

Campus Elverum  
Avdeling Folkehelse  
4 BACH

Kristin Eidem og Linn Monica Kjølstad Pålerud

Veileder: Bente Bjørslund

## **Bacheloroppgave i sykepleie**

Underernæring hos pasienter med kols

Malnutrition in patients with COPD

Antall ord: 12297

Bachelor sykepleie BASY 2014

**2017**

# Norsk sammendrag

**Tittel:** Underernæring hos pasienter med kols.

**Engelsk tittel:** Malnutrition in patients with COPD.

**Hensikt:** Finne ut hvordan vi som sykepleiere kan forebygge underernæring hos pasienter med kols, ved hjelp av kartleggingsverktøy og ernæringscreening, samt kartlegge viktigheten av brukermedvirkning og veiledning i det forebyggende arbeidet.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienten selv gjennom veiledning og brukermedvirkning kan redusere risikoen for underernæring?

**Metode:** Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som er bygd opp av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur og forskning. Vi har benyttet oss mest av kvalitativ forskning, men har også med en kvantitativ forskning.

**Teori:** I teoridelen presenteres det litteratur som er relevant for besvarelsen av vår problemstilling og som er relevant for drøftingsdelen. Her presenteres sykepleieteoretiker Virginia Henderson, kols, underernæring, empowerment og veiledning.

**Konklusjon:** Det er flere årsaker til underernæring hos pasienter med kols. For å forebygge dette må sykepleiere være observante og iverksette tiltak tidlig. Det krever også en innsats fra pasienten selv, da han må være motivert for en endring. Pasienten bør også tilegne seg tilstrekkelig kunnskaper om sin sykdom, slik at han kan ta bevisste valg som fremmer sin helse.

# Innholdsfortegnelse

<b>Norsk sammendrag .....</b>	<b>2</b>
<b>1.0 Innledning.....</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema i samfunnsperspektiv .....	4
1.2 Personlig relevans .....	5
1.3 Hensikt og problemstilling.....	5
1.4 Avgrensing av oppgaven.....	6
1.5 Oppgavens oppbygning.....	6
<b>2.0 Metode .....</b>	<b>7</b>
2.1 Litteratursøk .....	8
2.2 Presentasjon av forskningsartikler. ....	10
2.3 Kildekritikk.....	13
2.4 Etske overveielser.....	15
<b>3.0 Teori.....</b>	<b>16</b>
3.1. Virginia Henderson .....	16
3.2 Kols .....	17
3.3 Underernæring ved kols.....	19
3.4 Empowerment og brukermedvirkning .....	21
3.4.1 Veiledning.....	24
<b>4.0 Drøfting.....</b>	<b>26</b>
4.1 Betydningen av tilstrekkelig ernæring.....	26
4.2 Betydningen av å puste optimalt. ....	29
4.3 Betydningen av å lære for selv å mestre sin helse. ....	32
<b>5.0 Konklusjon .....</b>	<b>36</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>38</b>
<b>Vedlegg 1: Egenvalgt litteratur.....</b>	<b>41</b>
<b>Vedlegg 2: Pico-skjema .....</b>	<b>44</b>

# 1.0 Innledning

Vi skal i denne bacheloroppgaven fokusere på hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at pasienter med kols, selv kan forebygge at de blir undervektige som et resultat av at de spiser for lite. Vi ønsker å styrke pasientens egne ressurser gjennom empowerment og brukermedvirkning, og hjelpe pasienten til å mestre utfordringer knyttet opp mot underernæring.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema i samfunnsperspektiv

Vi har valgt kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og underernæring som tema da dette er et interessant og viktig tema. Grunnen til at vi har valgt underernæring som et tema er fordi vi ser at dette er en stor utfordring hos denne pasientgruppen. Vi ser også at kols er en sykdom som flere og flere personer utvikler, da dette er en av de sykdommene som øker raskest i verden (Helsedirektoratet, 2016). Det antas også at forekomsten av sykdommen øker i årene som kommer. Ifølge helsedirektoratet (2016) er kols en av de hyppigste dødsårsakene i Norge og verden. Nærmere 300 000 personer i Norge har sykdommen, men trolig er det bare halvparten som vet at de har det.

Kols er samlebetegnelsen for sykdommer som fører til hindret luftstrøm gjennom luftveiene. Over 80% av de med kols røyker eller har røyket (Elling & Refvem, 2014). Andre faktorer som kan forårsake sykdommen er luftforurensing, hyppige luftveisinfeksjoner i ung alder, og støv, passiv røyking og damp i arbeidslivet (yrkeskols). Langvarig røyking setter i gang en betennelsesprosess som skader slimhinnene og forårsaker forsnevninger i luftveiene (Elling & Refvem, 2014). Pasienter med kols vil oppleve symptomer som besværet pust, økt produksjon av sekret, nedsatt livskvalitet og vekttap. Mange kan ha utfordringer knyttet til ernæring, særlig det å få i seg tilstrekkelig næring da det blir ubalanse mellom kaloriinntaket og kaloriforbruket. Om lag 25 - 40% av pasienter med kols er underernærte (Helsedirektoratet, 2012).

Mange kan leve et tilnærmet stabilt liv med kols, men en del pasienter innlegges på sykehus grunnet forverring av sykdommen og infeksjoner, og trenger behandling. Kols forverringer er den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelser blant pasienter med sykdommer i respirasjonssystemet (Helsedirektorater, 2012). Ved innleggelse i sykehus vil det være viktig å fokusere på et helhetlig sykdomsbilde, slik at pasienten får den behandlingen og pleien som trengs. Dette innebærer både behandling av kols eksaserbasjonen, og sørge for at pasienten får dekket de grunnleggende behovene som for eksempel ernæring. Lav kroppsvekt og dårlig ernæring øker også risikoen for infeksjoner og dødelighet (Sjøen & Thoresen, 2012).

## 1.2 Personlig relevans

Vi har erfart gjennom praksis at det ofte blir fokusert på at pasienter med kols må få oksygen, forstøverapparat og medikamenter som letter pusten, fremfor at de grunnleggende behovene som særlig ernæring blir satt i fokus. En kols pasient bruker svært mye energi på å puste, og har ofte ikke ork til å lage seg mat selv og spise. Dette vil da føre til vektnedgang og en dårligere helsetilstand. Dette er nok et tema som ikke er så belyst i helsevesenet og hos pasienten selv. Vi har møtt pasienter i praksis med kols som er eller står i fare for å bli underernært, og synes dette er et viktig tema som bør settes mer i fokus. Som sykepleiere er det viktig å ha kunnskaper om hvordan vi kan forebygge underernæring hos pasienter med kroniske diagnoser. Det vil også være viktig å fokusere på hvordan vi kan hjelpe pasienten til å ivareta det grunnleggende behovet som mat og drikke gjennom veiledning og pasientmedvirkning.

## 1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols, og hvordan vi kan bidra til å styrke/bedre deres helse gjennom veiledning i forhold til kosthold og matvaner. Dette omhandler å gi tilstrekkelig informasjon og tilrettelegging, slik at pasienten selv kan bidra til å opprettholde en bedret helsetilstand og ivareta sine egne ressurser. Dette vil bidra til at pasienten kan mestre hverdagen på en best mulig måte. Vi ønsker å få mer kunnskaper om dette temaet, slik at vi bedre kan ivareta pasienters behov.

## **Problemstilling:**

Hvordan kan sykepleiere gjennom veiledning og brukermedvirkning bidra til at pasienten selv kan forebygge underernæring?

### **1.4 Avgrensning av oppgaven**

Vi ønsker å fokusere på ernæring hos pasienter som er innlagt på sykehus med kols eksaserbasjon. Vi tenker at den aktuelle pasientgruppen er pasienter med kols i stadium 3 og 4, det vil si de pasientene som opplever dyspné ved lette anstrengelser og i hvile, nedsatt fysisk kapasitet og hoste (Hjalmarsen, 2012). Denne pasientgruppen kan være avhengig av kontinuerlig oksygentilførsel, mange opplever gjentatte kols eksaserbasjoner som fører til sykehusinnleggelse. En utfordring ved alvorlig grad av kols er vekttap og underernæring (Hjalmarsen, 2012). Vi velger å hovedsakelig fokusere på underernæring ved kols, derfor velger vi å ikke utdype andre utfordringer denne pasientgruppen opplever. Vi ønsker også å fokusere på brukermedvirkning, da målet er at pasienten skal være delaktig i egen behandling og selv være med på å forebygge underernæring.

### **1.5 Oppgavens oppbygning**

I denne bacheloroppgaven begynner vi med å presentere hvorfor vi har valgt dette temaet både i samfunnsperspektiv og personlig relevans. Videre kommer hensikten med oppgaven og en presentasjon av problemstillingen, samt en avgrensning av oppgaven.

Kapittel to omhandler metode og begrunnelse for valg av litteratur og forskningsartikler.

Teoridelen inneholder temaer og litteratur som er relevante for vår problemstilling, samt at teorien er relevant for drøftingsdelen. Vi trekker også inn forskning og selvvalgt litteratur i tillegg til pensumlitteratur for å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte. Til slutt kommer en kort oppsummering av svar på problemstillingen i form av en konklusjon.

## 2.0 Metode

Dalland (2012) beskriver metode som et verktøy for å finne gode data og informasjon i den aktuelle litteraturen eller forskningen. Dette verktøyet skal være med på å gi oss relevante kunnskaper for å belyse spørsmålet på en faglig måte. Vilhelm Aubert (1985) har definert metode på en følgende måte: “En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

En kan benytte seg av enten kvantitativ eller kvalitativ metode i utarbeidelsen av en forskning, eller benytte begge metodene for å på best mulig måte kunne styrke besvarelsen av problemstillingen. Hovedforskjellen mellom en kvalitativ og en kvantitativ metode er måten forskere samler inn data til undersøkelsen eller studien på. Kvantitativ metode vil si at dataen og resultatene i en forskning er målbar, dette vil si at de tallene som blir benyttet i denne forskningen skal kunne gi leseren muligheten til å foreta ulike regnestykker for å komme frem til ulike statistikker (Dalland, 2012).

Kvalitativ metode er de forskningsartiklene som er bygd opp for å fange opp lesernes meninger og gi en opplevelse, men som da ikke er målbar slik som en kvantitativ metode er. Forskere som står for den kvalitative metoden bruker mer tolking, samt at de benytter seg av intervju som ikke har faste rammer. Dette vil si at intervjuene som blir benyttet for å samle data ikke har noen faste svaralternativer, men at den som intervjues har mer fleksibilitet og kan forme svarene slik de selv vil. Dette er i motsetning til de som står for den kvantitative metoden, de benytter seg av spørreskjema hvor det er faste svaralternativer og hvor de fører strukturerte og systematiske observasjoner (Dalland, 2012).

Vi har valgt å benytte oss mest av kvalitativ metode da disse forskningsartiklene går i dybden og kan begrunne og belyse det vi ønsker å få svar på i problemstillingen. Ved at vi har brukt en kvantitativ forskningsartikkel har vi målbare resultater fra forskning som kan være med på å styrke vår oppgave.

