



# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 112

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6975

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 38

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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

# BACHELOROPPGÅVE

Palliasjon ved KOLS

**Caroline Hagen Baade**

**Kandidat nr: 112**

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse og sosialvitenskap/Institutt for helse og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Danuta Teresa Zablotna

Innleveringsdato: 7 juni 2019

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Føreord

Du spør  
hvordan går det  
og jeg lurere på  
om jeg en dag  
skal fortelle deg  
at jeg ikke vet  
hvordan kan jeg  
forklare hva jeg har inni  
når det er så mørkt  
at jeg ikke ser  
hva som er hva  
jo takk  
det går fint  
-Trygve Skaug-

## Samandrag

**Tittel:** Palliasjon ved KOLS

**Bakgrunn for val av tema:** I 2016 var det registrert at kroniske lungesjukdommar i nedre luftvegar (som inkluderar KOLS) var den tredje hyppigaste dødsårsaka i Noreg. På grunn av at talet på eldre aukar vil talet med personar som lev med KOLS halde seg høgt. Det er om lag 6 % av befolkninga over 40 år som har KOLS i Noreg. Det tilsvarar 150 000 personar. Det er over 10 000 som blir innlagt på sjukehus kvart år, og det er 30 % som blir innlagt på ny innan dei 30 første dagane. Dyspne, angst og smerte er dei vanlegaste symptomona til personar med KOLS.

**Problemstilling:** Korleis lindre symptom hos KOLS-pasientar i palliativ fase?

**Metode:** Denne oppgåva er ei litteraturstudie som baserer seg på eksisterande kunnskap, forskning og egne erfaringar. Databasar eg har brukt for å finne relevant forskning er Pubmed, Oria og Sykepleieforskning. Eg søkte i Oria for å finne anna fag-litteratur. Eg søkte i lovdata for å finne lover og på NSF sine sider for å finne yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar.

**Funn/oppsummering:** Resultata framhevar behovet for palliativ omsorgstilnærming i behandling av pasientar med avansert KOLS. Dette vil gje dei mogelegheit til å ta ei aktiv rolle i sitt liv når det går mot slutten, og ta informerte val om den omsorga dei kan velje å ta imot. Sjukepleiarar gir uttrykk for at ved å bruke seg sjølv, personleg og kreativt, med individuell tilpassing til den enkelte pasient i form av verbal, men spesielt non-verbal kommunikasjon, nærheit og tid kjem dei langt i å hjelpe pasientane til å meistre angst og dyspnè. Dei seier òg at deira eiga kompetanse spelar ei rolle i forhold til korleis dei kan hjelpe pasientane. Det er av betydning at pasientane er informerte om sjukdommen sin. Sjukdomsinnsikta er avgjerande for korleis sjukepleiarane skal kunne hjelpe dei med å meistre angst og dyspnè. Kommunikasjon mellom pasient og sjukepleier er sentral for samhandlinga, og at personalet viser respekt for pasient og pårørande. Pasientar med KOLS har respiratoriske musklar som er overbelasta, dette vil påverke pasienten i den grad at

pasienten kan bli utslitt og det kan igjen føre til smerte. Smertene vil resultere i at pasienten blir meir tungpusten.

**Nøkkelord:** Kols, palliasjon, dyspnè, angst og smerte

## Summary

**Title:** Palliative care in COPD

**Reason for choosing this theme:** In 2016 it was registered that chronic lung diseases in the lower airways (which includes COPD) were the third most frequent cause of death in Norway. Due to the fact that the number of elderly in the population increases, the number of people living with COPD will remain high. It is about 6 % of the population over the age of 40 who have COPD in Norway. This corresponds to 150,000 persons. There are over 10,000 persons who are admitted to the hospital each year, and 30 % are re-admitted in the first 30 days. Dyspnoea, anxiety and pain are the most common symptoms for people with COPD.

**Problem:** How to relieve symptoms in COPD-patients in the palliative care phase?

**Method:** This thesis is a literature study that is based on existing knowledge and research, in addition to own experiences. Databases I have used to find relevant research are "Pubmed", "Oria" and "Sykepleieforskning". I searched in "Oria" in order to find other relevant literature. I searched in "Lovdata" to find laws. In addition, I searched on the NFS's pages to find professional ethical guidelines for nurses.

**Findings/Summary:** The result highlights the need for a palliative care approach in treating patients with advanced COPD. This will give them the opportunity to take an active role for their own life when it comes to the end, and make informed decisions about the caring they can choose to accept. Nurses express that by using themselves, personally and creatively, with individual adaption to the patient in the form of verbal, but especially non-verbal communication, proximity and time, they come a long way in helping patients cope with

anxiety and dyspnoea. They also state that their own competence is important when helping the patients. It is of importance that the patients are informed about their disease. The patient's insight in the disease is crucial for how nurses can help them cope with anxiety and dyspnoea. The communication between the patient and the nurse is central to the interaction, in addition it is important that the staff shows respect for the patient and their dependents. Patients with COPD have respiratory muscles that are overloaded. The overload will lead to exhaustion, and this might cause pain to the patient. The pain will result in more heavy breathing for the patient.

**Keywords:** COPD, palliative care, dyspnoea, anxiety and pain.

## Innhald

1 Innleiing.....	8
1.1 Bakrunn for valg av tema.....	8
1.2 Problemstilling med avgrensing.....	8
1.2 Definisjon av omgrepa i problemstillinga.....	9
1.3 Oppgåva si oppbygging vidare.....	9
2 Metode.....	9
2.1 Søkeprosessen.....	10
2.2 Kjeldekritikk.....	11
3 Teoridel.....	12
3.1 KOLS.....	12
3.2 Dyspnè.....	12
3.3 Angst.....	13
3.4 Smerte.....	13
3.5 Tiltak.....	14
Tiltak ved dyspnè.....	14
Medikamentelle tiltak ved dyspnè.....	14
Ikkje-medikamentelle tiltak ved dyspnè.....	15
Tiltak ved angst.....	15
Medikamentell behandling ved angst.....	16
Tiltak ved smerte.....	16
Ikkje-medikamentelle tiltak ved smerte.....	17
3.7 ESAS.....	17
3.8 Sjukepleieteori.....	18
3.9 Lover.....	18



3.10 Yrkesetiske retningslinje for sjukepleiarar .....	18
4 Resultat/Funn .....	19
Living with advanced chronic obstructive pulmonary disease: patients concerns regarding death and dying. Ein kvalitativ studie av Gardiner mfl (2009).....	19
Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) Ein kvalitativ studie gjort av Harkin Andersen, Ytrehus og Grov (2011). .....	19
Hva er en god død i sykehjem? Ein kvalitativ studie gjort av Gjerberg og Bjørndal (2009). .....	20
Patient Perceptions of Life-limiting Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Ei kvalitativ studie gjort av Rubio (2018). .....	21
Pain and quality of life with chronic obstructive pulmonary disease. Ein tverrsnittstudie av Råheim Borge, Wahl og Moum (2010) .....	21
5 Drøfting.....	22
6 Konklusjon .....	26
Referanse.....	28
Vedlegg 1. VAS skalaen .....	32
Vedlegg 2. ESAS skjema.....	32

## 1 Innleiing

I 2016 var det registrert at kroniske sjukdomar i nedre luftvegar (som inkluderer KOLS) var den tredje hyppigaste dødsårsaka i Noreg. På grunn av at talet eldre aukar vil talet med personar som lev med KOLS halde seg høgt (Folkehelseinstituttet, 2018). Av befolkninga over 40 år er det om lag 6 % som har KOLS i Noreg. Det svarar til 150 000 personar eller meir enn 1 av 20 i denne aldersgruppa. Dei som er verst ramma har ofte gjentekne sjukehusinnleggingar, særleg i forbindelse med at dei får influensa eller luftvegsinfeksjonar. Det er over 10 000 som leggst inn på sjukehus kvart år, og av desse er det 29 % (1 av 3) som blir innlagt på ny innan dei første 30 dagane (Folkehelseinstituttet, 2018). Helseøkonomi-studiar viser at i Noreg var årlege behandlingsrelaterte kostnader for KOLS-stadium 2 og 3 var på 7390 kr per pasient eller 1,1 milliard for heile Noreg i 2006 (Helsedirektoratet, 2012).

