Philip, et al., 2011).

**Hensikt:** Undersøke KOLS-pasientane, samt helsepersonellet sitt synspunkt på informasjonsbehovet. Ein tok også for seg behandlingspreferansane til pasientane.

**Metode:** I denne studien frå Australia vart det brukt kvalitative intervju for ti KOLS-pasientar. Intervjua gjekk i djupna, samt dei var semi-strukturerte. Intervjuobjekta fekk behandling i respiratorisk poliklinikk, etter ei livstruande forverring. Seks menn og fire kvinner med ein medianalder på 67 år, deltok i studien. Det vart heldt fokusgrupper for 31 helsepersonell med erfaring med KOLS-pasientar, for å kunne representere helsevesenet i studien. 18 av desse var sjukepleiarar.

**Funn:** Det kom fram at håpet, og sjukdomsbiletet kunne stride med kvarandre. Samstundes kunne ein sjå at pasientane var optimistiske, og mange hadde eit håp om ei betre funksjonsevne. Helsepersonellet respekterte håpet sjølv om det ikkje var sannsynleg. KOLS-pasientane beskriver blant anna fysiske og sosiale avgrensingar, eksistensielle kriser, og ei avgrensa framtid. På tross av dette beskriver dei håp. Dei fleste ytra at dei ikkje hadde fått nok informasjon om sjukdommen, og ingen hadde hatt diskusjonar rundt livets siste fase.

**Konklusjon:** Informasjon rundt palliasjon er hensiktsmessig for denne pasientgruppa, men det er mangel på slik informasjonsflyt på grunnlag av ei frykt for å øydelegge håpet. Pasientane var skeptiske til palliasjon, men var opne for enkelte komponentar, deriblant symptomlindring, og open kommunikasjon. Det vart konkludert med at sjølv i møtet med døden så kan håpet vera til stades.

#### 4.1.3 Artikkel 3

«*Between hope and hopelessness: COPD patients' and their family members' experiences of interacting with healthcare providers – a qualitative longitudinal study*» (Andersen, et al., 2018).

**Hensikt:** Få eit innblikk i erfaringane til pasientar, og deira familie, rundt interaksjon med

helsepersonell. Ein tok for seg tida etter eit sjukehusopphald, då ein såg det sannsynleg at behovet for støtte auka etter dette.

**Metode:** Denne forskingsartikkelen frå Danmark tar i bruk kvalitativ metode, med intervju og observasjon av ti pasientar, samt sju familiemedlem. Ein rekrutterte forskingsobjekta når pasientane var på sjukehuset etter ei forverring, og ein søkte variasjon i alderspenn, og kjønn hos deltakarane.

**Funn:** I tida etter eit sjukehusopphald ytrar pasientane enkelte negative erfaringar knyta til behovet for hjelp. Ein fann at pasientar hadde vanskar med å opne seg for helsepersonell. Vidare hadde ikkje pasientane ei kjensle av at behovet deira for kommunikasjon rundt sosial støtte, rettleiing, sjølvstende, og håp ikkje vart møtt. Pasientane beskriver eit smalt tidsrom for kommunikasjon utanom sjukdommen, og at det burde viast meir tid til nettopp dette. Pasientane ytra å skifta mellom ei kjensle av håp, og håplausheit.

**Konklusjon:** Relasjonen mellom pasienten, og helsepersonellet er viktig. Ein kom fram til at pasientane i tida etter eit sjukehusopphald hadde behov for godt koordinerte helsetenester, samt god samhandling med helsepersonell. Dette verka inn på håp, velvære og sjølvstende.

#### 4.1.4 Artikkel 4

«*Hope: a construct central to living with chronic obstructive pulmonary disease*» (Milne, et al., 2009).

**Hensikt:** Få innsikt i kva betydinga av håp er for pasientar diagnostisert med KOLS, som bur heime, og som er med i eit vedlikehaldsprogram for lungekapasitet.

**Metode:** Denne kvalitative studien, med ei fenomenologisk tilnærming, er gjennomført i Australia. Datainnsamlinga baserer seg på intervju, blant sju intervjuobjekt med diagnosen KOLS. Det var fem menn og to kvinner, og aldersspennet er 57-81 år.

**Funn:** Relasjonen mellom helsepersonellet, og pasienten er fordelaktig for utvikling, og vidareføring av håp hos pasienten. Dette er spesielt viktig med kroniske sjukdommar som t.d. KOLS. Ein ser det slik at lungerehabilitering fører med seg fordelar t.d. redusert angst, og dyspné. Lungerehabilitering i tidlige stadier av sjukdommen kan føre til større håp, fordi det hjelper med symptom-meistring. Studien tar opp eit håp om lindring av den fysiske, og

psykiske belastinga, som KOLS kan føre med seg. Mange uttalte at dei ikkje nødvendigvis fekk ei kjensle av å ha håp for framtida, men eit håp her og no, eit håp om gode stunder med familie. Håpet omhandla også tilpassing, der ein re-definerer håpet til å bli realistisk.

**Konklusjon:** Håpet har ei viktig rolle for å få ulike individ som opplever sjukdom, og liding til å leve med dette. Håpet vedvarer på tross av sjukdom og liding. Ein fann mange fordelar med å delta i vedlikehaldsprogram for lungekapasiteten, blant anna auka velvære og håp. Sjukepleiar kan bidra til å fremje håpet.

