**KUNNSKAPSLOGG 16/02-2010**

”Gruppediskusjon om kols”

Oppgave 3B – Gruppe 5

Innhold

[1 Innledning 3](#_Toc254620920)

[2 KOLS 3](#_Toc254620921)

[3 Mobilitet 4](#_Toc254620922)

[3 Hjelpemidler 5](#_Toc254620923)

[4 Angst og depresjon 6](#_Toc254620924)

[5 Røyking – røykeslutt 7](#_Toc254620925)

[6 Ernæring 8](#_Toc254620926)

# 1 Innledning

Gruppen bruker åpen diskusjon om lidelsen KOLS, og utvikler en kunnskapslogg basert på de viktigste tema for studentene.

# 2 KOLS

KOLS er en samlebetegnelse på en gruppe kroniske lungesykdommer som fører til hindret luftstrøm gjennom luftveiene ([*http://nhi.no/sykdommer/lunger/kols/kols-2138.html*](http://nhi.no/sykdommer/lunger/kols/kols-2138.html)). Hovedsakelig er det røykere som utvikler KOLS. KOLS fører til at man får en nedsatt lungefunksjon som i liten grad lar seg behandle. Nedsatt lungefunksjon er faktisk en større helserisiko enn et høyt kolesterol. Sykdommen utvikler seg langsomt. Mange tror de er i dårlig form, og at de hoster på grunn av at de røyker. I virkeligheten synker lungefunksjonen på grunn av en sykdom i lungene som fører til skader som ikke lar seg behandle. De mest vanlige sykdommene i lungene hos en pasient med KOLS, er emfysem og kronisk bronkitt. I tillegg opplever mange pasienter astmalignende symptomer, som hoste og tungpustenhet under anstrengelse. Noen astmapasienter får kroniske plager med gradvis overgang til KOLS.

Symptomene er akutt forverring i forbindelse med infeksjoner i luftveiene, tørrhoste om morgenen, hoster opp mye slim (gult eller hvitt) åndenød det vil si at det piper, hivende eller hvesende respirasjon, da spesielt ved anstrengelse, høy fysisk aktivitet og ved stress.

Den viktigste behandlingen er å slutte å røyke, og for det andre prøve å snakke med pasienten og forklare av utfallene ved å røyke (psykisk). Når pasienter med KOLS slutter å røyke avbrytes den raske svekkelsen av lungefunksjonen og prognosene blir bedre. Pasienter med KOLS har bra av å ”heve” toraxen. Ved å heve toraxen vil ikke lungene få så mye press på grunn av G – kreftene og toraxen vil utvide seg og dermed vil pusten bli noe bedre. Medikamenter som atrovent og ventoline (flytende væske) blir kombinert sammen oftest til KOLS pasienter, ved hjelp av et forstøverapparat kan dette bli pustet inn og ikke bli drukket, samt Mycomust (brusetab) slimløsende er også en ting legene anbefaler.

# 3 Mobilitet

Det er veldig viktig at kolspasienten lærer seg balansen mellom aktivitet og hvile og ikke over –drive det vil bare gjøre sykdommen verre. Når en kolspasienten er i bevegelse får pasienten opp sekret fra lungene som kommer opp gjennom luftveiene og det gir bedre lungefunksjon. Det er lurt når pasienten skal f.eks stelle seg at alt planlegges og utføres ut fra det pasienten orker. Sykepleieren må snakke med både pasienten/familien om det er noen problemer i forbindelse mobilitet hvis det er det kan man utifra den konkrete informasjonen lære kolspasienten mestre sykdommen og angst på hensiktsmessig måte. Pasienten blir da aktiv og lære hvordan han/hun skal takle problemer sin egen hverdag.(Almås, 2008)

Vi lærte at på mange lungesyke lærer seg ADL- trening på en klinikk(Glittreklinikken) for å være mest mobile og takle utfordringer som sykdommen fører med seg. Det er sikkert veldig motiverende når man er flere i samme situasjon sånn at man kan dele både kunnskap og erfaringer. Glittreklinikken er Norges største insitusjon med 96 plasser og 1100 pasienter i året. ADL-trening er kurs som handler om planlegging, pusteteknikk, arbeidstillinger, hjelpemidler og tilrettelegging av fysiske omgivelser i hjemmet. Kolspasienter har svake ben sammenlignet med friske mennesker og fysisk aktivitet styrker muskler og skjelett som vil hjelpe pasienten å klare å bli sterke moblie mennesker. God Mobilitet krever at pasienten beveger seg i opp/ned trapper og kan forflytte seg ”normalt” . Vi lærte noe meget lærerrikt nemlig at det viste seg på Glittreklinikken at når pasientene har fått intensiv lungerehabilitering så bedret dette symptomer, funksjonsnivået og livskvaliteten hos pasienten med kols.