## 2.1 Litteratursøk

### Artikkel 1.

Databasen ProQuest med søkeordene COPD and underweight ble benyttet. Ved dette søket kom det over 1000 treff, videre ble søket avgrenset ved å velge kun artikler som er i fulltekst. Vi benyttet oss av Scholarly Journals samt at det skal være publisert i mellom 2006 og 2017. Dette nye søket med disse avgrensningene resulterte i 866 treff. Etter å ha lest igjennom de 13 første abstractene, fant vi 1 artikkel som er relevant for vår oppgave, dette grunnet at den tar for seg vekttap som et resultat. Dette er som følge av at pasienten ikke klarer å oppnå et tilstrekkelig næringsinntak som dekker det energibehovet han har: *Nutritional status, dietary energy intake and the risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)* (2006).

### Artikkel 2.

Databasen SweMed+ med søkeordet copd ble benyttet, og fikk opp 507 treff. Videre ble søket avgrenset ved å kun søke i engelskspråklige artikler som resulterte i 67 artikler. Vi leste igjennom 9 abstracter, hvor vi endte med at det var 1 artikkel som er relevant for vår oppgave. Dette grunnet at den omhandler hvordan pasienter med forverring av kols opplever pleien de får i en intensivavdeling på sykehus: *How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit?* (2013).

### Artikkel 3.

For å finne denne forskningsartikkelen ble databasen Cinahl benyttet med søkeordene chronic obstructive pulmonary disease og malnutrition. På dette søket kom det opp 156 treff. Videre ble søket avgrenset med artikler som er fra 2008 og nyere, samt det at skulle være artikler i fulltekst. For å avgrense ytterligere ble det fokusert på academic journals. Med dette avgrensede søket så kom det opp 48 artikler. Etter å ha lest gjennom 11 første abstractene som kom opp i søket, er det 1 artikkel som er relevant for vår oppgave grunnet at den omhandler pasienter innlagt på sykehus og studien viser at nesten halvparten av pasientene som deltok er undervektige: *Nutritional status and patient characteristics for hospitalised older patients with chronic obstructive pulmonary disease* (2008).



#### **Artikkel 4.**

Databasen SveMed+ ble benyttet med søkeordene energy metabolism and pulmonary disease. Fikk da 8 treff, og seks av dem er eldre enn ti år. Vi leste abstractene til de 2 nyeste artiklene og valgte den artikkelen som er mest relevant for vår oppgave og problemstilling. Denne artikkelen ble vi tipset om av vår veileder: *Energibehovet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse - et litteraturstudie* (2011).

#### **Artikkel 5.**

For å finne denne fagfelleverderte forskningen så benyttet vi tidsskriftet Sykepleien.no hvor søkeord som underernæring og kols ble anvendt. Videre avgrenset vi artikkelsøket til publisert fra 2007 til 2017 og søkte kun databasene for fag og forskning, og resultatet ble 3 artikler. Vi leste igjennom 3 abstract, hvor den ene er relevant for vår oppgave grunnet at den omhandler risiko for vekttap hos kols pasienter som er akuttinnlagt i sykehus: *Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus?* (2011).

#### **Artikkel 6.**

Vi benyttet databasen SveMed+ med søkeordene kols and sykehus and brukervedvirkning. Resultatet av søket ble 1 artikkel, som også er relevant for vår oppgave, grunnet at den omhandler brukervedvirkning i sykehus for pasienter med kols. Denne ble vi tipset om av vår veileder: *Opplevelse av brukervedvirkning i sykehus* (2012).

#### **Artikkel 7.**

Databasen Oria med søkeordene kols og brukervedvirkning ble benyttet, hvor vi da fikk 11 treff. Vi leste gjennom 2 abstract, hvor vi fant en masteroppgave som er relevant for oppgaven vår. Dette fordi den omhandler opplevelsen av brukervedvirkning hos pasienter med kols: *“Med hodet over vannet...” opplevelse av brukervedvirkning hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)* (2007).

## 2.2 Presentasjon av forskningsartikler.

*Nutritional status, dietary energy intake and the risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)* (Hallin, Koivisto-Hursti, Lindberg & Janson, 2006).

Dette er en studie som er utført i Sverige og har benyttet seg av en kvalitativ metode.

Hensikten med denne studien var å undersøke forholdet og sammenhengen mellom næringsinntak, vektendringer (vekttap) og fare for sykdomsforverring hos pasienter med kols. 41 pasienter ble fulgt opp gjennom ett år etter at de hadde vært innlagt på sykehus med kols eksaserbasjon. I startperioden av studien ble pasientgruppen intervjuet, hvor de fikk spørsmål om deres røykevaner, sosial situasjon, utdanning og sykdomsvarighet. Etter oppfølgingen i ett år ble det utført telefonintervjuer med pasientene, de ble da spurt om deres nåværende vekt, om de hadde fått informasjon om kols og ernæring, samt bruken av kosttilskudd. Under oppfølgingen fikk pasientene beskjed om å føre en matdagbok som de hadde fått tilsendt per mail. Denne skulle inneholde det pasienten hadde spist og drukket i løpet av en uke.

Resultatet av matdagboken, energibehov og energiinntak ble registrert og beregnet ut ifra et næringsprogram. Det at pasientene førte denne matdagboken, resulterte i at energibehovet til pasienten var lavere enn energiinntaket. Videre resulterte studien i at pasienter som går ned i vekt, er eller står i fare for underernæring er i risikogruppen for å få gjentatte kols eksaserbasjoner.

*How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit* (Torheim & Kvangarsnes, 2013).

Dette er en studie som benytter seg av kvalitativ metode og ble utført ved to norske sykehus. Hensikten med studien var å kartlegge hvordan pleien i en intensivavdeling oppleves for pasienter med kols eksaserbasjon. Den ble utført ved at de intervjuet 10 pasienter deriblant 5 kvinner og 5 menn i alderen 45 til 85 år som alle var innlagt i intensivavdelingen. Intervjuene og studien pågikk fra november 2009 til juni 2011. 9 av pasientene var diagnostisert med kols grad 4 og 1 pasient var diagnostisert med kols grad 3. 6 av pasientene som ble intervjuet i denne studien har hatt kols diagnosen i over 9 år. Denne studien har tatt inspirasjon fra Kari Martinsen fenomenologiske sykepleiefilosofi. Gjennom denne studien så ville de også få en dypere forståelse av pasientens erfaringer og opplevelser når det gjelder den omsorgen og behandlingen de får på intensivavdelingen. Resultatet av denne studien viste at pasienter følte seg fanget i den livstruende situasjonen de befinner seg i, samt at de følte at omsorgssystemet tok kontroll over deres eget liv. Funnene i studien viste viktigheten av at helsepersonell får en

større forståelse av pasientens egne opplevelser med pusteproblemer og angst, samt hvilken betydning dette har for pasientens pleie og behandling. For at pasienten skal ha en god opplevelse med pleien, er samarbeidet mellom blant annet sykepleiere, leger veldig viktig, noe som studien sier burde bedres den dag i dag. Dette er for at pasientens behov og forventninger ved fremtidige kols forverring imøtekommes, som vil være med på å skape trygghet og tillit hos pasienten.

*Nutritional status and patient characteristics for hospitalised older patients with chronic obstructive pulmonary disease* (Odenrants, Ehnfors & Ehrenberg, 2008).

Denne studien har benyttet seg av en kvantitativ metode og er utført på sykehus i Sverige. 50 pasienter deltok i studien, deriblant 33 kvinner og 17 menn i gjennomsnittsalderen på 75 år. Bakgrunnen for studien er at kols er en tilstand som kan assosieres med risiko for underernæring. Hensikten med studien var å sammenligne ernæringsstatus, sosiale og medisinske forhold hos eldre pasienter med kols, som innlegges på sykehus med kols eksaserbasjon. For å oppnå dette innebærer det at helsepersonell har kunnskaper om sykepleie hos disse pasientene og kan identifisere underernæring hos disse pasientene. Pasientens kroppsvekt og KMI ble målt, og det ble regnet ut pasientens muskelmasse og subkutant fett, som kan brukes som en supplerings til KMI. Resultater fra studien viser at nesten halvparten av deltakerne var undervektige, og en andel stod i fare for å bli underernært, mens bare 2 pasienter var normalvektige i forhold til KMI.

*Energibehovet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse - et litteraturstudie.* (Ersgard & Pedersen, 2011).

Dette er et litteraturstudie hvor de brukte 92 studier ble gjort i perioden 1990 - 2009. Kriteriene for studiene var at pasientgruppen er over 19 år, normal eller undervektige pasienter med kols, eller at det totale daglige stoffskiftet ble målt direkte eller at hvilestoffskiftet ble målt indirekte med kalorimeter. Her var det bare 10 studier som oppfylte disse kravene. Resultatet er at flere av studiene viser at pasientenes energiforbruk i hvile er forhøyet og at det totale daglige energiforbruket har økt. Det er også variasjoner mellom hver enkelte pasienters totale daglige energibehov.

*Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus?* (Østerås, Aasbjørg & Gustad, 2011).

Dette er en studie av kvalitativ metode som er utført i Norge. Denne studien har som hensikt å kartlegge ernæringsstatus hos pasienter med kols som legges inn på sykehus med akutt

sykdomsforverring. Aldersgruppen for denne studien var pasienter fra 53-89 år. Dette er en studie som benytter seg av et deskriptivt design med en datasamling fra perioden hvor pasienten innlegges til utskrivelse. Den tar for seg vektutvikling i løpet av sykehusoppholdet hos pasienter med alvorlig til svært alvorlig kols som får NIV-behandling. Pasientene som er med i denne studien har selv samtykket til å delta. Resultatet av denne studien er at pasienter med kols bør screenes i forhold til ernæringsstatus slik at eventuell underernæring kan behandles tidlig, og at kolspasienter bør få oppfølging i forhold til ernæring.

*Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus.* (Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012).

Dette er en forskningsartikkel som ble utført i Norge, og som har benyttet seg av kvalitativ forskningsintervju. Det var 6 pasienter med kols som deltok og alle valgte å bli intervjuet i sitt eget hjem. Hensikten med studien var å kartlegge i hvor stor grad pasienter med forverring av kols har mulighet til å medvirke i helsehjelpen. Videre var hensikten med denne forskningen å gi økt kunnskap til pasientene om deres sykdom. Dette for å kartlegge om pasientgruppen med mer kunnskap om sin sykdom er mer aktive i sin medvirkning enn de som ikke har mye kunnskap. Studien tar også for seg den mangelfulle kunnskapen om brukermedvirkning i norske sykehusavdelinger, i hvilken grad og i hvilke anledninger pasienten har rett til å medvirke. Funnene viser at informantenes grad av medvirkning var noe varierende, men at graden av medvirkning var større hvis de var tydelige på sine behov. Det viste seg også at de pasientene som har kunnskaper om sin situasjon fikk medvirke i større grad, sammenlignet med de pasientene som hadde et dårligere sykdomsbilde med pustebesvær og manglende krefter da de ikke klarte å uttrykke seg tilstrekkelig. For at pasientene skal kunne medvirke i helsehjelpen så er det viktig at sykepleierne er bevisste og mottakelige for å fremme deres behov for medvirkning. Det viste seg at sykepleierne som viste omsorg og forståelse, hadde god tid og kjente pasientene var med på å fremme brukermedvirkning i større grad, enn de sykepleierne som hadde dårligere tid og ikke respekterte pasientens behov for medvirkning.

