

Maria Gunnerud og Amanda Bjørnstad Jahnsen

Bacheloroppgave

Kols og underernæring – et økende problem

COPD and malnutrition – an increasing problem

BASY2015

2018

Veileder: Gunilla Fredheim

Antall ord: 12100

Norsk sammendrag

Tittel: Kols og underernæring - et økende problem

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilken rolle sykepleieren har i forhold til problemene med underernæring hos pasienter med kols grad 3-4 og eksaserbasjon og hvilke tiltak sykepleieren kan gjøre for å redusere antall underernærte.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols eksaserbasjon innlagt på sykehus.

Teori: I dette kapitlet vil vi skrive om temaer som er relevante i forhold til vår problemstilling. Temaene vi utdyper er kols, underernæring, veiledning, brukermedvirkning og sykepleierens rolle.

Metode: Bacheloroppgaven er et litteraturstudie. Det er blitt brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og erfaringer fra praksis

Konklusjon: Hos pasienter med kols eksaserbasjon er det mange ulike årsaker som bidrar til underernæring. Ved hjelp av ernæringskartlegging kan sykepleieren raskt igangsette tiltak når en pasient kommer inn på medisinsk avdeling. Når sykepleieren har fokus på informasjon, undervisning og veiledning fremmer hun brukermedvirkning. Dette er noe som hjelper pasienten til å få en bedre forståelse av egen sykdom og hvorfor det er viktig med rett ernæring.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans	5
1.2 Hensikt og problemstilling	6
1.3 Avgrensning og begrepsavklaring	6
2.0 Teori	8
2.1 Kols	8
2.1.1 Diagnostikk	8
2.1.2 Ekspektorat og sekret.	9
2.1.3 Bronkodilatorer og glukokortikoider.	9
2.1.4 Eksaserbasjon	9
2.1.5 Noninvasiv ventilasjonsbehandling (NiV)	10
2.2 Underernæring	10
2.3 Kols og underernæring	11
2.4 Brukermedvirkning	12
2.5 Veiledning	13
2.6 Sykepleierens funksjon	14
2.7 Sykepleierteori	15
2.7.1 Å hjelpe pasienten til å puste normalt.	15
2.7.2 Å hjelpe pasienten å spise og drikke tilstrekkelig.	16
2.7.3 Hjelp pasienten å lære.	16
3.0 Metode	17
3.1 Litteraturstudie som metode	17
3.2 Litteratursøk	18
3.3 Kildekritikk	19
3.4 Etske overveielser	21
4.0 Presentasjon av funn	22
4.1 Påvirkes ernæringen ved kols	22
4.2 Tilpasset informasjon	23
4.3 Sykepleierens påvirkning	24

4.4 Hva kan forebygge underernæring?	25
5.0 Diskusjon	26
5.1 Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienten med å puste	26
5.2 Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienten å spise og drikke tilstrekkelig	29
5.3 Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienten å lære	32
6.0 Konklusjon	37
Litteraturliste	
Vedlegg 1 - PICO skjema	
Vedlegg 2 - Samleskjema for forskning	
Vedlegg 3 - Søkeprosess	
Vedlegg 4 - GOLD-kriteriene	
Vedlegg 5 - Kunnskapspyramiden	

1.0 Innledning

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er et folkehelseproblem hvor forekomsten er økende både i Norge og resten av verden (Helsedirektoratet, 2012, s. 9). På verdensbasis rangerer verdens helseorganisasjon (WHO, 2017) kols som den fjerde dødeligste sykdommen i verden og i 2015 døde 3,2 millioner av denne sykdommen. Helsedirektoratet (2012, s. 36) opplyser at mellom 250 000 og 350 000 personer har kols i Norge, men det er trolig bare halvparten som vet at de har det. Hos voksne er kols den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelse (Brodtkorb 2010, s. 329). Den viktigste årsaken til kols er tobakksrøyk (Bakkelund, Thorsen, Almås, Sorknæs & Grønseth, 2016, s. 133). Hos pasienter med alvorlig kols, er 25-40% av de underernært. Økt muskelarbeid, tung pust og dårlig matlyst er faktorer som fører til redusert matinntak og vekttap (Bakkelund et al., 2016, s. 139).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans

I løpet av sykepleierstudiet har vi hatt praksis på medisinsk avdeling ved Kongsvinger sykehus, hvor fire av åtte uker omhandlet lungepasienter. Her var vi i daglig kontakt med pasienter diagnostisert med en alvorlig grad av kols. Vi observerte at underernæring ofte var et tilhørende problem hos disse pasientene, men at det ikke var stort nok fokus på dette. Vi har også møtt pasienter med kols i de andre praksisene vi har vært i, da dette er et stort problem i Norge. Årlig dør 2000 personer av kols (Helsedirektoratet, 2012, s. 36). Vi har gjennom våre praksisperioder erfart at det er i den eldre befolkningen forekomsten øker mest. Vi opplevde også at pasienter med alvorlig grad av kols oftere var inneliggende i sykehuset med eksaserbasjon. Temaet kols og ernæring har en høy sykepleiefaglig relevans, da det tar for seg både sykepleierens forebyggende funksjon og undervisende og veiledende funksjon. Det tar også for seg pasientens grunnleggende behov for optimal respirasjon og tilstrekkelig tilførsel av væske og ernæring. Mange pasienter kan være uvitende om at kols bidrar til økende ernæringsbehov og nedsatt ernæringsstatus. Hvordan kan sykepleieren bidra til økt kunnskap? Hvor flinke er egentlig sykepleiere til å fokusere på ernæring når pasienter

kommer inn med kols eksaserbasjon på en medisinsk avdeling? Dette skal vi se nærmere på i vår oppgave da vi mener sykepleieren i møte med kolspasienter må ha et større fokus på ernæring og forebygging av underernæring i sykehus. Vi skal se på om betydningen av gode kunnskaper hos sykepleieren kan hjelpe til å forebygge underernæring hos pasienter med kols innlagt på medisinsk avdeling.

1.2 Hensikt og problemstilling

I denne bacheloroppgaven tar vi for oss hvordan sykepleieren kan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols innlagt på sykehus. Vi ønsker å finne ut om god informasjon, veiledning og brukermedvirkning kan bidra til å forebygge.

Sykepleieren har åtte funksjonsområder og vi vil i denne oppgaven ha fokus på forebygging og undervisning og veiledning. Vi trekker også inn funksjonsområdet behandling (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 17).

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols eksaserbasjon innlagt på sykehus?

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Vi skal ha fokus på unge eldre pasienter inneliggende på sykehus med eksaserbasjon og kols grad 3-4. I denne oppgaven tar vi for oss de unge eldre som Ranhoff (2014, s. 79) omtaler som aldersgruppen 60-75 år. Vi har valgt å ikke vinkle oppgaven mot pårørende, selv om vi vet at de har en viktig rolle hos pasienter med kols.

Henderson (2004, s. 19) skriver om menneskets 14 grunnleggende behov, og vi har valgt å legge vekt på tre på grunn av relevans i forhold til vår oppgave. De punktene vi vil vektlegge er å puste normalt, å spise og drikke tilstrekkelig, å hjelpe pasienten å lære.

Vi vet at den viktigste faktoren for utvikling av kols er tobakksrøyking, men vi har valgt å ikke ta med dette i oppgaven da vårt hovedfokus skal være forebygging av underernæring. Eksaserbasjon er fagordet for akutt forverring av sykdommen kols (Bakkelund et al., 2016, s. 134). I oppgaven vil vi beskrive kolsforverring som eksaserbasjon. Vi vil ikke ha noen avgrensning når det kommer til kjønn. For å skape en flyt i teksten og gjøre oppgaven mer oversiktlig, ønsker vi å omtale pasienten eller personen som ”han” og sykepleieren som ”hun”. Dette gjør vi uavhengig av kjønn på den omtalte personen.

2.0 Teori

2.1 Kols

Kols er et samlebegrep for lungesykdommer som preges av økt luftveismotstand (Brodtkorb 2014, s. 385). Kols er en ikke reversibel sykdom og lar seg ikke fullt ut normalisere (Bakkelund et al., 2016, s. 133). Sykdommen forverres med økende alder og er vanligst i aldersgruppen 60-74 år (Brodtkorb 2010, s. 329). Symptomene hos pasienter med kols-diagnose kommer gradvis over flere år (Helsedirektoratet, 2012, s. 23). Kronisk inflammasjon skader de små luftveiene og gir økt motstand mot luftstrømmen (Bakkelund et al., 2016, s. 133). En kombinasjon av kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem er hovedsakelig det som utgjør kols (Giæver, 2015, s. 80). Kronisk obstruktiv bronkitt er inflammasjon i de mindre og større luftveiene, som fører til økt sekretproduksjon og økt luftveismotstand (Giæver, 2015, s.82). Ved emfysem er lungens alveoler permanent utvidet fordi alveoler har smeltet sammen til større enheter. Det gir redusert areal for gassutveksling, mindre elastisitet i lungens fibre samt tap av kapillærer rundt alveolene (Giæver, 2015, s. 81).

2.1.1 Diagnostikk

Kols påvises ved nedsatt funksjon i lungene, arbeidskapasitet, livskvalitet og eksaserbasjoner (Giæver, 2015, s. 92). Nedsatt funksjon i lungene måles ved en spirometriundersøkelse. Ved en slik undersøkelse vil man finne ut hvor mye luft pasienten greier å puste ut i løpet av det første sekundet etter full inhalasjon, forsert ekspiratorisk volum første sekund (FEV1). FEV1 deler man på forsert volumkapasitet (FVK), som gir forsert ekspirasjonsvolum (FEV%). Dette gir en indikasjon på hvor trange luftveiene er. Er FEV% mindre enn 70% defineres det som kols. Kols klassifiseres etter internasjonale kriterier, The global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD-kriteriene) og alvorlighetsgraden klassifiseres i fire stadier (vedlegg 4) (Bakkelund et al., 2016, s.134).

2.1.2 Ekspektorat og sekret.

Ved kols er cilie-funksjonen nedsatt eller hindret. Dette fører til sekretopphopning i lungene, noe som igjen fører til bakterievekst som gir farget ekspektorat med vond lukt og smak (Bakkeland et al., 2016, s. 145). Vond smak i munnen fra ekspektoratet kan redusere pasientens matlyst (Bakkeland et al., 2016, s. 154). 25-40% av pasientene med kols er underernærte. Tung pust og dårlig matlyst er også årsaker som fører til redusert matinntak (Bakkeland et al., 2016, s. 139).

2.1.3 Bronkodilatorer og glukokortikoider.

Bronkodilatorer er medisiner som utvider luftveiene, de virker på den glatte muskulaturen i bronkiene. Noen bronkodilatorer gir bivirkninger som sure oppstøt og kvalme (Giæver, 2015, s. 96). Bivirkninger som munntørrehet og obstipasjon opptrer også (Bakkeland et al., 2016, s. 136).

Glukokortikoider får man i tablettform og til inhalasjon. De har en antiinflammatorisk virkning og minsker slimdannelse (Bakkeland et al., 2016, s. 136). Større arbeid med respirasjon, økt energiomsetning og behandling med glukokortikoider er faktorer som kan gi underernæring (Akner, 2006, s. 229). Inhalerende glukokortikoider kan føre til soppinfeksjoner i munnhulen og gi lokal irritasjon i svelg og larynx (Bakkeland et al., 2016, s. 136).