#### 4.1.5 Artikkel 5

*«Supporting hope and prognostic information: Nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses» (Reinke, et al., 2010).*

**Hensikt:** Helsepersonell kjenner på ei utfordring med å initiere kommunikasjon rundt prognosen til pasientar som har ei avgrensa levetid, på grunn av alvorleg sjukdom. Dette for å ikkje øydeleggje håpet deira. Denne studien fokuserer på sjukepleiaren sitt perspektiv i møtet med desse pasientane, og deira familie.

**Metode:** Denne kvalitative studien frå USA har brukt semi-strukturerte intervju for å samle data. Intervjuobjekta var 22 sjukepleiarar som arbeida med pasientar med avansert KOLS eller kreft. Dei fleste intervjuobjekta var kvinnelege, og hadde ein medianalder på 47 år.

**Funn:** Ein kunne diskutere om det å vere tilstades for pasientane var hensiktsmessig for å gi støtte. Det å snakke om prognosane kan vera utanfor sjukepleiaren sitt fagfelt, då det er lege som skal informere om slikt. Mange av sjukepleiarane nemnte at dei var avhengige av tverrfaglege samarbeid, rundt informasjon om palliasjon, og prognose. Ei viktig sjukepleieoppgåve var å vurdere kva kunnskap pasienten og pårørande allereie har, for å vurdere behovet for vidare informasjon.

**Konklusjon:** Ein kom fram til tre ting: 1) Nøkkelen til å bygge håp var kommunikasjon og tillit. For å kunne skape eller oppretthalde håp så må ein kjenne til dei individuelle aspekta med dette fenomenet. 2) Det er ei sjukepleiaroppgåve å finne ut kva informasjon pasienten har om sjukdommen. 3) Det er viktig med tverrfaglige samarbeid. Dette for at sjukepleiarane også skal kunne møte behovet pasientane har for vidare informasjon.

## 4.2 Analyse av forskingsartiklane

I dette kapittelet er det samla relevante funn frå forskingsartiklane ut frå innfallsvinkelen på oppgåva.

### 4.2.Håpet

Håpet er ein strategi for å godta den kroniske sjukdommen, og konsekvensane som kjem med denne (Milne, et al., 2009; Reinke, et al., 2010). Med KOLS kjem det ei usikkerheit rundt ei avgrensa framtid. Samstundes beskriver ein eit håp for framtida, og for tida her og no (Lowey, et al., 2013; Philip, et al., 2011; Andersen, et al., 2018; Milne, et al., 2009; Reinke, et al., 2010). Håpet ein beskriver kan vera ulikt hos det enkelte individ, men ein beskriver ein adaptasjon, der det ein håper på er meir realistisk for noverande funksjonsnivå (Andersen, et al., 2018; Lowey, et al., 2013; Milne, et al., 2009; Reinke, et al., 2010). Det går igjen at pasientane håper at sjukdommen held seg stabil, men dei er inneforstått med den livstruande naturen til KOLS (Lowey, et al., 2013; Milne, et al., 2009; Philip, et al., 2011). Pasientane såg ikkje på seg sjølv som aktivt døydande. Dei meinte ikkje at KOLS-forverringane var ein del av sjukdommen, men heller eit separat fenomen som gjekk over (Andersen, et al., 2018; Lowey, et al., 2013; Philip, et al., 2011).

#### 4.2.2 Informasjonsbehovet knyta til palliasjon og open kommunikasjon

Det går igjen at helsepersonell står i ein posisjon der ein blir dratt mellom å oppretthalde håpet hos pasientane, eller bryte ned håpet med å diskutere realitetsbiletet av sjukdommen (Lowey, et al., 2013; Milne, et al., 2009; Philip, et al., 2011; Reinke, et al., 2010).

Sjuepleiarar er nærast pasientane, og ein ser viktigheita av open kommunikasjon, og håp (Reinke, et al., 2010). Ein peiker på at open kommunikasjon er viktig, og at ein skal dekke informasjonsbehovet til den enkelte med å gi forsvarleg informasjon rundt deira sjukdom (Andersen, et al., 2018; Lowey, et al., 2013). Både pasientane og helsepersonellet såg på informasjon palliasjon som nødvendig (Lowey, et al., 2013; Philip, et al., 2011). Palliativ behandling kan lindre ubehaget som pasientane kjenner på i forhold til symptombiletet med andenaud (Lowey, et al., 2013; Philip, et al., 2011). Målsettinga til enkelte pasientar var lindring av symptom (Reinke, et al., 2010).

### *4.2.3 Relasjonen*

I fleire av studiane beskriver pasientane relasjonen mellom pasient og sjukepleiar som viktig (Andersen, et al., 2018; Lowey, et al., 2013; Milne, et al., 2009). Pasientar og helsepersonell meiner at ein godt etablert relasjon vil vera av vesentleg karakter for å gi prognostisk informasjon rundt sjukdommen (Philip, et al., 2011). Det å bygge ein relasjon blir sett på som nøkkelen til å fremje håp hos pasientane, og deira familie (Reinke, et al., 2010). Ein negativ relasjon mellom pasienten og helsepersonellet er vist å gi pasienten ei kjensle av håplausheit (Milne, et al., 2009). Håplausheit kan oppstå gjennom dårleg kommunikasjon, dårlege samarbeid og utan gode tverrprofesjonelle samarbeid (Andersen, et al., 2018).