### 1.1 Bakrunn for valg av tema

Møte med ein KOLS-pasient på ein fagdag om lungesjukdommar vekka mi interesse og nyskjerrigheit om KOLS. Denne pasienten snakka om ei erfaring som KOLS-pasient sin kvardag og helsepersonell si forståing av sjukdommen, sett ifrå pasientens perspektiv. Det vart og presentert at KOLS-diagnose er ei mindre prioritert enn til dømes lungekreft og at vi som helsepersonell har ein del å lære innan denne pasientgruppa. Det er årsaka til at eg har valt emnet i mi oppgåve, det er ein kompleks symptombyrde. Eg arbeidar ved ein sjukeheim, og ser at vi møter desse pasientane med jamne mellomrom, statistikken viser talet vil auke.

### 1.2 Problemstilling med avgrensing

Problemstillinga eg har valt til oppgåva er «Korleis lindre symptom hos KOLS-pasientar i palliativ fase?»

Eg vil avgrense oppgåva til å skrive om vaksne menn og kvinner over 40 år som bor på sjukeheim og som er i palliativ fase. Grunnen til at eg ønsker å fokusere på pasientar som bor på sjukeheim er fordi eg har jobba på sjukeheim i mange år, og er tenkt å fortsette med å jobbe her. Eg har valt å ta føre meg symptoma 'dyspne', angst og smerte. Dette på grunn av det er av dei vanlegaste symptoma ved KOLS og det eine symptomet fører med seg det

andre. Eg har valt å fokusere på ikkje-medikamentell behandling. På grunn av oppgåva sin størrelse ønsker eg ikkje å gå så djupt inn på medikamentell behandling, men eg kjem til å nemne det, det likevel er legen si oppgåva å ordinere medikament.

### 1.2 Definisjon av omgrepa i problemstillinga

KOLS: Kronisk obstruktiv lungesjukdom, ein samlebetekning på sjukdommar i lunger og bronkier som medfører ein vedvarande forsnevring av bronkier, og som dermed avgrensar luftstraumen si hastigheit når ein pustar, særleg når ein puster lufta ut av lungene (Skjønberg, 2018).

Palliativ fase: Pasientar i palliativ fase har kort forventet levetid opptil 9-12 månadar (Regjeringen, 1999).

Lindre: Betyr å mildne eller å døyve (NAOB, u.d.).

### 1.3 Oppgåva si oppbygging vidare

I kapittel 1 er det innleiing, der eg vil legge fram val av tema og problemstilling med avgrensing. I kapittel 2, som er metoddelen, skal eg gjere greie for søkeprosessen for litteraturen eg har valt og kjeldekritikk. I kapittel 3 skal eg presentere teori som er knytt til problemstillinga. Vidare skal eg presentere forskingsartiklane eg har funne relevante for denne oppgåva i kapittel 4. Eg vil i kapittel 5 ta føre meg drøftingsdelen, der eg knyt i hop teorien og forskinga eg har, eg vil og ta med egne erfaringar. Eg vil avslutte med kapittel 5 som er konklusjon.

## 2 Metode

Metode er den systematiske framgangsmåten ein benyttar for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse ei problemstilling (Thidemann, 2019).

Dei kvantitative metodane gir data i form av målbare einingar, tala gir oss mogelegheiter til å foreta regneoperasjonar, om ein ønsker å finne gjennomsnittlege data.

Dei kvalitative tek sikte på å fange opp meiningar og opplevingar som ein ikkje kan talfeste eller måle (Dalland, 2017).

Litteraturstudie er ei studie som systematiserer kunnskap ifrå skriftlege kjelder. Det å systematisere inneber å samle inn litteratur, å gå kritisk igjennom den og så samanfatte det heile (Magnus & Bakketeig, 2000; Thidemann, 2019). Hensikta er å kunne gje lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen på det området som problemstillinga etterspør, og korleis ein har kome fram til kunnskapen (Thidemann, 2019).

Tverrsnittstudie samlar informasjon på ein planlagt måte i den definert populasjon på eit gitt tidspunkt. Den kan ikkje seie noko sikkert om årsaksforhold (Helsebiblioteket, 2016).

Formålet kan være å fastslå om kor utbreidd ein sjukdom er i befolkninga eller å studere samanhengar mellom mistenkte årsaksfaktorar og førekomsten av ein sjukdom. Ein bruker ofte regresjonsanalyse som verktøy i tverrsnittstudiar (Braut, 2014).

## 2.1 Søkeprosessen

Norske søkeord som eg har brukt er KOLS, palliasjon, smerte, angst, dyspne'

Engelske søkeord som eg har brukt er: colb, obstructive pulmonary disease, pain, chronic illness, illness perception, copd, quality of life, demographic lung function.

Eg har sett på gamle liknande oppgåver og sett kva søkeord dei har brukt.

For å finne relevante forskingsartiklar søkte eg på PubMed, Oria og Sjukepleieforskning. I søket avgrensa eg det til at artiklane ikkje skulle vere eldre enn 10 år. Eg søkte på både norske og engelske artiklar.

I PubMed søkte eg på COPD, pain, quality of life, demographic lung function og fekk førtito treff opp, eg fann ein artikkel som er relevant for mi problemstilling. Det var artikkelen «Pain and quality of life with chronic obstructive pulmonary disease». I Oria brukte eg søkeorda chronic illness ,chronic obstructive pulmonary disease, illness perception og fekk opp hundre og sekstifem treff, her fann eg ein som er relevant for mi problemstilling. Det var artikkelen «Patient perceptions of life-limiting chronic obstructive pulmonary disease». Vidare søkte eg i Oria og brukte søkeorda palliativ sykepleie og fekk opp åtte treff, og fann ein som er relevant for mi problemstilling. Det var artikkelen «Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)». På Sykepleieforskning søkte eg på ordet palliasjon,

fikk opp trettitre treff og fann ein som var relevant for mi problemstilling. Det var artikkelen «Hva er en god død?». Ein av forskingsartiklane som eg brukte fekk eg tips om av en lungelegen som eg var i kontakt med. Det var artikkelen «Living with advanced chronic obstructive pulmonary disease: patients concerns regarding death and dying». Det var mange artiklar, men det var ikkje så mange som var relevante for mi problemstilling. Etter eg har lest abstraktet på forskingsartiklane fann eg ut at desse var relevante til mi problemstilling og dei emna eg skal skrive om.

Eg søkte i Oria etter relevant faglitteratur og fann relevante bøker som boka Lungesykdommer, Palliasjon – Nordisk lærebok, Geriatri og bøker skrevet av Kari Martinsen. Eg har brukt bøker ifrå sjukepleieutdanninga. Etter lover søkte eg i Lovdata.no og yrkesetiske retningslinjer på NSF si side.

## 2.2 Kjeldekritikk

Ved kjeldekritikk er det to sider. Den første omhandlar å finne fram den litteraturen som belyser best di problemstilling, det ein kallar kjeldesøking eller litteratursøking. Den andre handlar om å gjere greie for den litteraturen ein har brukt i oppgåva. Truverdigheita og fagelegheita til oppgåva er avhengig av at kjeldegrunlaget er beskrevet godt og er grunna (Dalland, 2017).

Eg valte fem artiklar, der tre av forskingsartiklane eg brukte er på engelsk og to er på norsk. Artiklane eg har valt er ikkje eldre enn ti år. Ved oversetning av framandspråklege artiklar, kan det ha resultert i feiltolkingar. Eg valte internasjonal forskning for å styrke oppgåva. I oppgåva har eg tatt i bruk både kvantitative, kvalitative artiklar og ei tverrsnittstudie. Eg brukte IMRAD struktur som eit sjekkpunkt for å vurdere artiklane. IMRAD strukturen brukast oftast i vitenskaplege artiklar innanfor medisin og helsefag og den samsvarar med forskningsprosessen (Thidemann, 2019). Litteraturen eg har valt å ta med er ikkje eldre enn ti år, med unntak av sjukepleieteorien som eg har med og noko av fag-litteraturen eg fann på internett. Det er mykje fokusert på kreftlitteratur, likevel klarte eg å finne det som var relevant for KOLS-pasientar. Eg har prøvd å forhalde meg til primærkjelde.