2.1.4 Eksaserbasjon

Eksaserbasjon er en situasjon med forverring av kolstilstanden, økende tungpust, pipelyder, produktiv hoste og feber er typisk. Ved eksaserbasjon blir det mer ekspektorat som karakteriseres ved at det er seigere og mer purulent (Giæver, 2015, s. 101). Helsedirektoratet (2012, s. 94) opplyser at pasienter med hyppige eksaserbasjoner gjerne har en mer alvorlig grad av kols, noe som krever behandling i sykehus. I forbindelse med eksaserbasjon er

kroppens energibehov mye større (Brodtkorb, 2016, s. 172). Da må væskebalanse og ernæring sikres (Giæver, 2015, s. 103).

2.1.5 Noninvasiv ventilasjonsbehandling (NiV)

NiV brukes blant annet ved kols eksaserbasjon, behandlingen gjør det lettere for pasientene å puste fordi det med overtrykk blåses gass ned i pasientens luftveier (Bakkelund et al., 2016, s. 161). Oksygenbehandling har til hensikt å øke pasientens oksygenopptak i blodet, minske hans respirasjonsarbeid og redusere bruk av hjelpemuskulatur. Oksygenbehandling fører til at oksygeninnholdet i alveolene holder seg på et tilfredsstillende nivå. For å spise og drikke må pasienten ta av seg masken (Bakkelund et al., 2016, s. 161). Fordelen med å bruke NiV-behandling er at pasienten ikke nødvendigvis trenger å behandles på intensivavdeling. Det er mange sykehus som tilbyr denne type behandling på sengeposter (Dybwik, 2016, s. 198).

2.2 Underernæring

Det er en klar sammenheng mellom sykdomsutvikling og den maten vi spiser. Ved noen sykdomstilstander kan mat være like viktig som medisiner og derfor er tilstrekkelig tilførsel av næringsstoffer og energi via mat en viktig del av den medisinske behandlingen (Sortland, 2015, s. 14). Behovet for næringsstoffer og riktig ernæring er ofte større ved sykdom enn når man er frisk. En god ernæringsstatus kan forkorte sykehusoppholdet og gi et godt grunnlag for færre komplikasjoner. Ved kols øker energiomsetningen og dermed også energibehovet. Da er det viktig at tilførselen av viktige næringsstoffer tilsvare pasientens behov for å unngå feil- eller underernæring. Sykepleieren må ha kunnskap om at kroppen får tilført de næringsstoffene som cellene trenger for å fungere optimalt og at det er en forutsetning for å bli frisk (Sortland, 2015, s. 14). Underernæring kan blant annet medføre redusert lungefunksjon, noe som er svært uheldig hos pasienter som har kols (Sortland, 2015, s. 14). Sortland (2015, s. 14) skriver at sykepleieren har gode rutiner når det kommer til administrering av medisiner og virkning og bivirkning av disse. Når det kommer til hva

pasienten spiser og drikker og hvilke næringsstoffer pasientene får i seg er det noe det ofte blir fokusert mindre på.

Helsedirektoratet (2010, s. 14) definerer underernæring slik: “En ernærings situasjon der mangel på energi, protein eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetningen og - funksjon, samt klinisk resultat”. Sortland (2015, s. 165) skriver at underernæring er noe som oppstår når inntaket av næringsstoffer og energi er så lavt at man går ned i vekt. Det som regnes som et meget lavt energiinntak er når det daglige energiinntaket er lavere enn 1500 kcal. Helsedirektoratet (2010, s. 14) skriver at tidlig identifisering av ernæringsstatusen til pasienter gjør det mulig å sette i gang tiltak for å forhindre underernæring. Ofte oppstår underernæring fordi problemet ikke blir oppdaget tidnok.

Kroppsmasseindeks (KMI), vektendring over tid eller en kombinasjon av disse er en enkel måte å måle endring i ernæringsstatusen. Har en pasient et ufrivillig vekttap på 10% de siste seks måneder blir det regnet som alvorlig vekt nedgang da dette kan gi økt risiko for sykdom og komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2010, s. 14).

Ved sykdom eller andre påkjenninger er matlysten nedsatt. Det fører til redusert væske- og matinntak (Stubberud, Kondrup & Almås, 2016, s. 25). En pasient med alvorlig grad av kols blir fortere sliten av små anstrengelser, og kan da bli forhindret i å spise tilstrekkelig hvis maten blir plassert på en måte som krever anstrengelse. Det kan føre til at han spiser mindre på grunn av anstrengelsene eller ikke spiser noe da han ikke får den i seg (Stubberud et al., 2016, s. 25). Smerter, angst, ensomhet og depresjon kan gi nedsatt appetitt. Kols pasienter på sykehus kan også oppleve ubehagelige lukter fra sår, avføring eller oppkast. Syke med pasienter og medisinsk utstyr kan også gi nedsatt appetitt (Stubberud et al., 2016, s. 24).

2.3 Kols og underernæring

Hjalmarsen (2012, s. 124) skriver at underernæring er vanlig ved kols og ofte sett som en underdiagnose ved sykdommen. Andelen av underernærte pasienter med kols ligger på mellom 25-45%. Vektøkning hos pasienter med kols kan bedre prognosen for de med normal-

og undervekt, mens vekttap og lav kroppsvekt er med på å øke dødeligheten (Helsedirektoratet, 2012, s. 56). På grunn av redusert matinntak, mindre matlyst og økt tungpust går mange pasienter med kols ned i vekt (Helsedirektoratet, 2012, s. 56). Pasienter med kols har økt energiforbruk under hvile og aktivitet på grunn av økt pustearbeid, dette er også en faktor som fører til vekttap hos pasienter med kols. Økt proteinomsetning og systemisk inflammasjon er noe som kalles pulmonalt kakeksis syndrom og har ofte en sammenheng med vekttap hos kolspasienter (Helsedirektoratet, 2012, s. 57). Det skyldes tap av muskulatur og fett samtidig (Hjalmarsen, 2012, s. 124). Tap av muskelmasse kan gi mange negative følger som nedsatt livskvalitet, mindre arbeidsevne, økt bruk av helsetjenester og flere sykehusinnleggelses på grunn av sykdomsforverring (Helsedirektoratet, 2012, s. 57). Helsedirektoratet (2012, s. 57) skriver at å ha et kosthold som er rikt på grønnsaker, frukt, fiber og fisk kan være beskyttende mot kols, mens å ha et kosthold basert på blant annet kjøtt og dessert ser ut til å gi økt risiko for kols.

2.4 Brukermedvirkning

Sykepleieren har i oppgave å styrke pasientens egne ressurser og troen på seg selv. Ved å gjøre det vil pasienten tilfredsstillende egne behov, løse egne problemer og kunne ta kontroll over eget liv (Kristoffersen, 2016, s. 352). I yrkesetiske retningslinjer står det at ”sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten” (Norsk sykepleierforbund, NSF, 2011). Pasienten har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Brukermedvirkning på tjenestenivå skal involvere pasienten i alle vurderinger og beslutninger som omhandler han. For at pasienten skal kunne ta en aktiv del er informasjon og kunnskap en viktig forutsetning (Kristoffersen, 2016, s.19). Det er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) at pasienten har rett på den informasjonen som er nødvendig, for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Aktiv medvirkning fra pasienten gjør det lettere for helsevesenet å utforme et individuelt tilpasset tilbud, som gjør tiltak nyttige for den enkelte pasient. Dette gir også mer kvalitet på helsetjenesten (Kristoffersen, 2016, s. 347).

2.5 Veiledning

Sykepleieren skal veilede slik at pasientens mestringskompetanse øker (Tveiten, 2008, s. 94). I ordbøker blir veiledning definert synonymt med undervisning, instruksjon og opplæring. Å veilede defineres som å hjelpe med råd, opplysninger, lede rett vei, anvise, forklare og orientere (Tveiten, 2008, s. 71). Sykehusene har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-8) i oppgave å lære opp pasienter og pårørende.

Tveitens (2008, s. 78) definisjon på veiledning:

“Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettningsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier.”

Den som skal bli veiledet skal oppleve læring og oppdagelser og den skal også oppleve at læringen kan føre til økt mestringskompetanse. Hovedformen i veiledning er dialog mellom to personer. Et begrep som er sentralt i læring er oppdagelse. Dette kan ingen oppleve for andre, men hver enkelt må oppdage selv (Tveiten, 2008, s. 71). For at man skal oppnå god læring er det viktig å forstå den man skal veilede. Da er det viktig å vise interesse for den andre, og vite hva han er opptatt av. Dette er tillitsskapende arbeid som gjør veiledningsprosessen enklere. Tillit er ikke noe vi kan skape, men vi kan legge forholdene til rette slik at tilliten kan vokse mellom sykepleieren og pasienten (Tveiten, 2008, 72).

Bakkeland et al. (2016, s. 171) opplyser at ved kronisk sykdom som kols faller mye av ansvaret for oppfølgingen på pasienten selv. Sykepleier har sammen med annet helsepersonell ansvar for å gi den informasjonen pasienten trenger for å kunne leve godt med sykdommen. Pasienten må ha god sykdomsforståelse for å forstå betydningen av å følge opp behandlingen. Praktisk opplæring i god inhalasjonsteknikk for legemidlene og hvordan pasienten selv kan vurdere økende pustebesvær er viktig for at pasienten skal kunne ta ansvar for å trappe opp og ned behandlingen (Bakkeland et al., 2016, s. 171). Henderson (2004, s. 50) opplyser at det er gjort eksperimenter med hensyn til opplæring for pasienter. Det har kommet frem at mange

pasienter har blitt feillært eller ikke fått tilstrekkelig opplæring når det gjelder tiltak som pasienten selv kan ivareta.

2.6 Sykepleierens funksjon

Sykepleie er et yrke som omfatter ulike funksjoner og disse utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 17).

Virginia Henderson (2004) definerer sykepleierens funksjon slik:

Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (s. 12, egen oversettelse).

Det er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1b) at helse- og omsorgstjenesten skal gi pasienten de helse- og behandlingmessige opplysninger han trenger for å ivareta sin rett. Dette styrkes ved at det i helsepersonelloven (1999, § 10) står at den som yter helse- og omsorgstjenester skal gi informasjon til den som etter reglene har krav på det.

Kristoffersen et al. (2016, s. 18) forklarer at sykepleierens forebyggende funksjon går ut på å identifisere skadelige problemer. Det rettes mot personer som er friske, utsatt for helsesvikt og mot mennesker som er utsatt for komplikasjoner av ulike årsaker. Ulike tiltak som skal forhindre og identifisere helsesvikt rettes mot de ulike pasienter og deres omgivelser (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Sykepleieren har fokus på livskvalitet og helse ved forebyggende arbeid (Kristoffersen et al., 2016, s. 18) I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at ”Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom ” (NSF, 2011).

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon handler om å bidra til læring, utvikling og mestring (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står

det at “sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (NSF, 2011). Det er også sykehusenhets oppgave å lære opp pasienter og pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-8). Kristoffersen et al. (2016, s. 19) skriver at sykepleieren har et ansvar om å gi pasient og eventuelt pårørende den kunnskap og forståelse de har behov for, slik at de selv kan ivareta egen helse.