### *4.2.4 Tverrfagleg samarbeid*

Å navigere mellom ukjente helsepersonell, samt dårlege tverrfaglege samarbeid kunne oppfattast som frustrerande. Dersom dette skjedde fleire gongar kunne ein få ei kjensle av håplausheit (Andersen, et al., 2018). Eit betre tverrfagleg samarbeid mellom helsepersonell kan underbygge håpet hos pasientane, samstundes som ein kan gi nødvendig prognostisk informasjon (Reinke, et al., 2010). Det er oppfatta problematikk med manglande tverrfagleg samarbeid, då sjukepleiar si oppgåve innan det å gi prognostisk informasjon, skal bygge på det legen har sagt til pasienten (Andersen, et al., 2018; Reinke, et al., 2010). Sjukepleiar må kjenne til kva som er sagt, rette opp i missforståingar, supplere og gjenta det som er nemnt (Reinke, et al., 2010). Manglande eller dårleg tverrfaglig samarbeid kunne føre til at pasient, og pårørande kjente på ei mistru til helsepersonellet (Andersen, et al., 2018; Reinke, et al., 2010). Ein god sjukepleiepraksis bygger på eit tverrfagleg samarbeid, der ein kan sørge for god tilgang til sjukepleie, kontinuitet og god samhandling (Andersen, et al., 2018).

## 5 Drøfting

I dette kapittelet vil forskingsartiklane bli drøfta opp i mot anna litteratur, samt egne vurderingar. Vidare er drøftinga sett opp med underkategoriar for å ta opp innsynsvinklane til litteraturstudiet. Kommunikasjon og relasjonar, samt palliasjon og tverrprofesjonell samhandling vil bli drøfta i forhold til håp. Korleis kan sjukepleiaren fremje eller oppretthalde håp hos pasientar med alvorleg KOLS?

### 5.1 Kommunikasjon i relasjon, og håp

Alvorleg kronisk sjuke opplever forhold som kan utfordre håpet som ligg naturleg hos mennesket (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.211). Derimot går det igjen at denne pasientgruppa uttrykker håp, på tross av liding (Rustøen, 2007, s.93). Uansett vil det vera ei sjukepleieoppgåve å hjelpe pasienten å oppleve håp for å leve gjennom lidinga (Travelbee, 1999, s.117). Sjukepleiaren kan ikkje «gi» håp til pasienten, håpet er individuelt og dei må sjølv velje innhaldet (Lohne, 2019). Det kan vera hensiktsmessig som sjukepleiar å kjenna til dei ulike dimensjonane innanfor håp, for å hjelpe enkeltindivid med å fremje håp (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.213). Her kan ein dra inn den affektive dimensjonen med håp som viser at håpet er individuelt, og baserer seg på kjenslene til individet (Lohne, 2016, s.117). For at ein skal kunne hjelpe eit individ med å oppretthalde eller bygge håp, så bør sjukepleiaren kjenne til dei individuelle aspekta rundt fenomenet håp (Reinke, et al., 2010). Ein kan t.d. få fram det individuelle perspektivet t.d. med å snakke med pasienten om kva dei håper på, og kva som er viktig for dei. Faktisk er det vist at ein kan ha eit betre utgangspunkt for å styrke håp, dersom ein kjenner til opplevelsesperspektivet til pasienten (Hestvold, 2018, s.119). Relasjonsdimensjonen er ein av dimensjonane med fenomenet håp, og denne dimensjonen drar fram relevansen med relasjonar for å fremje håpet (Lohne, 2016, s.117). Slik ein ser det kan relasjonsbygging og kommunikasjon, føre til at sjukepleiaren får meir innsikt i pasientsituasjonen, og dermed eit betre grunnlag for å bygge håp hos pasienten.

Samtlege av studiane tar opp viktigheita med gode relasjonar mellom helsepersonell og pasient (Andersen, et al, 2018; Lowey, et al, 2013; Milne, et al, 2009). Relasjonsbygging kan bidra til å avle og oppretthalde eit håp hos pasienten (Reinke, et al., 2010). Dette underbygger Milne, et al. (2009) som også viser til gode relasjonar som ei nødvendighet for å halde håpet til pasienten ved like. Dessutan drar Travelbee (1999) opp relasjonen i forhold til sin teori om



at menneske-til-menneske-forhold kan gjere det mogleg for sjukepleiaren å nå måla for sjukepleie. Desse måla vil som tidlegare nemnt vera å bistå individet, med å skulle førebyggje, eller meistre lidning som kjem med sjukdom, samt sørge for at individa kan finne meining i situasjonen (s.171). Relasjonskompetanse kan vera av relevans, slik at ein kan bruke relasjonen hensiktsmessig (Røkenes & Hanssen, 2012, s.10). Når siktemålet med sjukepleia blir å fremje eller oppretthalde håp, så kan relasjonskompetanse vera eit godt reiskap. Det går spesielt igjen at pasientar som håper, lider mindre (Hestvold, 2018, s.134). Altså så kan det å avle, eller bevare håpet til pasienten føre til mindre lidning, og dermed ei måloppnåing innan sjukepleie. Travelbee (1999, s.171) underbygger også at ein kan bruke relasjonen til å nå målet med sjukepleie, men for å skape denne relasjonen så må ein skape kontakt gjennom kommunikasjon. Med relasjonskompetanse vil ein først fokusere på å skape ein relasjon, gjennom kommunikasjon med pasienten (Røkenes & Hanssen, 2012, s.10).