## 3 Teoridel

### 3.1 KOLS

KOLS er ein samlebetekning på ei gruppe kroniske lungesjukdommar som fører til hindra luftstraum gjennom luftvegane. Det er ein alvorleg lungesjukdom med varig nedsett funksjon i lungene. Det er ein kronisk betennelsereaksjon som skader bronkiane og vevet i lungene (Elling, 2019). Hovudårsaka til at sjukdommen utviklar seg er røyking, men luftforureining og arvelege eigenskapar har også ei betydning. Sjukdomsutviklinga skjer gradvis, med stabile fasar som blir avbrote av akutte forverringar, og det er stadig tilbakevendande luftvegsinfeksjonar som er årsaka til sjukdomsutviklinga. KOLS har forskjellige alvorlegheitsgrader, og den kan delast inn i 4 stadier. Stadium 0 (risikopasient) har pasienten ofte hoste og ekspektorat som einaste symptom. Stadium 1 (mild KOLS) har pasienten en liten luftstraumobstruksjon som ofte er kombinert med slim og kronisk hoste. Det er mange pasientar med grad 1 som ikkje veit at dei har KOLS. Ved stadium 2 (moderat KOLS) og stadium 3 (alvorleg KOLS) blir pasientane stadig meir tung pust og får fleire symptom ifrå luftvegane. Dei får også fleire plager etter kvart som utmatting, nedsett aktivitet, ernæringsproblem og psykososiale problem. Ved akutt forverring av KOLS i stadium 2 og 3 får ein symptom som auka slimproduksjon, piping, tettheit i brystet og auka pustevanskar. Det er enkelte som også får søvnevanskar, depresjon og forvirring. Ei slik forverring kan i stadium 3 vere livstruande (Oksholm, 2015). I siste del av livet til pasientar med KOLS vil hovedfokuset vere best mulig lindring av dyspnè, angst og smerte (Henriksen, 2016).

### 3.2 Dyspnè

Dyspnè er ein subjektiv oppleving av pustevanskar hos pasientar med sjukdommar i lungene, eller andre organ som påverkar respirasjonssystemet. Det har ofte eit kronisk forløp. Det er spesielt ved anstrengelser plagene blir utløyst og forsterka av angst. Ofte er det lite samsvar mellom opplevinga pasienten har og dei objektive funna. Dyspnè medfører dårleg livskvalitet og reduserte leveutsikter (Helsedirektoratet, u.d.). Det er eit svært ubehageleg symptom grunna ei oppleving av å få for lite luft, tydeleg angst og uro. Dei pårørande kan og finne dette skremende. God kartlegging og iverksetting av tiltak er grunnleggande når pasienten

oppleve dyspne' (Brenne, 2016). Truleg er underbehandling av dyspne eit større problem enn underbehandling av smerte hos døyande i Noreg i dag (Wyller, 2015).

### 3.3 Angst

Angst blir ofte rekna som «sjelens smerte» og kan definerast som ei diffus uro, som kan vere vag, men også voldsom og lammande. Det er ofte knytta til usikkerheit, bekymring, redusert sjølvssikkerheit og hjelpelausheit (Kvaal, 2015). Angst kan bli opplevd som eit kortvarig og uventa, intenst ubehag leisaga av aktivisering av det sympatiske nervesystemet i form av sveitte og hjartebank (panikkangst). Angst kan også opplevast som (forsøket) indre spenning, nervøsit, generell uro, manglande evne til å slappe av og kroppslege ubehag, som muskulær spenning og ubehag i magen. Slik generalisert angst kan svinge, og dei fleste pasientane med generalisert angst opplev at dei har problem med innsovning. Angsten kan gi forsterka rapportering av smerte og vanskar med å vere i ro. Nokre pasientar med angst kan bli aggressive og kan då bli oppfatta som krevjande. Slike uttrykk kan verte forsterka dersom ikkje legen eller pleiepersonellet oppfattar at pasienten er redd (Loge, 2016). Samanhengen mellom angst og somatiske sjukdomar er komplekse, og ein kan tenke seg fleire mekanismar. Ei rekke somatiske sjukdomar kan ha angst som eit dominerande symptom, og angst kan og heilt eller delvis vere ei legemiddelbiverknad. Dei som har angst kan få kroppslege utslag som hjartebank, dyspne, hyperventilasjon, kvalme, svimmelheit, generell utmatting, brystmerter, munntørrheit, diare, øyresus (Wyller, 2015). Pasientar som lid av angst, lid ofte i det stille. Dei er derfor sårbare og krev ikkje mykje i frå omgivnadane (Nerdrum, 2011; Kvaal, 2015).

### 3.4 Smerte

Smerte består av både ein oppleving og eit sanseintrykk og er vanskeleg å definere eksakt. Det inneber ei oppleving av noko ubehageleg. Opplevinga heng saman med eit sanseintrykk som fortel om ein stimulus eller ei påverking på kroppen (Rosland, 2015). Det er mange pasientar som har smerte i kroppen fordi dei bruker hjelpemuskulatur ved respirasjon. Det er enkelte pasientar med KOLS som har store smerteproblem og kan rapportere om ulevelege smerter (Oksholm, 2015). Pasientar med KOLS får dårlegare smertebehandling enn pasientar med kreft eller demens. Det kan skuldast at legane er meir tilbakehaldne med å

skrive ut opioidar til desse pasientane på grunn av frykt for respirasjonshemmande effekt, og at alvorleg dyspnè opplevast distraherande når det gjeld å kartlegge andre symptom som smerte (Henriksen, 2016).

### 3.5 Tiltak

#### Tiltak ved dyspnè

Det dreiar seg ofte om tiltak på fleire plan, både psykisk og fysisk, også kanskje sosialt og åndeleg. Det er og viktig å etablere tillit og yte god sjukepleie til både pasienten og dei som er pårørande. Ein skal alltid vurdere om det er reversible grunnar til dyspnè, som til dømes pleura-væske, ascites, bronkial obstruksjon. Det er pasientens allmenntilstand som må vegast opp mot om det er meningsfullt å gjere annan intervensjon mot dyspnè enn rein medikamentell lindring (Brenne, 2016).

#### Medikamentelle tiltak ved dyspnè

Ved tilstandar som lindrast med oksygen tilførsel, kan pasienten føle ei sterkare grad av andenød ved seponering. Ein må då vege oksygenets umiddelbare lindrande effekt opp mot en eventuell forlenging av en ubehageleg dødsprosess. Ofte er symptomatisk behandling med opioider og sederande legemiddel viktig når oksygenbehandlinga blir begrensa. Førstevallet i medikamentell behandling av dyspnè er morfin. Morfin gir «uttørking» av lungene ved stuvning, og det påverkar respirasjonssenteret i sentralnervesystemet slik at pasienten pustar jamnare og rolegare. Om pasienten ikkje har brukt opioider tidlegare, gir ein morfin subkutan i dosar på 2,5-5 mg ved behov, inntil kvar time eller som ein kontinuerleg subkutan tilførsel. Pasientar som har fått behovsmorfin dosert mot smerter, får same dose ved dyspnè (Brenne, 2016). Forsking på opioidbehandling konkluderar med at respirasjonsdepresjon med CO<sub>2</sub>-retensjon førekjem i liten grad, og at respirasjonssvikt ikkje utgjer nokon kontraindikasjon for ei slik behandling hos kreft og KOLS-pasientar (Henriksen, 2016). I terminalfasa har tilførsel av oksygen liten effekt på dyspnè, og fører lett til uttørking av slimhinnene. Ein må vere forberedt på at morfin kan gi resprasjonsdepresjon som i verste fall kan framskande dødstidspunktet hos pasientar med KOLS og respirasjonssvikt. Når morfinen er gitt i palliativ hensikt, er det breid semd om at dette likevel kan vere rett, og



effekten av den subjektive kvelningskjensla er udiskutabel uansett underliggende patologi (Wyller, 2015).

