Beteckning:_____

HÖGSKOLAN
I GÄVLE

Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Patienternas upplevelser av prehospital vård vid Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) Kvalitativ intervjustudie

Författare
Maria Krång Persson
Åke Hedlund
November 2007

C-uppsats 10 poäng
Omvårdnadsvetenskap

Omvårdnadsvetenskap 120 poäng
Examinator: Gerth Hedov
Handledare: Urban Torstensson

ABSTRACT

The aim was to investigate how Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients experience the approach and medical care provided by ambulance workers during transportations and domestic emergencies. The investigation was carried out as a qualitative interview study. The heart and lung-disease association in Dalarna was contacted in order to supply respondents to the study. Overall five women and three men were interviewed, based on the criteria that they would all be diagnosed with COPD and that they had, during the past three years, been in contact with a nurse within the ambulance health care in the county council of Dalarna. The interviews were semi structured with open questions. All participants got to tell about their experiences and how they were received, approached and treated by ambulance workers when having domestic emergencies or during ambulance transportations. Data were parsed on the basis of a qualitative analysis. The result is presented in five main categories and thirteen subcategories which describes the participant's experiences with approaches and treatments. The people investigated felt very secure during treatments given to them in their urgent state of illness caused by COPD. It came to light that participants experienced a composed and pleasant approach from the nurse within the ambulance healthcare in Dalarna.

Keywords: Attitude, take care of, experience, COPD

SAMMANFATTNING

Syftet var att undersöka hur personer med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) upplever ambulanssjukvårdens omhändertagande och bemötande vid akuta besvär i hemmet och under pågående ambulanstransport. Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie.
Hjärt och lungsjukas förening i Dalarna kontaktades för att förmedla respondenter till studien. Totalt intervjuades fem kvinnor och tre män utifrån de kriterier att de skulle ha diagnosen KOL samt att under de senaste tre åren varit i kontakt med sjuksköterska inom ambulanssjukvården i Landstinget Dalarna. Intervjuerna var semistrukturerade med öppna frågor. Deltagarna i studien fick berätta om sina erfarenheter, upplevelser samt ambulanspersonalens bemötande i omvårdnadssituationer i hemmet och under pågående ambulanstransport. Data analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.
Resultatet redovisas med fem övergripande kategorier och tretton subkategorier som beskriver deras upplevelse av bemötandet och omhändertagandet.
Det framkom i studien att deltagarna upplevt ett lugnt och trevligt bemötande från sjuksköterskan inom Ambulanssjukvården Dalarna. Personerna i studien upplevde även trygghet under vårdsituationen i det akuta sjukdomstillståndet som KOL förorsakat.

Nyckelord: Bemötande, Omhändertagande, Upplevelse, KOL

Innehållsförteckning

1.	**Introduktion**	**1**
1:1	**Historik**	**1**
1:2	**Definition**	**1-2**
1:3	**Symtom**	**2**
1:4	**Riskfaktorer för utvecklandet av KOL**	**2-3**
1:5	**Diagnostik**	**3**
1:6	**Behandling**	**4-5**
1:7	**Problemområde**	**5**
1:8	**Syfte**	**5**
1:9	**Frågeställning**	**5**
2.	**Metod**	**6**
2:1	**Urval och undersökningsgrupp**	**6**
2:2	**Intervjuguide**	**6**
2:3	**Tillvägagångssätt**	**7**
2:4	**Dataanalys**	**7**
2:5	**Forskningsetniska överväganden**	**8**
2:6	**Fakta om de intervjuade**	**8**
3.	**Resultat**	**9**
3:1	**Förståelse, empati**	**10**
3:1: 1	**Bemötande**	**10**
3:1: 2	**Omhändertagande**	**10-11**
3:1: 3	**Trygghet**	**11**
3:1: 4	**Information**	**11-12**
4:1	**Psykosocialt**	**12**
4:1: 1	**Orolig, rädsla, ångest**	**12**
5:1	**Fysiskt påverkan**	**13**

5:1: 1 Orkeslös 13
5:1: 2 Andnöd, andfådd 13-14
5:1: 3 Viktnedgång 14
6:1 Livssituation 14
6:1: 1 Välbefinnande 14-15
6:1: 2 Livsstil 15-16
7:1 Sjukvårdens tillgänglighet 16
7:1: 1 Sjukdomsinsikt 16
7:1: 2 Vårderfarenheter 17
7:1: 3 Samordning 17-18

8. Huvudresultat 18

8:1 Resultatdiskussion 18-23
8:2 Metoddiskussion 23
8:3 Framtida studier 24

Referenser 25-28

Bilaga 1. Missivbrev
Bilaga 2. Intervjufrågor

1. Introduktion

I Sverige lider cirka 8 % av befolkningen över 50 år av sjukdomen kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) vilket motsvarar cirka 400 000 individer.
Av dessa är cirka 40 % kända av sjukvården (Ericsson & Ericsson, 2002).
För att få en helhetssyn och högre kvalité inom vården av personer med KOL behövs en väl integrerad kunskap om olika aspekter av sjukdomen. Kompetensen bör även omfatta ambulanssjukvårdens sjuksköterskor som skall kunna stödja och hjälpa i den första kontakten med personer som har KOL (Sundell, Lundh, Ljung & Ahlqvist, 2003).

1:1 Historik

Kunskapen om KOL var inte känt före år 1950. Men den intensiva forskningen framförallt i England under 1950 och 1960-talet lade grunden för den idag kända kunskapen om KOL. Under senaste delen av 1960-talet blev det helt tydligt att rökning utgjorde en riskfaktor, men det dröjde ända fram till 1980 innan man klart såg att rökning var den viktigaste åtgärdbara riskfaktorn när det gällde att förebygga KOL (Larsson, 2006).
Idag är det den fjärde vanligaste dödsorsaken i världen och man räknar med att KOL inom de närmaste tjugo åren kommer att vara den tredje vanligaste sjukdomen i världen. Förklaringen till detta är att rökning har ökat i utvecklingsländerna samt att fler kvinnor röker idag än tidigare Kvinnor tål tobaksrök sämre och tycks drabbas snabbare än män (Olséni & Wollmer, 2003).
Den ökade uppmärksamheten av KOL har allt större betydelse för folkhälsan världen över, inte minst avseende morbiditet och mortalitet (Larsson, 2006).

1:2 Definition

KOL är en benämning på luftrörsinflammation med andningssvårigheter till följd av slemhinneförtjockning, ökad slembildning och luftrörsförträngning (obstruktion)(Nationalencyklopedin, 2002).