Menneske-til-menneske-forholdet som Travelbee (1999) beskriver kan skapast gjennom fleire interaksjonsmøter, der målet er likeverdig forståing, og god kontakt mellom to menneske.

Gjennom ulike møter skal helsepersonellet og pasienten bli kjende, samt ein skal legge vekk rollene, slik at ein kan sjå på kvarandre som unike menneske (s.188). For å problematisere dette så kjem ein ikkje forbi den grunnleggjande asymmetrien i forholdet mellom pasient og sjukepleiar (Heyn, 2018, s.19). Vidare vil empati og sympati hos sjukepleiaren, bli viktig for at sjukepleiar skal ønske å lindre plagene til individet (Travelbee, 1999, s.193-200).

Relasjonen blir ikkje berre til, ein må gå inn for å samhandling gjennom kommunikasjon med pasienten for å skape tryggleik, truverd, og tillit (Røkenes & Hanssen, 2012, s.27). Resultatet av ein relasjon kan vera felles forståingar av tankar, kjensler, og holdningar, dermed ei kjensle av at sjukepleiaren og pasienten deler erfaringar (Travelbee, 1999, s.211). Dette underbygger Røkenes og Hanssen (2012) som meiner at relasjonen i seg sjølv kan vera fundamentet i hjelpa som blir gitt, eller så vil relasjonen i seg sjølv vera til hjelp (s.19). Relasjonen kan dermed vera eit medium for håp, eller fremje håp i seg sjølv. For å presisere så vil ikkje ein god relasjon aleine, føre til at ein når alle måla for sjukepleia til den enkelte pasienten (Røkenes & Hanssen, 2012, s.26). Sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess, og noko ein må arbeide med, og for (Travelbee, 1999, s.29). Til samanlikning viser Philip, et al. (2011) også til at ein god relasjon ikkje vil vera løysinga på alt, men derimot eit godt verktøy for å nå måla med sjukepleia. Desse måla kan til dømes vera å skape eller oppretthalde håp. Travelbee (1999) meiner derimot at sjukepleie utan ein relasjon kan vera meir overfladisk. I praksis så er det ikkje sikkert at alle helsepersonell og pasientar har gode relasjonar. Måten sjukepleiaren

kommuniserer med pasienten kan ha stor verknad på om ein får nådd målet med sjukepleia, sjølv om ein ikkje bruker tid på å skape ein relasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s.26). Ein kan derfor argumentere for at ein relasjon vil vera eit godt verktøy, men ikkje ein nødvendighet.

Fleire av forskingsartiklane drar fram nødvendigheita av god open kommunikasjon rundt livets slutt, sjukdommen, og erfaringane til pasientane (Andersen, et al., 2018; Lowey, et al., 2013; Philip, et al., 2011; Reinke, et al., 2010). Samstundes ytrar fleire at dei er engstelege for å opne seg i møte med helsepersonell (Andersen, et al, 2018). Relasjonen kan vera viktig for om personen ytrar sine kjensler, tankar og meiningar i forhold til sitt synspunkt på sin sak (Røkenes & Hanssen, 2012, s.25). Ei utfordring med å skulle etablere relasjonar kan t.d. vera tidspresset ein merker i helsevesenet i dag. Pasientar beskriver blant anna ei mangel på tid, for å kommunisere med helsepersonellet, og dette kan bidra til ei håplausheit (Andersen, et al., 2018). Håp er individuelt, og tillit kan vera viktig for å få pasienten til å opne seg om sin situasjon. Tillit må ein gjere seg fortent til (Travelbee, 1999, s.124). God kommunikasjon, samt eit engasjement for pasienten sin situasjon, og synspunkt blir sett på som viktig for å skape tillit (Hestvold, 2018, s.136). Dette viser at open kommunikasjon og tillit blir viktige stikkord i arbeidet med å fremje håp.

Sosial støtte gjennom god kommunikasjon bidrar til å styrke håpet til pasientar med kroniske lidingar, medan mangel på empati hos helsepersonellet kan føre til ei kjensle av håplausheit hos pasienten (Hestvold, 2018, s.133). For å skape eit menneske-til-menneske-forhold vil kommunikasjon med pasienten vera ein viktig prosess (Travelbee, 1999, s.135). Det er viktig å tilpasse kommunikasjonen til den sjukdomsfasen som pasientane er i (Hestvold, 2018, s.157). KOLS-pasientar i sjukdomsstadie III og IV er prega av ei høg symptombyrde i form av andenaud og dyspné (Molzahn, et al., 2021). Symptoma kan variere frå dag til dag, og ved forverringar så klarer pasienten gjerne ikkje å delta i samhandling i stor grad (Oksholm, 2021, s.80). Dette kan føre til utfordringar for kommunikasjonen. Kommunikasjonsferdigheiter kan komme godt med for å få til god kommunikasjon. Kommunikasjonsferdigheiter handlar om å skape relasjonar, med å kommunisere opent om pasientens perspektiv (Heyn, 2018, s.16). Det å skulle få pasienten til å vise sine emosjonar, og sitt perspektiv er ein kommunikasjonsferdigheit som ein oppnår med open kommunikasjon (Berge & Fjerstad, 2016, s.161). Vidare bør pasienten få vete rammene for samtalen, slik at dei kan førebu seg. Til slutt blir aktiv lytting, og empati frå sjukepleiaren si side viktig, slik at pasienten ser at ein bryr seg, viser støtte, samt forstår deira synspunkt (Heyn, 2018, s.16). På tross av desse

grunnleggande kommunikasjonsevne er det ingen fasit på korleis ein skal gå fram i samtale med ein pasient (Heyn, 2018, s.24). Ein kan oppnå god kommunikasjon med å inkludere elementa i kommunikasjonsferdigheitene, aktiv lytting, empati, metakommunikasjon, og open kommunikasjon.