#### Ikkje-medikamentelle tiltak ved dyspnè

Det fins enkle tiltak ein kan prøve for å lette tung pust, som utsikt frå romet der pasienten oppheld seg, at personale og pårørande opptrer roleg og beroligande, bruk av vifte og opent vindu. Det kan vere nyttig å lære opp pasient og pårørande i pusteøvingar og avspenning. Pusteteknikkar som leppepust og framoverbøygde kvilestilling kan hjelpe tung pust og gi pasienten ei mogelegheit til å oppnå ei viss grad av kontroll over eigen situasjon (Helsedirektoratet, 2012). Å få avkjølt ansiktet kan redusere opplevinga av andenaud, det kan derfor vere til hjelp at pasienten får ein kald klut på panna (Stubberud, 2015). Det er mange pasientar som er plaga med dyspnè i livets slutfase, i enkelte undersøkingar angis heilt opptil 80% (Wyller, 2015).

#### Tiltak ved angst

Ein viktig eigenskap hos sjukepleiaren er å oppøve sanseskarpheit, sensitivitet og empati. Det inneber at ein blant anna å forstå pasientens perspektiv, opplevingar og kjensler, og å kunne respondere og bekrefte pasienten ved hjelp av å kommunikasjon som er prega av varme og respekt (Nerdrum, 2011; Kvaal, 2015). Pasienten kan ha nytte av å snakke med ein sjelesørger eller en annen person som han kan ha ein fortruleg samtale med, om sine tanker om livet og døden. Det kan vere engstelse for heilt praktiske forhold, som ein kan redusere ved at ein finn praktiske løysingar på problemet. Det kan til dømes vere om den sjuke får meir smertestillandes medikament om tilstanden forverrar seg (Mathisen, 2012). Å vise alminnelig respekt, interesse og vise forståing for pasientens situasjon (empati), støtte og pleie vil kunne opplevast positivt og vere til hjelp for dei fleste pasientane som kjenner på psykisk «smerte», men ikkje har ein behandlingstrengande psykisk lidelse (Kvaal, 2015). Å skape tryggleik for pasienten er viktig i behandlinga av angst (Henriksen, 2016).

### Medikamentell behandling ved angst

Ved behandling av angst er den overordna målsetjinga at pasienten skal få det subjektivt betre. Og det inneber at effektane skal vere sikre og biverknadane skal vere akseptable (Loge, 2016). Det er anbefalt å velge preparat med kort halveringstid på grunn av faren for akkumulering ved bruk av preparat med lengre halveringstid (Henriksen, 2016). Om angst aleine er dominerande kan ein med fordel nytte seg av eit vassløyseleg benzodiazepin som midazolam i små dosar på 3-5 mg subkutant ved behov (Wyller, 2015). Det kan vere ein grunn til å velje antidepressiver framfor benzodiazepiner om det er behov for langvarig legemiddelbehandling, då benzodiazepin gjerne har kortvarig effekt og gir seponeringsproblem og har biverknadar som er knytt til sedasjon, ustødigheit og fall. Ein bør derfor unngå desse legemidla til eldre. Antidepressiva blir rekna som eit betre val grunna at depresjon og angst ofte føreligg samtidig, men også fordi dei kan ha ein sjølvstendig angstdempande effekt. Desse kan også gi biverknad som ustødigheit, fall og seponeringsreaksjonar, og ein må vere merksam på faren for auka blødningstendens, hyponatremi og interaksjonar med andre medikament (Wyller, 2015).

### Tiltak ved smerte

Dei fleste menneske ber på ei frykt for fysisk smerte. Noko av det viktigaste vi kan hjelpe sjuke og døyande med er god smertelindring. Om pasienten sjølv ikkje seier ifrå om smerter, må sjukepleiaren sjå etter teikn på smerte, som om pasienten gjer grimasar, er uroleg, ynkar seg eller gjer motstand ved snuing (Thorsen, 2015). Det er mange eldre som ikkje ber om smertestillande medikament for dei ikkje vil vere til bry (Torvik, 2015). Opioider er dei viktigaste analgetikaene til behandling av pasientar med store smerter. Dei medikamenta som blir kalla ikkje-opioide analgetika og adjuvante analgetika er også viktige i behandlinga av smerte. Desse er anbefalt på trinn 1 på smertetrappa og som supplement på trinn 2 og 3. Dei blir brukt når inflammatoriske prosessar er framtreddande og når nociseptive smerte har lav intensitet, alle ikkje-opioide analgetika har analgetisk og antipyretisk effekt (Benthien, 2015). For å kunne utøve smertebehandling på ein god måte trengst det ein mest mogeleg standardisert evaluering av pasienten si smerte. For eldre med normal kognitiv funksjon anbefalast dei same instrumenta som for andre vaksne. Ved behandling av pasientar med smerte er det sterkt anbefalt å lære seg eit slikt skåringsverktøy, og bruke det systematisk

ilag med pasienten. Smerteskalaen nyttar ein både for å vurdere tilstanden til pasienten og for å evaluere effekt av behandlinga. Det mest vanlege å bruke er ein visuell-analog skala (VAS), som går ifrå 0(inga smerte) til 10 (verst tenkeleg smerte) (Wyller, 2015).

#### Ikkje medikamentelle tiltak ved smerte

Der er mange forskjellige metoder for ikkje-medikamentell behandling av smerte, men ved palliativ smerte behandling vil medikamentell behandling alltid ligge i botnen. Ein bør alltid ha med i den palliative smertebehandlinga ei ikkje-medikamentell tilnærming. Det er fleire former for psykologisk orientert tilnærming til smerte. Det er nødvendig at legen og dei som er i det palliative teamet kjenner til dei vanlegaste psykologiske faktorane som påverkar smerte og tek omsyn til dei i alt klinisk arbeid. Angst og depresjon er sterkt knytt ilag med smerte hos pasientar med alvorleg sjukdom, og derfor kan dei generelle prinsippa for behandling av desse nyttast også ved smerte (Finset, 2015). Ikkje-medikamentelle tiltak for å lindre smerte kan vere pasientundervisning, kognitiv atferdsterapi, massasje, musikkterapi, fysisk aktivitet og trening, tekniske hjelpemiddel og akupunktur (Torvik, 2015).

#### 3.7 ESAS

Formålet med ESAS er betre kartlegging av symptoma til pasientane, som igjen skal bidra til auka kvalitet på behandling og pleie (universitetssykehus, 2018). Det er eit skjema der ein graderer opplevinga av symptoma til pasienten på ein skala ifrå null til ti. Det er eit systematisk symptomregistrering for pasientar i lindrande behandling og er internasjonalt anerkjent verktøy. Skjema er tenkt for å få ei oversikt over pasienten sine hovudproblem og er eit utgangspunkt for kommunikasjon med pasienten og kartlegging av symptom som eventuelt krev nærmare utredning. ESAS brukast vidare til å evaluere igangsette tiltak. Scora frå det utfylte skjema blir dageleg overført til ein grafisk framstilling for å gjere det mogeleg å sjå endringar, resultat av tiltak og så vidare. Den viktigaste fordelten med skjema er at ein raskt får tilgang til pasientens egne opplevingar av sine plager, det gir mogelegheit for ein felles referanseramme i arbeidet med alvorleg sjuke og det gir mogelegheit for kvalitetssikring av tenesta ved å dokumentere plager og vise effekt av tiltak (Strand, 2009).