Denna luftrörsförträngning har även astmatiker. Skillnaden är att hos astmatiker variera tillståndet med perioder av mer eller mindre förekomst av luftrörsförträngning. KOL är däremot kroniskt obstruktiv och ger fortskridande nedsättning av andningsförmågan. Lungvävnaden är vanligen delvis skadad och lungfunktionen därför nedsatt (SBU, 2000). Cigarrettrökning är den dominerade orsaken. Minst 85 % av dem som får KOL är rökare eller ex-rökare (Olséni & Wollmer, 2003).

1:3 Symtom

KOL utvecklas långsamt under många år.
Hosta är vanligtvis det första symtomet vid KOL och hos 50 % av rökare uppkommer slemproduktion, vanligt på morgonen. I tidigt skede förekommer hosta sällan nattetid utan den är koncentrerad till morgnar och flertalet kan hosta sig rena (Larsson, 2006). Slemmet ansamlas i nedre luftvägarna. Symtombilden uppträder i intervaller med lätt eller intensiv styrka (Ericsson & Ericsson, 2002).
Efterhand som KOL utvecklas får man allt större problem dagtid. Andnöd är det symtom som har störst påverkan på livskvalitet hos personer med KOL. Tilltagande andnöd innebär oftast en ond cirkel som leder till ångest, orörlighet och social isolering (Larsson, 2006). Avmagring samt utspänd bröstkorg med tunna axlar och indragna halsgropar är vanligt (Ericsson & Ericsson, 2002). Depression är vanligt vid svår KOL, även trötthet förekommer (Larsson 2006). Sjukdomen påverkar också övriga kroppen och visar sig i form av benskörhet, muskelsvaghet och undernäring. Vid personer med långt framskriden KOL då andningssvikt uppkommer blir det även en påverkan på njurar, hjärta och blodcirkulationen (Simonsson, 1995).

1:4 Riskfaktorer för utvecklande av KOL

Det är idag en allmänt accepterad uppfattning att tobaksrökning är en mycket viktig orsak till KOL. De Amerikanska hälsovårdsmyndigheterna beskrev redan vid början av 60-talet att den huvudsakliga orsaken till kronisk obstruktiv lungsjukdomen är tobaksrökningen. En tidigare uppfattning uppgav att bara en minoritet av alla rökare drabbas av KOL, men dagens

undersökningar visar att 50 % av rökare som uppnår hög ålder har utvecklat KOL (Isoaho, Puolijoki, Huhti, Kivela, Laippala & Tala1994., Lundbäck, Jönsson, Jonsson, Rönnmark, Lindström & Lindberg m.fl. 1999).

Yrkesarbetare som exponeras för damm och rök och samtidigt vanemässigt röker har påvisat en större benägenhet att få KOL. Även luftföroreningar av olika slag är en riskfaktor (Oxman, Muir, Shannon, Stock, Hnizdo & Lange, 1993).

Andra faktorer av betydelse, men som i befolkningsstudier sällan beskrivs som någon större risk är ärftlighet för obstruktiv sjukdom, låg socioekonomisk grupp eller stadsmiljö (Larsson, 2006).

1:5 Diagnostik

Diagnosen KOL kan bara ställas med hjälp av lungfunktionsundersökning. I första hand dynamisk spirometri där man mäter luftvägsobstruktion (maximalt forcerad utblåsning) före och efter behandling. För att utesluta astma, ”som är den vanligaste differentialdiagnosen” bör spirometrin göras efter att patienten får inhalera bronkodilaterande medel (SBU, 2000). Normalt skall spirometrivärdet förbättras efter inhalation, men vid KOL normaliseras inte värdet (Socialstyrelsen, 2004).

I dag finns möjligheter att göra spirometri inom primärvården samt vid speciell astma, KOL-mottagningar och vid sjukhusens lungkliniker. En förutsättning för att ställa diagnosen inom primärvården är att det finns kompetens hos sjuksköterska och läkare samt att det finns för ändamålet utarbetade vårdplaner. Förutom anamnes, fysikalisk undersökning används även lungröntgen för att utesluta andra lungsjukdomar (Larsson, 2006).

1:6 Behandling

Behandlingen vid KOL är i första hand rökstopp. Under de senaste åren har det på allt fler håll i landet etablerats KOL-skolor och KOL-mottagningar. Läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, dietister med flera, tillsammans hjälper de personer med KOL att förbättra sin hälsorelaterade livskvalitet, med hjälp av icke-farmakologiska metoder som fysisk träning och kostråd (SBU, 2000).

Patientundervisning innehållande råd och vägledning hjälper den drabbade att hantera sjukdomen KOL med förändrad livsstil, psykosocial omsorg och uppföljning. Målet är att lära patienten hantera sin sjukdom och den behandling som ordinerats. Här krävs betydande och långvarigt lagarbete av flera aktörer än läkare och sjuksköterskor. Vårdgivarens roll omfattar att förstå patientens tankar och föreställningar om sin sjukdom. Sjukvården har en tendens att se till individens sjukdom och inte till personens totala sammanhang. På så vis missar man värdefull information som behövs för att göra behandlingsplaner som skall leda till bästa möjliga livskvalitet. Patientens ångest vid akut andnöd och oro inför sjukdomens följder skall uppmärksammas liksom skuldkänslor med mer eller mindre tydliga föreställningar att tillståndet skulle vara självförvållat (Odencrants, Ehnfors & Grobe, 2005).

Patienten skall alltid vara i fokus (Raadu, 2007). Ökad erfarenhet av patientens sjukdomsupplevelse och förmåga till bedömningar av nytta med behandlingen kommer att i allt högre grad påverka det medicinska omhändertagandet. Livskvalitetmått ökar generellt i användning för att utvärdera specifika terapiformer, så även vid astma och KOL (SBU, 2000).

Samband mellan undernäring och lågt BMI (body mass index) är en väl känd dödsorsak vid KOL (Hendriksen, Backer, Carlsson & Jörgensen, 2002).

Den ständiga andnöden och den nedsatta fysiska orken skapar psykiska påfrestningar med ökad risk för depression, stress, oro och ångest. Panik utlöst av akut andnöd är vanligt.
Ett lugnt och professionellt bemötande från sjuksköterska inom ambulanssjukvården samt god tillgänglighet skapar trygghet (Socialstyrelsen, 2004). Vid första omhändertagandet skall även

stor vikt läggas på anamnes och status. Det är därför viktigt att sjuksköterskan väl dokumenterar sjukdomsförloppet, hälsohistoria och patientens välbefinnande.
En tidigt ställd diagnos är av stor vikt för patientens fortsatta omvårdnad (Nationalencyklopedin, 2002). Enligt Ram, Wedzicha, Wright och Greenstone (2004) har man konstaterat att personer med KOL mår psykiskt bättre av att vara hemma, bara vetskapen finns att man snabbt kan komma till sitt sjukhus då de får akuta obstruktiva besvär.