2.7 Sykepleierteori

Sykepleieteoretiker Virginia Henderson

Virginia Henderson var en av de første som formulerte en sykepleierteori. I 1955 ga hun ut en lærebok i sykepleie. Hun har 14 grunnprinsipper og hennes teori tar utgangspunkt i sykepleierens ansvar for å ivareta menneskets grunnleggende behov når egne ressurser ikke er tilstrekkelig på grunn av sykdom eller helsesvikt (Kristoffersen, 2016, s. 22).

2.7.1 Å hjelpe pasienten til å puste normalt.

Det er allmennkunnskap at livet avhenger av vår respirasjon, men det er ikke mange som tenker at kvaliteten på respirasjonen har så stor betydelse for ens helse som det den faktisk har (Henderson, 2004, s. 26). Det er viktig at sykepleieren tar nøyaktige målinger og observasjoner av en pasients respirasjon. Hun skal vise og veilede han til stå-, sitte- og liggestillinger som fremmer optimal ekspansjon av brystkassen og frigjør bruken av hjelpemuskulatur. Effekten av dette skal forklares for pasienten og dens pårørende om det er behov. Psykiske årsaker og emosjonelt stress kan også forårsake endringer i respirasjonen. Når en opplever at luftveiene blir blokkert, er dette svært ubehagelig. Pasienter som lett kan komme i en slik tilstand bør få god informasjon om hva som kan forårsake dette, hva som kan forhindre dette og hva som kan hjelpe dem når det inntreffer (Henderson, 2004, s. 26).

2.7.2 Å hjelpe pasienten å spise og drikke tilstrekkelig.

Virginia Henderson (2004, s. 27) mener det ikke er noe som er så viktig i sykepleierutdanningen som kunnskap om kost og ernæring. Siden sykepleieren er med pasienten mer enn noen annen gjennom dagen, har hun gode muligheter til å finne ut hva han liker å spise og drikke og da også mulighet til å oppmuntre han til å spise og drikke tilstrekkelig. Er han fysisk komfortabel, uten følelsesmessig stress, og hvis måltidet ser tiltalende ut i henhold til hans standard, vil han spise mer enn hvis en eller flere av disse forholdene er fraværende. Å fremme at disse forholdene er tilstede er en viktig del av den grunnleggende delen av sykepleien (Henderson, 2004, s. 28). Henderson (2004, s. 28) forklarer at dersom pasienten ikke er i stand til å spise og drikke selv, er det sykepleierens ansvar å mate han eller å få pårørende, venner eller andre i familien til å gjøre dette. Samtidig som det også er sykepleierens oppgave å oppmuntre pasienten til å hjelpe seg selv det han kan slik at han fortest mulig kan bli selvhjulpen (Henderson, 2004, s. 28).

2.7.3 Hjelpe pasienten å lære.

Veiledning og undervisning er en del av den generelle sykepleien (Henderson, 2004, s. 49). For enkelte kan sykdom være noe de er født med. Henderson (2004, s. 49) mener sykdom ofte er en følge av usunn levemåte som kan ha økonomiske eller andre årsaker. Noen har ikke motivasjon til å leve etter de helseråd som blir gitt, mens andre er syke fordi de ikke har nok kunnskap eller evner til å lese seg opp på de funn som er gjort om egen sykdom. I slike tilfeller avhenger bedring av å gi pasienten veiledning til å innhente rett kunnskap. (Henderson, 2004, s. 49). Sykepleieren har en unik mulighet til å bruke pasientens egne erfaringer med sykdommen til å vise ham hvordan han skal kunne leve sunnere (Henderson, 2004, s. 50). Sykepleieren må ha kunnskap og være oppmerksom på pasienters behov av læring og veiledning. De må kunne svare på spørsmål relatert til pasientens sykdom og prognoser (Henderson, 2004, s. 50). Et mål for sykepleieren bør alltid være at pasienten skal gjenvinne full sunnhet og uavhengighet. For noen er ikke dette mulig, og pasienten må lære seg å leve best mulig med de begrensninger hans tilstand gir (Henderson, 2004, s. 51)

3.0 Metode

Metoden skal belyse problemstillingen vi har stilt på best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51). Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Den hjelper oss å samle inn data og relevant informasjon vi trenger til vår undersøkelse (Dalland, 2017, s. 52). Dalland (2017, s. 51) siterer Vilhelm Aubert slik han definerer metode: “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”

3.1 Litteraturstudie som metode

Når vi skal besvare vår problemstilling skal vi bruke litteraturstudie som metode. Ved bruk av litteraturstudie vil vi ha systematiserte søk og vi vil stille oss kritiske til de kildene og informasjonen vi finner (Thidemann, 2015, s. 79). På denne måten kan vi svare på vår problemstilling på en systematisk måte og gi leseren en god forståelse for valg av tema (Thidemann, 2015, s. 80).

Forskningsartikler kan enten ha benyttet seg av kvantitativ eller kvalitativ metode. Det som skiller de ulike metodene er hovedsakelig hvordan forfatterne samler inn data til sin forskning (Dalland, 2017, s. 52). Dalland (2017, s. 52) forklarer at kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Kvantitativ metode går mer i bredden av et tema, det blir innhentet et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Forskeren tilstreber nøytralitet og avstand (Dalland, 2017, s. 53). Tallene som kommer frem i kvantitativ forskning gir mulighet til å foreta regneoperasjoner (Dalland, 2017, s. 52). Kvantitativ forskning benytter seg av spørreskjema, faste svaralternativer og strukturerte observasjoner (Dalland, 2017, s. 52).

Kvalitativ forskning tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser. Resultatene lar seg ikke tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Forskere som benytter kvalitativ metode benytter seg mer av tolking og går mer i dybden av et tema. Det blir innhentet mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Kvalitativ forskning benytter seg av intervjuer uten faste svaralternativer og ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2017, s. 53).

3.2 Litteratursøk

Litteratursøk er noe som gjøres når man skal skaffe seg litteratur til oppgaver. Thidemann (2015, s. 83) skriver at en kan finne litteratur til oppgaven ved å søke manuelt eller i databaser. Det finnes ulike typer for litteratur og det er viktig å vite hva man søker etter (Thidemann, 2015, s. 84). I oppgaven vår har vi valgt å bruke blant annet pensumbøker, litteratur fra biblioteket, forskningsartikler og dokumenter fra offentlige nettsider.

Før vi satte i gang litteratursøket hadde vi bestemt hva problemstillingen skulle være. Vi var forberedt på at endringer av problemstillingen kunne forekomme, men vi ville da være oppmerksomme på å ikke endre den for mye i forhold til søkene vi gjorde. For å finne annen relevant litteratur utenom det som står i pensumlisten vår, benyttet vi oss av søkemotoren Oria. Vi benyttet søkeord eller forfatternavn. I oppgaven ønsker vi å bruke både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Bøkene vi har valgt inneholder kunnskap innenfor forskjellige områder og alle er relevante for å svare på problemstillingen vi har.

For å få en systematisk oversikt over søkene vi skulle gjøre benyttet vi oss av PICO-skjema (vedlegg 1). Ved å benytte oss av PICO-skjema fikk vi strukturert problemstillingen på en hensiktsmessig måte ved å dele opp spørsmålet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33). Skjemaet viser en oversikt over hvilken pasientgruppe det dreier seg om, hva vi ønsker å vite om denne pasientgruppen, om det er noe vi ønsker å sammenligne og hvilke endepunkter vi ønsker (Helsebiblioteket, 2016). Vi har brukt boolske operatører AND og OR for å konkretisere søket. Vi presenterer samleskjema for forskning i vedlegg 2 og søreprosess i vedlegg 3.

I denne oppgaven har vi valgt å bruke forskningsartikler som tar for seg kols og underernæring i Norge og globalt. Vi har anvendt norske, svenske og engelske artikler som vi har funnet gjennom skolens databaser. Vi har hovedsakelig hatt fokus på å finne forskning som ikke er eldre enn 10 år. Vi har brukt to forskningsartikler som er eldre enn 10 år, en fra 2005 og en fra 2007. Vi har valgt å ta de med da de er relevante i forhold til vår problemstilling. Vi ser at vår pensumlitteratur henviser til forskningsartikkelen fra 2005. Boken er fra 2016, noe som viser at denne forskningsartikkelen har et relevant innhold og fortsatt er aktuell. Databasene vi har brukt for å finne forskningsartikler er: CINAHL,

Cochrane Library og SveMed+. Vi har også funnet en forskningsartikkel på sykepleien.no. Grunnen til at vi har valgt disse databasene er fordi de inneholder artikler spesielt rettet mot helsepersonell.

Søkeordene vi har brukt i litteratursøket er “kols”, “COPD”, “chronic obstructive pulmonary disease”, “ernæring”, “nutrition”, “nutrition status”, “brukermedvirkning”, “sykehus”, “hospital” og “exacerbated”.

Ved bruk av disse søkeordene fikk vi for mange treff og det var vanskelig å velge ut hvilke artikler som var relevante. Vi konkretiserte søket ved å legge til følgende ord:

“underernæring”, “malnutrition”, “sykepleie”, “nursing”, “nursing role”, “pleie”, “care” og “situasjon”, “situation”.

Under søket på forskningsartikler hadde vi noen inklusjonskriterier som gikk ut på at studiene skulle være gjennomført eller skrevet mellom 2008 og 2018, artiklene skulle handle om pasienter med en alvorlig grad av kols og underernæring skal være nevnt. Vi ønsket å finne kvalitative studier da disse studiene tar for seg pasienten og sykepleierens perspektiv gjennom intervjuer. Eksklusjonskriterier vi valgte var: forskningen skulle ikke inneholde pasienter under 50 år og forskningene skulle ikke ta for seg andre sykdommer enn kols. I besvarelsen har vi kun brukt en kvantitativ forskningsartikkel. Ved å bruke kvalitativ forskning fremmer vi pasienten og sykepleierens opplevelser, meninger og erfaringer (Thidemann, 2015, s. 78).

3.3 Kildekritikk

Dalland og Trygstad (2017, s. 149) skriver at alt som presenteres av kunnskap ikke er like holdbart. Vi har derfor kvalitetssikret det vi har innhentet av faglitteratur og forskningsartikler. Vi har vurdert de ut fra kvalitet, relevans og hvor pålitelig de er i forhold til vår oppgave. Vi har benyttet oss av bibliotekets fysiske og digitale samlinger, som er kvalitetssikret og relevant for vår studieretning. Ferdigheten, dømmekraften, holdningene, kunnskapene og dannelsen som hører inn under ferdighetskompetanse har vi brukt når vi har sett på artikler og informasjon på internett (Dalland & Trygstad, 2017, s. 150).

Vi har gjennom søket brukt kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2016). Det er et verktøy for å vurdere hvilket nivå forskningen er på og hvor kvalitetssikker den er. Pyramiden inneholder fem nivåer (vedlegg 5) (Helsebiblioteket, 2016). Forskning som ligger høyt opp i pyramiden er mer kvalitetssikret enn de som ligger langt nede i pyramiden (Nortvedt et al., 2012, s. 45). Vi har brukt databasene CINAHL og SveMED+ som begge ligger på et lavt nivå i pyramiden, men på grunn av relevans i forhold til vår problemstilling har vi vurdert artiklene som gode (Nortvedt et al., 2012, s. 52).