### 3.8 Sjukepleieteori

Eit grunnleggande trekk ved vår tilvere er at vi er sårbare og avhengige av kvarandre, det at vi er utlevert til andre sin ivaretaking. Sårbarheit viser at livet er skrøpeleg, og det kan øydelegge oss. Sårbarheit er også ei føresetnad for medlevelse i andre sin lidning og ei oppfordring til ivaretaking. Det at sjukepleiaren orkar å forholde seg til pasienten og si eiga sårbarheit i helsevesenets rom, er av fundamental betydning for pasienten og pårørande. Å puste er ikkje vår fortjeneste. Når pasientar har vanskar med å puste, korleis kan sjukepleiar finne tilbake til pustens rytme ilag med pasienten, til det krinsløp pusten er lagt i? Då er det utfordringa meld seg om å vere sansande og oppmerksam tilstades, og samstundes fagleg vurdere situasjonen (Martinsen, 2012). Lidning er eit djupt og menneskeleg fenomen. Det er noko vi menneske ikkje kan bli spart for eller kan kome utanom. Å akseptere lidning er å akseptere at vår tilværelse er endeleg (Martinsen, 1993).

### 3.9 Lover

I §3-2 pasientens og brukaren sin rett til informasjon, står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Pasienten skal også informerast om mulige risikoar og biverknadar. I kapittel 4, samtykke til helsehjelp, §4-1 står det at helsehjelp kun kan gis med pasienten sitt samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller anna gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp utan samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa (Lovdata, 2017).

### 3.10 Yrkesetiske retningslinje for sjukepleiarar

Sjukepleiaren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og fremje pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpassa informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Den har og ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidning. Og delta aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling, og bidreg til at pasientens stemme blir høyrtd. Å bidra til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikkje døyr åleine. Ein skal vise respekt og omtanke for pårørande og bidra til at pårørande rett til informasjon blir ivaretatt (NSF, u.d.).

## 4 Resultat/Funn

Living with advanced chronic obstructive pulmonary disease: patients concerns regarding death and dying. Ein kvalitativ studie av Gardiner mfl (2009)

Hensikt med studien var å finne ut om kva slags erfaringar pasientar med KOLS har, med fokus på frykta dei hadde rundt døden.

Blant deltakarane var det ofte usikkerheit om diagnosa og det var forvirring om konsekvensane av sjukdommen. Berre ein del av deltakarane var klar over at tilstanden kunne bli verre. Ingen av deltakarane hadde hatt samtale med helsepersonell om prognosa si. Det var varierende blant deltakarane på omfanget om kva slags informasjon dei hadde hatt angående deira spesielle behov. Nokon synest dei hadde fått tilfredsstillande med informasjon, medan andre beskreib at dei hadde fått dårleg forståing av tilstanden deira og at dei ikkje hadde fått tilstrekkeleg med informasjon og opplæring. Mange av deltakarane var uvitande om at dei kunne døy av sjukdommen, og ingen hadde diskutert sansynelegheita for å kunne døy av KOLS med helsepersonell. Den største bekymringa for deltakarane som diskuterte døden var måten å døy på, spesielt frykta for å døy av å ikkje få puste eller kveling. Ingen hadde diskutert dette med frykta for å døy med helsepersonell. Det var generell motvilje blant deltakarane å diskutere dette med helsepersonell. Resultata framhever behovet for palliativ omsorgstilnærming i behandling av pasientar med avansert KOLS. Dette vil gi dei moglegheit til å ta ei aktiv rolle i sitt liv når det går mot slutten, og ta informerte valg om den omsorgen dei kan velge å motta.

Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) Ein kvalitativ studie gjort av Harkin Andersen, Ytrehus og Grov (2011).

Hensikta med studien var å beskrive sjukepleiarens erfaring opplevelsen av utøvlensen av palliativ omsorg til pasientar med KOLS som har angst og dyspnè, mens dei er innlagt i sjukehus.

Resultat: Informantane gav uttrykk for at ved å bruke seg sjølv, personleg og kreativt, med individuell tilpassing til den enkelte pasient i form av verbal, men spesielt non-verbal kommunikasjon, nærheit og tid kjem dei langt i å hjelpe pasientane til å meistre angst og

dyspnè. Dei sa og at deira eiga kompetanse spelte ei rolle i forhold til korleis dei kan hjelpe pasientane. Det er av betydning at pasientane er informert om sjukdommen sin.

Sjukdomsinnsikta er avgjerande for korleis sjukepleiarane skal kunne hjelpe dei med å meistre angst og dyspnè. Praktiske tiltak som oftast vart sett i verk var å gi forstøvarapparat, oksygen, administrere roande medikament og i enkelte tilfelle bipap-behandling. Når desse ikkje var tilstrekkelege blei det framheva at det var sjukepleiaren si eiga tilnærming til pasienten som evna til å behalde roa når pasienten var oppkava som er viktig kor kva dei meinte som var nøkkelen til utøving av palliativ sjukepleie. Kommunikasjon mellom pasient og sjukepleier var sentral for samhandlinga. Fleire av informantane meiner at pasientar med KOLS er underprioritert i forhold til andre pasientgrupper eks kreft. KOLS-pasientar blir ikkje tilbudd same palliative omsorgen som inneber fokus på symptomlindring og tiltak for å optimalisere livskvalitet hos pasient og pårørande.

Hva er en god død i sykehjem? Ein kvalitativ studie gjort av Gjerberg og Bjørndal (2009).

Hensikt med studien er at dei ønska meir kunnskap om kva som kan rekna som «en god død» og kva føresetnadar som må ligge til grunn. Dette er ei innleiande fase av eit større prosjekt om dette tema.

Resultat: Ei grunnleggande føresetnad for å gjere den siste fasa så god som mogeleg, er at personalet viser respekt for pasient og pårørande. Det kan være om det skal settast i gong livsforlengande behandling om det skulle skje ei forverring. Slike type avgjerdsler inneber utfordringar i forhold til etikk, kommunikasjon og dokumentasjon, der pasienten sitt verdival og samtykke bør stå sentralt. Det var elles fire tema som gjekk igjen med dei aller fleste i interjuva: god smertelindring og anna symptomlindring. At pasient og pårørande skulle føle seg trygge og at det ikkje blei unødig livsforlengande behandling. Det kom fram at unødig livsforlengande behandling reduserte mogelegheitene for å få til ei god livsavslutning. At dei pårørande skulle bli ivaretatt. Samtlige av informantane påpeikte at ein god død innber at også dei pårørande blir ivaretatt på ein god måte.

Patient Perceptions of Life-limiting Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Ei kvalitativ studie gjort av Rubio (2018).

Hensikta med denne studien er at pasientar skal få beskrive opplevinga av si sjukdomsbyrde.

Resultat: I denne studien oppstod 4 temaer: å gi diagnosa ei meining, byrden, sliter og står overfor dødeligheten. Mange av deltakarane følte skuldkjensle for tidlegare røyking som truleg har gjort at dei har fått sjukdommen. Det var mange av deltakarane som følte at diagnosen var vag og at dei ikkje var godt støtta eller opplært av helsepersonell. Dei fleste av deltakarane hadde depresjon og angst relatert til å bekymre seg for oksygen og av sosial isolasjon relatert til å bere oksygen. Alle deltakarane snakka om at byrden av å ha ein livsavgrensa sjukdom påverkar livskvaliteten. Til tross for framskritt i behandling opplev dei med KOLS framleis høg sjukdomsbyrde. Tidlege inngrep for dei som har fått diagnosen som omfattar blant anna symptomhandtering, informasjon til pasient og familie, samt ha pågåande kommunikasjon med dei. Løpande vurdering av livskvaliteten, fysisk funksjon og planlegging av behandling med vekt på palliative behov. Denne studien støtter funn i litteraturen om at alvorligheita av sjukdomen og livets slutt ikkje ofte er godt nok informert om.

Pain and quality of life with chronic obstructive pulmonary disease. Ein tverrsnittstudie av Råheim Borge, Wahl og Moum (2010)

Hensikta med studien er å undersøke relevans og intensitet av smerte, kor den er plassert, korleis demografiske og kliniske variablar kan vere relatert til smerte og korleis smerte er forbunde med livskvalitet.