*“Med hodet over vannet...” opplevelse av brukermedvirkning hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols).* (Bjørnsland, 2007).

Dette er en masteroppgave som har benyttet seg av kvalitativ metode og er utført i Norge. Denne masteroppgaven har til hensikt å undersøke hvordan opplevelse pasienter har med brukermedvirkningen og i hvor stor grad de får være med å medvirke under innleggelsen på sykehuset. Dette gjelder de pasientene som har alvorlig grad av kols. Det var 6 pasienter i alderen 53 til 74 som deltok i studien. Metoden som ble benyttet for innsamling av data er

delvis strukturerte forskningsintervju av disse pasientene som hadde to eller flere innleggelses i sykehus det siste året. Resultatet av denne studien viste seg å være at pasientene medvirker i større grad på enkelte områder, dersom de har kunnskaper og erfaringer om sin egen sykdom. Det ble også gjort funn om at pasienten kunne ha opplevd brukermedvirkning i større grad, dersom det hadde vært bedre tilrettelagt for det i avdelingen. En faktor som vil være med på å fremme brukermedvirkning hos pasientene er veiledning og undervisning, men de opplevde at pasientene i sykehus hadde lite erfaring med dette da det ikke var tilstrekkelig med veiledning og undervisning på sykehus.

## 2.3 Kildekritikk

Dalland og Trygstad (2012) beskriver kildekritikk som en metode hvor en vurderer hver enkelt kilde, dette for å undersøke og bekrefte at en kilde er troverdig. Når man skriver en oppgave kan en bruke kildekritikk for å vurdere og karakterisere den litteraturen som benyttes. Vi vurderer litteraturen vi har benyttet oss av som troverdig, da vi har fokusert på å søke etter nyere forskning, samt at studiene er utført i Norden eller Skandinavia. Av erfaring vet vi at helsevesenet og utøvelsen av sykepleie er ganske likt innenfor Skandinavia, altså Norge, Sverige og Danmark. Dalland og Trygstad (2012) beskriver blant annet at både tidsrom, språk og geografi kan ha innvirkning på relevansen av litteraturen. Vi har benyttet kildekritikk i vår oppgave på en slik måte at vi skal kunne svare på vår problemstilling med forskningsartikler og litteratur som er relevante og er troverdige.

I teoridelen i denne oppgaven har vi valgt å benytte oss av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. De fleste artiklene vi har benyttet er kvalitative, noe vi anser det som positivt i forhold til vår oppgave ettersom forskningen da går i dybden, og datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med deltakerne i studien. De to norske artiklene vi har brukt og to av de engelskspråklige er kvalitative metoder. Den artikkelen som er utført i Sverige er av kvantitativ metode, noe som betyr at den går mer i bredden og ikke i dybden.

Vi har anvendt forskningsartikler fra 2006 til 2013, da det var innenfor denne tidsperioden vi fant artikler som vi anser som relevant i vår oppgave. Noe av litteraturen vi har er nærmere ti-elleve år gammel, men vi ser på disse kildene som troverdige, pålitelige og relevante for vår oppgave. Vi har også vært oppmerksomme på om det er litteratur som er av nyere dato og

som er oppdatert, dette gjelder både bøker og litteratur som er funnet via databaser på internettet.

Primærstudie er originalartikler som vil si at det er de forskningsartiklene som er førstegangs publisert, også kalt primary study. Dette vil si at disse type forskningene inneholder og er basert på ny data og informasjon. Primærstudier er bygd opp på en slik måte at andre skal kunne anvende den kunnskapen og dataen som har blitt presentert og benyttet i en forskningsartikkel, for så å forske videre på dette (Dalland & Trygstad, 2012).

Sekundærlitteratur betyr at det er artikler som har benyttet seg av data og kunnskap som har blitt presentert i annen litteratur. Dette er artikler eller bøker som benytter seg av data og informasjon fra studier som eksisterer i fra før. Slike studier er ofte bygd opp med en oppsummering og vurdering av en primærstudie (Dalland & Trygstad, 2012). Vi har benyttet oss av masteroppgaven til Bjørslund (2007). Teorien i denne kilden er sekundærkilde, mens funnene regnes som primærkilde.

IMRaD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette er en struktur og en metode som benyttes i oppbyggingen av en forskningsartikkel. Denne strukturen er til for at lesere lettere skal kunne få en oversikt over artikkelen, samt at det skal gå raskere og lese den (Dalland & Trygstad, 2012) Når vi skulle finne forskningsartikler så benyttet vi oss av denne strukturen for å sikre oss at det var forskningsartikler og ikke en annen type artikkel.

## 2.4 Ethiske overveielser

Vi har underveis i denne bacheloroppgaven vært bevisste på å anvende APA-standard i henhold til Høgskolen i Innlandet sine retningslinjer, for å sikre at vi har henvist korrekt til de kildene vi har anvendt. Ved at vi henviser til korrekt kilde vil dette være med på å gi dem som har skrevet litteraturen og fag- og forskningslitteraturen anerkjennelse og kreditt for det dem har skrevet (Dalland, 2012). Vi har også vært bevisst på riktig kildehenvisning og bruk av egne ord for å unngå plagiat.

Videre i bacheloroppgaven har vi benyttet oss av ulike erfaringer og opplevelser fra pasientsituasjoner som vi har erfart fra ulike praksiser. Vi har vært opptatte av å anonymisere pasientene og pasientinformasjonen, slik at vi overholder taushetsplikten noe som vi er lovpålagt å gjøre ifølge Helsepersonelloven (1999) § 21.

## 3. 0 Teori

I teoridelen vår skal vi presentere relevant forskning og teori, vi skal også ta for oss en sykepleieteoretiker. Vi har valgt Virginia Henderson da vi anser henne som mest relevant for vår problemstilling. Videre tar vi for oss kols, ernæring og underernæring, brukervedvirkning og veiledning.

### 3.1. Virginia Henderson

Henderson bygget videre på Florence Nightingales teorier, ved at hun var en av de første sykepleierne som prøvde å beskrive hva som er sykepleierens særegne funksjon eller ansvarsområde. Hun definerer dette som:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (Henderson, 1997, s. 22).

Henderson (1997) beskriver også faktorer som påvirker de grunnleggende behovene og personens evne til å møte dem. Dette innebærer personens fysiske og psykiske krefter, vilje, motivasjon og sosiokulturell bakgrunn. Pasienten må selv vurdere sine egne behov.

Sykepleieren skal ta utgangspunkt i pasientens oppfatning av behovene og hvordan de kan tilfredsstilles for å oppnå det pasienten selv tolker og oppfatter som god helse, helbredelse eller en fredfull død.

Henderson omtaler fjorten punkter som hun mener er viktig i generell sykepleie. Vi velger tre punkter som er relevante for vår oppgave; å hjelpe pasienten til å puste normalt, spise og drikke tilstrekkelig og å lære (Henderson, 1997). Sykepleierens oppgaver innebærer å ivareta de grunnleggende menneskelige behov, og gjennomføre medisinske tiltak som er nødvendig på grunn av sykdom eller skade. Målet er at pasienten skal oppnå helse og helbredelse og gjenvinne sin selvstendighet.

*Å hjelpe pasienten til å puste normalt:* Det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å finne riktige sitte- og liggestillinger som gjør det lettere å puste (Henderson, 1997). Ved at



pasienten og pårørende lærer hvilke sitte- og liggestillinger som gir optimal brystekspansjon, kan pasienten oppleve selvstendighet. Det er også viktig at pasienten lærer hvilke faktorer som kan gi pustevansker og forverring av respirasjonen, og hvordan man forebygge og lindre dette (Henderson, 1997).

*Å hjelpe pasienten til å spise og drikke:* Sykepleieren er den som ser pasienten mest på et sykehus, og derfor er det sykepleierens oppgave å motivere pasienten til å spise og drikke. Sykepleieren kan undersøke hvilke kostvaner pasienten har fra tidligere. Dersom pasienten ikke er i stand til å spise selv er det sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å innta næring, samt å oppmuntre pasienten til å mestre dette i større grad på egenhånd så godt det lar seg gjøre (Henderson, 1997).

*Å hjelpe pasienten å lære:* Dersom pasienten selv er motivert for å lære og tar mer initiativ til læringen, er det lettere å oppnå et større utbytte av læringen og oppnå resultater enn om pasienten ikke er motivert. Sykepleieren får en undervisende rolle og skal hjelpe pasienten til å forstå og bli selvstendig (Henderson, 1997).

## 3.2 Kols

KOLS er samlebetegnelsen for sykdommer som fører til hindret luftstrøm gjennom luftveiene ved ekspirasjon (Elling & Refvem, 2014). De pasientene som har kols har en kombinasjon av kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem (Giæver, 2015). Emfysem vil si at alveolene har en eller flere skader som fører til at alveoleveggen faller sammen, som vil føre til at pasienten opplever luftveismotstand ved ekspirasjon. Emfysem vil også føre til tap av elastiske fibre og tap av kapillærer. Ved kronisk bronkitt vil pasienten oppleve økt sekretproduksjon og økt luftveismotstand. Siden det oppstår nedsatt ciliefunksjon og det oppstår en endret sammensetning av slimet, så vil dette hemme transporten i svelget. Noe som da kan føre til at pasienten opplever svelgevansker. Pasienter med kronisk bronkitt er kjent for å slite mye med hoste og bronkialsekret, ofte inneholder sekretet mye bakterier og vil da være med på å holde betennelsesreaksjonen i gang. Hovedfaktoren til at pasienter utvikler kols er røyking. Dersom pasienten ikke klarer å slutte å røyke, kan røykingen være en faktor som kan forverre sykdommen (Giæver, 2015).

Grunnen til at det oppstår vansker ved ekspirasjon er fordi det er luftveismotstand som er forårsaket av økt slimproduksjon, ødem i bronkiene og opphoping av betennelsesceller i bronkialveggen. Når det blir tyngre å puste så vil pasienten reagere med å puste raskere og ta kortere inspirasjoner. Dette vil da føre til at pasienten bruker veldig mye energi for å oppnå et tilstrekkelig luftinntak (Giæver, 2015).