Mobilitet hjelper pasienten til å bli mer sosial og komme seg mer ut og oppleve ting isteden for å isolere seg inne i sin egen leilighet som kan føre til depresjon hos pasienten. Aktivitet virker på humøret og kan ha en positiv innstilling/motivasjon angående sin egen sykdom.

Når pasienten er i aktivitet/mobil så hjelper det på eliminasjonsproblemer fordi når man er i bevegelse og drikker en del som er en fordel for lungesyke så bli det økt tarmbevegelse i kroppen og tarminnholdet kommer rasker gjennom fordøyelsessystemet.

Kolspasienter er mer disponible enn friske mennesker for benskjørhet/ostoporose på grunn av langtidsbruk av medisiner, røyking og immobilitet men dette kan bedres ved økt fysisk aktivitet på pasients nivå.

Kolspasienter har mye bedre prognose til å mestre sin egen hverdag nå er før på grunn av alle forskning og prosjekter innen dette området og respons fra de som lider av Kols.

# 3 Hjelpemidler

Gjennom å ha skrevet en individuell oppgave om KOLS har vi lært at når man først har fått sykdommen KOLS er det ingenting man kan gjøre for å helbrede sykdommen, derimot er det tiltak som kan utføres for å gjøre hverdagen enklest mulig for pasienten.

 Å ligge riktig i sengen er viktig for å få følelsen av å puste fritt. Ved å ligge med hodet høyere enn resten av kroppen bedrer forholdene for god respirasjon. Man kan anvende en justerbar seng der man kan stille inn både hodegjerdet og fotenden i sengen i en behagelig stilling.

Noen pasienter kan også synes det er nyttig med en gåstøtte for å kunne avbelaste kroppen mest mulig ved aktivitet. Ved bruk av gåstol har også pasienten mulighet til å sette seg ned når han/hun måtte ønske det.

Ved bruk av tang kan man få tak i ting uten å måtte anstrenge seg med å måtte bøye/strekke på seg.

Man kan også ta i bruk oksygentilførsel hvis pasienten oppfyller kriteriene for denne behandlingen. Dette er det legen som tar stilling til, men det er primærhelsetjenesten som følger opp behandlingen. Ved denne type behandling får pasienten økt tilførsel av oksygen i lungene som gjør at pasienten ikke blir like tungpustet.

Hvis man bor hjemme med hjelp av hjemmesykepleien får pasienten hjelpe til det han/hun ikke har mulighet til å utføre selv. Alt fra personlig hygiene, vasking og stelling av hus, handling og laging av mat og annet pasienten har behov for.

# 4 Angst og depresjon

Det er ikke et ukjent fenomen å danne sterk depresjon og til dels angst, når man ender opp med en kornisk sykdom som vil gjøre deg handikapet for livet. Det kan iverksettes tiltak for å oppnå bedre sosiallivet til pasienten. Det viktige er å få pasienten til å mestre daglige situasjoner; sosiale, arbeid, seksualliv, osv.

Når angst hos en pasient inntreffer er de første symptomene hyperventilering og en smerte i mage bryst regionen. Denne type panikkanfall vil forverres da KOLS pasienter allerede har pustebesvær og vil i mange tilfeller gi pasienten frykt for å dø. Panikkanfall kan sjeldent forutses og er derfor særdeles viktig å behandle om pasienten skulle få denne type lammelser. Medisinsk behandling ved hjelp av antidepressiva og benzodiazepamer kan være en viktig start for å stabilisere humørsvingningene.

Det har vist seg i tidlig forskningsresultater at kognetiv terapi er meget effektivt hos pasientgruppen. Dette er et prosjekt hos Lungeavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus og Institutt for klinisk psykologi ved UiB.

Det som er vesentlig viktig er å lære forskjellige former for pusteteknikker og la pasienten kunne fokusere på dette, noe som skal kunne være avspennende. Når pasienten har økt viten om funksjoner for å forhindre alvorlige anfall, vil det være mulig for pasienten å kunne huske kjennetegnende på hva som utløser angst og depresjon, dette vil være et viktig verktøy for å bedre den mentale helsetilstanden betraktelig.