## **5.2 Pasienten sitt behov for palliasjon, og tverrfaglege samarbeid i forhold til håp**

Behovet KOLS-pasienten har for palliasjon aukar saman med sjukdommen sin progresjon (Andersen, et al., 2011). Samstundes er palliativ medisin relativt lite brukt i forhold til KOLS (Molzahn, et al., 2021). Med KOLS grad III og IV vil forventa FEV<sup>1</sup> vera sterkt redusert, og sjukdomsbilete vil vera prega av dyspné og KOLS-forverringar (Borge, 2021, s.103). Sjukdommen er kronisk progredierande, men pasienten vil ha stunder der sjukdomen er stabil, og stunder prega av ekserbasjonar. Det kan vera utfordrande å sei noko om tidsperspektivet til sjukdommen då KOLS er kronisk progredierande (Henriksen & Normann, 2016, s.702). Dette kan vere ei av årsakene til at KOLS-pasientar er underrepresentert innan palliativ medisin. Sjukepleiarar har eit medansvar for å identifisere om individ med lungesjukdommar kan ha nytte av palliativ medisin (Steindal, s.211, 2021). Palliasjon tar sikte på å førebyggje, og lindre lidning hos enkeltmennesket, til dømes med symptomlindring (WHO, 2020). Ein sjukepleiefunksjon handlar om å lindre (Kristoffersen, et al., 2016, s.17). Palliasjon kan derfor komme inn under denne sjukepleiefunksjonen. Fleire pasientar ser på lindring av symptom som eit mål (Reinke, et al., 2010). Fleire med alvorleg KOLS beskriver eit håp om lindring av fysiske og psykiske plager (Milne, et al., 2009). Palliasjon kan tilby pasienten lindring, og dette kan ha positiv innverknad på håpet. Derimot ser ein at KOLS-pasientar ikkje har nok kunnskap om palliasjon, og ikkje ser på dette som relevant for dei (Philip, et al., 2011). Utan informasjon rundt palliasjon kan ein gjerne sjå på det som håplaust, når det eigentleg kan styrke håpet gjennom symptomlindring. Travelbee (1999) støtter også at sjukepleie skal hjelpe den som opplever lidning med å finne meining på tross av lidinga. Meininga er knyta til aksept av tilvære (s.225-226). Meining kan vera viktig for håpet. Ein kan dra inn den kognitive dimensjonen med håp, styrt av tankesettet til individet (Lohne, 2016, s.117). Palliasjon kan sjåast som ei moglegheit for lindring, i staden for ei stadfesting av livets slutfase.

Helsepersonell og KOLS-pasientar meiner at behovet for informasjon rundt palliasjon er stort (Lowey, et al, 2013). Pasient- og brukarrettighetslova viser til at pasienten har rett på

informasjon rundt sjukdommen sin, dersom pasienten ønsker dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2022, § 3-2). Det vil vera ei sjukepleiaroppgåve å finne ut kva pasienten har av informasjon rundt sjukdommen, prognose, osv. (Reinke, et al., 2010). Derimot er det ei legeoppgåve å gi prognostisk informasjon, og informasjon om oppstart av palliativ behandling (Mathisen, 2016, s.418). Fleire av studiane viser at helsepersonell møter utfordringar med å gi informasjon rundt sjukdommen til alvorleg sjuke KOLS-pasientar då dei er redde for å øydeleggje håpet deira (Lowey, et al., 2013; Philip, et al., 2011; Reinke, et al., 2010). Imidlertid kan dårleg/manglande kommunikasjon føre til ei håplausheit, difor kjem ynskjet om prognostisk informasjon (Andersen, et al., 2018; Lowey, et al., 2013). Sjukepleiaren skal støtte at pasientane får denne informasjonen (Mathisen, 2016, s.418). Ei spesifikk sjukepleieoppgåve kan derfor vera å finne ut kva pasienten veit, og sørge for at dei får den informasjonen dei gjerne manglar.