I tidlig fase av kols så kan pasientene ha plager med tung pust og hoste, en kan også kunne høre piping ved ekspirasjon. Kols er noe som utvikler seg over lengre tid ved at det blir forandringer i luftveier og alveoler, og kan etterhvert føre til en nedre luftveisinfeksjon. Dette vil kunne gi pasienten hoste og gulgrønt ekspektorat. Pasienter med kols er utsatt for å få eksaserbasjon, men det vil være varierende hvor ofte dette oppstår hos hver enkelt pasient, dette sammen med at pasienten er alvorlig syk kan være en faktor som er med på å utvikle hypoksemi med cyanose (Giæver, 2015).

Kols deles inn i ulike grader ut i fra alvorlighetsgraden. Vi velger å fokusere på alvorlig til svært alvorlig kols grad 3 og 4. Pasienter med alvorlig kols opplever akutte forverringer av symptomene, disse pasientene opplever større grad av nedsatt lungefunksjon og vansker med ekspirasjon. Dette kan være med å påvirke hverdagen og livskvaliteten til pasienten. Pasienter i dette stadiet vil ha behov for inhalasjon med glukokortikoider, dette gjelder for de som opplever gjentatte forverringer av symptomene. Denne behandlingen er i tillegg til inhalasjonsmedikamenter som har en bronkodilaterende effekt. Glukokortikoider er et medikament som finnes i både tablettform og kan brukes til inhalasjon. Virkningen som oppnås ved bruk av glukokortikoider er antiinflammatorisk og fører til at den inflammasjonsreaksjonen i bronkiene blir vedlikeholdt og minsker slimdannelsen, samt hindre at bronkiene blir trangere (Almås et al., 2015).

Ved svært alvorlig grad av kols opplever pasienten respirasjonssvikt. Når en pasient har svært alvorlig kols er faren for å utvikle høyresidig hjertesvikt tilstede, grunnen til dette er at belastningen i lungekretsløpet er større grunnet økt trykk, også kalt pulmonal hypertensjon. De pasientene som er på dette stadiet er betydelige reduserte og kan ha en usikker prognose. Behandlingen for pasienter på dette stadiet vil være som ved alvorlig grad kols, men disse pasientene kan ha behov for langtids oksygenbehandling ved kronisk respirasjonssvikt (Almås et al., 2015).

Pasienter som har kols grad 3 og 4 står i relativ stor fare for å utvikle undervekt som et resultat av underernæring (Almås et al., 2015). Dette kan skyldes flere årsaker og er en utfordring hos både pasientene selv og helsevesenet. Siden dette er en stor faktor og risiko hos denne pasientgruppen, skal vi skrive om underernæring ved kols som et eget kapittel.

### 3.3 Underernæring ved kols

Ernæring er et av de grunnleggende behovene som vi mennesker har. Det er viktig å kartlegge ernæringsstatus, vurdere matinntak i forhold til den enkeltes behov. Videre er det viktig å sette i gang eventuelle tiltak som kan bedre ernæringen eller matinntaket, slik at en kan følge opp dette og foreta en evaluering. Et verktøy for å finne ut om pasienten er under- over- eller normalvektig er å regne ut kroppsmasseindeks (KMI). Det er forholdet mellom høyde og vekt, KMI under 20 er indikasjoner på undervekt, 20 - 25 er normalvekt, og KMI over 25 regnes som overvekt (Helsedirektoratet, 2012). Pasienter med kols grad 3 og 4 bør ha en KMI på 25-26 da det er bedre at de har litt å gå på, da de ofte står i fare for å bli undervektig. Det vil være viktig å være oppmerksom på å ikke bli for overvektig, da fedme kan gjøre det tyngre for pasienter å puste (Helsedirektoratet, 2012).

Underernæring er et resultat av mangelfullt inntak av energi og protein. Underernæring er et begrep som ofte brukes sammen med feilernæring. Feilernæring kan også føre til undervekt, men dette er en ernæringstilstand som skyldes et feil sammensatt kosthold, som kan bety både for høyt eller lavt inntak av bestemte næringsstoffer. Man kan dermed ha et høyt matinntak med energirik mat, men få for lite av spesielle næringsstoffer (Sjøen & Thoresen, 2012). For å kunne bedømme vektnedgangen må man måle kroppsvekten i forhold til en referanseverdi. Det vil være nødvendig å ha flere vektmålinger å ta utgangspunkt i for å kunne vurdere alvorlighetsgraden av underernæringen, og regne ut vekttapet i prosent. Dette er fordi 5 kg vekttap hos en person ikke behøver å være like alvorlig hos en annen person som har mistet like mye, på grunn av at den opprinnelige kroppsvekten var forskjellig. Underernæring utvikler seg over tid når matinntaket er utilstrekkelig, eller maten ikke blir fullstendig fordøyd eller absorbert i tarmen (Sjøen & Thoresen, 2012).

Dersom man på institusjoner eller i hjemmet har gode rutiner med å registrere vekt kan man tidlig oppdage vektendringer. Konsekvensene av underernæring er mange, og omfatter både

psykiske og fysiske endringer. Dette kan være nedsatt infeksjonsmotstand, dårligere sårtilheling og nedsatt muskelkraft, som igjen kan føre til langsom mobilisering, økt liggetid, slapphet og mistriivsel. Underernæring kan også føre til økt risiko for komplikasjoner og dødelighet (Sjøen & Thoresen, 2012).

Pasienter med kols bør ha et vitaminrikt kosthold, men dersom de ikke klarer å innta tilstrekkelig vitaminer gjennom kosten kan det være nødvendig å ta vitamintilskudd. Kols pasienter sliter ofte med inflammasjon i slimhinnene og er utsatt for å få infeksjoner. Det er da viktig at denne pasientgruppen får tilskudd av vitamin A og C, dette for å forebygge denne inflammasjonsreaksjonen som eventuelt oppstår i slimhinnene (Almås et al., 2015). Det er også kjent at pasienter med kols som bruker glukokortikoider står i fare for å utvikle benskjørhet. Det er derfor viktig at pasienten får i seg kalsium som virker forebyggende mot beinskjørhet. Når pasienten får kalsiumtilførsel er det også viktig at pasienten får i seg vitamin D, dette for at opptaket av kalsium skal bli optimalt (Almås et al., 2015). Denne pasientgruppen bør få i seg 2-4 liter med væske i løpet av døgnet, det blir da anbefalt at dette både kan være kalde og varme drikker. Ved at pasienten får i seg varme drikker vil være med på å sette i gang svetteutsondringen og sekresjonen i luftveiene. Det kan da være lettere å hoste opp sekret. (Almås et al., 2015).

Det er anbefalt at pasienten får i seg små og hyppige måltider som vil være med på å øke opptaket av næringsstoffer, samt gi en bedre fordøyelse. Pasienter med kols sliter ofte med dyspne og kan derfor ha vanskeligheter med å få i seg et måltid som er tilstrekkelig, samt få i seg de næringsstoffene som trengs. For en pasient med dyspne så vil det være aktuelt å tilby mindre måltider som er appetittvekkende og som gjerne er oppskåret, da de som har dyspne ofte har mangel på appetitt og de vil da lettere kunne få i seg maten. Denne pasientgruppen vil på bakgrunn av dette stå i fare for å utvikle undervekt på grunn av underernæring (Almås et al., 2015).

Hos pasienter med kols vil kampen om å unngå undervekt være tilstede hele tiden. De bruker mye energi på å få i seg et tilstrekkelig kosthold med det nødvendige inntaket av kalorier, næringsstoffer og nødvendige vitaminer og mineraler. Hos denne pasientgruppen er forekomsten av undervekt og underernæring på 20-40 % hos de pasientene som er hjemmeboende og ikke innlagt på sykehus (Hjalmarsen, 2012). Det er en betydelig økning av forekomst av underernæring hos de pasientene med akutt lungesvikt og hos de pasientene som

venter på en lungetransplantasjon. I denne gruppen er det 70 % av pasientene som er undervektige og underernærte (Hjalmarsen, 2012).

Årsaken til undervekt som et resultat av underernæring kommer blant annet av at pasienten har et nedsatt kaloriinntak og økt metaboliseringshastighet. Grunnen til at denne pasientgruppen har økt metaboliseringshastighet er at de har et økt pustearbeid som gjør at de bruker mer energi på denne prosessen. Hvorfor det er økt basalmetabolisme hos kols pasienter er fortsatt noe uklart, men det antas at det har noe med det endokrine systemet å gjøre, siden det har en virkning og en sentral rolle i reguleringen av energibalansen i kroppen (Hjalmarsen, 2012).

Studien utført av Østerås, Aasbjørg og Gustad (2011) tar for seg viktigheten av en ernæringsmessig oppfølging av pasienter som har kols eksaserbasjon og legges inn for noninvasiv ventilasjonsstøtte (NIV). Denne studien tar for seg en gruppe som ikke har behov for NIV behandling og en gruppe som har behov for dette. For å vurdere om pasientene har dette behovet blir det målt blodgasser. De pasientene som har behov for NIV behandling vil ha et høyere nivå av CO<sub>2</sub> og lavere nivå av pH i blodet (Østerås, Aasbjørg & Gustad, 2011). Ved oppstart av denne behandlingen så er det vanlig at pasientene gikk ned i vekt eller sto i fare for det de første tre døgnene. Dette er fordi de fleste bruker mye av kreftene sine på å mestre, bli trygg og komfortabel med behandlingen (Østerås, Aasbjørg & Gustad, 2011). I studien til Odenrants, Ehnfors og Ehrenberg (2008) ser de på pasienter som har blitt innlagt med kols eksaserbasjon og sammenlignet pasientens ernæringsstatus, sosiale og medisinske forhold. Det ble tatt vekt og beregnet KMI av de følgende pasientene. Det viste seg da at omtrent halvparten av pasientene var undervektige. Resultater fra denne studien viser at en del eldre pasienter som bor alene oftere kan utvikle underernæring enn de som ikke bor alene, og at underernærte pasienter er i større risiko for å få gjentatte kols eksaserbasjoner.

### 3.4 Empowerment og brukermedvirkning

Empowermentbegrepet kan beskrives som styrke, kraft og makt, dette betyr at enkeltindivider kan benytte empowerment som et virkemiddel for å opparbeide seg styrke i en sårbar situasjon (Askheim, 2008). Ved å benytte seg av empowerment som en fremgangsmåte vil det innebære at vi som sykepleiere tilrettelegger for at pasienten kan øke sine kunnskaper og ferdigheter. Dette kan gi økt selvtillit, bedre selvbilde og mestringsfølelse. På denne måten

kan pasienten takle hverdagen og ulike utfordringer på en bedre måte enn dersom man ikke har troen på seg selv. I praksis vil det være individuelt i hvor stor grad pasienten ønsker å ha medbestemmelse og hvor delaktig dem ønsker å være i sitt behandlingsforløp (Askheim, 2008).