Resultat: Det er blitt rapportert at pasientar med KOLS har respiratoriske musklar som er overbelasta. Det kan slite ut pasienten, som igjen kan føre til opplevelsen av smerte. (Denne hypotesen har imidlertid ikkje blitt fullstendig utforska, men blir støtta av enkelte studiar.) Ei muskeloverbelastning kan forårsake fysisk smerte, som vist i studier av skuldersmerte. Dei fann at kroniske nakkesmerte kan forårsake andedrettsproblem. Endra andedrett kan vere forbunde med smerte i ryggen, nakke, skuldre og bryst. Forbindinga mellom

dysfunksjonell pust og smerter i overkroppen, og muskelsvakheit og smerter i underkroppen hos dei med KOLS, bør undersøkast nærare for å få ein betre og breiare forståing. Denne studien har ikkje målt kva slags smerte pasienten har eller årsaka til smerten. Det har ikkje blitt rapportert tidlegare i forskning, noko som indikerer at smerte kan forstyrre sjukdomsrelaterte problem, som tungpust, faktorar som er relatert til humør, angst og sosialt. Belastning av respiratoriske pustemusklar vil resultere i smerte, som igjen vil føre til meir tungpust, som vil påverke livskvaliteten. Vidare studiar er nødvendig for å kunne få meir kunnskap om kva som påverkar og forårsaker smerte, om alvorlegheitsgrada av smerte.

## 5 Drøfting

### **Dyspnè**

I følge Brenne (2016) handlar det om å utføre tiltak mot dyspnè på fleire plan både psykisk, fysisk og så åndeleg og sosialt. Det kjem også fram i studien Harkin mfl (2011), at sjukepleiarane bruker seg sjølve for å hjelpe pasientane med å meistre dyspnè og angst. Dei bruker og medikamentelle tiltak, men det viser seg at det er oftast det å vere der for pasienten som er det som fungerer best. Etter det eg har erfart i praksis er at det å opptre rolig ilag med pasienten og ikkje vise at ein er usikker, gjer at pasienten ikkje blir tyngre i pusten. Etter det eg starta på denne oppgava så snakka eg med ein KOLS-pasient som bor der eg jobbar om dette med korleis pusten blir påverka av personale sin opptreden. Det vart sagt at om personale var stressa, eller virka usikker på korleis ein skulle handtere medisinskutstyr, så påverka dette pusten.

Brenne (2016) skriv at morfin er førstevallet når det kjem til medikamentell behandling for dyspnè. Allmenntilstanden til pasienten er det som skal vegast opp om det er meningsfullt å gjere ein annan intervensjon mot dyspnè enn ei rein medikamentell lindring. Etter det eg har erfart i praksis er legane lite villige til å gi morfin til pasientar med KOLS då dei er redde for at pasientane skal få respirasjonsdepresjon. Wyller (2015) skriv og at morfin kan gi respirasjonsdepresjon og at det kan framskynde dødstidspunktet. Vidare skriv Henriksen (2016) at det har vore forska på om opioidbehandling til kreft og KOLS-pasientar og at respirasjonsdepresjon med co<sub>2</sub>-retensjon førekjem i lita grad og at respirasjonssvikt ikkje



utgjør noko kontraindikasjon på ei slik behandling. Wyller (2015) skriv også at underbehandla dyspnè er truleg eit større problem enn underbehandla smerte hos døygande i Noreg. I studien til Harkinn Andersen mfl (2011) seier fleire av sjukepleiarane at KOLS-pasientar er ei underprioritert pasientgruppe. Dei får ikkje tilbydd same palliative omsorga med fokus på symptomlindring og tiltak for å optimalisere livskvalitet hos pasient og pårørande som for eksempel kreftpasientar. Etter det eg har erfart så får KOLS-pasientane som har budd der eg jobbar lik palliativ behandling som til dømes kreft-pasientar.

Wyller (2015) skriv at ved dyspnè får ein følelse av å få for lite luft og betydeleg angst og uro, så det er eit svært ubehageleg symptom. Dette er også noko dei pårørande kan finne skremmande. Derfor er god kartlegging og at tiltak vert iverksett grunnleggande for pasientar med dyspnè. Gulsvik (2012) skriv om ikkje-medikamentelle tiltak for å lette pusten til pasienten at personale opptreer roleg og beroligande, at det er utsikt ifrå rommet, ein kan ha opent vindu eller at ein bruker vifte. Å lære opp pasientar og pårørande i pusteøvelsar og avspenning kan vere nyttig. Pusteteknikkar som leppepust og framoverbøygde kvilestilling kan vere til god hjelp, og det kan hjelpe pasienten til å oppnå ei viss grad av kontroll over eigen situasjon. I følge Stubberud (2015) kan det å få avkjølt ansiktet, til dømes med ein kald klut i panna også hjelpe pasienten. Harkin Andersen mfl (2011) skriv at tiltak for dyspnè kan vere å sette opp eit vindu, støtte han, stryk på ryggen og få pasienten til å føle at han ikkje er aleine. Det er fleire som hadde opplevd at pasientane delte si bekymring for angst og dyspnè når sjukepleiaren var nær pasienten og tok seg tid til å snakke med dei. Det eg har erfart ifrå eigen praksis er at dette er noko vi kan for lite om, ein tenker ikkje på at det er enkle tiltak ein kan sette i verk for å hjelpe pasienten med å puste betre. Eit godt leie i seng kan etter det eg har erfart ha ei god effekt på å lette pusten til pasientane som har vanskar med pusten.

### **Angst**

Mathisen (2012) skriv at det kan vere nyttig for pasienten at han snakkar med ein person ein kan ha ein fortruleg samtale med, eller ein sjelesørger om tankane ein har om livet eller døden, i studien gjort av Gardiner mfl (2009) kom det fram at det var sterk motvilje blant deltakarane som var med å snakke med helsepersonell ang frykta om å dø. Det kjem fram i studien av Harkin Andersen mfl (2011) at sjukdomsinnsikta til pasientane er avgjerande for korleis ein skal kunne hjelpe pasientane med å meistre angst og dyspnè. Det er derfor av

betydning at pasientane er informerte om sjukdommen dei har. Det er og fleire pasientar som slit med dødsangst når dei slit som verst med dyspnè. Det eg har opplevd i praksis er at ein tilbyd å tilkalle presten om det kan vere behov for at pasienten treng å snakke med ein, nokon takkar ja og andre nei.

I følge Kvaal (2015) vil det for pasientar som kjenner på ei psykisk «smerte» ville vere til hjelp at dei blir sett på med respekt, interesse, at ein viser forståing og empati, støtter og pleier. (Loge,2016) sei vidare at nokon gongar kan pasientar med angst bli aggressive og kan då verte oppfatta som krevjande. Slike uttrykk vil bli forsterka dersom ikkje legen eller sjukepleiar oppfattar at pasienten er redd. Det kjem fram i studien av Harkin Andersen mfl (2011) at kommunikasjonen mellom pasienten og sjukepleiaren er sentral for samhandlinga. Det er ofte at pasienten roer seg ned under eit angst/dyspnè anfall om sjukepleiaren har tid til å sette seg ned i lag med pasienten for å snakke. Det eg har sett ifrå mi jobb erfaring er at når ein har hatt pasientar som har angst så hjelp det om ein tek dei med til ein roleg plass å snakkar med dei. Det eg har opplevd er at det ikkje alle tide er nødvendig å seie så mykje, berre at ein er der for pasienten og at han kjenner seg trygg. Det vert derfor ofte slik at ein må ty til medikamentell behandling, sida det er ofte lite bemanning på jobb. Det er i alle fall det eg har erfart.