#

# 5 Røyking – røykeslutt

Omlag 250 000 nordmenn har KOLS og halvparten av disse vet ikke en gang om at de har det. Hovedårsak: Røyking. Har man først utviklet Kols, kan ikke behandling reparere den tapte lungefunksjonen, men røykestopp kan bremse forverring og ytterligere tap av funksjonen.

Til diskusjon;

Hvorfor er det så mange som røyker når vi lever i et samfunn med så mange advarsler og informasjon om røykens skadevirkning?
Hvorfor er det mange med diagnosen som likevel ikke klarer å slutte å røyke?

Mange bruker røyk som kos, som for eksempel ”nå er jeg sliten og trenger en røyk for å slappe av”. Vi tror at når mennesker havner i stressende eller presset situasjoner har man behov for trøst, trygghet og kos. For mange representerer røyken akkurat dette.

Vi blir lært opp til at det er mange fordeler med å røyke, selv om antirøyk kampanjer sier det motsatte. For eksempel blir ennå røyk brukt i filmer som noe styrkende for karakteren, enten for å underbygge maskulinitet eller seksualitet. Videre blir det fremmet som trøst. For eksempel; det siste ønsket for en dødsdømt.

Når man er syk kan egenskapene til røyken blir forsterket i og med at behovet for trøst og lindring er større. For noen fungerer nikotinerstatning, men for mange handler det om noe annet enn bare selve nikotinen.

Nina har et eksempel fra jobb; en 40 år ung mann med kols. I svært dårlig form og med dårlig diagnose røyker vedkommende fremdeles. Han har fått målt lungekapasiteten sin til ca 20 % og er nå på sykehjem pga den dårlige helsen. Men han røyker ennå. Gjennom flere samtaler med han ble jeg overrasket over hva han svarte på spm om røykeslutt. Han mente at det ville være skadelig for han å slutte helt, da han følte at han ble mer tungpustet av å ikke røyke i det hele tatt. Grunnen var, at han hostet mer når han røkte og fikk opp mer slim, om han ikke røkte hadde han vanskelig for å få opp slimet og ble mer tung i brystet. Særlig på natten var det et problem. Så han hadde trappet ned til ¼ og røyket 5-8 sig om dagen.

# 6 Ernæring

1/3 av KOLS syke karaktiseres som underernærte. Årsaker til dette er ikke helt forstått, men økt energibehov og mindre energiinntak spiller en stor rolle. Det er derfor veldig viktig at sykepleieren retter oppmerksomheten mot ernæring til en KOLS pasient. Ved dette kan man måle kroppsmasseindeksen (BMI) regelmessig. 20-35 % av pasienter med moderat til alvorlig KOLS er undervektige, mens 20-25 % er overvektige. Pasientene trenger derfor informasjon om riktig kost, proteinrik mat og vitamintilførsel, samt hvilke matvarer som er lette å få i seg. Overvektige pasienter bør få informasjon om energiredusert kost.

Det er svært problematisk for undervektige å øke vekten, like vanskelig er det for overvektige å øke den. For en KOLS pasient kan det å være undervektig være svært livstruende. De bør derfor bli henvist til en ernæringfysiolog og lungefysioterapeut. Dette for at pasienten skal få riktig diett og et riktig treningsprogram som tar hensyn til vedlikehold av respirasjonsmuskler og riktig pusteteknikk.

Pasienter med KOLS blir anbefalt å spise vanlig kost, samtidig som de må tenke på å få i seg nok proteiner. Proteiner er viktig for å holde ved like respirasjonsmusklene. Det er også nødvendig med ekstra vitamintilskudd og vitamin A og B motvirker betennelsesreaksjonen i slimhinnen og forebygger generelt infeksjoner. Kalsiumtilførsel er også svært viktig for å unngå beinskjørhet.

KOLS pasienter anbefales å spise 6-8 måltider om dagen, og det anbefales små måltider om gangen. Er det vanskelig for en pasient å få i seg maten, anbefales kosttilskudd. Enkelte vil også ha nytte av ferdiglaget mat fra fabrikker så de ikke trenger å lage maten selv. Energirike drikker kan også være lurt hvis pasienten har vanskeligheter med å få i seg mat.