I Bjørnsland (2007) sin masteroppgave beskrives empowermentprosessen som en prosess, hvor de benytter seg av en metode og et resultat. Empowermentprosessen kan benyttes som et grunnlag i en veiledning mellom en sykepleier og en pasient. Prosessen går ut på at en benytter empowerment som et virkemiddel for å endre både på et individ- og samfunnsnivå. Denne prosessen kan foregå gjennom en veiledning ved at sykepleieren veileder pasienten. Ved å benytte seg av empowerment i veiledningsprosessen vil pasientens egne tanker bli satt i fokus, og pasienten vil bli deltakende for å øke sin kompetanse. For at pasienten skal få utbytte av veiledningen, er det viktig at det blir diskutert mellom sykepleier og pasient hvordan pasienten selv oppfatter sin sykdom, samt hvilke tanker de har om sykdomssituasjonen (Bjørnsland, 2007).

Det er også viktig at sykepleieren blir enig med pasienten om hvilken plan de har for veiledningen, og reflektere over hva pasienten har som mål med veiledningen. Ved at en benytter seg av dette i veiledningen er en med på å tilrettelegge for bruken av empowerment som et verktøy, og fremme selvstendighet hos pasienten. Dette er for at pasienten skal få nok kunnskaper, for å være delaktig i sin hverdag og behandlingsprosess (Bjørnsland, 2007). Brukermedvirkning er en del av empowermentbegrepet, begge begrepene går inn på pasientens rett for medbestemmelse ovenfor sin egen behandling. Dette vil da være med på at pasienten føler seg inkludert og ivaretatt samt at det kan være med på å gjøre pasienten mer delaktig i beslutninger som angår hans liv og helse (Askheim, 2008). Siden brukermedvirkning er en del av empowermentbegrepet og er en lovfestet rettighet som pasientene har, skal vi gå mer inn på dette.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som alle pasienter har, denne rettigheten går ut på at pasientene har rett til å medvirke i den tjenesten eller eventuelle behandlingen de skal ha (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Brukermedvirkning går også ut på at vi som sykepleiere eller annet helsepersonell har plikt til å informere pasienten om deres behandlingsforløp. Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre at alle har lik rett på tjenester og behandling av god kvalitet. Den skal også bidra til å skape trygghet og tillit mellom

pasientene og helse- og omsorgstjenestene. Det er viktig at pasienten blir ivaretatt ved at vi som sykepleiere respekterer pasientens integritet og ivaretar deres autonomi (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Studien til Torheim og Kvangarsnes (2013) tar for seg i hvilken grad pasienter med kols eksaserbasjoner kunne være med å medvirke i sin hverdag på intensivavdeling på sykehus og i sin behandling. Det viste seg i denne studien at det var de pasientene som var tydelige på sine egne behov og de som hadde økt kunnskap om sin egen situasjon og sykdom, som fikk være mer delaktig i sin medvirkning. Mens de pasientene som var mer stille og ikke klarte å uttrykke seg tilstrekkelig, grunnet at de for eksempel har pusteproblemer og bruker mye energi på å uttrykke seg. Dette fører da til at de blir mer den stille pasienten som ikke har ressurser eller krefter til å være tydelige på sine behov. Samtidig så ville sykepleierens grad av respekt og gode holdninger ha en betydning for om pasientens grad av medvirkning ble fremmet.

Flere av studiene tar for seg hvordan pasienter opplever brukermedvirkning, noe av konklusjonen innebærer at viktigheten av et godt sykepleie-pasient forhold, som også er et nøkkelord for å fremme pasientens medvirkning. Forskningene belyser også viktigheten av at sykepleieren er en omsorgsperson som jobber for å fremme pasientens behov og det som er til det beste for pasienten. For å oppnå et godt sykepleie-pasient forhold er det viktig at sykepleieren viser respekt, tillit og ivaretar pasientens autonomi. Når sykepleier og pasient har fått en relasjon, er det viktig at sykepleieren og pasienten har en samtale om pasientens forventninger og hvilke ønsker og behov de har (Tveiten, 2007).

I praksis benytter en brukermedvirkning som en del av empowermentprosessen i veiledning eller undervisning med pasient eller pårørende, slik som beskrevet tidligere i oppgaven. Det vil derfor være aktuelt å skrive om veiledning som et eget underpunkt.

### 3.4.1 Veiledning

Veiledning er basert på at en har en dialog med pasient/pårørende alene, eller det kan være veiledning i grupper som for eksempel pasientskole. Veiledning blir beskrevet som å hjelpe eller lede en person eller gruppe i en situasjon. Dette kan både gjøres ved undervisning, opplæring eller møte mellom to personer, hvor den ene er fagperson og den andre er for eksempel pasient eller pårørende (Tveiten 2008). Veiledning innebærer intervensjonsmetoder som informasjon, undervisning og rådgivning (Tveiten, 2007). Hensikten med veiledning er at pasienten som søker veiledningen skal bli mer bevisst på egne refleksjoner. Noe som skal være med på å styrke mestringskompetansen og videre valg pasienten står ovenfor. Det vil være veilederens oppgave å tilrettelegge slik at pasienten skal kunne finne riktig fokus, og lære om hvordan å styrke sin mestringskompetanse for å kunne hjelpe seg selv i ulike situasjoner.

For å kunne oppnå en god veiledning for begge parter er det viktig at en har en god dialog og tillit, samt at pasienten er mottakelig for å få veiledning (Tveiten, 2008). Dette kan gjøres ved at den som veileder møter pasientene på deres ståsted, og respekterer deres tanker og følelser om situasjonen. Da det er pasienten selv som vet og kjenner seg selv og eventuelt situasjonen best, er det viktig at veilederen viser respekt og en viss grad av ydmykhet for å oppnå tillit (Tveiten, 2008). Veiledning er en istandsettingsprosess der brukeren trenger informasjon, råd, kunnskap og stimulering til refleksjon gjennom en dialog, for å øke sin selvbevissthet og mestringskompetanse. Dette innebærer at makt og kunnskap omfordes fra den profesjonelle veilederen til pasienten (Tveiten, 2007 s. 60).

En veileders oppgave vil blant annet være å bidra til at pasienten finner egne løsninger rundt dette med ernærings situasjon, samt belyse de utfordringene som er i forhold til å få i seg nok næringsstoffer gjennom et rikelig kosthold. Veilederen kan sette i gang en tankeprosess og refleksjoner hos personen, som kan føre til at han finner løsninger og svar som angår hans situasjon. Dette kan også skape en mestringsfølelse (Tveiten, 2008). Veiledningen kan bidra til å øke kompetanse og bidra til at pasienten blir mer bevisst i forhold til de valgene som tas, og holdninger til sin livsstil og helse. Det er viktig at fokuspersonen, som i dette tilfellet er pasienten, føler seg sett og ivaretatt av veilederen, og at det bygges opp et tillitsforhold mellom partene (Tveiten, 2008). Det kan også være lurt å klargjøre forventningene veilederen og pasienten har til hverandre før selve veiledningsprosessen begynner.



I selve veiledningen er det rom for refleksjon og bearbeidelse av det pasienten oppdager, lærer og erkjenner. Her er det viktig at det er pasienten selv som oppdager utfordringer og hvordan han på best mulig måte kan løse dette. Veilederen kan stille spørsmål for å legge til rette for at pasienten oppdager og reflekterer rundt sine utfordringer. Mot slutten av veiledningene kan man oppsummere læringsresultater og læringsprosessen, og man kan se og tydeliggjøre veien videre (Tveiten, 2008).

Ved at pasienten tilnærmer seg ny eller utvikler kunnskapen de har om sin sykdom gjennom veiledning så kan det være med på å fremme brukermedvirkningen hos pasienter med kols. Det vil også være vesentlig at sykepleieren er litt ydmyk, da det kan være noe kunnskaper eller erfaringer som pasienten har om sin egen sykdom/situasjon som ikke sykepleieren kan uttale seg om. Det vil derfor være viktig at sykepleiere møter pasienten med den omsorgen og empatien som vil være nødvendig for den enkelte. Ved hjelp av dette kan det føre til at sykepleiere er med på å fremme pasientens medvirkning. Pasienter som er utrygge og usikre vil ikke alltid være i stand til å medvirke, så det vil da være mer sykepleierens oppgave og fremme pasientens medvirkning (Bjørnsland, 2007).

## 4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte Virginia Henderson sine tre punkter om menneskelige behov. Vi har valgt følgende punkter, å hjelpe pasienten til å puste optimalt, å hjelpe pasienten til å spise og drikke, å hjelpe pasienten å lære. Disse punktene skal vi drøfte opp mot vår problemstilling, samt dra inn litteratur, ulike forskningsartikler, pasientsituasjoner og egne erfaringer.

### 4.1 Betydningen av tilstrekkelig ernæring.

Mange pasienter med kols erfarer at å få i seg tilstrekkelig ernæring er en utfordring. Dette kan skyldes at de bruker veldig mye energi på respirasjonsarbeid og må ha god tid når de skal innta måltider. Dette kan ofte resultere i at de ikke får i seg den anbefalte mengden med ernæring og næring, som igjen vil føre til at de står i fare for å utvikle undervekt (Hjalmarsen, 2012). Pasienter med kols grad 3 og 4 bruker mye energi for å utføre enkle gjøremål, men de klarer ikke å innta det energi- og proteinbehovet som kroppen har gjennom kostholdet. Ved mangel på et energi-, protein- og kaloririkt kosthold vil pasienten stå i fare for å bli undervektig, grunnet at kroppen ikke klarer å balansere inntaket og forbruket. Det vil derfor være viktig at denne pasientgruppen har et høyere inntak med energitett mat og kalorier gjennom kostholdet, enn det de forbrenner ved fysisk aktivitet for å forebygge undervekt. Det vil også være viktig å dokumentere pasientens inntak av mat og drikke, for å kartlegge eventuell risiko for undervekt. Grunnen til at det er viktig å kartlegge risiko for undervekt og underernæring hos denne pasientgruppen, er fordi undervekt er en faktor som er med på å gjøre prognosen dårligere, samt er med på å øke risikoen for dødelighet (Brøndum & Sode, 2011). Studien til Hallin et al., (2006) bekrefter at mange pasienter med kols har et lavere energiinntak enn energiforbruk, og dermed øker risikoen for kols eksaserbasjoner.

Mange kols pasienter sliter med å innta tilstrekkelige antall måltider, ofte kan dette skyldes at det å spise tar mye energi og pasienter kan oppleve å bli tungpustet, noe som kan føles ubehagelig. For å kunne sikre at pasienten kan innta et måltid kan sykepleier la pasienten sitte oppe en stund før maten serveres slik at pasienten får tid til å få igjen pusten. Studien utført av Østerås, Aasbjørg og Gustad (2011) tar for seg pasienter som får NIV behandling. Denne behandlingen består av at pasientene får en maske over munnen slik at det blir lettere for dem

å puste. Disse pasientene kan grue seg litt for å ta den av når de skal spise eller drikke, da de vil føle at det å puste uten hjelp kan være tungt og utfordrende. For å gjøre det så lite anstrengt som mulig er det viktig at sykepleier hjelper pasienten med å finne en god sittstilling, tilrettelegger måltider og er oppmerksom på at pasienten får i seg nok drikke. Ved NIV behandling blir pasientene ofte veldig tørre i munnen på grunn av behandlingen, men også på grunn av rask respirasjonsfrekvens (Østerås, Aasbjørg & Gustad, 2011).