## **Smerte**

Thorsen (2015) skriv at smertelindring hos sjuke og døyande er noko av det viktigaste vi kan hjelpe med. I følge Henriksen (2016) så vil hovudfokuset til pasientane som er veldig dårlege at ein skal lindre best mogeleg dyspnè, angst og smerte. I studien gjort av Gjerberg & Bjørndal (2009) kjem det fram at eit av dei fire tema som var viktig var god smertelindring. Thorsen (2015) seier vidare at om ikkje pasienten sjølv greier å formidle at han har smerter, er det vår jobb som sjukepleiarar å sjå etter teikn som kan tyde på at pasienten har smerter. Etter det eg har erfart har eg sett at pasientar som har smerter har rynker i mellom augebryna, dei har kanskje dårlegare matlyst enn dei bruker å ha og er kvalme.

I følge Oksholm (2015) er det mange pasientar som har smerter i kroppen fordi dei brukar hjelpemuskulatur ved respirasjon. Der er pasientar med KOLS som har store smerteproblem

og dei kan rapportere om ulevelege smerter. Råheim Borge & Moum (2010) har skrivt i si studie at ei muskel overbelastning kan forårsake andedretts problem. Endra andedrett kan vere forbunde med smerte i ryggen, nakke, skuldra og bryst. Smerter i lår og bein kan føre til andenød og immobilitet vil også påverke muskulaturen. Forbindelsen i mellom dysfunksjonell pust og smerter bør undersøkast nærare for å få ein betre og breiare forståing. Henriksen (2016) skriv det at pasientar med KOLS får dårlegare smertebehandling enn dei med for eksempel kreft eller demens. Dette kan skuldast at legane er meir tilbakehaldne med å skrivt ut opioder til desse pasientane grunna frykt for respirasjonshemmande effekt. Det er slik ut ifrå mine erfaringar også, tilsynslegen på sjukeheimen ikkje vil gi morfin til KOLS- pasientar før dei er i terminalfase.

Torvik (2015) skriv at der er mange eldre som ikkje spør etter smertestillande då dei ikkje vil være til bry. Samtidig ber dei fleste menneske på ei frykt for fysisk smerte Thorsen (2015). Vidare skriv Wyller (2015) at for å kunne gi smertebehandling på ein god måte trengst det ei mest mogeleg standardisert evaluering av smerta til pasienten. Når ein skal behandle pasientar med smerte er det anbefalt å lære seg å bruke eit skåringsverktøy og bruke det systematisk ilag med pasienten. Den brukast for å evaluere smerta til pasienten og for å evaluere tiltaka ein har sett i verk. Det er mest vanleg å bruke VAS. For å kartlegge symptom og samtidig auke kvaliteten på behandlinga og pleien kan ein og benytte seg av ESAS skjema Oslo universitetssjukehus (2018). Ein får raskt tilgang til korleis pasienten opplever plagene sine, og det er ei kvalitetssikring av tenesten ved å dokumentere plager og det viser effekt av tiltak Strand (2009).

### **Heilskapeleg sjukepleie**

Brenne (2016) skriv at det er viktig at vi som sjukepleiarar etablerer tillit og yte god sjukepleie til både pasienten og dei pårørande. Det studien gjort av Gjerberg & Bjørndal (2009) seier er at eit av tema som går igjen blant informantane der er at det er viktig at pasienten og dei pårørande kjenner seg trygge. Det står og skrevet i dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar at sjukepleier skal vise respekt og omtanke for pårørande. Studien gjort av Rubio (2018) seier at dei med KOLS fortsatt opplev høg sjukdomsbyrde, til tross for framskritt i behandlinga. For dei som har fått KOLS-diagnose er det viktig med tidleg

inngrep som omfattar blant anna symptomhandtering, informasjon til pasienten og familien, i tillegg ha ein jamnleg dialog med dei. Det eg kan seie utifrå egne erfaringer er at om pasient og pårørende har tillit til deg og kjenner seg trygge så er det enklare å yte god sjukepleie. Dette synes eg fordi det er enklare å ha ein god kommunikasjon, dei har lettare for å stille spørsmål dei lurar på, og dei opnar seg meir om ting dei synest er vanskeleg eller trist.

Finset (2015) skriv at angst og depresjon er sterkt knytt ilag med smerte hos pasientar med alvorleg sjukdom. Dei generelle prinsippa for dyspnè og angst kan derfor også nyttast ved smerte. I studien til Råheim Borge mfl (2010) viser dei til at belastning av respiratoriske pustemusklar vil resultere i smerte, som vil føre til meir tungpust, om igjen vil påverke livskvaliteten. I følge Loge (2016) kan angsten forsterke smerte. Og dei som har angst kan få kroppslige utslag som blant anna hjartebank, dyspnè, hyperventilasjon, kvalme, svimmelheit, generell utmattelse, brystmerter Wyller (2015). Det eg inntrykket eg sit att med er at det eine fører med seg det andre, det er ein ond sirkel. Om ein får bukt med det eine så kanskje ein kan få det betre på mange andre måtar også. Det står i dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar at sjukepleiaren skal yte omsorgsfullhjelp og lindre lidelse.

Sjukdomsutviklinga til KOLS skjer gradvis, med stabile faser som blir avbrutt av akutte forverringar, grunnen til sjukdomsutviklinga er tilbakevendande luftvegsinfeksjonar Oksholm (2016). I følge Gardiner mfl (2009) var det fleire som hadde fått diagnosa KOLS som var usikre på diagnosa og kva konsekvensane av sjukdommen var. Det var berre nokre som visste at tilstanden kunne bli verre og at dei kunne døy av sjukdommen.

## 6 Konklusjon

Det vert framheva i resultatet behovet for palliativ omsorgstilnærming i behandling av pasientar med avansert KOLS. Dette vil gi dei mogelegheit til å ta ei aktiv rolle i sitt liv når det går mot slutten, og ta informerte val om den omsorga dei kan velje å ta imot. Sjukepleiarar gav uttrykk for at ved at dei brukte seg sjølv, personleg og kreativt, med individuell tilpassing til den enkelte pasient i form av verbal, men spesielt non-verbal kommunikasjon, nærheit og tid kjem dei langt i å hjelpe pasientane til å meistre angst og dyspnè. Dei sa og at deira eiga

kompetanse spelte ei rolle i forhold til korleis dei kan hjelpe pasientane. Det er av betydning at pasientane er informert om sjukdommen sin. Sjukdomsinnsikta var avgjerande for korleis sjukepleiarane skal kunne hjelpe dei med å meistre angst og dyspnè. Praktiske tiltak som oftast vert sett i verk var å gi forstøvarapparat, eventuelt oksygen, administrere roande medikament og i enkelte tilfelle bipap-behandling. Når desse ikkje var tilstrekkelege blei det framheva at det var sjukepleiaren si eiga tilnærming til pasienten som evna til å behalde roa når pasienten var oppkava som er viktig kor kva dei meinte som var nøkkelen til utøving av palliativ sjukepleie. Kommunikasjon mellom pasient og sjukepleier var sentral for samhandlinga. Og at personalet viser respekt for pasient og pårørande. Det er mange KOLS-pasientar som har store smerter og kan rapportere om ulevelege smerter. Pasientar med KOLS får dårlegare smertebehandling enn dei pasientane med til dømes kreft.

## Referanse

Andersen, H.I., Ytrehus, S., & Grov, E.K. (2011). *Palliativ sykepleie til pasientar med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)*. Klinisk sykepleie 01/2011. Henta frå:

[https://www.idunnno.galanga.hvl.no/klinisk\\_sykepleie/2011/01/palliativ\\_sykepleie\\_til\\_pasienter\\_med\\_kronisk\\_obstruktiv\\_lu](https://www.idunnno.galanga.hvl.no/klinisk_sykepleie/2011/01/palliativ_sykepleie_til_pasienter_med_kronisk_obstruktiv_lu)

Bakke, P. (2014). Legemidler ved sykdommer i respirasjonsorganene. S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (ss. 174-180). Oslo: Gyldendal akademisk.

Benthien, K S & Sjøgren, P. (2015). Ikke-opioide og adjuvante analgetika. S. Kaasa & J H. Loge (Red.). *Palliasjon-Nordisk lærebok* (ss. 411-428). Oslo: Gyldendal akademisk.