1:7 Problemområde

Författarna i denna studie har valt att fördjupa sig i det problem som drabbar personer som har fått diagnosen KOL. Symtomen är många gånger dramatiskt och personerna med KOL befinner sig ofta i en utsatt situation. De behöver därför ofta ett snabbt och professionellt omhändertagande. Det är därför viktigt att ta reda på patientgruppens upplevelser samt en förhoppning om att kunna förbättra omhändertagandet av personer med KOL.

1:8 Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva hur personer med KOL upplever ambulanspersonalens omhändertagande och bemötande vid akuta besvär i hemmet och under ambulanstransport.

1:9 Frågeställningar

Hur upplever personer med sjukdomstillståndet KOL ambulanspersonalens bemötande och omhändertagande i hemmet?
Hur upplever personer med sjukdomstillståndet KOL ambulanspersonalens bemötande och omhändertagandet under ambulanstransporten?

2. Metod

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie (Polit & Beck, 2006).

2:1. Urval och undersökningsgrupp

Kriterierna för att delta i studien var att personerna skall någon gång ha vårdats av personal inom ambulanssjukvården i det akuta omhändertagandet under de tre senaste tre åren samt att de har diagnosen KOL. Urvalet skedde efter en intresseförfrågan via eftervårdsombuden inom lungsektion i hjärt- och lungsjukas förening i Dalarna. Ombuden gav författarna namn och telefonnummer på femton intresserade personer. Ett informationsbrev (bilaga 1) tillsammans med intervjufrågorna (Bilaga 2) skickades ut till de intresserade personerna. Dessa kontaktades per telefon för att först kontrollera om de fortfarande var intresserade att delta i studien. Det var sedan upp till respondenterna att välja dag tid och plats för intervjuns genomförande.
Av femton tillfrågade personer var de nio som uppfyllde våra kriterier. Åtta var intresserade att delta i studien.

2:2 Intervjuguide

En intervjuguide skapades utifrån syftet med studien och användes tillsammans med informationsbrevet (bilaga 1) som förberedelse och stöd inför intervjun.
Intervjuerna skulle innefatta centrala områden inom vården som påverkat den intervjuades omhändertagande och upplevelser av bemötande.
Intervjun bestod av tretton frågor (bilaga 2) inom området utifrån följande intervjumall.

Tidpunkt då diagnosen gavs.
Upplevelser av omhändertagandet
Bemötandet
Livsstil
Reflektioner

2:3 Tillvägagångssätt

Författarna kontaktade Hjärt- och lungsjukas förening sektionsstyrelsen Dalarnas län, för godkännande. Respektive eftervårdsombud lungsektion i varje område förmedlade kontakt med de valda respondenterna. Respondenterna informerades brevledes samt att författarna tog senare telefonkontakt. Författarna informerade om syftet med studien, samt att deltagandet var frivillig och att de kunde avbryta deltagandet i intervjun när som helst utan att ange någon anledning. Intervjuerna skedde med personligt möte i hemmet hos respondenterna, Intervjuerna tog 30-45 minuter.
Samtliga intervjuer spelades in på band och skrevs sedan ut i sin helhet.
En av författarna intervjuade samtliga tillfrågade, utskriften gjordes av den andre författaren. När examensarbetet är godkänt kommer inspelningsbandet att förstöras. Författarna tillfrågade deltagarna om kontakt kunde tas med dem om något behövde klargöras. Det behövdes dock inte tas någon ytterligare kontakt med deltagarna.

2:4 Dataanalys

Utifrån de nedskrivna intervjutexterna genomfördes en innehållsanalys (Polit & Beck, 2006). Båda författarna var närvarande vid intervjuerna som även spelades in på band. Upprepade genomlyssningar av respondenternas svar gjordes av författarna som sedan skrev ner hela intervjuerna ordagrant. Intervjuerna sammanställdes under varje frågeställning, svaren markerades (Man respektive Kvinna) och i nummerföljd efter intervjuernas genomförande för att alla respondenterna skulle bli representerade i det slutgiltiga resultatet. Innehållen i svaren sorterades in i tretton subkategorier. Upprepade analyser av subkategorierna ledde fram till fem kategorier. Slutligen analyserades materialet, tematiserades och resultatet presenteras i löpande text och i figur.

2:5 Forskningsetiska överväganden

Deltagandet i studien var frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan angiven anledning. Respondenternas personuppgifter hanterades konfidentiellt och all text avidentifierades så att ursprungskällan inte kunde spåras i det färdiga arbetet.
Under hela studiens gång har författarna tänkt på att bevara respondenternas integritet.

2:6 Fakta om de intervjuade

I våran studie deltog 3 män och 5 kvinnor. Männens ålder var mellan 65 till 78 år, två av männen var gifta, en var ensamstående.
Kvinnornas ålder var mellan 63 till 77 år, två av kvinnorna var gifta och tre var ensamstående. Samtliga var pensionärer.

3. Resultat

De åtta intervjupersonerna har beskrivit hur de upplevt sin sjukdom, omhändertagandet samt bemötandet från sjuksköterska i ambulans då tillståndet försämrats så att hjälp måste ha tillkallats. Innerbörden av beskrivningen har sammanställts i 13 subkategorier samt 5 kategorier. Se figur 1. Innehållet i subkategorierna är hämtad från citat ur intervjuerna.

Subkategorier	Kategorier
Bemötande	**Förståelse, empati**
Omhändertagande	
Trygghet	
Information	
Orolig, Rädsla, Ångest	**Psykosocialt**
Orkeslös	**Fysisk påverkan**
Andnöd, Andfådd	
Viktnedgång	
Välbefinnande	**Livssituation**
Livsstil	
Sjukdomsinsikt	**Sjukvårdens Tillgänglighet**
Vårderfarenheter	
Samordning	

Figur 1. Övergripande kategorier och subkategorier.

3.1 Förståelse, empati

3:1: 1 Bemötande

Personerna upplevde bemötandet av sjuksköterska inom ambulanssjukvården som positivt. Samtliga av respondenterna tyckte att de bemöttes respektfullt samt att de blev tagna på allvar. De upplevde även att personalen i ambulansen lyssnade intresserat och konverserade i en lugn samtalston. Personalen var trevlig i sitt bemötande mot respondenterna i denna studie.

´Dom har ju varit otroliga duktiga, det finns absolut ingenting att klaga på."
(Kvinna 1)

"Ja, det kan inte bli bättre som jag ser det. Det var inga bekymmer, det var perfekt."
(Man 1)

"Jag tyckte det var bra, jag kan inte säga något annat, dom är jättegulliga, man känner sig trygg."
(Kvinna 3)

3:1: 2 Omhändertagandet

I intervjuerna framkom det att personerna upplevde att de hade det bästa omhändertagandet som de kan få. Respondenterna tyckte att personalen i ambulansen uppträdde lugnt. De var sakliga och tydliga i sitt språk vilket var mycket värdefull. Personerna i studien upplevde att det inte fanns något att klaga på i omhändertagandet. En upplevde att det personalen gjorde räddade dens liv. Upprepade kontakter med ambulanssjukvården och därigenom kontakt med många ur personalgruppen, innebar ingen skillnad i omhändertagandet. Respondenterna tyckte att de fick samma goda vård vid samtliga tillfällen.