Under måltider kan det være lurt for pasientene å ta hvilepauser, mange kols pasienter har god effekt av å hvile hodet på hendene med albue på bordet samtidig som de benytter seg av leppepust. Det er også viktig at pasienten får bruke god tid til å innta måltidet og unngå å stresse pasienten. Det kan også være lurt å servere pasienten mindre måltider gjerne 6 til 8 ganger om dagen (Hjalmarsen, 2012). Ved store måltider kan noen pasienter ha et ønske om at maten skal være oppskåret. Dette er fordi noen pasienter bruker mye energi og blir tungpustet av å bruke tid på å dele opp maten (Almås et al., 2015).

Vi har erfart i praksis at mange pasienter med kols ofte kan ha nedsatt matlyst, både på grunn av at de er tungpustet, men også fordi de kan ha en del slim som må hostes opp. Det vil da være et alternativ å tilby de ønskekost, slik at pasientene kan ønske seg den maten de tror er best tilpasset deres matsituasjon. Andre årsaker kan være fatigue eller at de er ensomme, siden mange sitter alene på rommet, da de ikke orker å føre lengre samtaler med andre pasienter. Mange pasienter kan isolere seg inne på rommet, da de har en del ekspektorat og hoste. Det kan føre til at pasienten føler seg ubekvem, og opplever en redsel for hva de andre pasientene tenker om situasjonen. Ved dette tilfelle kan en gi pasienten slimløsende middel en stund før måltidene. Et annet tiltak som kan være med på å gi pasienten bedres matlyst er å servere appetittvekkende mat, som er fargerik og ser god ut. I tillegg kan en motivere pasientene til å spise i spisesalen sammen med andre, da mange synes det er hyggeligere å spise sammen med andre.

Henderson (1997) sier at sykepleieren har i oppgave å kartlegge eller undersøke hvilke matvaner pasientene har. Dette innebærer både hvor ofte pasienten spiser og hva kostholdet består av. Sykepleieren kan da tilrettelegge et måltid for pasienten, og som Henderson (1997) beskriver er det sykepleierens oppgave å motivere pasienten til å innta måltider. Hun sier også at det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten med å innta næring eller legge til rette for og

oppmuntre pasienten til å ta del i dette selv. På denne måten kan pasienten bli mer selvstendig og mestre dette på egenhånd.

Ved innleggelse i sykehus har vi erfart at det er en rutine å kartlegge pasientens KMI. Det utføres også ernæringscreening dersom pasienten er eller står i fare for underernæring. Dette er også noe som studien til Odenrants, Ehnfors og Ehrenberg (2008) legger vekt på. Denne studien belyser at det er like viktig å kartlegge KMI og utføre en ernæringscreening hos de pasientene med kols eksaserbasjoner, som hos pasientene med en lettere grad av kols.

Henderson (1997) beskriver viktigheten av å kartlegge pasientens matvaner. Dette tenker vi at også gjelder når pasientene er hjemme, både hvor ofte han spiser og hva kostholdet består av. Det vil være viktig å tenke på at pasienter som er innlagt på sykehus kanskje spiser bedre når de er innlagt, fordi det er mer tilrettelagt med måltider enn det de har i hjemmet. Matvanene kan derfor være annerledes når pasienten er hjemme, hvis pasienten ikke har hjelp av hjemmesykepleien for å lage mat, er det ikke sikkert at pasienten orker å lage seg mat. Det kan også være at de pasientene som får laget mat av hjemmesykepleien, men ikke klarer å få i seg maten når pleierne har dratt. Mange pasienter kan ha behov for at hjemmesykepleien handler inn mat til dem fast en gang i uken, slik at det skal være mer tilrettelagt og pasienten har lettere tilgang til å lage seg mat. Det vil være en utfordring å kartlegge pasientens matvaner og hvor mye de får i seg når de bor hjemme. Dette fordi det ikke er noen som får observert hvor mye pasienten spiser, siden hjemmesykepleien drar fra pasienten før de får spist. De vil derfor i større grad være i fare for å utvikle undervekt når de er hjemme, enn når de er på sykehus. Dette belyser også studien til Odenrants, Ehnfors & Ehrenberg (2008), men dette kan variere fra pasient til pasient ut fra deres fysiske og kognitive tilstand, det er også en del pasienter som går mer ned i vekt ved kols eksaserbasjon.

Studien til Hallin et al., (2006) belyser at energiinntaket hos denne pasientgruppen er lavere enn energibehovet. Dette er bevist da pasientene selv førte matdagbok som viste matinntaket i løpet av en uke. Denne studien bekrefter også at underernæring kan føre til større risiko for gjentatte kols eksaserbasjoner, enn hos pasienter som er normalvektige. Studien til Ersgard og Pedersen (2011) påpeker at kols pasienter har et høyere basalstoffskifte og dermed et økt energiforbruk, men at det er variasjoner mellom pasienters totale daglige energibehov. Denne studien viser også at hvilestoffskiftet hos pasienter med kols var forhøyet de fire første dagene etter en sykdomsforverring. Med dette kan man se at kols eksaserbasjon krever mer energi

enn i en stabil fase av sykdommen. For de pasientene som sliter med gjentatte kols eksaserbasjoner vil det være utfordrende å gå opp i vekt før de får neste kols eksaserbasjon.

Ved tidlig oppdagelse av risiko for undervekt, kan man sette i gang tiltak for å forsøke å hindre forverrelse i løpet av sykehusoppholdet. Det vil også være viktig å sørge for at pasientens ernæringsbehov blir dekket når han kommer hjem igjen eller til andre institusjoner. For de pasientene som skal hjem kan det være lurt å vurdere behovet for en samtale med en ernæringsfysiolog, som da kan snakke med pasienten og lage en kostplan som er tilpasset til den enkelte. Ved at pasienten har kontakt med en ernæringsfysiolog kan de få råd og veiledning i forhold til kosthold. For å forebygge underernæring hos denne pasientgruppen kan det være nødvendig å gi ekstra kaloritilførsel gjennom økt matinntak eller andre tiltak som næringsdrikk, berike maten ved å tilføre fløte, olje eller ekstra smør i måltidene.

I følge Hjalmarsen (2012) anbefales det å spise 6 - 8 små og hyppige måltider per dag, innta måltidene i rolig tempo og gjerne hvile en halvtimes tid før man spiser. Dette gjelder særlig de store måltidene som for eksempel middag. Samt å hvile opp mot to timer etter at måltidet er inntatt. Dette belyser også studien utført av Østerås, Aasbjørg og Gustad (2011). Hvile før og etter måltider anbefales fordi man på denne måten kan oppnå optimal oksygentilførsel i fordøyelsesprosessen. Det vil også være med på å øke opptaket av næringsstoffer, noe som er gunstig for å gå opp i vekt og få en bedre helse. Det kan være ulike årsaker til at denne pasientgruppen ikke får i seg et tilstrekkelig kosthold, men en av årsakene er at pasientene bruker veldig mye krefter på å ha optimal respirasjon, som kan føre til at de ikke orker å spise et normalt måltid. Det kan derfor være et alternativ at de pasientene som har muligheten sitter med oksygen under måltidene.

## 4.2 Betydningen av å puste optimalt.

For pasienter med kols vil det å puste normalt føles som en evig kamp, grunnen til at pasientene føler dette er som Giæver (2015) forklarer at det blant annet er den økte sekretproduksjonen og at alveoleveggen klapper i sammen. Noe som fører til at det blir mindre plass til det luftvolumet som pasienten trenger. Dette gjør at pasienten opplever luftveismotstand. Det vil variere fra pasient til pasient hvilken av faktorer som er med på å forårsake luftveismotstanden, og eventuelt er med på å forverre pustebesværet. Ut ifra det vi

vet om kols og røyking, vil en pasient som røyker daglig trolig oppleve en raskere utvikling og forverring av sykdommen enn de som ikke røyker. Dette kan begrunnes med at et av behandlingstiltakene er å motivere for å slutte å røyke da det kan bremse sykdommen. I litteraturen anbefales det å slutte å røyke for å kunne leve bedre med sykdommen (Giæver, 2015).

Videre forklarer Giæver (2015) at det er sammenhengen av emfysem og kronisk bronkitt som utgjør pasientens luftveismotstand, hoste og sekret. Grunnen til at denne pasientgruppen opplever redusert ventilasjonsevne er fordi diafragma ikke får kommet i en kuppelstilling ved pasientens inspirasjonsstart grunnet hyperinflaterte lunger. Hos friske mennesker står diafragma for mesteparten av respirasjonsarbeidet. Vi har også observert at det er felles for mange med kols at de puster med brystet og ikke helt nede i lungene. Giæver (2015) forklarer at dette er grunnet at pasienten tilpasser seg følelsen av luftveissammenfall. Pasientene klarer å takle dette ved at de hever inspirasjonen og ekspirasjonen til et høyere lungevolum, et nivå hvor radiusen i luftveiene er større og motstanden er mindre.

I praksis har vi møtt pasienter med kols som synes det er tungt å puste når de ligger i senga. Her har vi veiledet pasienten til høyt ryggleie og hvordan han kan dandere puter under ryggen, slik at pasienten blir sittende i thoraxleie. Dette kan da være med på lette pusten. Ved å veilede pasienten til å oppnå god ligge- og sittestilling kan han bedre mestre sykdommen sin, og de utfordringer han opplever med dyspne og dannelse av sekret i luftveiene. Hjelpemidler som PEP-fløyte og blåseflaske kan også være aktuelt at pasienten får opplæring i å bruke, da dette kan være med på å hjelpe pasienten med å få opp slim og sekret fra luftveiene.

Noen pasienter får også NIV behandling, som gjør at de kan puste lettere på egenhånd ved hjelp av en maske. Studien til Østerås, Aasbjørg og Gustad (2011) beskriver at det er en viss risiko for vekttap ved oppstart av denne behandlingen, men at ved lengre bruk av denne behandlingsmetoden reduseres risikoen for vekttap.

I tidlig fase av sykdommen vil de fleste kun ha pusteproblemer ved anstrengelse, etterhvert vil det forverres og man vil få hyppigere pustevansker uten særlig store anstrengelser. Som Almås et al., (2015) skriver vil pasientene bli gradvis hemmet i hverdagen, noe som kan være med på å påvirke livskvaliteten deres. Angst kan også bidra til redusert yteevne i hverdagen knyttet til gjentatte eksaserbasjoner. Ifølge Giæver (2015) opptrer hviledyspne sent i

sykdomsbildet, og dette er hos mange pasienter en stor utfordring da det skal svært lite til før pusten blir besværet. Våre erfaringer er at disse pasientene kvier seg for å anstrenge seg eller være i fysisk aktivitet, grunnet ubehaget de opplever ved pustebeviser.