For å vurdere om artiklene vi har funnet er vitenskapelig forskning har vi anvendt IMRAD, som består av fire sjekkpunkter, Introduksjon, Metode, Resultat og (And) Diskusjon (Nortvedt et al., 2012, s. 69). Vi har brukt sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2014), der det er sjekklister for å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene enten det er kvalitativ eller kvantitativ. Ved å benytte oss av disse sjekklistene har vi med kritiske øyne benyttet oss av kontrollspørsmålene og vurdert våre forskningsartikler som gode. Våre funn av artikler oppfyller de fleste krav.

Vi har i denne oppgaven tatt i bruk både primær- og sekundærkilder. Primærkilden er den opprinnelige kilden og sekundærkilden kan for eksempel være et sitat eller fakta hentet fra en primærkilde (Dalland, 2017, s. 171). Når vi har tatt i bruk en sekundærkilde er vi klar over at teksten kan ha blitt feiltolket av forfatteren som har sitert og dette kan være en svakhet i vår oppgave. Bøkene vi har brukt som sekundærkilde ser vi allikevel på som pålitelige da det er pensumbøker som har blitt anbefalt gjennom skolen. Flere av forskningene vi har anvendt i oppgaven er skrevet på engelsk da de er hentet fra internasjonale tidsskrifter. Vi ser at det kan påvirke oppgaven på en negativ måte da vår oversettelse kan gi en annen fortolkning enn originalmaterialet.

Forskningen til Østerås, Aasbjørg og Gustad (2011) *Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus?* og forskningen til Torheim og Kvangarsnes (2013) *how do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit*, inneholder NiV behandling og behandling på intensivavdelinger. Vi ser at dette går litt utenfor vårt tema, men det er mye av studiene som er overførbart til vår oppgave og som gir svar i forhold til vår problemstilling, derfor har valgt å bruke disse artiklene. I praksis opplevde vi bruk av NiV på medisinsk avdeling og hvordan

dette påvirket ernæring. Vi ser derfor at dette er relevant i forhold til å svare på vår problemstilling.

Odenrants, Ehnfors & Grobe, (2005) Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part 1. Struggling with meal related situations: Experiences among persons with COPD og Odenrants, Ehnfors & Grobe (2007) Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Part 2. RN's experience of nursingcare for patients with COPD and impaired nutritional status, er to artikler vi har med i vår besvarelse. Vi ser at det kan være negativt med to artikler med de samme forfatterne, men da forskningen belyser det vi vil ha svar på i form av kvalitative intervjuer så vi de begge som veldig relevant til vår oppgave.

3.4 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser handler om hvilke utfordringer arbeidet vårt bringer med seg. Det tar for seg hvordan studier kan utføres på en trygg måte (Dalland, 2017, s. 235). Ethiske overveielser og rett bruk av personopplysninger er nødvendig for å oppnå et godt samarbeid med de som deler sine erfaringer og opplevelser. Forskningsetikk handler om å anonymisere personvernet til deltakerne slik at opplysninger og resultater ikke kan være gjenkjennbart (Dalland, 2017, s. 236). I oppgaven vår kommer vi med eksempler fra praksis for å svare på problemstillingen. Vi har vært bevisst på at pasienteksemplene vi har brukt fra praksis skulle være anonymisert i vår oppgave. Ved at alle pasienteksempler uansett kjønn blir nevnt med "han", er de anonymisert og taushetsplikten blir ivaretatt. Da vi valgte våre forskningsartikler så vi etter om deltakerne hadde fått tilstrekkelig informasjon om studiet de skulle være en del av. Vi så også på om de var informert om at de hadde mulighet til å trekke seg uavhengig av hvor langt i studiet de var kommet.

4.0 Presentasjon av funn

4.1 Påvirkes ernæringen ved kols

Odenchrants, Ehnfors & Grobe (2005) belyser utfordringene pasienter med langtkommen kols har knyttet til det å handle mat, tilberede mat og å spise mat. Pasientene fortalte om mange fysiske påkjenninger rundt matsituasjoner som gjorde det hele vanskelig. Tidlig metthet, oppblåst mage, hosteanfall, tretthet og tung pust var noe av det som påvirket matlysten til pasientene. Gjentatte soppinfeksjoner og tørrhet i munn opplyses også å være et gjentakende problem. Andre faktorer som høy metabolisme på grunn av økt energibruk, medikamenter og systematiske betennelser påvirker ernæringsstatus (Odenchrants, et al. 2005). Odenchrants, et al. (2005) poengterer at kols eksaserbasjon kan føre til vekttap, noe som igjen fører til økt risiko for underernæring.

Østerås, Aasbjørg og Gustad (2011) skriver i sin forskningsartikkel at 1/3 av alle med kols og ca. 95% av pasientene innlagt på sykehus med svært alvorlig kols er underernærte. Noe som kan skyldes økt energibehov, redusert matinntak eller en kombinasjon av disse (Østerås et al., 2011). Eksaserbasjon kan føre til redusert energiinntak grunnet økende pustebesvær, slimproduksjon og hoste. Dette kan gjøre det vanskelig for pasienten å spise og drikke tilstrekkelig (Østerås et al., 2011). Østerås et al. (2011) opplyser også at det er mange medikamenter som kan påvirke matinntaket på en negativ måte på grunn av bivirkninger som sopp, munntørrhet og kvalme. Pasienter som får NiV behandling er de første tre dagene svært utsatt for vekttap, dette fordi de bruker mye krefter på å mestre og bli trygg på behandlingen. En utfordring for pasientene er å ta av seg masken for å spise og drikke da det blir tyngre å puste selv. Under NiV behandling er det vanlig å oppleve munntørrhet, det er derfor viktig at pasienten har tilgang på mat og drikke (Østerås et al., 2011).

I forskning gjort av Odenchrants, Bjuström, Wiklund og Blomberg (2013) kommer det frem at kols er en kronisk sykdom som kan føre til dårlig ernæringsstatus. Dette på grunn av økt pustearbeid som krever mer energi. Underernæring kommer av utilstrekkelig energiforsyning i forhold til energibehov. Økt energiinntak er viktig for å forbedre fysisk helse og funksjon (Odenchrants et al., 2013). Videre skriver Odenchrants et al. (2013) at redusert kroppsvekt er et

alvorlig problem hos pasienter med kols. Forbedret ernæringsstatus hos pasienter med kols kan være med på og å redusere sykdomsforløpet og redusere risikoen for tidlig død (Odenrants et al., 2013).

4.2 Tilpasset informasjon

Odenrants, Ehnfors & Grobe (2007) har i sin forskning sett nærmere på sykepleieres erfaringer knyttet til dårlig ernæring hos kols pasienter. Det kommer frem at sykepleierne synes det er vanskelig å skulle informere pasientene om ernæring og hvordan de kan bedre egen ernæringsstatus. De mener det er viktigere å opparbeide en god relasjon istedenfor å ta opp følsomme temaer (Odenrants et al., 2007). Sykepleierne opplevde det vanskelig å påvirke pasientene da informasjon om ernæring ikke var noe pasientene ønsket å prioritere. Det var allikevel noen av sykepleierne som mente informasjon om ernæring var like viktig som medisinsk informasjon i starten (Odenrants et al., 2007). Videre skriver Odenrants et al., (2007) at det er viktig å finne en balanse mellom når det passer for pasienten å få informasjon og tidlig informasjon.

Pasienter med kols bør tilbys informasjon og tilpassede tiltak tidlig i sykdomsforløpet for å unngå underernæring, skriver (Odenrants et al., 2013). Videre skriver Odenrants et al. (2013) at en ernæringsfysiolog vil være best egnet til å påvirke ernæringsstatusen til pasienter, men at de ikke var like tilgjengelig som sykepleierne. Da blir det sykepleierens ansvar å gripe inn i ernærings situasjonen for å unngå underernæring (Odenrants et al., 2013). Deltakerne i studiet ga uttrykk for at de har fått for lite informasjon når det kommer til ernæring. Av de deltakerne som ble vurdert som underernærte var det over 21 av 36 som svarte at de ikke hadde fått informasjon om betydningen av god ernæring ved kols. Av deltakerne som ble vurdert som normalvektige var det 26 av 39 som svarte at de ikke hadde fått informasjon. Dette er tall som er viktig å bemerke seg da underernæring er sterkt knyttet til kols (Odenrants et al., 2013). Informasjonen som blir gitt til pasientene vurderes ut ifra deres ernæringsstatus og KMI (Odenrants et al. 2013).

I forskningsartikkelen til Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne (2012) opplevde pasientene enkelte ganger mangelfull informasjon og kunnskapsoverføring fra sykepleierne. Ved at

sykepleieren legger fra seg et autoritært tankesett og ser på pasienten som ekspert på eget liv, mener Bjørslund et al. (2012) at hun fremmer brukermedvirkning. Ved at sykepleierne formidler kunnskap til pasienten bidrar det til at pasienten kan ta større ansvar for egen helse. Pasientene synes det var lettere å medvirke i egen helse når sykepleieren møtte de med respekt og empati (Bjørslund et al., 2012).

Pasientenes opplevelse av å bli sett og hørt var varierende i studien til Torheim og Kvangarsnes (2013). En av pasientene i studiet husket dårlig det som var blitt sagt, men måten informasjonen ble gitt på gjorde at han husket noe. Flere av pasientene følte at de hadde god kunnskap om sin kols diagnose (Torheim og Kvangarsnes, 2013). En pasient forteller at han ikke var i form til å stille de spørsmålene han ville da han var på sykehuset, så han følte at han hadde fått for lite informasjon da han kom hjem (Torheim og Kvangarsnes, 2013).

4.3 Sykepleierens påvirkning

Sykepleieren kan bidra til å hindre ernæringsproblemer og rask utvikling av sykdommen ved å gripe inn så tidlig som mulig. Kartlegging av ernæringsstatus og individuelle kostråd er gode tiltak. (Odenrants et al., 2007). Hyppige måltider og tidlig informasjon om endring av matinntak anbefales. Sykepleieren må gi gode ernæringstiltak, gi informasjon og undervisning og opplyse om hvordan sykdommen utvikler seg (Odenrants et al., 2007). At sykepleierne etablerer et åpent og tillitsfullt forhold i tidlig fase fremmer god kontakt og brukermedvirkning (Odenrants et al., 2007).

Østerås et al. (2011) anbefaler som standard oppfølging av kols pasienter at man veier og regner ut KMI som en del av standardoppfølging. Det viser seg at inkomstvekt var mangel hos mange kols pasienter og at det mangler rutiner på dette. Ernæringskartlegging ved inntak er viktig for å kartlegge pasientens ernæringsstatus slik at sykepleieren kan sette i gang tiltak (Østerås et al., 2011).

På sykehus er det muligheter for ønskekost som er rik på proteiner og andre næringsstoffer, men ofte er det sykepleierens ansvar å iverksette slike tiltak. Sykepleieren kan oppmuntre pasienten til å hvile en stund før måltider (Østerås et al., 2011). Sykepleieren har et ansvar for å avlaste pasienten for anstrengelser, tilrettelegge ved måltider og å hjelpe til god sittestilling ved behov (Østerås et al., 2011).