Borge, R.C., Wahl, K.A., & Moum, T. (2010). *Pain and quality of life with chronic obstructive pulmonary disease*. Sciencedirect. Henta frå:

<https://www.sciencedirectcom.galanga.hvl.no/science/article/pii/S0147956310003730>

Brenne, A T & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. S. Kaasa & J H. Loge (Red.), *Palliasjon-Nordisk lærebok* (ss. 638-652). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Finset, A. (2015). Smertepsykologi. S. Kaasa & J H. Loge (Red.). *Palliasjon-Nordisk lærebok* (ss. 373-386). Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2018, 24. Januar). Kronisk obstruktiv sykdom (KOLS) i Norge Henta frå

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>

Folkehelseinstituttet. (2018, 29. Januar). Nye beregninger: 150 000 har KOLS. Henta frå

<https://www.fhi.no/nyheter/2018/150-000-har-kols/>

Gardiner, C., Gott, M., Small, N., Payne, S., Seamark, D., Barnes, S., & Ruse, C. (2009). *Living with advanced chronic obstructive pulmonary disease: patients concerns regarding death*

SK 152. Kandidat nr: 112. Dato for innlevering 07.06.2019

*and dying*. Journals sagepub, 23(8) 691-697. Henta frå: <https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1177/0269216309107003>

Gjerberg, E., & Bjørndal, A. (2009) *Kva er en god død i sykehjem?* Sykepleieforskning. Henta frå: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hva-er-en-god-dod-i-sykehjem>

Helseidirktoratet (2012). *Kols- Nasjonale retningslinjer og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. (s.133) Henta frå: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kols> Oslo.

Helsebiblioteket. (2016, 7.Juni). *Tverrsnittstudie*. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>

Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrande behandling og omsorg mot livets slutt- å skape liv til dagane*. Henta frå: [https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport\\_hdir\\_palliasjonsrapport\\_160315.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf)

Helsedirektoratet. (u.d.). *Helsebiblioteket*. Henta frå Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon>

Helsedirektoratet. (u.d.). *Helsebiblioteket*. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/dyspn%C3%A9/definisjon>

Henriksen ,A. H & Normann, A. P. (2016). *Ikkje-maligne lungesykdommer*. S. Kaasa & J H. Loge (Red.), *Palliasjon- Nordisk lærebok* (ss. 702-719). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvaal, K. (2015). *Angst og depresjon*. M. Kirkevold, K.Brodtkorb & A H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- omsorg til den gamle pasienten* (ss. 438-451). Oslo: Gyldendal

SK 152. Kandidat nr: 112. Dato for innlevering 07.06.2019

akademisk.

Landsforeningen for hjerte og lungesyke. (2019 ,20. Mars). *KOLS, den nye folkesykdommen*.

Henta frå <https://www.lhl.no/lungesykdommer/kols/>

Loge, J .H. (2016). Angst og depresjon. S.Kaasa & J H. Loge (Red.). *Palliasjon-Nordisk lærebok* (ss. 471-500). Oslo : Gyldendal akademisk.

Lov om pasient og brukerrettigheter. (2017,8. Desember). *Lovdata* . Henta frå

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup*. Otta: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.

Mathisen, J. (2012). Sykepleie ved livets avslutning. N J. Krsitoffersen, F. Nortvedt & E A.

Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie-Bind 3* (ss. 296-335). Oslo: Gyldendal akademisk.

NAOB. (u.d.). *Det Norske akademis ordbok*. Henta frå <https://www.naob.no/ordbok/lindre>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta frå [https://www.nsf.no/vis-](https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere)

[artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere](https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere)

Oksholm, T. (2015). sykepleie til pasienter med lungesykdommer . I U. Knutstad (Red.),

*Utøvelse av klinisk sykepleie-Sykepleieboken 3* (ss. 227-276). Oslo: Cappelen damm

akademisk.

Oslo universitetssykehus. (2018,1. Juni). *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*

Henta frå Oslouniversitetssykehus: [https://oslo-universitetssykehus.no/edmonton-](https://oslo-universitetssykehus.no/edmonton-symptom-assessment-system-esas)

[symptom-assessment-system-esas](https://oslo-universitetssykehus.no/edmonton-symptom-assessment-system-esas)

Regjeringen. (1999, 20. Januar). *NOU:99* . Henta frå

<https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28f4cb4027317b4acb4918/no/pdfn-ou199919990002000dddpdfa.pdf>

Rosland, J H & Tjølsen, A. (2015). Grunnleggende smertepatologi. S. Kaasa & J H. Loge (Red.),



SK 152. Kandidat nr: 112. Dato for innlevering 07.06.2019

*Palliasjon- Nordisk Lærebok* (ss. 328-341). Oslo: Gyldendal akademisk .

Rubio, M. (2018). *Patient Perceptions of Life-limiting Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.

The journal for nurse practitioners. Henta frå: [https://www.sciencedirect-com.galanga.hvl.no/science/article/pii/S1555415518309371](https://www.sciencedirect.com/galanga.hvl.no/science/article/pii/S1555415518309371)

Store medisinske leksikon (2018, 7. Mai).KOLS. Henta frå <https://sml.snl.no/kols>

Store norske leksikon. (2014, 28. August). *Tverrsnittstudie*. Henta frå

<https://snl.no/tverrsnittsstudie>

Strand, E & Ellingsen, E. (2009, 5. Mars).Hvordan har du det i dag? *Sykepleien.no*. Henta frå

<https://sykepleien.no/forskning/2007/11/hvordan-har-du-det-i-dag>

Stubberud, D. G. (2015). Respirasjon. E. K, Grov & I. M, Holter *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 399-439). Oslo: Cappelen damm.

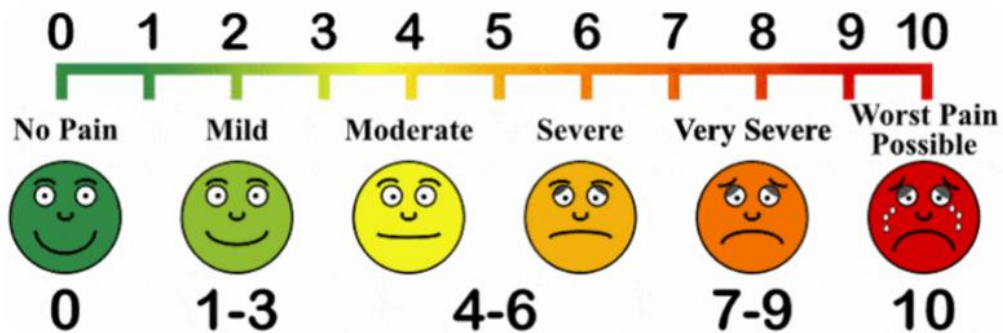
Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Thorsen, L. & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. E K. Grov & I M. Holter (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 926-960). Oslo: Cappelen damm akademisk .

Torvik, K & Bjørø, K. (2015). Smerte. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A H. Høyen (Red.). *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 390-407). Oslo: Gyldendal akademisk .

Wyller, T. B (2015). *Geriatry*. (2 utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Vedlegg 1. VAS skalaen



Vedlegg 2. ESAS skjema

**Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)**

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

---

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
<hr/>												
Ingen slapphet <small>(slapphet = mangel på krefter)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
<hr/>												
Ingen døsigheit <small>(døsigheit = å føle seg søvrig)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsigheit
<hr/>												
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
<hr/>												
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
<hr/>												
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
<hr/>												
Ingen depresjon <small>(depresjon = å føle seg nedstemt)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
<hr/>												
Ingen angst <small>(angst = å føle seg urolig)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
<hr/>												
Best tenkelig velvære <small>(velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
<hr/>												
Ingen _____ <small>Annet problem (f.eks. forstoppelse)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: \_\_\_\_\_  
 Dato: \_\_\_\_\_  
 Tidspunkt: \_\_\_\_\_

- Fyll ut av (sett ett kryss):
- Pasient
  - Pårørende
  - Helsepersonell
  - Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

SK 152. Kandidat nr: 112. Dato for innlevering 07.06.2019