I praksis har vi observert at det har variert fra pasient til pasient hvor mye dem sliter med ekspektorat og hvor mye dem er plaget med hoste. Men felles for de fleste er at de er mest plaget på morgenen. Når de kommer seg opp fra senga og beveger på seg løsner slimet. Aktivitet har vist seg å ha en god effekt på både å løsne slim fra luftveiene samt å bevare muskelmasse.

I følge Henderson (1997) er det viktig at sykepleieren tilrettelegger og veileder pasienten for å finne den sitte- og liggestillingen som er best, for å gi pasienten et optimalt utgangspunkt for en bedret brystekspansjon. Det vil være viktig å gi både pasient og pårørende den veiledningen de trenger, slik at de får den kunnskapen som er nødvendig for at pasienten skal bli mer selvstendig og kunne benytte seg av riktig sitte- og liggestilling når dem kommer hjem. Videre sier Henderson (1997) at pasienten trenger kunnskaper om hva som kan være med på å forverre respirasjonen, men også hvilke tiltak som vil være med på å forebygge og lindre dette. Det vil også være aktuelt at pårørende blir involvert i dette, da det ikke er sikkert at pasienten er i stand til å huske den informasjonen som blir gitt. Grunnen til at denne pasientgruppen ikke vil være i stand til å huske alt av informasjon som gis, er at noen av de pasientene som har alvorlig grad av kols kan oppleve svekket korttidsminne. En av grunnene til dette er at denne pasientgruppen kan ha et lavere oksygenmetning nivå i blodet, enn de som har mildere grad av kols (Hjalmarsen, 2012).

I studien utført av Torheim og Kvangarsnes (2013) beskrives viktigheten av at helsepersonell har forståelse for pasientens opplevelse med pustevansker og angst knyttet til dette. Dette kan gi et bedre samarbeid mellom helsepersonellet og pasienten, og bidra til at pasienten føler seg sett og ivaretatt ved at sykepleiere viser empati. Det å ha opparbeidet en god relasjon bygd på trygghet og tillit kan være med å berolige pasienten slik at han lettere kan takle utfordringer som pustevansker og eksaserbasjoner. Det er viktig at helsepersonellet tar seg god tid sammen med pasienter med kols slik at pasienten kan puste dypt og rolig, og ha nytte av oksygenet. Dette kan hindre hypoventilering og dyspne, som igjen kan føre til redusert allmenntilstand og cyanose grunnet et lavere oksygenopptak.

Vi møtte en pasient i praksis som hadde alvorlig grad av kols og som slet en del med angstanfall i forbindelse med sykdommen. Det var en episode når en av oss skulle skifte på sengen til pasienten, mens hun satt på en stol og pratet. Pasienten var avhengig av oksygen nesten hele tiden, men klarte seg i korte perioder uten. Det ble målt oksygenmetning i blodet før vi tok av oksygentilførselen og ved jevne mellomrom når hun satt uten. Etter noen minutter forteller pasienten at hun er kvalm og blir blek, hun begynner å hyperventilere og stresser seg opp. Vi tar da vitale parametere, men alle målinger er innenfor normalverdiene. Det kommer en sykepleier, vi får pasienten opp i sengen og får dandert puter i thoraxleie, og pasienten får oksygentilførsel. Pasienten blir bedre relativt fort samt at pusten blir bedret. I ettertid tenkte vi over hva som kunne være med på å utløse dette, og det var muligens en angstfølelse, samt at hun var stresset over at hun snart skulle hjem. Da vi leste i papirene hennes viste det seg at hun har hatt angstanfall gjentatte ganger før, og at hun sannsynligvis er en person som trenger trygge rammer rundt seg.

Når det gjelder pasienter som sliter med angst, vil det være veldig viktig å opparbeide en trygg relasjon slik som Torheim og Kvangarsnes (2013) sier noe om i sin studie. Det kan også være lurt at sykepleier er litt påpasselig med hvilke temaer som tas opp med pasienten, da sårbare temaer kan være med på å gjøre pasienten stresset. Dette kan være en faktor som er med på å utløse angst og hyperventilering.

### 4.3 Betydningen av å lære for selv å mestre sin helse.

For at pasienten skal kunne ta bevisste valg i forhold til sin livsstil og sykdom bør pasienten ha tilstrekkelig med kunnskaper. Som sykepleiere ønsker vi at pasienten selv skal være delaktig i egen behandlingsprosess, og dermed er det vår oppgave å sørge for at pasienten får tilstrekkelig informasjon gjennom veiledning. I følge Tveiten (2007) skjer veiledning via en dialog mellom sykepleier og pasient, her kan pasienten bearbeide egne opplevelser, tanker og følelser. Samtidig kan sykepleieren stille spørsmål og åpne opp til en refleksjon som kan styrke pasientens selvbevissthet og mestringskompetanse. Tveiten (2008) sier noe om at den første veiledningen som finner sted bør ta utgangspunkt i å bli kjent med pasienten og skape tillit. Pasienten trenger følelsen og opplevelsen av å bli sett, hørt, tatt på alvor samt at veilederens oppmerksomhet er på pasienten. Dette vil da være med på å skape tillit mellom partene. I hverdagen på et sykehus vil dette være utfordrende da det ofte er hektisk og



sykepleiere ofte har begrenset tid med hver enkelt pasient. Dette kan være utfordrende da det blant annet kan ta lengre tid å skape relasjoner til noen pasienter enn det er med andre.

I praksis har vi observert at noen pasienter er trygge og andre usikre. Noen pasienter har fått god veiledning, og de har blant annet tilegnet seg tilstrekkelig med kunnskaper og har en viss forståelse for sin sykdomssituasjon. Disse pasientene klarer ofte å mestre sykdommen og de fysiske og psykiske utfordringene bedre, enn de som ikke har tilstrekkelig med kunnskaper (Tveiten, 2007).

Våre erfaringer fra praksis er at måten informasjonen blir gitt på bør tilpasses hver enkelt pasient, da ikke alle er like mottakelige for å motta informasjon og forstå den informasjonen som blir gitt. Faktorer som kan påvirke den kognitive tilstanden er sykdom som alzheimer demens, smerter, akutt eksaserbasjon av kols, støy og forstyrrelser i omgivelsene. Tveiten (2007) beskriver også at pasientens motivasjon og forventninger kan innvirke på resultatet av veiledningen. For å sikre at pasienten har forstått informasjonen som er gitt kan sykepleieren stille kontrollspørsmål. Dette gjøres for å unngå at pasienten har misforstått informasjonen. Samtidig vil det være viktig å ikke stille for mange spørsmål og gå gjennom for mye informasjon på nytt. Dette er fordi noen pasienter kanskje ikke orker å få mer informasjon, da noen kan bli lei seg og nedstemt ved mye prat om sykdommen (Tveiten, 2007).

Henderson (1997) sier noe om at det er sykepleieren som skal ha den undervisende rollen ovenfor pasienten. Målet med veiledningen skal være å hjelpe pasienten til å forstå og bli selvstendig. For at pasienten skal bli selvstendig er det vesentlig at pasienten er motivert, viser interesse og tar initiativ til læringen, og det er sykepleierens oppgave å motivere de umotiverte. Det vil da være lettere for pasienten å oppnå resultater, ved at de er mer mottakelige for den kunnskapen og informasjonen de får gjennom veiledning. Henderson (1997) sier noe om at det er sykepleierens oppgave å fremme medvirkning og at pasienten skal bli mer selvstendig gjennom veiledning og læring, og det er noe vi også har erfart i praksis. Sykepleiere kan på forskjellige måter fremme medvirkning, men sykepleierne må være positive til dette. På sykehus vil pasientens grad av medvirkning variere fra hvilken sykepleier som er på jobb eller i hvordan form pasienten er i.

Vi har tidligere i oppgaven skrevet om pasientenes rett til å medvirke. Dette er noe som er lovfestet ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Dette betyr i praksis at sykepleiere skal tilrettelegge slik at pasienten har mulighet til å medvirke til gjennomføring av tjenester, så sant det ikke står om liv og fare. Det er i praksis noe varierende i hvor stor grad pasientens medvirkning er til stede, noe som også belyses i studien til Bjørslund, Wilde-Larsson og Kvigne (2012). Denne studien viser at graden av medvirkning var større når pasientene var tydelige på sine behov eller hadde kunnskaper om sin sykdom og situasjon. De dårlige pasientene som ikke klarte å uttrykke seg tilstrekkelig var i mindre grad med på å medvirke i sin behandling, dette grunnet at de opplevde pustebesvær og fatigue. Konklusjonen i denne forskningen viser at både pasienten og sykepleieren kan være med på å enten fremme eller hindre brukermedvirkningen. Det viser seg også at pasientene opplever at de sykepleierne som tar seg god tid og respekterer dem og deres behov, i større grad er med på å fremme deres behov for medvirkning i deres behandlingsforløp i sykehus (Bjørslund, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012).

Dette kan også sammenlignes med studien til Torheim og Kvangarsnes (2013) men som tok for seg brukermedvirkning hos pasienter med kols eksaserbasjon i en intensivavdeling, hvor det er en veldig hektisk hverdag. Både studien til Bjørslund, Wilde-Larsson og Kvigne (2012) og Torheim og Kvangarsnes (2013) har resultert i at graden av brukermedvirkning er noe varierende fra pasient til pasient. De viser også til at de pasientene som er mer tydelige på sine behov og har kunnskaper ofte får medvirke i større grad. Sykepleierens holdninger og forståelse for pasientens situasjon vil også være en faktor som er med på å avgjøre i hvor stor grad pasientens medvirkning blir ivaretatt.

Stort sett har vi erfart at sykepleiere har vært opptatt av å fremme medvirkning ved at de inkluderer pasienten i planlegging av dagen, dette kan for eksempel gjelde når pasienten selv ønsker å ha gåtrenoing. Men det er ikke alltid at sykepleieren har mulighet til å utføre gåtrenoing akkurat når pasienten ønsker det, grunnet at det kan være andre oppgaver som i noen tilfeller må gjøres. Da det er en hektisk hverdag på et sykehus, kan oppgaver som dukker opp gjøre at gåtrenoingen til pasienten blir utsatt til et senere tidspunkt. Da det ikke alltid er mulig for en sykepleier å planlegge arbeidsdagen, vil det da være vanskelig å avtale en bestemt tid, men at pasient og sykepleier setter kortsiktige og langsiktige mål sammen. Ved at en gjør dette vil pasienten føle seg inkludert og at deres meninger og autonomi blir ivaretatt.