4.4 Hva kan forebygge underernæring?

Odenchrants et al. (2013) skriver at det kan være mulig å unngå forverring av sykdommen ved å gi tilstrekkelig informasjon, spesielt til de som bor alene og er ekstra utsatt for underernæring. Tiltak som ble nevnt i studien var å tilby pasientene å spise sammen med andre, gi de råd og få hjelp til matlagingen (Odenchrants et al., 2013). Opplysninger og informasjon om underernæring ved kols må gis tidlig i sykdomsforløpet. Det må med jevne mellomrom gjentas til pasientene for å gi individuelle tiltak som forebygger underernæring (Odenchrants et al., 2013).

Ved å identifisere ernæringsmessig risiko, vil det være mulig å sette i gang tiltak før underernæring oppstår. Økt kunnskap om underernæring til pasienter med kols vil gjøre det lettere for sykepleieren å bedre ernæringstiltak (Østerås et al., 2011). Videre i studien skriver Østerås et al. (2011) at et samarbeid med kjøkkenet vil åpne muligheten for å ha seks små, næringsrike måltider om dagen.

I forskningen til Odenchrants et al. (2005) opplyser de at målene for behandlingen til kols pasienter er å forebygge symptomer, opprettholde lungefunksjonen gjøre daglige aktiviteter lettere og å bedre livskvaliteten. Kols forverring fører i noen tilfeller til vekttap som kan føre til underernæring. Odenchrants et al. (2005) rapporterer om positive virkninger for ernæringsstatus ved bruk av næringsstøtte. Det er viktig med tidlig identifisering av pasienter med høy risiko for utvikling av underernæring. Sykepleierens ansvar er å identifisere og vurdere om pasienter er underernært eller om de er i risiko for å bli underernært. Da må sykepleieren planlegge, igangsette og vurdere tiltak (Odenchrants et al., 2005).

5.0 Diskusjon

I vår diskusjon setter vi resultatene fra teori og forskning i sammenheng med problemstillingen vår (Dalland, 2017, s. 232). Vi tar for oss teori og forskning fra tidligere i oppgaven og sammen med egne praksiserfaringer skal vi svare på vår problemstilling.

Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols eksaserbasjon innlagt på sykehus?

5.1 Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienten med å puste

Ved en alvorlig grad kols er det mange pasienter som av flere årsaker har problemer med å få dekket sitt ernæringsbehov. Hjalmarsen (2012, s. 73) skriver at luftmotstanden ved ekspirasjon avhenger av åpningen til luftrørene. Hos pasienter med kols fører ødelagte cilier, kronisk inflammasjon og slimdannelse, til redusert bronkie diameter. Bakkeland et al. (2016, s. 154) informerer at ekspektorat gir vond smak i munnen, noe som kan redusere matlyst. Mye væsketilførsel gjør sekret mer tyntflytende (Bakkeland et al., 2016, s. 172). I praksis opplevde vi at mange kolspasienter hadde et stort behov for å spytte ut ekspektorat etter produktiv hoste. Mange ga uttrykk for at dette var ubehagelig og beskrev det som ”ekfelt”. De sa de fikk en vond smak i munn og at det hjalp å skylle munnen med vann. Om de ikke hadde mulighet til å skylle munnen med vann følte de at slimet tørket i munnen og at det gjorde de enda mer slimete. Derfor var det viktig at de hele tiden hadde tilgang på vann, gjerne en mugge med kaldt vann ved sengen. Bakkeland et al. (2016, s. 154) skriver at vond smak er et problem som kan løses ved at pasientene har lett tilgang til å skylle munnen.

Dyspné er en ubehagelig opplevelse av at en ikke får nok luft. Ved slike tilfeller bruker pasienten hjelpemuskulatur til å presse lufta ut ved ekspirasjon. Dyspné oppleves ulikt fra pasient til pasient. Noen beskriver det som en konstant kamp som tar alle kreftene deres (Bakkeland et al., 2016, s. 137). Som Odencrants et al. (2005) opplyser om, bidrar høy metabolisme, økt energibruk, medikamenter og kronisk betennelse til redusert ernæringsstatus. Mange av pasientene som deltok i forskningen til Torheim og Kvangarsnes (2013) beskrev dyspné, ekspektorat og kampen for å få nok luft som en vond opplevelse.

Dette medførte at de ikke fikk i seg tilstrekkelig med mat og drikke. Det er bevist at kronisk oksygenmangel gir endringer i energikjeden og dette påvirker appetitt og energibalanse (Hjalmarsen, 2012, s. 125). Dette er noe vi observerte i praksis hos pasientene med kols da mange av de var svært tynne og spiste lite. Noen av pasientene vi møtte sa også at maten ikke smaker like godt som den gjorde før.

I forbindelse med eksaserbasjon er kroppens energibehov mye større (Brodtkorb et al., 2016, s. 172). Da er det viktig at væskebalanse og ernæring sikres (Giæver, 2015, s. 103).

Eksaserbasjon kan føre til redusert energiinntak grunnet økende pustebeviser, slimproduksjon og hoste. Dette kan gjøre det vanskelig for pasienten og spise og drikke tilstrekkelig (Østerås et al., 2011). Odenrants et al. (2005) bekrefter også i sin forskning at eksaserbasjon kan føre til vekttap, noe som igjen fører til økt risiko for underernæring. Ved eksaserbasjon var det flere av pasientene vi møtte i praksis som ikke ønsket å spise. De brukte så mye tid og krefter på respirasjonen at når de først følte at situasjonen var under kontroll orket de ikke annet enn å slappe av. Dette gjorde at de ikke benyttet seg av alle måltidene de ble tilbudt. Da var det viktig at sykepleieren var oppmerksom på dette og tilrettela slik at de kunne spise når de hadde samlet nok krefter og var klar for det.

Noen pasienter opplever tungpust som oppstår i liggende stilling. Det kommer ofte om natten og pasienten våkner med dyspné. Dette forsvinner når pasienten setter seg opp (Bakkeland et al., 2016 s. 123). Henderson (2004, s. 26) skriver at det er sykepleierens ansvar å tilrettelegge med seng, stol, puter og underlag slik at pasienten opprettholder normal respirasjon. Hun skriver også at sykepleieren har et ansvar å legge til rette for at pasienten skal sitte slik de er vant til når de spiser (Henderson, 2004, s. 28) Kolspasienter har god nytte av å hvile før måltider (Bakkeland et al., 2016, s. 173) I forskningen til Odenrants et al. (2005) belyser pasientene hvor viktig det var for de å hvile før, under og etter måltidene. I praksis erfarte vi at noen pasienter med kols grad 3-4 opplevde angst ved flatt sengeleie. Ved to tilfeller ønsket pasientene å stå på knærne i sengen med albuen i madrassen for å få bedre gassutveksling og bruke mindre hjelpemuskulatur. Vi veiledet pasienten til å sitte på sengekanten med armene støttet på et bord foran seg. På denne måten lettet bruken av hjelpemuskulatur og pasienten opplevde mer velbehag. Ved et tilfelle ønsket en pasient å ligge i tilnærmet flatt sengeleie da han fikk en kvelningsfølelse av å ha hjertebrettet for høyt oppe. Han hadde god nytte av thoraxleie, selv med senket hjertebrett. Flere av pasientene vi møtte hadde også god nytte av

thoraxleie, vi veiledet de til å heve hjertebrettet til 45-60 grader, at de ved hjelp av sengen kan lage en liten knekk i kneleddet for å unngå å skli ned i sengen og støttet armer, nakke og hode med puter. Slik unngår man å presse mellomgulvet oppover og lungene får bedre ekspansjonsmulighet (Skaug og Bertzen, 2016, s. 118). Ved hjelp av vår kunnskap og veiledning om stillinger som fremmer respirasjon, kunne pasienten spare krefter og energi til måltidene. Og mestre sykdommen bedre ved opplevelse av tungpust, ubehag og maktesløshet. Vi opplevde at mange pasienter hadde god effekt av hvile før måltider, dette førte til at de orket å spise mer da de hadde kontroll over pusten sin. Under måltidene var det viktig at vi ikke stresset pasienten da vi opplevde at god tid og ro rundt måltidene hadde en positiv påvirkning på matinntaket.

For å minske pasientens angst og redsel er det viktig at sykepleieren er i nærheten og forsikrer pasienten om at han ikke er alene, hun må motivere, gi ros og lytte (Dybwik, 2016 s. 200). Forskning sier at positiv oppmuntring fra støttende og engasjerte sykepleiere gir motivasjon til å fullføre behandlingen (Torheim & Kvangarsnes, 2013). Østerås et al. (2011) skriver at noen pasienter innlagt med eksaserbasjon får NiV behandling, noe som gjør det lettere for pasientene å puste fordi det med overtrykk blåses gass ned i pasientens luftveier. Ved bruk av NiV reduseres antall komplikasjoner og dette gir økt overlevelse ved eksaserbasjon (Østerås et al., 2011). Torheim og Kvangarnes (2013) skriver at det rapporteres at NiV behandling sammenlignet med den tradisjonelle respiratorbehandlingen er mindre traumatisk og gir mindre komplikasjoner. Det er ikke bare positive sider å dra frem ved bruk av NiV. Østerås et al. (2011) opplyser om at de pasientene som brukte NiV hadde større risiko for mer alvorlig vekttap. Selv om NiV letter respirasjonen kan mange pasienter få en følelse av å bli kvalt noe som kan føre til mer overfladisk og hurtig respirasjon. Den tettsittende masken kan for noen også føles klaustrofobisk og gi panikk (Dybwik, 2016 s. 200). For å få i seg mat må pasienten ta av seg masken, pasienten bør da få oksygentilførsel via nesekateter (Bakkeland et al., 2016, s. 165). Oksygenbehandling har til hensikt å øke pasientens oksygenopptak i blodet, minske hans respirasjonsarbeid og å redusere bruk av hjelpemuskulatur. Oksygenbehandling fører til at oksygeninnholdet i alveolene holder seg på et tilfredsstillende nivå (Bakkeland et al., 2016, s. 161). Ved en pasientsituasjon vi opplevde i praksis hvor en pasient fikk NiV behandling observerte vi betydelig redusert matinntak enn hva som er anbefalt. Pasienten ønsket ikke å ta av seg masken for å spise da han følte at han ikke fikk puste. Da var det nødvendig at vi veiledet pasienten og prøvde å berolige han ved at

vi var tilstede og at vi hadde god tid til han. Under måltidet sørget vi for at han var avslappet og hadde en god sittestilling. Ved at vi var tilstede kunne vi hjelpe han med å få masken raskt på dersom han opplevde økende tungpust. Dette beroliget pasienten og han fikk i seg godt med mat og fikk en bedre opplevelse av måltidet. De pasientene vi møtte i praksis som fikk oksygenbehandling opplevde å bli mer uttørket i munn og svelg, de hadde da behov for rikelig med væsketilførsel. Bruk av oksygentilførsel gjorde at disse pasientene brukte mindre hjelpemuskulatur noe som gjorde at de hadde mer energi til å spise maten.