"Det var jättebra, det var inget fel alls, det är lite ovant och åka ambulans då det skakar lite, det kände jag."
(Kvinna 2)

”Det var lugnt och det var proffsigt, dom var intresserade, jag fick syre.”
(Man 2)

”Jag tyckte det var bra, jag blev lugn själv.”
(Kvinna 5)

3:1: 3 Trygghet

De intervjuade tyckte att när ambulanspersonalen anlände skapades en trygghet och en möjlighet att få hjälp. Personerna som har KOL upplevde att få syrgas och annan behandling underlättade andningen och ledde därigenom till en klar förbättring. Respondenterna kände att de fick hjälp genast och fick ett stort förtroende för personalen i ambulansen.

”Jag upplevde dom lugna och sakkunniga, och att det gick så smidigt till, kom direkt in i ambulansen, jag var tvungen att få luft också.”
(Kvinna 5)
”Ja, dom ger mig syrgas när jag behöver, ibland får jag andra läkemedel för att underlätta, dom är så duktiga, det var en lugn transport, dom är så lugna när dom kommer till mig.”
(Kvinna 4)

3:1: 4 Information

I svaren till intervjuerna framkom att det är viktigt med tydlig information i det akuta skedet. Några var så dåliga i sin akuta sjukdomssituation så de uppfattade inte informationen eller vad som sades i denna situation. Andra uppgav att informationen de fick var tillräcklig. Endast en av de tillfrågade fick ingen information över huvudtaget.

”Dom förklarade det säkert för mig, men det var lite dimmigt för mig.”
(Kvinna 1)

”De hann väl inte säga så mycket, och jag vet ingenting av vad dom sa, jag var alldeles borta.”
(Kvinna 2)

”Dom talar om vad de gör när dom ger mig läkemedel och tar prover och sånt, dom är många gånger duktigare än läkare att förstå min sjukdomssituation.”
(Kvinna 4)

4:1 Psykosocialt

4:1: 1 Orolig, rädsla, ångest

Oro, rädsla och ångest hörde ihop. Personerna i författarnas studie hade inte enbart oro utan kände rädsla och ångest när de drabbades av plötsliga andningssvårigheter. Några trodde att de höll på att dö för att de inte fick luft. Personerna kände ångest över att bli lämnade själv och de upplevde oro inför att byta miljö. Andra kände rädsla för att bli förkyld eftersom en infektion förorsakar problem med andningen som redan tidigare är nedsatt.

”Man är ju vaken om det är någon som är förkyld i sin närhet, man går ju inte ut i onödan, dets kulle jag aldrig våga göra.”
(Man 3)

”Jag vill ju vara med på resor, men min dotter säger att då blir ju du sjuk mamma. Jag har väldigt svårt att vara tillsammans med folk. Jag är rädd för att träffa folk.”
(Kvinna 2)

5:1 Fysisk påverkan

5:1: 1 Orkeslös

Det som personerna upplevde var att orken tog slut. De har inte ork numera som de hade tidigare. Personerna ville så mycket nu när de var pensionärer, men sjukdomen sätter stopp för många aktiviteter. Några av personerna hade gått ner i vikt med många kilo, det påverkade även deras allmäntillstånd.
Det vardagliga som att gå och handla upplevde flera så jobbigt att de inte orkade gå till affären längre, att bära hem varor är idag inte möjligt på grund av att muskulaturen försvunnit och fysiska förmågan att lyfta tungt avtagit.

”Jag är uppe ändå, gör för mycket ibland, så då blir jag så slut.”
(Kvinna 3)

”Ja den påverkar min situation väldigt mycket, när jag städar måste jag sätta mig stundtals, städa lite och sen sätter jag mig, städar lite och sen sätter jag mig igen.”
(Kvinna 4)

”Det är ju jobbigt med tanke på att man inte orkar något mer.”
(Man 3)

5:1: 2 Andnöd, andfådd

På grund av sin sjukdom uppger de intervjuade att dom blir andfådda när de anstränger sig. Personerna i intervjun har samtliga drabbats av andnöd i samband med infektion vilket medförde att de tvingades tillkallade ambulans. Orsaken till försämringen i det akuta läget är en följd av pågående infektion.

”Jag skulle vilja ha syrgas hemma så att dom gånger som jag känner att jag inte får luft har jag bara att ta det, det skulle vara en trygghet för mig, och kanske slippa åka in så många gånger.”
(Kvinna 4)

”Jag fick troligen inte syre, för jag var ju mer och mer slut, jag hade andnöd.”
(Kvinna 4)

”Det är jobbigt att gå vissa dagar.”
(Man 2)

5:1: 3 Viktnedgång

I gruppen vi intervjuade var det ett flertal som gått ner i vikt. Viktproblem åt det ena eller andra hållet var vanligt bland den här gruppen av KOL-sjuka personer. Dels är energiåtgången stor när andningsarbetet är krävande samtidigt som aptiten försvinner, detta medför att man har svårt att få i sig den mängd mat som krävs. Biverkningar av medicinerna kan också bidra till viktförlusterna.

”Jag har blivit lite tunnare nu, och så har jag sån värk i hela bröstet också, det är väl musklerna som får arbeta så hemskt när man andas.”
(Kvinna 2)

”Jag har gått ner mycket i vikt sedan jag fått diagnosen KOL. Nu väger jag lika mycket som jag vägde när jag var 20 år.”
(Kvinna 3)

”Jag har gått upp i vikt, varför vet jag inte”
(Man 2)

6:1 Livssituation

6:1: 1 Välbefinnande

Livskvalitèn sjunker i samband med sjukdomen KOL. Personernas integritet och

Välbefinnande är ofta hotad och sårbar när de blir beroende av andra på grund av att de inte kan klara sig själv och därför måste be andra om hjälp. Att ständigt behöva be andra om hjälp upplevde vi vid våra intervjuer var mycket betungande för personerna i studien.

”Jag kan inte göra allt jag vill, är det något jag är glad över egentligen”
(Kvinna 1)

”Det börjar bli sämre jag kan inte göra allt som jag vill”
(Man 3)

”Det finns ingenting som jag kan göra som jag har gjort, och nu sitter jag här så att jag får sittsår”
(Kvinna 2)

När det gällde hushållsgöromål och andra aktiviteter har den andre i familjen fått tagit ett större ansvar. De orkade inte längre städa, skotta snö och bära tunga matkassor som tidigare. Personerna blev mera beroende av andra.