Sjukepleiaren skal rette opp i missforståingar, samt underbygge den informasjonen legen har gitt, dermed ser ein viktigheita med tverrfaglege samarbeid (Andersen, et al., 2018; Reinke, et al., 2010). Tverrfaglege samarbeid kan bidra til å skape håp på tross av å måtte diskutere realitetsbiletet av sjukdommen til pasientane (Andersen, et al., 2018). Når pasientsituasjonen er samansett, slik den er med KOLS krev dette kompetanse gjennom tverrfagleg oppfølging (Oksholm, 2021, s.77-79). Ein finn dårlegare kvalitet på dei tverrprofesjonelle samarbeida, og dermed helsehjelpa til kronisk sjuke (Vasset, 2018, s.30). Ein kan argumentere for at pasientane med KOLS opplever kontinuitet i tenesta av dårlegare kvalitet enn ein bør forvente. Ein må ta omsyn til at KOLS-pasientar blir sendt mellom dei ulike nivåa i helsetenesta, og at dette styrker behovet for tverrfaglege samarbeid (Oksholm, 2021, s.77). Som ein konsekvens av dårlege tverrprofesjonelle samarbeid kan pasientar og pårørande oppleve frustrasjon, samt ei kjensle av håplausheit (Andersen, et al., 2018). Dermed kan ein argumentere for at pasientar vil kunne oppleve håp når desse samarbeida er gode. Når ein pasient kjem i palliativ fase kan ein betre kontinuiteten med å kople inn tverrprofesjonelle-palliative-team som kan bidra med spesialkompetanse innanfor feltet palliasjon (Paulsen, et al., 2016, s.141). Ein kan dermed argumentere for at individet vil kunne oppleve eit betre pasientomløp som palliativ. Vidare viser dette at gode tverrfaglege samarbeid, også i samband med palliasjon blir viktige for å ivareta håpet til pasientane.

Fleire pasientar ser på KOLS-forverringane som separat frå sjukdommen, og dei ser ikkje på seg sjølv som aktivt døyande (Lowey, et al., 2013; Philip, et al., 2011). Derimot er det ikkje klare grenser for når sjukdommen blir livstruande (Henriksen & Normann, 2016, s.702).

Likevelli forventar pasientane å få beskjed når sjukdommen deira blir livstruande, slik at dei skal kunne førebu seg på livets slutt (Lowey, et al., 2013). Av den grunn kan pasientane ha behov for informasjon rundt palliasjon, der ein gjerne beskriver skilnaden på palliativ og terminal fase. I terminal fasen vil ein ikkje ha lenge igjen å leve, medan palliativ fase kan vera lang (Steindal, 2021, s.221). Grunnen til at dette kan poengterast er at mange har ei oppfatting av at palliasjon er nært tilknytt døyande. Ein kan følgeleg sjå at mange er skeptiske til palliasjon, men positive til enkelte element innanfor palliasjon som kan fremje håp t.d. symptomlindring og open kommunikasjon (Philip, et al., 2011). Ein ser at pasientar som er palliative, også dei som er døyande, har håp. (Duggleby, et al., 2012). Håpet kan vera til stades når ein snakkar om død, t.d. håpet om fine dagar, og ein fin død. Det vil ikkje vera eit håp om betring, eller læking (Philip, et al., 2011). Hestvold (2018) støtter at ein kan oppleve håp sjølv i palliativ fase, då ein kan finne håp i blant anna symptomlindring, eller i håp om ein god død (s.134). For å ha ein positiv tankegang, og eit håp rundt den usikre framtida med KOLS så kan adaptasjon til situasjonen vera vesentleg. Det blir omtalt som ei sjukepleiaroppgåve å skulle hjelpe individet med å re-definere håpet (Milne, et al., 2009). Her kan ein dra inn den kognitive dimensjonen av håp (Lohne, 2016, s.117). Denne dimensjonen viser til at med å endre tankegang, og med å ha klare mål og ønsker kan ein bidra til å ivareta eller skape håp.

## 6 Avslutting

Denne litteraturstudien skulle undersøke kva sjukepleiaren kunne gjere for å styrke, eller bygge håpet til pasientar med alvorleg KOLS. Litteraturstudien viser at pasientar med alvorleg KOLS framleis held fast i håpet, sjølv om ein gjerne treng hjelp av sjukepleiaren til å re-evaluere håpet. Håpet er individuelt, og det å kjenne til pasientperspektivet gjennom kommunikasjon, og relasjon, blir gode verktøy for å fremje håpet. For å skape relasjonen blir relasjonskompetanse, interaksjonsmøter og kommunikasjonsferdigheiter dratt fram. Ein konkluderer samstundes med at ein ikkje treng relasjonar for å utøve sjukepleie, men det vil vere fordelaktig. Ein ser viktigheita med at sjukepleiaren kjenner til håpets ulike dimensjonar, der blant anna relasjonsdimensjonen, den kognitive dimensjonen, og den affektive dimensjonen har blitt vektlagt. Ein ser det slik at tverrfaglege samarbeid vil føre til betre kontinuitet i pasientomløpet, samt at det er nødvendig for gode omløp for denne pasientgruppa. Palliativ medisin har fått ein viktig del i oppgåva på grunn av den lindrande funksjonen til fagfeltet. Nokon av pasientane ytrar skepsis til palliasjon, dermed beskriver ein eit auka informasjonsbehov rundt dette tema. Palliasjon vil kunne lindre symptombyrden, og dermed støtte håpet. Med å fokusere på desse elementa i arbeidet med KOLS-pasientar vil ein ha gode verktøy for å skape, samt oppretthalde håpet til dei alvorleg sjuke KOLS-pasientane.