5.2 Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienten å spise og drikke tilstrekkelig

For at kroppen skal fungere optimalt er vi avhengig av tilstrekkelig med mat og drikke. Henderson (2004, s. 27) legger stor vekt på at læren om kost og ernæring er viktig i sykepleierutdanningen. Det er viktig at sykepleieren veileder pasienten om normal vekt i forhold til høyde og alder og om ulike ernæringsbehov. Sortland (2015, s. 13) skriver også om sykepleierens ansvar om å sikre god væske- og ernæringsstatus blant pasientene, men at mange sykepleiere ser på det som en utfordring å sikre pasienter den ernæringsmessige omsorgen de trenger. Sykepleierne i forskningen gjort av Odencrants et al. (2007) opplyser at de synes det var vanskelig å gi ernæringsveiledning da pasientene mente de ikke hadde noe med det. For å bedre omsorgen knyttet til væske- og ernæringsstatus er det viktig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap om pasientens opplevelser av matrelaterte situasjoner (Odencrants et al., 2005). Ut fra egne erfaringer har vi opplevd det vanskelig å sikre tilstrekkelig væske og ernæring hos noen kols pasienter. Noen takker nei til middag fordi de ikke er sultne eller orker å spise, og noen spiser bare litt av porsjonen. Selv om pasientene kunne velge halv porsjon var det noen som bare spiste halve av denne porsjonen. Vi tror grunnen til dette er mangel på kunnskap hos pasientene selv, og de ser ikke konsekvensene av det å hoppe over et måltid. Dette bekreftes i forskningen til Odencrants et al. (2005) hvor flere av deltakerne mente at lav kroppsvekt var bra for personer med kols.

I praksis har vi opplevd at mye av fokuset hos pasienter som kommer inn med eksaserbasjon er å bedre pusten og at det derfor ikke legges nok vekt på ernæringen. Vi tror dette også kan ha noe med et stort press og høyt tempo i sykehus å gjøre. Odencrants et al. (2005) bekrefter i sin forskning at målene for behandling av kols er å forebygge symptomer, opprettholde

lungefunksjonen, forbedre daglige aktiviteter og øke livskvaliteten. Sykepleiere har en nødvendig rolle i forhold til å forebygge og identifisere ernæringssvikt hos pasienter i sykehus. For at hun skal kunne ivareta hver enkelt pasients ernæringsbehov må hun ha god nok kompetanse på dette området (Sortland, 2015, S. 14). Tidlig oppdagelse av risiko for undervekt når pasienten kommer inn på sykehus kan sørge for at man hindrer utvikling og forverrelse i løpet av sykehusoppholdet (Odenrants et al., 2013)

Det er lite dokumentert hvordan sykepleierne vurderer ernæringsstatus hos kols pasienter og hvilke tiltak de iverksetter (Odenrants et al., 2007). Sykepleierne i forskningen til Odenrants et al. (2007) opplyser at de brukte observasjoner, intuitive følelser og sunn fornuft for å identifisere tegn på underernæring. Alle kan veies om det hadde vært en prioritert oppgave. Det bør være standard prosedyre å veie og regne ut KMI av kols pasienter som kommer inn i sykehus, skriver Østerås et al. (2011). I praksis utførte vi flere ernæringskartlegginger, men vi opplevde at det ikke ble gjort noe mer med det. Vi savnet klare retningslinjer og tiltak som forebygger utvikling av underernæring blant inneliggende pasienter med kols. Skjema for ernæringskartlegging ble utviklet for å kunne evaluere ernæringsstatusen til mennesker over 65 år (Odenrants et al., 2013). Pasienter med en alvorlig kols diagnose som blir vurdert til høy ernæringsmessig risiko bør henvises til en ernæringsfysiolog (Helsedirektoratet, 2012, s. 57). For at sykepleieren ikke skal gå utover sitt kompetanseområde, mener vi det er viktig med et godt samarbeid, i dette tilfellet med en ernæringsfysiolog. I praksis fikk vi beskjed om at det var mulig å kontakte en ernæringsfysiolog, men vi opplevde ikke at dette var noe som ble gjort da det generelt var lite fokus på ernæring på avdelingen. På den medisinske avdelingen vi var på i praksis hadde de et skjema for ernæringskartlegging. Vi opplevde at dette kun ble brukt ved noen tilfeller. Ved å ha klare retningslinjer for bruk av ernæringskartlegging kan det være lettere å forebygge underernæring hos kols pasienter inneliggende i sykehus. En slik kartlegging kan også hjelpe pasientene med å få en bedre forståelse av egen ernæringsstatus og det kan være lettere for de å forstå hvorfor de må forbedre næringsinntaket.

I yrkesetiske retningslinjer (2011) står det “Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten”. For å bedre livskvaliteten må man også legge vekt på det positive. For mange pasienter har mat og måltider vært forbundet med noe positivt og koselig før det i takt med utviklingen av sykdommen ble slitsomt og negativt.

Flere sier at det å tilberede måltider er en slitsom prosess som de tvinger seg selv til å gjennomføre. Det å stå over kokeplater og varm damp gjør at mange velger enkle måltider som rester eller brødskiver (Odenrants et al., 2005). Å tilberede mat sammen med andre er positivt og gir maten en bedre smak, men kols pasienter sliter med en skyldfølelse av å legge igjen mat på tallerkenen fordi de ikke har krefter til å spise opp. Det opplyses om at flere velger å spise opp det de har på tallerkenen, men sitter igjen med en følelse av at det var unødvendig (Odenrants et al., 2005). I en annen forskningsartikkel viser resultater at deltakerne som bodde alene hadde dårligere ernæringsstatus enn de som bodde sammen med noen andre (Odenrants et al., 2013). Egne erfaringer fra praksis er at mange eldre som bor alene nøyer seg med en brødskive til middag for å slippe så mye styr og når de blir lagt inn på sykehus vil de ikke være til bry. Mange synes også det er unødvendig å lage så mye mat til seg selv når de ikke klarer å spise det opp. Odenrants et al. (2007) skriver at en sykepleier oppfordret sine pasienter til å fylle opp og lagre mat slik at de hadde tilgjengelig på dager hvor formen var dårligere. Hun oppfordret også til å ha mat som var rask å tilberede eller restemat. Mange faktorer er bidragende til å gi nedsatt matlyst på sykehus. Ubehagelige lyder, lukter og medisinsk utstyr er noen faktorer, samt at pasientene ofte deler rom med to til fire personer. For noen er det å spise med andre i en sårbar situasjon vanskelig, men noen søker selskap og får en god matopplevelse med romkameratene. Forskning viser at kols pasienter har ulikt syn på det å spise alene eller i selskap med andre (Odenrants et al., 2005)

Lav kroppsvekt og stadig redusert vekt øker dødeligheten hos pasienter med kols og 25-40% av pasientgruppen er underernært. Hos kols pasienter innlagt i sykehus har over halvparten et vekttap på over 10% (Sortland, 2015, s. 209). I perioder med eksaserbasjon øker energiforbruket og mange får også dårligere matlyst. Sekretproduksjonen øker og det forårsaker mer hoste. Hoste og økt respirasjonsarbeid over lengre tid gjør pasienter fysisk slitne, det er derfor vanskeligere å få opp alt slimet i luftveiene. Lange perioder med hoste og mye slim gir søvnløshet, kvalme og brekninger (Bakkeland et al., 2016 s. 139). Når magen fylles med mat tar den større plass noe som medfører mindre friksjon og mindre ventilasjon i lungene, derfor velger mange kols pasienter å spise mindre måltider (Bakkeland et al., 2016 s. 139). I en forskning vi har valgt ut opplyser flere av pasientene at de velger å spise små hyppige måltider gjennom dagen, for å unngå å bli så oppblåst. De føler en tidlig metthetsfølelse og klarer ikke å spise så mye som de gjorde før, de spiser akkurat nok og koser seg ikke på samme måte med maten (Odenrants et al., 2005). I praksis opplevde vi at

flere av pasientene spiste lite av maten de ble servert. Ofte var halvparten av porsjonen igjen på tallerkenen. De ville helst spise enkel mat som suppe eller yoghurt for å slippe å bruke så mye energi på å tygge.

Sykepleieren er den som best kan vite hva pasienten har lyst på av mat og drikke da hun er den som er mest sammen med pasienten på et sykehus (Henderson, 2004, s. 28). Siden kols pasienter bruker mye energi på å opprettholde en optimal respirasjon fører det ofte til at de ikke orker å spise så mye. Vår opplevelse er at mange satte pris på å ha tilgang på lett mat, som oppskåret frukt eller kjeks. På sykehus er det faste klokkeslett for måltider og for noen pasienter kan dette medføre frustrasjon da de ikke kan spise når de ønsker (Henderson, 2004, s. 29). Det er vår oppgave som sykepleier å tilrettelegge for at pasienten har lett tilgang til mat, enten ved å informere om kantinen eller å servere de på sengen. Pasientene på avdelingen vi var i praksis hadde et stående tilbud i en selvforsynt kantine hvor de kunne forsyne seg selv, smøre seg en brødskive eller hente en yoghurt. For å øke energiinntaket bør sykepleieren anbefale små og energirike måltider. Ofte har pasienter med kols diagnose lite energioverskudd til å tilberede og spise mat, derfor er det viktig at vi gjør maten så enkel og appetittlig som mulig. På medisinsk avdeling var det vanlig at pasientene hentet måltidene i kantinen selv, men for pasienter med eksaserbasjon var dette en umulig oppgave. Da var det vår oppgave å hente mat for disse pasientene så de kunne hvile før måltidene. Vi passet også på å tilby næringsdrikker til de som ikke orket å spise. Energirike næringstilskudd bør gis jevnt fordelt utover dagen (Helsedirektoratet, 2015, s. 57). Næringstilskudd som kan bidra til økt vekt bør tilbys til de pasienter som er i fare for, eller er underernært. Det ble noen dager i uken servert energitett smoothie som pasientene fikk servert på rommet. Dette synes vi var et godt tilbud, men det var allikevel noen pasienter som ikke ønsket smoothie da de følte de ble mer slimete og fikk mer ekspektorat. Et alternativ som ble tatt opp var å lage smoothie uten melkeprodukter.

5.3 Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienten å lære

Veiledning og undervisning er en del av den generelle sykepleien (Henderson, 2004, s. 49).

Yrkesetiske retningslinjer (2011) skriver at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å

ta egne, selvstendige valg ved å gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at han har forstått informasjonen som ble gitt. Ved eksaserbasjon er redusert oppmerksomhetsnivå og forvirring vanlig (Giæver, 2015, s. 101). Torheim & Kvangarsnes (2013) viser til en pasient som sa at hans mentale tilstand var så redusert ved eksaserbasjon at han ikke kunne stille de spørsmålene han hadde behov for å få svar på. Han kom derfor hjem med ubesvarte spørsmål. I forskningen til Bjørslund et al. (2012) forteller en av deltakerne at han var opptatt av at sykepleierne viste at de hadde god tid til han. I praksis opplevde vi at mange sykepleiere ga informasjon uten å være sikre på om pasienten hadde oppfattet alt riktig. I en akutt sykdomsfase har vi erfart at pasienter har behov for å få informasjon opptil flere ganger da de har vanskelig for å få med seg det som blir sagt den første gangen. Ofte er det lurt å stille et kontrollspørsmål om informasjonen er oppfattet. Det er ofte høyt tempo og fulle avdelinger på sykehus, spesielt de medisinske avdelingene. Vi mener sykepleieren må huske på at det er pasienten som er viktig og at hun derfor må bruke tid på han. Selv om det var mye å gjøre på avdelingen, er våre erfaringer at pasientene satt veldig stor pris på vår tilstedeværelse. At vi ikke stresset når vi var hos pasientene gjorde at de forsto mer av informasjonen vi ga og de fikk en følelse av å bli sett. Vi så at god kommunikasjon er viktig for å fremme pasientens kunnskap og brukermedvirkning. Når vi ga ernæringsinformasjon til våre pasienter var vi opptatt av at de skulle ha ro rundt seg og være i en stabil fase. Vi så fort at det ikke var noe poeng i å gi informasjon da de var i en akutt eksaserbasjon, denne informasjonen husket ikke pasientene i ettertid.