”Jag skulle inte klara mig själv utan maken, jag tycker det är för hemskt så jag vill bara vara hemma. ”Jag hade inte klarat mig själv om jag inte haft hjälp.”
(Kvinna 2)

6:1: 2 Livsstil

Att drabbas av en kronisk lungsjukdom kan innebära att livet tar en ny oväntad vändning. Det framkom i intervjuerna, att deras livssituation ändrades plötsligt, som om att personerna fick börja om på nytt igen, leva på ett annat sätt. Det var det som de tyckte var svårt.

”Jag märker att det här tar hårt, jag kan inte göra allt jag vill.”
(Kvinna 1)

”Det är just att lära sig leva med det, det är jättesvårt.”
(Kvinna 5)

Alla utom en berättade att de slutade att röka när de fick sin diagnos.
De flesta av personerna ångrade att de hade rökt, kunde aldrig ha trott att det skulle bli så här.

”Jag slutade att röka 1993, och skulle aldrig ta ett bloss mer, aldrig.”
(Man 1)

”Jag röker inte nu, jag har aldrig kallat mig storrökare.”
(Kvinna 1)

”Jag har rökt i femti år.”
(Kvinna 5)

7:1 Sjukvårdens Tillgänglighet

7:1: 1 Sjukdomsinsikt

De flesta av intervjuarna hade sjukdomsinsikt i nuläget, tidigare hade de svårt att inse att förändringen skulle drabba dem så hårt. Vissa hade svårt att ta det lugnt, men samtidigt förstod de att om jag inte tar det lugnare kommer jag att bli helt slut. Det framkom också att om någon i deras omgivning bar på förkylning så skulle även de drabbas p.g.a. sitt svaga immunförsvar.

”Jag körde nog på ändå, det gjorde jag, men jag kände att jag trappade ner mer och mer, det vart sämre och sämre, jag vart svagare och räddare och ängsligare och sånt där. Det finns inte samma go heller.”
(Kvinna 2)

”Det är jättesvårt att lära sig leva med det.”
(Man 3)

7:1: 2 Vårderfarenhet

Diagnosen hade ställts av olika huvudmän. Variationerna var många, men samtliga hade någon gång varit i kontakt med spirometriundersökning.
Det framgick att de intervjuade hade besökt sjukhus samt vårdcentraler ofta för sin sjukdom. De hade också drabbats av andra sjukdomar, det som intervjupersonerna upplevde som negativt var att de ständigt kom i kontakt med olika läkare, de önskade en större kontinuitet i sin kontakt med sjukvården. Det positiva som kom fram var att ingen upplevde att de behövde motivera sitt behov av att få ambulans när andningstillståndet försämrades, ambulansen anlände utan onödig fördröjning.

”Diagnosen ställdes, först röntgen och sen var det en sån där spirometri, jag tog i så att lungan sprack.”
(Kvinna 5)

”Diagnosen ställdes på lungavdelningen. Det ställdes med spirometri, och det hade jag gjort tidigare på vårdcentralen, vilket år kommer jag inte ihåg, men det var ingen som talade om för mig att det var KOL.”
(Kvinna 1)

”Har man väl kommit in innanför väggarna då är det den bästa tänkbara vården man kan tänka sig, men jävlar innan man är inne, det är så faktiskt.”
(Man 1)

7:1: 3 Samordning

De flesta av de intervjuade tyckte att samordningen mellan olika vårdinrättningar, SOS-centralen och ambulans fungerade bra. Ingen väntetid för de flesta. En av personerna i intervjun fick en sjukbil istället för ambulans. Eftersom ingen ambulans var tillgänglig fick personen i fråga tala med en handläggare (sjuksköterska). Efter en kortare mycket saklig diskussion upplevde den Kol-sjuke att handläggaren löste problemet och att personen snabbt kom till sjukhuset. Det kan tilläggas att sjukbilen i detta fall var bemannad med en ambulanssjukvårdare som hade medicinsk kunskap i att ge en god omvårdnad.

”Ambulansen kommer alltid på en gång.”
(Kvinna 4)

”Den kom efter en halvtimme, det är så lång tid som man kan förvänta sig att det skall ta”
(Man 2)

8. Huvudresultat

Studien visar att många av undersökningsgruppens deltagare upplevde ett lugnt bemötande. Lugnet skapade en upplevd trygghet. Samtliga av respondenterna tyckte att de bemöttes respektfullt samt att de blev tagna på allvar. Upprepade kontakter med ambulanssjukvården och därigenom kontakt med många ur personalgruppen, innebar ingen skillnad i omhändertagandet. Respondenterna kände att de fick hjälp genast och fick ett stort förtroende för personalen i ambulansen. Några av personerna kände sig så dåliga i sin akuta sjukdomssituation så att de inte uppfattade informationen som gavs.
De flesta uppgav att informationen de fick var tillräcklig.
Samtliga hade en ständig oro och rädsla för att bli drabbad av infektion vilket medförde en plötsligt påkommen dyspnè. Att få diagnosen KOL upplevde de många av de intervjuade som betungande eftersom diagnosen innebär ett besked om att ingen förbättring av hälsotillståndet är möjligt. Personer med kroniska sjukdomar upplever att sjukdomen bryter ner deras vanliga identitet utan att den ersätts av något annat.
Trots att alla har anlitat ambulans på grund av att de haft tungt att andas har ingen av de intervjuade upplevt att de fått vänta på ambulansen.

8:1 Resultatdiskussion

Samtliga deltagare i studien har utvecklat svår KOL vilket i sin tur lett till att de tvingats anlita ambulanssjukvården i Dalarna.
Diagnosen är fastställd på olika områden inom Hälso- och sjukvården. Det skiljer inom undersökningsgruppen var och av vem som diagnosen ställdes, allt från företagshälsovården,

distriktsmottagning, medicinklinik eller på lungklinik. Enligt Halliwell, Mulcahy, Buetow, Bray, Coster och Osman (2004) är det viktigt för patienterna i deras fortsatta prognos att diagnosen konstateras tidigt och att man bygger upp en respektfull relation mellan patient och alla som ingår i teamet runt patientens fortsatta vård.

Samtliga respondenter hade vid något tillfälle genomgått spirometri, för att fastställa diagnosen KOL, men även för att undvika differentialdiagnos astma.
Van Schayck (1996) menar att det obstruktiva inslaget i symtomen är kroniskt hos personer med vilket inte är typiskt vid allergi och astma. Försämringen sker långsamt och verifieras med upprepade spirometriundersökningar. Detta belyses utförligt av Graeme, Legge och Legge (2006) och Silverman, Palmer, Mosley, Barth, Brown och Drazen m.fl. (2002).