## Referanseliste

- Andersen, I. C., Thomsen, T. G., Bruun, P., Bødtger, U., & Hounsgaard, L. (2018). Between hope and hopelessness: COPD patients' and their family members' experiences of interacting with healthcare providers – a qualitative longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1197–1206. <https://doi.org/10.1111/scs.12565>
- Andersen, I. H., Ytrehus, S., & Grov, E. K. (2011). Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). *Klinisk sykepleje*, 1, 48–56. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/ISSN1903-2285-2011-01-07>
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2016). *Lev godt med sykdom*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Borge, C.R. (2021). Astma og kols. I T. Oksholm & C.R. Borge (Red.), *Lungesykepleie* (s.91-113). Universitetsforlaget.
- Braut, G.S. & Aarheim, K.A. (2020). *Det norske helsesystemet – ei innføring i organisering, styring og politikk*. Det Norske Samlaget.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt Forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dugleby, W., Hicks, D., Nikolaichuk, C., Holtslander, L., Williams, A., Chambers, T & Eby, J. (2012). Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. *Journal of advanced nursing*, 68(6), 1211–1223. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05919.x>
- Global initiative for chronic lung disease (GOLD). (2022). *Global strategy for prevention, diagnosis, and management of COPD*. <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>
- Grov, E.K. & Wiig, H.S (2018). Kommunikasjon med pasienter i palliativ fase. I L.G. Heyn

- (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (s. 196-229). Gyldendal Akademisk.
- Grundt, H. & Mjell, J. (2019). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn. & E. Bach-Gansmo. (Red.), *Sykdom og behandling*. (2. utg., s.216-251). Gyldendal Norsk Forlag.
- Heggestad, A.K.T. (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Det norske samlaget.
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra:  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Henriksen, A.H & Norman, A.P. (2016). Ikke-maligne lungesykdommer. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (3.utg., s.702-719). Gyldendal akademisk.
- Hestvold, I.V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjonen med pasienter med kroniske sykdommer. I L.G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (s.118-160). Gyldendal Akademisk.
- Heyn, L.G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L.G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (s.13-31). Gyldendal Akademisk.
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å). Søk etter fagressurser. Hentet fra:  
<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>
- Ingstad, K. (2019). *Organisering og ledelse - i helsefag og sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Kaasa, S & Loge, J.H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (3.utg., s.34-50). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N.J (2016a). Sykepleierens ansvar og arbeidsområde i helsetjenesten. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1 – Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., s.193-265). Gyldendal Norsk Forlag.



Kristoffersen, N.J (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s.15-80). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N.J & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s.187-236). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G.H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1 – Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., s.15-27). Gyldendal Norsk Forlag.

Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A.K.T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. (4. utg., s. 110-126). Cappelen Damm Akademisk.

Lohne, V. (2019, 15. desember). Alle kan ikke blir friske, men alle kan få det bedre.

*Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/10/alle-kan-ikke-blir-friske-men-alle-kan-fa-det-bedre>

Lowey, S. E., Norton, S. A., Quinn, J. R., & Quill, T. E. (2013). Living with advanced heart failure or COPD: Experiences and goals of individuals nearing the end of life.

*Research in Nursing & Health*, 36(4), 349–358. <https://doi.org/10.1002/nur.21546>

Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s. 407-449). Gyldendal Norsk Forlag.

- Milne, L., Moyle, W., & Cooke, M. (2009). Hope: a construct central to living with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Older People Nursing*, 4(4), 299–306. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00185.x>
- Molzahn, A. E., Sheilds, L., Antonio, M., Bruce, A., Schick-Makaroff, K. & Wiebe, R. (2021). Ten minutes to midnight: a narrative inquiry of people living with dying with advanced copd and their family members. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 16(1), 1893146–1893146. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1893146>
- Oksholm, T. (2021). Samhandling med og rundt pasienten. I T. Oksholm & C.R. Borge (Red.), *Lungesykepleie* (s. 77-90). Universitetsforlaget.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, Ø. Haugstøl, T & Rosland, J.H. (2016). Palliative team på sykehus. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (3.utg., s.139-149). Gyldendal akademisk.
- Philip, J., Gold, M., Brand, C., Douglass, J., Miller, B., & Sundararajan, V. (2012). Negotiating hope with chronic obstructive pulmonary disease patients: a qualitative study of patients and healthcare professionals. *Internal Medicine Journal*, 42(7), 816–822. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2011.02641.x>
- Reinke, L. F., Shannon, S. E., Engelberg, R. A., Young, J. P. & Curtis, J. R. (2010). Supporting Hope and Prognostic Information: Nurses' Perspectives on Their Role When Patients Have Life-Limiting Prognoses. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 982–992. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.315>

- Rustøen, T (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I E. Gjengedal & B.R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s.93-102). Cappelen Akademisk Forlag.
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P. (2012). *Bære eller briste – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg). Fagbokforlaget.
- Steindal, S.A (2021). Palliasjon ved livets siste dager. I T. Oksholm & C.R. Borge (Red.), *Lungesykepleie* (s.211 -225). Fagbokforlaget.
- Thidemann, I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg). Universitetsforlaget.
- Torheim, H. & Borge, C.H. (2021). Kartlegging av symptomer og kliniske tegn I T. Oksholm & C.R. Borge (Red.), *Lungesykepleie* (s.52 -76). Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Vasset, F. (2018). Pasientforløp. I S.H. Almås, F. Vasset. & A. Ødegård (Red), *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) – for bachelorstudenter i helse- og sosialfag*. (s.25-37).
- World health organization (WHO). (2020, 5 august). *Palliative care*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