Studien til Bjørslund (2007) viser også at pasienter kan oppleve brukervedvirkning i større grad dersom det blir lagt til rette for det i sykehusavdelingen. Samtidig sier Bjørslund (2007) i sin studie at den erfaringen intervjupersonene har til begrepet brukervedvirkning er redusert ved at de ikke har forståelse for hva begrepet betyr. Pasientene må rett og slett ha begrepet forklart på en mer hverdagslig måte. De fleste pasientene som blir intervjuet i denne studien forteller at de er flinke til å stille spørsmål, samt at de fremmer sine ønsker og meninger, men at helsepersonell og sykepleiere ikke alltid er flinke til å fremme eller oppmuntre pasienten til å medvirke. Dette belyser studien til Bjørslund, Wilde-Larsson og Kvigne (2012) ved at noen pasienter føler at de ikke får ta del i avgjørelser som blir tatt, og dermed føler at de ikke blir respektert som menneske. Dette kan skje på grunn av at helsepersonellet i avdeling har mye å gjøre eller ved at helsepersonellet ikke ser og ivaretar behovene og ønskene pasienten har. I praksis har vi observert at de sykepleierne som føler at de har dårlig tid ofte gjør det de selv har planlagt. På grunn av at dette kan virke raskere og enklere enn den måten pasienten ønsker å utføre det på. Dette vil være å overstyre pasienten og ikke ta hensyn til deres ønsker og behov. Disse sykepleierne er heller ikke på å fremme pasientens medvirkning, men de er heller med på å hindre pasientens medvirkning.

Det at sykepleiere kan påvirke pasientens grad av medvirkning er noe som er tydelig i praksis. De sykepleierne som stresser rundt og har det travelt, kan gjøre at de har et kroppsspråk som kan føre til at pasienten ikke tør å komme med sine ønsker eller behov fordi de føler at de er til bry. Det er ikke bare sykepleieren som bestemmer i hvor stor grad pasientene skal medvirke, men det vil også være opp til pasienten selv. Noen pasienter kan ha et større ønske om å delta i behandlingsforløpet, mens andre ønsker at det skal være opp til sykepleieren og legen å bestemme.

## 5.0 Konklusjon

Vi har gjennom arbeidet med denne oppgaven funnet ut at mange pasienter med kols er underernærte. Forskning har vist at underernæring ved kols kan bidra til sykdomsforverring og økt risiko for dødelighet. Vi har hatt fokus på hvordan sykepleiere kan bidra til at pasientene selv kan ta del i behandlingen. Dette kan gjøres gjennom brukermedvirkning og veiledning slik at pasienten selv får kunnskaper om sin sykdom, og hvordan han kan mestre utfordringer knyttet til sykdommen. Ved at pasienten tilegner seg kunnskaper kan han ta mer bevisste valg angående sin helse og livsstil. For å kunne forebygge underernæring hos denne pasientgruppen er det viktig å kartlegge KMI og vektendringer tidlig, dette for å raskere kunne sette i gang tiltak som reduserer risikoen for undervekt. Sykepleiere bør ha kunnskaper om hvordan de kan forebygge underernæring.

Forskning viser også at det er varierende i hvilken grad pasientene er med på å medvirke i sin behandling. Funnene vi har gjort er at sykepleiere kan både fremme og hindre pasientens medvirkning. Samtidig viser det seg at pasientene som er tydelige på sine behov og har kunnskaper om sin sykdom, medvirker i større grad enn de som ikke har tilstrekkelige kunnskaper. Andre faktorer som kan påvirke graden av medvirkning er smerter, kognitiv svikt og kols eksaserbasjon. Videre kan man se at sykepleierens holdninger og forståelse kan påvirke i hvor stor grad sykepleieren tilrettelegger for pasientens medvirkning, samt om sykepleieren oppmuntrer pasienten til medvirkning eller ikke.

For å forebygge underernæring hos denne pasientgruppen kreves det observante sykepleiere som kan sette i gang forebyggende tiltak og behandling tidligst mulig. Gjennom veiledning kan pasienten øke kunnskapsnivået sitt, slik at han selv kan ta del i behandlingen. Pasienten bør ha kunnskaper om viktigheten av et kosthold med tilstrekkelige næringsstoffer, kalorier, proteiner og vitaminer. En balanse mellom kaloriinntak og kaloriforbruk er også viktig for å unngå undervekt. På denne måten kan han ta valg som fremmer sin helse. Det er vanskelig å trekke en konkret konklusjon på vår problemstilling, da litteraturen og forskningen ikke fastslår på hvilken måte man kan forebygge underernæring hos pasienter med kols. Det vi ser gjennom denne oppgaven er at det krever mye fra både pasient og sykepleier. Sykepleierens oppgave blir å motivere pasienten, sørge for at pasienten har kunnskaper om sin situasjon og å tilrettelegge for brukermedvirkning. Pasienten må selv være motivert for en endring, tilegne seg kunnskaper og bli bevisst på sine valg. Pasienter med kols opplever utfordringer knyttet til

sin sykdom som påvirker hverdagen. Mange pasienter med kols bruker mye energi på oppnå optimal respirasjon. Det er derfor viktig at de har god tid i forbindelse med måltider og unngår stress som kan føre til angst og dyspne.

## Litteraturliste

Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B. H. & Sorknæs, A. D. (2015). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 107-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Askheim, O. P. (2007). Empowerment - ulike tilnæringer. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment I teori og praksis*. (1 utg., s. 21-33). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Bjørnsland, B. (2007). "Med hodet over vannet": opplevelse av brukermedvirkning hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) (Masteroppgave) Akershus: Høgskolen i Akershus.

\*Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(1), 20-33.

\*Brøndum, E. & Sode, V. (2011). KOL og ernæring. I L. Moll, P. L. Lange & B. H. Dahl (Red.), *KOL- sykdom, behandling og organisation*. (1 utg., s. 101-107). København: Munksgaard Danmark.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving*. (5 utg., s. 63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Elling, I. & Refvem, O. K. (2014). *Kols - Kronisk obstruktiv lungesykdom*. Hentet fra <https://www.lhl.no/lunge/kols/>

\*Ersgard, K. B. & Pedersen, P. U. (2011). Energibehovet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse - et litteraturstudie. *Vård i Norden*, 31(1), 21-24

\*Giæver, P. (2015). *Lungesykdommer*. (3 utg., s. 80-103). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Hallin, R., Koivisto-Hursti, U. K., Lindberg, E. & Janson, C. (2006). Nutritional status, dietary energy intake and the risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiratory Medicine*, 100(3), 561-567.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2005.05.020>

\*Helsedirektoratet. (2012). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. (Rundskriv IS-2029) Oslo: Helsedirektoratet.

\*Helsedirektoratet. (2016). *Kols - kronisk obstruktiv lungesykdom*. Oslo: Helsedirektoratet.  
Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols>

Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no>

\*Henderson, V. (1997). *Basic Principles of Nursing Care*. Maryland: American Nurses Publishing

\*Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer*. (1 utg., s. 70-145). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Mjell, J. (2014). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1 utg., s. 209-241). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Odenrants, S., Ehnfors, M. & Ehrenberg, A. (2008). Nutrition status and patient characteristics for hospitalised older patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), 1771-1778. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02292.x>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no>

\*Sjøen, R. L. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4.utg., s. 247 - 256). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Torheim, H. & Kvangarsnes, M. (2013). How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 741-748. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12106>

\*Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker...: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2.utg., s. 57-78, 79-115). Bergen: Fagbokforlaget.

\*Østerås, H., Aasbjørg, M. & Gustad, L. T. (2011). Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus?. *Sykepleien*, 6(2), 124-133. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleief.2011.0102>



## Vedlegg 1: Egenvalgt litteratur

Litteratur	Antall sider
Askheim, O. P. (2007). Empowerment - ulike tilnæringer. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), <i>Empowerment I teori og praksis</i> . (1 utg., s. 21-33). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.	13
Bjørslund, B. (2007). "Med hodet over vannet": opplevelse av brukermedvirkning hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) (Masteroppgave) Akershus: Høgskolen i Akershus.	123
Bjørslund, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> , 8(1), 20-33.	14
Brøndum, E. & Sode, V. (2011). KOL og ernæring. I L. Moll, P. L. Lange & B. H. Dahl (Red.), <i>KOL- sykdom, behandling og organisation</i> . (1 utg., s. 101-107). København: Munksgaard Danmark.	7
Elling, I. & Refvem, O. K. (2014). <i>Kols - Kronisk obstruktiv lungesykdom</i> . Hentet fra <a href="https://www.lhl.no/lunge/kols/">https://www.lhl.no/lunge/kols/</a>	4
Ersgard, K. B. & Pedersen, P. U. (2011). Energibehovet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse - et litteraturstudie. <i>Vård i Norden</i> , 31(1), 21-24	4
Giæver, P. (2015). <i>Lungesykdommer</i> . (3 utg., s. 80-103). Oslo: Universitetsforlaget.	24
Hallin, R., Koivisto-Hursti, U. K., Lindberg, E. & Janson, C. (2006). Nutritional status, dietary energy intake and the risk of exacerbations in	7

patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <i>Respiratory Medicine</i> , 100(3), 561-567. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2005.05.020">http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2005.05.020</a>	
Helsedirektoratet. (2012). <i>Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging</i> . (Rundskriv IS-2029) Oslo: Helsedirektoratet.	174
Helsedirektoratet. (2016). <i>Kols - kronisk obstruktiv lungesykdom</i> . Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <a href="https://helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols">https://helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols</a>	3
Henderson, V. (1997). <i>Basic Principles of Nursing Care</i> . Maryland: American Nurses Publishing	84
Hjalmarsen, A. (2012). <i>Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer</i> . (1 utg., s. 70-145). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.	74
Odenrants, S., Ehnfors, M. & Ehrenberg, A. (2008). Nutrition status and patient characteristics for hospitalised older patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17(13), 1771-1778. <a href="http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02292.x">http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02292.x</a>	8
Sjøen, R. L. & Thoresen, L. (2012). <i>Sykepleierens ernæringsbok</i> (4.utg., s. 247 - 256). Oslo: Gyldendal Akademisk.	10
Torheim, H. & Kvangarsnes, M. (2013). How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit?. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 28(4), 741-748. <a href="http://dx.doi.org/10.1111/scs.12106">http://dx.doi.org/10.1111/scs.12106</a>	8
Tveiten, S. (2007). <i>Den vet best hvor skoen trykker....: Om veiledning i empowermentprosessen</i> . Bergen: Fagbokforlaget.	56
Tveiten, S. (2008). <i>Pedagogikk i sykepleiepraksis</i> (2.utg., s. 57-78, 79-115). Bergen: Fagbokforlaget.	59

<p>Østerås, H., Aasbjørg, M. &amp; Gustad, L. T. (2011). Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus?. <i>Sykepleien</i>, 6(2), 124-133.</p> <p><a href="http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0102">http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0102</a></p>	<p>10</p>
	<p><b>Totalt antall s. 682</b></p>

## Vedlegg 2 – Pico-skjema

P Person/pasient/problem	I Intervensjon/eksposisjon	C Evt. sammenligning	O Utfall
<p>Kols</p> <p>Underernæring</p> <p>COPD</p> <p>Underweight</p> <p>Chronic obstructive pulmonary disease</p> <p>Malnutrition</p> <p>Energy metabolism</p> <p>Pulmonary disease</p> <p>Sykehus</p> <p>Brukermedvirkning</p>	<p>Forebygging</p> <p>Veiledning</p>		<p>Unngå vekttap</p> <p>Forebygge kols eksaserbasjoner</p>