Respondenterna hade mer eller mindre ständigt svårt att syresätta sig och kände sig därför svaga och orkeslösa. I det vardagliga livet upplever dom att arbete såsom hushållsarbete, socialt umgänge och föreningsliv blivit för ansträngande, risken att drabbas av andnöd är därför överhängande. Detta medför att denna grupp av personer dagligen går omkring med en ständig rädsla och ångest för att drabbas av akut andnöd.
Rädslan för att åter drabbas av svår andnöd vid ansträngning eller vid eventuell infektion innebär en stor förändring i deras liv. Enligt studien som Hermiz, Comino, Marks, Daffurn, Wilson och Harris (2002) utfört kan man utläsa samband mellan försämrade tillstånd hos dessa patienter vi fortsatt exponering av tobaksrök eller infektioner. I förebyggande syfte är det därför viktigt att sluta röka samt regelbundet vaccinera sig mot hotande influensaepidemier och bakterier som orsakar lunginflammation (pneumococcal vaccination).

Patienter som har fått diagnosen Kol räknas även i Sverige som en riskgrupp vad beträffar risken att bli smittad av influensa. Socialstyrelsen i Sverige rekommenderar och erbjuder därför denna grupp av patienter att vaccinera sig mot influensa samt pneumokocksjukdom. Tillstånd av lunginflammation hos dessa personer orsakar allvarlig situation med dålig prognos (Larsson, 2006).
Detta i sin tur kan leda till att personerna undviker nära kontakt med barnbarn och miljöer som kan innebära risk att komma i kontakt med förkylda personer. De drabbade riskerar därigenom att bli socialt isolerad och beroende av sin trygga hemmiljö. Om förebyggande åtgärder inte räcker kommer sjukdomstillstånd med tilltagande dyspnè (Denniston, O´Brien och Stableforth, 2002).

Det är vid dessa tillfällen som patientgruppen KOL måste använda sig av ambulansorganisationen i Dalarna (Andersson & Karlberg, 2000).

Vid de tillfällen som respondenterna tvingats att tillkalla ambulans är det av största betydelse att personal inom ambulanssjukvården som har till uppgift att bistå med omvårdnad är väl införstådd i problematiken och ser helheten i dessa personers omvårdnadsbehov. Resultatet i föreliggande studie visade att det finns svårigheter att informera en svårt sjuk person om vad som skall hända. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökningar, vård och behandlingar som finns (Raadu, 2007).

Enligt Groenewegen, Kerssen, Sixma, Van der Eijk och Boerma (2005) finns det en skillnad mellan olika länder och även lokala variationer i omhändertagandet inom hälso- och sjukvården.

När man som personal inom ambulansen ställs inför en patient med akuta andningsbesvär är det viktigt att ha ett standardiserat sätt att bemöta patienten på, det visar Larsson och Rubertsson (2005). I författarnas resultat framkom att personerna i urvalsgruppen i stor utsträckning upplever att de får det omhändertagandet i hemmet och under transporten som de Länsgemensamma behandlingsprinciperna inom Ambulanssjukvården Dalarna enligt Eriksson & Medicinska Instruktörsgruppen (2006).

Det framkom i föreliggande studie att deltagarna upplevt ett trevligt och lugnt bemötande från sjuksköterskan inom Ambulanssjukvården Dalarna. Författarna anser att respondenterna upplevde en stor trygghet, lugnt och bra bemötande i det akuta omhändertagandet som andningsproblemet relaterat till sjukdomen KOL förorsakat.

Tillgång till syrgasbehandling i samband med insjuknandet och omhändertagandet har enligt Earnest (2002) en avgörande betydelse i patientens komplexa situation som den befinner sig i. Även de tillfrågade i författarnas undersökning understryker den positiva känslan av trygghet att tillsammans med ett lugnt omhändertagande få möjlighet till syrgasbehandling under transporten.

Föreliggande studie visar att fem av åtta personer beskriver att en fullgod information gavs i samband med omhändertagandet i denna akuta situation. De övriga kunde inte uttala sig på grund av att deras sjukdomstillstånd var så allvarligt att de var så medtagna att de inte har någon direkt uppfattning om vad personalen informerat dem om.
Enligt Kristoffersson, Nortvedt och Skaug (2005) är det viktigt att förvissa sig om att patienten förstår given information samt att man skall ta hänsyn till tid plats och omgivning. Olséni och Wollmer (2003) menar att det är viktigt att möta patienter i vilken sjukdomsfas samt i vilken reaktionsfas dom befinner sig i efter det att de fått sin diagnos. Målsättningen är att kvalitén och följsamheten, upplevelsen samt omhändertagandet i mötet förmedlar ett så positivt bemötande som situationen kräver.

Sjukdomen i sig förorsakar att de drabbade i det flesta fall har sån ansträngd andning att en stor del inom patientgruppen lider av viktproblem, i det flesta fallen i form av viktminskning vilket även framkommer i författarnas studie.
Det går åt mycket energi i det krävande andningsarbetet, att inte orka äta tillräckligt kan leda till ytterligare viktnedgång, andfåddhet i samband med måltid förekommer ofta vid KOL. Viktminskningen beror på ökad energiförbrukning i vila och arbete samt lågt energiintag. Enligt Odencrants m.fl. (2005) beskrivs kunskapen om viktnedgångens betydelse.
De understryker betydelsen av information, utbildning och patienternas erfarenhet av kost och matsituationer. I Odencrants m.fl. 2005) beskrivs den vardagliga upplevelsen om vetskap om att man måste äta, samtidigt som matlagning och måltid upplevs som mindre trevligt inslag i vardagen.

Vid undernäring förlorar man muskelmassa och även andnings muskulatur drabbas vilket även innebär att personerna har en ökad risk för infektioner som ytterligare påverkar den redan nedsatta förmågan att syresätta sig (Olséni & Wollmer, 2003).

Författarna tyckte att personerna i studien upplevde att deras livskvalitet var begränsad. De kände att det som dom alltid har ägnat sig åt under största tiden av sitt liv plötsligt ändrades på grund av sin sjukdom. Nedsatt fysiska funktioner och skillnader i tidigare livsstil har enligt Katula, Rejeski, Wickley och Berry (2004) en avgörande betydelse hur olika människor upplever sin nya livssituation.
Personer med kroniska sjukdomar upplever att sjukdomen bryter ner deras vanliga identitet utan att den ersätts utav någon annat. De förlorar sig själva (Bergbom & Nilsson, 2000).

Upplevd livskvalitet är svår att Mäta.
Enligt Reardon, Lareau och ZuWallack (2006) ingår inte bara tillfälliga svårigheter att andas i bedömningen av livskvalitet utan även personernas hela sociala situation och möjligheter att utföra alldagliga sysslor kan i ett längre perspektiv påverka möjligheten till upprätthållande av befintlig funktion av syrgasutbyte.