## Vedlegg

### Vedlegg 1) PICO-skjema

Population/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (emneord)	Nurs*		Hope (emneord)
COPD (tekstord).	Nursing interventions (emneord)		Hopes (tekstord)
Chronic illness (tekstord)	Nurs or nurses or nursing (tekstord)		
Chronic disease (emneord)			

### Vedlegg 2) Litteraturmatrise

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
« <i>Living With Advanced Heart Failure or COPD: Experiences and Goals of Individuals Nearing the End of Life</i> ” (Lowey, et.al, 2013).	Målet med denne oppgåva var å belyse erfaringar og mål hos pasientar med hjertesvikt og kols, som er i den siste fasen av livet.	Kvalitativ metode. Datainnsamling gjennom semi-strukturerte intervju.	Det var eit utval på 20 heimebuande deltakarar med enten alvorleg KOLS eller alvorleg hjertesvikt som hovuddiagnosen. Alderspennet var frå 52 – 93 år, presentert av både menn og kvinner.	Ein fann at deltakarane var plaga med mykje symptom i den siste tida. Samstundes meinte mange at dei framleis hadde mykje tid igjen, og at dei forventa at legane deira skulle fortelje dei når slutten nærma seg. Deltakarane fortell om ulike håp.

<p>«<i>Negotiating hope with chronic obstructive pulmonary disease patients: a qualitative study of patients and healthcare professionals</i>» (Philip, et al., 2011).</p>	<p>Ein undersøkte informasjonsbehovet og behandlingspreferansane til pasientane, men også sjukepleiarane sine synspunkt på dette.</p>	<p>Kvalitativ metode. Det vart sett opp semi-strukturerte intervju for å samle inn datamateriell.</p>	<p>Det var ti deltakarar i studien der seks var menn og fire av dei var damer. Alle var eks-røykarar, og dei hadde ein medianalder på 67 år. Det vart også haldt fem fokusgrupper for 31 helsepersonell der 18 av desse var sjukepleiarar. Helsepersonell et som deltok hadde erfaring i frå arbeid med KOLS-pasientar.</p>	<p>Resultatet i denne studien baserte seg på skillet mellom håp og realitet. Pasientane håpa på ei betre funksjonsevne, og heldt i dette håpet på tross av forverringar. Helsepersonellet ville ikkje øydelegge dette håpet med å realitetsorientere pasientane. Helsepersonellet og pasientane meinte at informasjon rundt livets slutt, palliasjon, burde vektleggast, og bli gitt på ein slik måte at det ivaretek håp.</p>
<p>«<i>Between hope and hopelessness: COPD patients' and their family members' experiences of interacting with healthcare providers – a qualitative longitudinal study</i>»</p>	<p>Målet med denne forskingsartikkelen var å belyse viktigheita med gode relasjonar mellom helsepersonell, familie, og pasient i tida etter eit sjukehusopphald.</p>	<p>Kvalitativ metode. Datainnsamling via intervju, samt observasjon av intervjuobjekt .</p>	<p>Det var ti pasientar, samt sju familiemedlem med i studien. Desse vart rekrutert til studien når pasientane hadde eit sjukehusopphald som resultat av ein kolsforverring. I prosessen med å finne intervjuobjekt</p>	<p>Resultatet i studien var at relasjonen mellom helsepersonell, pasient og familie var viktig. Ein såg viktigheita med tverrfaglege samarbeid då pasientane hadde behov for godt koordinerte tenester i tida etter eit sjukehusopphald.</p>

(Andersen, et al., 2018).			tok ein sikte på å variere i kjønn og alderspenn.	
« <i>Hope: a construct central to living with chronic obstructive pulmonary disease</i> » (Milne, et al., 2009).	Målet med denne studien var å få innsikt i viktigheita av håp for personar med KOLS som bur i heimen, og som er med i vedlikehaldsprogram for lungene.	Kvalitativ metode med fenomenologi sk tilnærming. Datainnsamling er gjennomført via intervju.	Det var totalt sju intervjuobjekt med i studien. Blant desse var fem menn og to kvinner, alle med diagnosen kols. Alderspennet var 57 - 81 år.	Resultatet i studien var at håpet spelar ei viktig rolle. Håpet er til stades i lidinga ein opplever med ein KOLS diagnose. Vidare fann ein fordelar med å delta i vedlikehaldsprogrammet, og dette var blant anna auka håp og ei kjensle av velvære. Til slutt fann ein at sjukeleiaren er sentral i å skape håp.
« <i>Supporting hope and prognostic information: Nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses</i> » (Reinke, et al., 2010).	Denne studien har tatt sikte på sjukepleiaren sitt perspektiv i møte med pasientar og pårørande. Det er gitt at helsepersonell føler det er utfordrande å skulle gi prognostisk informasjon. Det går igjen at dei er redd for å øydelegge håp.	Kvalitativ metode med bruk av semistrukturerte intervju for å samle data.	Det var 22 intervjuobjekt der alle var sjukepleiarar. Nokon arbeida med pasientar med avansert KOLS og andre med kreftpasientar. Dei fleste sjukepleiarane var kvinner, med ein medianalder på 47 år.	Resultatet viser at kommunikasjon og tillit er viktig for å skape håp. Vidare kom ein fram til at sjukepleiaren må halda seg oppdatert på kva pasienten har av informasjon og kunnskap i forhold til sjukdom og prognose. Til slutt blir viktigheita med tverrfaglege samarbeid tatt opp i forhold til informasjon.