Sykepleieren har en viktig oppgave i å oppmuntre pasienten til å bli selvhjulpen så tidlig som mulig da er det viktig at hun viser interesse og kunnskap for at pasienten skal forstå at hun ønsker å hjelpe, men også ønsker at han skal bli selvhjulpen (Henderson, 2004, s. 28).

Sykepleieren og annet helsepersonell har ansvar for å gi tilstrekkelig informasjon og undervisning for at pasienten selv kan ivareta egen behandling og bli selvhjulpen (Bakkeland et al., 2016). Økt kunnskap til kols pasienter vil bidra til å unngå underernæring (Østerås et al., 2011). Bjørslund et al. (2012) opplyser at for lite kunnskap og lite tro på seg selv gjør kols pasienter usikre. Korte beskjeder og stressede sykepleiere gjør det vanskelig for pasientene medvirke. Henderson (2004, s. 50) opplyser at det er gjort eksperimenter med hensyn til opplæring til pasienter. Det har kommet frem at mange pasienter har blitt feillært eller ikke fått tilstrekkelig opplæring når det gjelder tiltak gjeldende sykdommen som pasienten selv kan ivareta. For å kontrollere at pasienten har forstått informasjonen han har fått, kan sykepleieren

for eksempel observere pasientens inhalasjonsteknikk ved inntak av legemidler. Slik kan sykepleieren se om pasienten har fått god opplæring og gjør dette riktig (Bakkelund et al., 2016, s. 171). Vi vet det er viktig at sykepleieren informerer om at inhalasjonsmedisiner kan gi sopp, tørrhet og irritasjon i munnhule og svelg. For pasienter med kols er dette en faktor som kan påvirke ernæringsstatus negativt da det kan gi ubehag og påvirke inntak av mat. Med enkle tiltak kan dette unngås. Som for eksempel ved å skylle munnen med vann etter inhalasjon. Det er sykepleierens oppgave å informere pasienten om at slikt ubehag forekommer, men hvordan det kan forebygges. På denne måten får pasienten nok kunnskap og kan unngå å få unødvendige plager som kan påvirke ernæringen.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-8) har sykehusene i oppgave å lære opp pasienter og pårørende. Ernæringsveiledning kan man få individuelt eller ved å delta i grupper. Innholdet i veiledningen bør være tiltak for at pasientene skal kunne bedre inntaket av næring (Helsedirektoratet, 2015, s. 57). Hver enkelt pasient bør få tilpasset en sammensetning av kostholdet som skal inneholde fett, karbohydrater og protein. Han må få vite at det er registrert vektøkning blant pasienter som har et kosthold rikt på karbohydrater og fett (Helsedirektoratet, 2015, s. 57). Odenrants et al. (2013) har i sin studie intervjuet flere som lider av underernæring grunnet kols. I forskningen kommer det frem at over halvparten av deltakerne ikke hadde fått informasjon om viktigheten av god og riktig ernæring ved kols. Flere av deltakerne som var normalvektige opplyser også om for lite eller ingen informasjon rundt dette temaet (Odenrants et al., 2013). Dette kommer også frem i en annen forskning gjort av Odenrants et al. (2005) hvor flere av deltakerne uttrykker at de tror det er bra for pasienter med kols å ha lav kroppsvekt. Noen av deltakerne opplyser også at de spiser små hyppige måltider for å unngå å blir så fryktelig mett (Odenrants et al., 2005). Forskning viser også at kols pasientene som var tynne eller med betydelig vekttap så på det å være tynn som noe positivt. Dette på grunn av opplysninger om kropp og helse som kommer frem i media (Odenrants et al., 2007). Når pasienter får tilstrekkelig kunnskap om sin sykdom bidrar det til medvirkning, færre episoder med eksaserbasjon og bedret helseopplevelse (Bjørslund et al., 2013). Ut fra våre praksiserfaringer har ikke vi opplevd at noen av pasientene har fått ernæringsveiledning i gruppe. Vi har hørt at sykepleiere og leger har gitt informasjon om hva som er lurt og spise og at det er viktig med hyppige små måltider istedenfor få store. Vi syns ikke de fikk frem hvor nødvendig god og riktig ernæring er ovenfor kols pasientene. Tilpasset informasjon er noe vi mener må ha større fokus hos denne pasientgruppen da de selv ikke

tenker på viktigheten av ernæring, når det er det grunnleggende behovet respirasjon som svikter.

Som Henderson (2004, s. 28) skriver er sykepleieren mye med pasienten i løpet av en dag og hun har derfor gode muligheter til å veilede til gode og sunne spisevaner. Sykepleieren skal veilede og undervise pasienten slik at han kan øke sin mestringskompetanse (Tveiten, 2008, s. 94). Videre skriver Tveiten (2008, s. 71) at brukermedvirkning er et ord som ofte sees sammen med veiledning. Sykepleieren må møte pasienten der han er og oppnå tillit. Dette er faktorer som avgjør om pasienten er veiledbar eller ikke (Tveiten, 2008, s. 72). Henderson (2004, s. 49) skriver at det er mange pasienter som ikke har motivasjon til å leve etter de helserådene som blir gitt og mange er syke fordi de mangler kunnskap om de funnene som er gjort om dens egen sykdom. Odenrants et al. (2007) skriver i sin forskning at mange sykepleiere finner det vanskelig å informere pasientene om hva som er riktig ernæring og hvordan de kan bedre sin ernæringsstatus. Erfaringene vi har fra praksis er at mye av ansvaret for å gi tilstrekkelig informasjon til pasienter ligger på sykepleieren. Da er det også en avgjørende faktor at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap. I forskningen til Odenrants et al. (2007) er det en sykepleier som uttrykker at pasienter med kols faktisk er ganske slanke. Dette kan vitne om for lite kunnskap hos henne. Henderson (2004, s. 49) mener at arbeidet med å fremme kunnskap hos pasientene krever høy kunnskap og dyktighet hos sykepleieren. Hun mener også at sykepleieren bevisst eller ubevisst, planlagt eller tilfeldig, inspirerende eller direkte kan veilede pasienten (Henderson, 2004, s. 50). Vi så at det er sykepleieren som har det meste av kontakten med pasientene i løpet av en dag og det blir derfor mest naturlig at hun er den som skal gi informasjon til pasientene, også om ernæring. Vi har derimot erfaringer av at hverdagen på en medisinsk avdeling er hektisk. Det var ikke alltid lett å sette av tid til ernæringsveiledning ved siden av alle dagens gjøremål, noen ganger ble derfor veiledningen utført litt tilfeldig når det passet pasienten og sykepleieren. Da var det viktig at sykepleieren hadde evnen og kunnskap til å ta veiledning litt på sparket.

Medvirkning fra pasienter gir bedre kvalitet på helsetjenesten (Kristoffersen, 2016, s. 347). Brukermedvirkning er et sentralt begrep og i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) står det at pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Informasjon og kunnskap er viktig for at pasienten skal kunne medvirke (Kristoffersen, 2016, s. 19). I forskningen til Bjørnsland et al. (2012) kommer det frem at noen av deltakerne erfarte

at det å være tydelig på deres egne behov fremmet brukermedvirkning. Noen deltakere sa også at forståelse- og omsorgsfulle sykepleiere fremmet deres medvirkning. Selv har vi erfart at det er noen som lar seg veilede bedre enn andre. Vi opplevde at pasientene som ikke lot seg veilede følte det som krenkende at vi skulle ”bestemme” hva som var riktig å spise og ikke. Da er det viktig at sykepleieren gjennom veiledning og informasjon gir pasienten nok kunnskap om god ernæring. Gjennom samarbeid og respekt for pasientens kunnskap om egen sykdom opplevde vi gode muligheter til å veilede og overføre kunnskap til pasientene. På denne måten følte ikke pasienten seg overkjørt og vi fremmet brukermedvirkning. Våre erfaringer fra praksis er at informasjonen vi har gitt må tilpasses til hver enkelt pasient da noen er interessert i å lære mens andre ikke ønsker å ta standpunkt i sin sykdom. Når sykepleieren har fokus på brukermedvirkning kan pasienten komme med innspill på egne tanker og følelser. Det er pasienten selv som skal sitte med en følelse av å delta da det er han som skal ha kontroll over livet sitt. Det vil være vanskelig for sykepleieren å veilede pasienten dersom det ikke er respekt eller et samarbeid mellom dem. Ved at vi hadde fokus på brukermedvirkning tilrettela vi for at pasienten kunne komme med innspill på hva han selv ønsket rundt måltider og hva som gjorde det lettere for han å fullføre et måltid.

6.0 Konklusjon

Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols eksaserbasjon innlagt på sykehus.

Med dette litteraturstudiet ønsket vi å se på sykepleierens rolle i det forebyggende arbeidet hos pasienter med kols eksaserbasjon utsatt for underernæring. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett at det er langt flere pasienter med kols som også er underernært og at det er lite fokus på dette på medisinsk avdeling. Forskning viser at underernæring hos pasienter med kols kan bidra til forverring av sykdommen og komplikasjoner. Vi ønsket også å se på hvordan sykepleieren kan bidra til at pasientene tar del i egen behandling.

Eksaserbasjon er en situasjon som kan føre til vekttap, dette gir økt risiko for underernæring. Vi har sett at strevet med å få nok luft krever mye krefter for kols pasienter, noe som medfører at de ikke har nok energi til å få i seg tilstrekkelig med mat og drikke. Det at kols pasienter hele tiden har mangel på oksygen påvirker appetitt og energibalansen. Og mange pasienter har uttrykt at maten ikke smaker like godt som den gjorde før. Vi ser at våre praksiserfaringer samsvarer med teori og forskning når det gjelder behovet for hvile før, under og etter måltidene. Ved å spare energi orket pasientene å spise mer under måltidene. Riktig og behagelige sitte og liggstillinger kan være gode tiltak for å fremme hvile og pust og minske bruk av hjelpemuskulatur. Vi har sett at NiV behandling ved eksaserbasjon kan gi økt vekttap og at sykepleieren har en viktig rolle i å trygge og berolige pasienten til å ta av masken for å få i seg måltider.

For at kroppen skal fungere optimalt er vi avhengig av tilstrekkelig med mat og drikke. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett at underernæring er et økende problem blant pasienter med kols. Vi har sett at mangel på kunnskap hos pasientene kan være en av grunnene til dette. Pensumlitteratur og forskning belyser at sykepleieren må kartlegge pasientens ernæringsstatus tidlig i sykdomsforløpet for at pasientene skal unngå å bli underernært. En tidlig oppdagelse av risiko for underernæring vil redusere utviklingen. Vi har gjennom egne praksiserfaringer erfart at ernæringskartlegging er kjent, men blir praktisert lite. Vi mener det burde være standard prosedyre å kartlegge ernæringsstatus til inneliggende kolspasienter. Dette er et verktøy som vil hjelpe sykepleierne med å identifisere og oppdage et

eventuelt ernæringsproblem, og det gjør det lettere å igangsette tiltak. Vi har sett at pasienter med kols bruker mye energi på å puste, det er derfor viktig at pasientene får nok kunnskap om balansen mellom kaloriinntak og kaloriforbruk. Dette er viktig for å unngå underernæring. Sykepleieren kan oppmuntre pasientene til å spise små måltider litt oftere. Da er smoothie, næringsdrikker, supper, frukt og kjeks gode alternativer.