Föreliggande studie kan se ett samband mellan närhet till vård och patienternas tillstånd.
Choi, Day och Etchells (2004) påvisar att genom förmedling av vård -insatser, utbildning och kontinuerlig kontakt med KOL sjuksköterska, minskar risken att patienterna får ett oönskat uppehåll i pågående behandling.

Man skulle även på detta sätt reducera behovet av akuta besök till den slutna vården och även minska antalet perioder med svåra andningsbesvär (Hendriksen m.fl., 2002).
Vid de tillfällen som studiens deltagare tvingats att tillkalla ambulans är det av största betydelse att personal inom ambulanssjukvården som har till uppgift att bistå med omvårdnad är väl införstådd i problematiken och ser helheten i dessa personers omvårdnadsbehov (Socialstyrelsen, 2004).

Kvinnorna och männen i föreliggande studie har alla rökt under en längre period av sitt liv.
Den period som de rökt varierar från fem till femtio år, de flesta längre än tjugo år.
Detta styrker tidigare studier om att KOL är förknippat med rökning (Skumlien m.fl., 2006).

Att de inte fått tillräckligt med luft har vid alla tillfällen varit orsak till kontakten med sjuksköterskorna inom Ambulanssjukvården.
Studien visar att många av undersökningsgruppens deltagare upplevde sjuksköterskornas omhändertagande i hemmet som mycket gott och ingen av de berörda har upplevt annat än ett gott omhändertagande.

Samtliga personer i studien har varit i kontakt med primärvård, företagshälsa eller länets medicinkliniker. Enligt Skumlien, Haave, Morland, Björtuft och Ryg (2005) är det av stor framtida betydelse att kommunicera och dokumentera patienternas tillstånd vid transporter mellan olika vårdinrättningar eller huvudmän. Det har visat sig att vid närmare granskning av utförda transporter finns det händelser som man skulle ha kunnat förutse om kommunikationerna varit bättre (Ligtenberg, Arnold, Stienstra , Van Der Werf , Meertens,

Tulleken och Zijlstra, 2005).
Övrig vård som deltagande i studien har erbjudits om är kontakt med dietist samt sjukgymnastik.

Antal vårdtillfällen för patienter med KOL inom slutenvården i Sverige är ca 20 000. Huvuddelen av de vårdade var sextifem år eller äldre. Medelvårdtiden för personer med KOL var år 2000 sju dagar per år. Antal vårdtillfällen förväntas öka under de kommande åren (Larsson, 2006).

8:2 Metoddiskussion

Studien var av kvalitativ karaktär. Deltagarna tillfrågades om det fanns intresse att delta i studien av en kontaktperson vid hjärt- och lungsjukas förening. Det kan ha funnits andra sätt att få intresserade till studien, men författarna tyckte att detta var ett lämpligt sätt att hitta dessa personer och som uppfyller våra kriterier. Av femton personer som kontaktpersonen hittade, var det nio kvar som uppfyllde kriterierna. Samt av nio var det åtta som fortfarande var intresserad att delta i studien.
Männen och kvinnorna tillfrågades genom intervjuer hur de upplevde ambulanspersonalens omhändertagande samt bemötande i hemmet och under ambulanstransport. Författarna hade konstruerat intervjufrågor som innehöll öppna frågor. Författarna anser att formuleringen av frågorna är viktig och av avgörande betydelse för innehållet av intervjuerna och hur användbart materialet blir för fyndet i förhållandet till syftet. Båda författarna var närvarande vid intervjun samt att Intervjuerna spelades in på band. Tolkning av intervjuerna gjordes på följande sätt: Författarna lyssnade av intervjuerna och skrev ned ordagrant vad som sades. Det kan finnas en risk med att författarna har misstolkat intervjupersonens svar. Genom att båda författarna är involverade i svaren tyckte författarna att risken att tolka svaren fel blev mindre. På grund av att författarna använde sig av öppna frågor, blev inte svaren begränsad. De intervjuade kunde ha glömt eller förträngt viktiga detaljer. Men det är ändå deras uppfattning och upplevelse som utgjorde grunden för svaren av intervjuerna.

8:3 Framtida studier

Författarna anser att denna studie endast tagit upp ett begränsat antal personer med sjukdomen KOL. Fortsatta studier i mötet mellan sjuksköterska i ambulanssjukvården och en större grupp med personer med KOL kan ge ett utförligare resultat. Det är viktigt att ta reda på patientgruppens upplevelser samt en förhoppning om att kunna förbättra omhändertagandet av personer med KOL.

Referenser

Andersson G., Karlberg I. (2000) Intergrated care for the elderly.
International Journal of Intergrated Care-Vol. 1, ISSN 1568-4156

Bergbom, I. Nilsson, M. (2000) *Vård av patienter med andningsproblem.*
Lund: Studentlitteratur.

Choi P., Day A., Etchells E. (2004) Gaps in the care of patients admitted to hospital with an exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease.
Canadian Medical Association DOI:10;1053/cmai.1030713

Denniston A., O´Brien C., Stableforth D. (2002)
The use of oxygen in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective audit of pre-hospital and hospital emergency management. *Clinical Medicin* JRCPL 2002;**2:**449-51

Earnest M. (2002) Explaining Adherence to Supplemental Oxygen Therapy
The Patient`s Perspective. *J GEN INTERN MED* 2002;17:749-755

Eriksson B., Medicinska instruktörsgruppen, (2007). Länsgemensamma Behandlingsprinciper
Ambulanssjukvården Dalarna.
Tillgänglig: 2007-12-10
http://www.ltdalarna.se/

Ericsson E., Ericsson T. (2002) *Medicinska Sjukdomar* Lund: Studentlitteratur

Graeme P., Legge C., Legge J. (2006) ABC of chronic pulmonary disease.
BMJ 2006;332;1261-1263 doi:10.1136/bmj.332.7552.126
http://bmj.com/cgi/content/full/332/7552/1261

Groenewegen P., Kerssen J., Sixma H., Van der Eijk I., Boerma W. (2005)
What is importmant in evaluating healt care qualty? An international comparison of user views.
BMC Health Services Research 2005, 5:16 doi:10.1186/1472.6963-5-16
http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/16

Halliwell J., Mulcahy P., Buetow S., Bray Y., Coster G., Osman L (2004)
GP discussion of prognosis with patiens with severe chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study.
British Journal of general Practice, 2004,**54**,904-908

Hermiz O., Comino E., Marks G. Daffurn K., Wilson S., Harris M. (2002)
Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Bmj.com* 2002;325:938

Hendriksen C., Backer V., Carlsson D., Jörgensen S. (2002)
Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).
http://www.dadlnet.dk/ufl/2005/0305/VP-html/VP43916.pdf

Isoaho R, Puolijoki H, Huhti E, Kivela S, Laippala P, Tala E. (1994)
Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in elderly
*Respir Med.*1994;88:571-80.

Jahren Kristoffersson N., Nortvedt F., Skaug E-A (2005)
Grundläggande omvårdnad
Stockholm: Liber AB

Katula J., Rejeski J., Wickley K., Berry M.(2004)
Perceived difficulty,iimportance, and satisfaction with physical function in COPD patients. *Healt and Quality of Life Outcomes* 2004,**2**:18
http://www.hqlo.com/content/2/1/18

Larsson A., Rubertsson S. (2005) *Intensivvård* Stockholm: Liber AB

Larsson K.(2006) *KOL Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom* Danmark: Studentlitteratur

Ligtenberg J.M, Arnold L.G., Stienstra Y., Van Der Werf T.S., Meertens J.HJM.,
Tulleken J. E., Zijlstra J.G (2005) Quality of Interhospital transport of critically ill patients: a prospective audit.
Critical Care 2005, 9:R446-R451 (doi 10.1186/3749)
http://ccforum.com/content/9/4/R446

Lundbäck B, Jönsson E, Jonsson AC, Rönnmark E, Lindström M, Lindberg A., et al. (1999)
Not fiften, but fifty percent of smokers develop COPD – report
from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden studies.
Respiratory Medicine Volyme 97 115-122 doi:10. 1053/rmed2003.1446

Nationalcyklopedin (2002) http://sv.wikipedia.org/wiki/Portal:Huvudsida

Odencrants,S, Ehnfors,M, J,Grobe,S. (2005)
Living with chronic obstructive pulmonary disease.
Scand J Caring Sci; 19; 230-239.
http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1471-6712.2005.00345.x?cookieSe

Olséni L., Wollmer P.(2003) *Sjukgymnastik vid nedsatt lungfunktion.* Lund: Studentlitteratur

Oxman A.D., Muir DC, Shannon HS,Stock SR, Hnizdo E, Lange HJ.(1993)
Occupational dust exposure and cronic obstructive pulmonary disease.
Am Rev Respir Dis 1993;148:38-48

Polit D.F.& Beck C.T. (2006) *Essentials of Nursing Research*
Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia
United States of America

Raadu G., (2007) *Författningshandbok för personal inom Hälso och sjukvård.*
www.forfattningshandbok.liber.se

Ram F., Wedzicha J., Wright J., Greenstone M. (2004)
Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence.
BMJ 2004;329;315 originally published online 8 jul 2004;
Doi:10.1136/bmj.38159.650347.55
http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=506849

Reardon J., Lareau S., ZuWallack R.(2006)Functional status and Quality
Of Life in Chronic Obstrutive Pulmonary Disease.
The American Journal of medicine Doi:10.1016/j.amjmed.2006.08.005

SBU-Statens beredning för medicinsk utvärdering (2000). *Behandling av astma och KOL*
Stockholm: Modin Tryck.
http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/astma_2000/kolinnehfull.html

Simonsson B.G. (1995) *Diagnostik och behandling av lungsjukdomar 2 a uppl.*
Lund: Studentlitteratur

Skumlien, S., Haave, E., Morland, L., Björtuft, Ö., Ryg, M.S., (2006)
Gender differenses in the performance of activities of daily living among patiens with cronic obstructive pulmonary disease
Chron Respir Dis 2006; 3; 141 DOI: 10.1191/1479972306cd114oa
http://www.crd.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/3/141

Silverman E., Palmer L.,Mosley D., Barth J., Brown A., Drazen J.,
Kwiatkowski D., Chapman H., Campbell E., Province M., Reilly J., Ginns L., Speizer F., Weiss S. (2002)
Genomewide Linkage Analysis of Quantitative Spirometric Phenotypes in Severe Early-Onset Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
American Society of Human Genetics, 70:1229-1239.

Socialstyrelsen (2004). *Nationellt vårdprogram för KOL-Nivå 2-3.*
Stockholm: Modin Tryck. Publiserat/8575/2004.
http://.slmf.se/kol/Levels/Niva-2.htm

Sundell M., Lundh L., Ljung M., Ahlqvist Å. (2003)
WDKat Vårdprogram Databas Lanstinget Dalarna.
Tillgänglig:
http://www.viss.nu/KONTENT/ANDNING/kol/_omv/text.htm.

Van Schayck (1996) Diagnosis of asthma and chronic obstructive
pulmonary disease in general practie
British Journal of General Practice,1996 46, 193-197

HÖGSKOLAN
I GÄVLE

Vill du delta i en intervjustudie!

Syfte med denna studie är att beskriva hur du som patient upplever ambulanspersonalens omhändertagande vid akuta andningsbesvär, i hemmet och under ambulanstransport.

Ditt namn har inhämtats genom Hjärt- och lungsjukas förening.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering, utan att detta påverkar din vård i övrigt.
Du garanteras konfidentialitet, endast vi två och handledaren som har hand om studien har tillgång till materialet.
Intervjuerna kommer att spelas in på band. Efter utskrift av intervjuerna kommer samtliga band att förstöras.
Det färdiga resultatet kommer att presenteras i form av löpande text, enskilda svar kommer inte att kunna identifieras.
.
Om du väljer att delta i studien var vänlig att kontakta Maria eller Åke.

Telefonkontakt kommer att tas med personerna i urvalsgruppen.

Vid eventuella frågor kontakta:

Sjuksköterskestuderande
Maria Krång Persson
Ishallsvägen 12
790 70 FURUDAL
Mob.tel 070-312 75 70

Handledare för studien
Universitetsadjunkt
Inom vårdvetenskap
Urban Thorstensson
026-64 82 50

Sjuksköterskestuderande
Åke Hedlund
Skattungbyn 1333
794 91 ORSA
Mob.tel. 070-616 51 71

HÖGSKOLAN
I GÄVLE

Intervjufrågor

1. När, var och hur ställdes diagnosen KOL?

2. Hur ofta har din sjukdom orsakat att du behövt tillkalla Ambulans de senaste tre åren? Och varför? (ex. feber, svårt att få luft)

3. Var det lätt att nå sjukvården (beställa ambulans) när du blev sjuk i din KOL?

4. Kom ambulansen på en gång?

5. Hur upplevde du ambulanspersonalens omhändertagande vid ditt akuta insjuknande i hemmet?

6. Beskriv dina upplevelser i samband med ambulanspersonalens omhändertagande under ambulanstransporten?

7. Vilken information fick du av ambulanspersonalen om vad som skulle hända dig i samband med omhändertagandet?

8. Hur ville du själv att bemötandet skulle vara i denna akuta situation?

9. Hur upplevde du din situation när ambulanspersonalen lämnade dig på sjukhuset?

10. Under hur lång tid var du i kontakt med ambulanspersonalen?

11. Röker du? Hur länge har du rökt?

12. Hur påverkar din sjukdom din livssituation?

13. Är det något du vill tillägga som du tycker är viktigt att ta upp?

Med vänlig hälsning
Maria & Åke