For at pasienten skal få mer kunnskap om sin sykdom, er det viktig med veiledning og undervisning. Gjennom veiledning kan sykepleieren bidra til å øke kunnskapsnivået til pasientene. Slik fremmer hun brukermedvirkning og pasienten kan ta større del i egen behandling. Ved at pasienten får økt kunnskap om hvor viktig det er med et næringsrikt kosthold rikt på proteiner, kalorier og vitaminer kan han ta valg som fremmer hans helse. Pasienten må få kunnskap om at underernæring kan unngås ved å ha en balanse mellom forbruk av kalorier og kaloriinntak. Pasienten har en sentral rolle og må være motivert for å tilegne seg kunnskaper, endre vaner og bli bevisst på egne valg. Det vi ser er at veiledning og undervisning krever mye av sykepleier, men også fra pasienten selv.

Vi har sett at pasienter med eksaserbasjon i noen tilfeller synes det er utfordrende å få med og ta til seg informasjon. Forskning og litteratur har vist oss at eksaserbasjon er en medvirkende faktor som kan hindre brukermedvirkning. En god relasjon mellom sykepleier og pasient er grunnleggende for et godt samarbeid, for å skape en god relasjon må sykepleieren være imøtekommende og ha gode holdninger overfor pasienten. Gjennom våre praksis erfaringer og vår oppgave har vi erfart at pasienter i ulik grad medvirker i egen sykdom. Pasienter som har kunnskap og er tydelig på egne ønsker og behov medvirker i større grad enn de som ikke har tilstrekkelig med kunnskap. Ernæringsveiledning i grupper eller individuelt er et tiltak vi synes skal ha større fokus i sykehus, dette for at pasienter skal kunne tilegne seg kunnskap om hvor viktig ernæring er når man lider av kols.

Litteraturliste:

Akner, G. (2006). U ernæringsstillstand vid kol. I K. Larsson (Red.), *KOL* (s. 227-237).

Lund: Studentlitteratur.

Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., 117-182). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

14 <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2329/2151>

Brodtkorb, K. (2014) Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 375-389). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. s.148-175). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dybwik, K. (2016). Avanserte behandlingstiltak ved alvorlig respirasjonssvikt. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg. s. 183-205). Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningartikler*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Giæver, P. (2015). *Lungesykdommer*. Oslo: Universitetsforlaget

Helsebiblioteket. (2016). *Kildevalg*. Hentet fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

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

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. [Rundskriv IS-1580]. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven. LOV-1999-07-02-64. (2017). Hentet fra: <http://lovdata.no/>

Henderson, V. (2004). *ICN's basic principles of nursing care*. Geneva: International Council of Nurses.

Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering : KOLS og andre lungesykdommer*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (3. utg. s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (3. utg. s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie- fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (3. utg. s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Odenchrants, S., Bjuström, T., Wiklund, N. & Blomberg, K. (2013). Nutritional status, gender and marital status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(13), 1771-1778. <https://doi.org/10.1111/jocn.12222>

Odenchrants, S., Ehnfors, M. & Grobe, S. J. (2005). Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part 1. Struggling with meal-related situations: Experiences among persons with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 203-239. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00345.x>

Odenchrants, S., Ehnfors, M. & Grobe, S. J. (2007). Living with chronic obstructive pulmonary disease (copd): Part 2. RNs' experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1): 56-63. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00441.x>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk

Ranhoff, A. H. (2010) Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 75-86). Oslo: Gyldendal Akademisk

Skaug, E-A. & Bertzen. H. (2016). Respirasjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 2*. (3. utg. s. 87-128). Oslo: Gyldendal Akademisk

Sortland, K. (2015). *Ernæring- mer enn mat og drikke*. Fagbokforlaget.

Stubberud, D-G-, Kondrup, J. & Almås, H. (2016). Ernæring ved sykdom. I D-G- Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s.17-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. (2017). Hentet fra: <http://lovdata.no/>

Sykepleien.no. (2012). *Forskningsartikkel eller fagartikkel?* Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

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. <https://doi.org/10.1111/scs.12106>

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Fagbokforlaget.

World Health Organization (2017). *The top 10 causes of death*. Hentet fra <http://new.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Østerås, H., Aasbjørg, M. & Gustad, L. T. (2011). Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos kols-pasienter akkuttinnlagt på sykehus? *Sykepleien.no*. 6(2)(124-133) <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0102>

Vedlegg 1 – PICO skjema

Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus?

P	I	C	O
Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Chronic obstructive pulmonary disease - COPD	Nutritional status		Nutritional status in patients with copd

Lokaliser på: sykepleien.no

2. Nutritional status, gender and marital status in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Lokalisert på: Cinahl

P	I	C	O
Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Kronisk obstruktiv lungesykdom - KOLS	Underernæring		Bedre pasienter med kols sin ernæringsstatus

Mesh termer: Nutritional status, COPD, chronic obstructive pulmonary disease, nursing

3. Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part 1. Struggling with meal related situations: Experiences among persons with COPD.

Lokaliser på: Cinahl

P	I	C	O
Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Chronic obstructive pulmonary disease - COPD	Nutrition, meals, food		Knowledge about mealsituation

Mesh termer: COPD, meal, situations

4. Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD):Part 2. RN's experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status

Lokalisert på: Cinahl

P	I	C	O
Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Nurse working with patients with copd.			Knowledge about how the nurses work with patients with copd and what they do to provide it.

Mesh termer: Nurse, nurse-role, nutrition, COPD, cronic obstructive pulmonary disease,

5. *How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit?*

Lokalisert på: SveMed+

P	I	C	O
Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Chronic obstructive pulmonary disease - COPD	Care in hospital		Knowledge about how the patients with exacerbation experience care in hospital.

Mesh termer: COPD, exacerbated, care

6. *Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus.*

Lokalisert på: SveMed+

P	I	C	O
Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Pasienter med kols	Brukermedvirkning		Pasienter med kols opplevelse av brukermedvirkning i sykehus.

Mesh termer: Brukermedvirkning, pasient, kols, kronisk obstruktiv lungesykdom, sykehus

Vedlegg 2 – Samleskjema for forskning

Artikkel nr.	Referanse	Utvalg/størrelse	Tiltak/setting	Funn	Konklusjon	Relevans for problemstilling
1	Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt på sykehus? Kvalitativ studie	Inkluderer 50 pasienter som var innlagt på intensivavdeling.	Kartlegge ernæringsstatus til pasienter med KOLS som innlegges med akutt sykdomsforverring	- 50 av 93 pasienter deltok - 13 pasienter ble ekskludert pga. manglende vekt. - 28 pasienter legges inn med ernæringsmessig risiko. - Hvert liggedøgn på sykehus øker sjansen for underernæring	Rutiner for ernæringscreening av alle KOLS-pasienter må implementeres slik at målrettet behandling av underernæring kan starte. I oppstartsfase av NIV-behandling er pasientene utsatt for vekttap. I tillegg bør alle undervektige og normalvektige KOLS-pasienter følges opp.	Noe høy grad
2	Nutritional status, gender and marital status in patients	Det var 83 pasienter inkludert i	Å beskrive og sammenligne ernæringsstatus,	- Å spise sammen med noen kan	Tidlig identifisering av pasienter med kols er	Selv om vi har valgt å ikke ha avgrensning ift.

	with chronic obstructive pulmonary disease	studiet hvor 47 var kvinner og 34 var menn.	lungefunksjon, kjønn og sivilstand hos pasienter med kols.	bedre ernæringsstatusen - Kvinner er mer utsatt for underernæring enn men	viktig for å redusere faren for underernæring. Pasienter med kols bør tilbys informasjon og støtte til individuelle tiltak i et tidlig stadium for å unngå ernæringsproblemer og/eller undervekt.	kjønn er denne relevant med tanke på informasjon.
3	Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part 1. Struggling with meal related situations: Experiences among persons with COPD. Kvalitativ studie	13 deltakere var inkludert i studien. 8 var kvinner og 5 var menn.	Forskningen gir et bilde av pasienter med kols sine opplevelser rundt matrelaterte situasjoner. Hva som påvirker måltider positivt og negativt.	-Mange fysiske faktorer påvirker næringsinntaket. - Ulikt syn på det å spise sammen med andre. - Vet de må spise mer, men har ikke energi til å gjøre det. -Ulike tiltak er små hyppige måltider, hvile før, under og etter måltider og ha	Tidlig identifisering av pasienter situasjon vil redusere underernæring. Regelmessig overvåkning av pasienters kroppsvekt kan redusere mer vekttap. Sykepleier må ha kunnskap rundt faktorer som kan påvirke matinntak. Praktisk hjelp til å handle mat, transportere matvarer og hjelp med å lage mat er tiltak som kan lette matsituasjoner for kols pasienter. Å ha noen å spise med er for noen	Denne har høy relevans for oss da den tar for seg pasientens perspektiv rundt mat og måltidsituasjoner. Det er negativt at det er i hjemmet og ikke på sykehus.

	-kvalitative intervjuer og dagboksføring.			lette måltider tilgjengelig.	positivt, men noen ser på det som negativt.	
4	<p>Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Part 2. RN's experiance of nursingcare for patients with COPD and impaired nutritional status.</p> <p>Kvalitativ studie</p> <p>-Kvalitative intervjuer</p>	Forskningen inkluderer 19 sykepleiere som jobber spesifikt med kols pasienter	Forskningen belyser hvordan sykepleiere som jobber med kols pasienter vurderer ernæring og hvordan tiltak de gjør ved pasienter som har nedsatt ernæringsstatus.	<p>-Sykepleierne synes det var vanskelig å snakke om ernæring når de skulle etablere et godt forhold.</p> <p>-God informasjon er viktig.</p> <p>-Det var ingen klare retningslinjer på screening av ernæringsrisiko hos kols pasienter.</p>	<p>Det er en balanse mellom å gi informasjon for tidlig og til rett tid. Ved at sykepleierne gir god og rett informasjon om betydningen av forholdene mellom sykdom og diett kan pasientene få en bedre forståelse av hvor viktig ernæring er. Ved hjelp av observasjoner og intuisjon har sykepleierne etablert en helhetlig tilnærming til vurderingen av ernæringsstatus. Gode sykepleietiltak kan forbedre ernæringsstatusen hos kols pasienter og forhindre ytterligere komplikasjoner.</p>	<p>Forskningen belyser sykepleierens perspektiv og har derfor høy relevans for vår oppgave.</p> <p>Det er negativt at det er sykepleiere i kommunen.</p>

5	How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit.	Forskningen inkluderer 5 kvinner og 5 menn.	Målet med denne forskningen var å få bedre forståelse av hvordan pasienter med KOLS grad 3 og 4 opplevde omsorgen på en intensivavdeling i deres akutfase.	-Erfaring med tidligere sykehusbesøk gjorde mye med opplevelsen. -Det var viktig med støtte og oppmuntring fra engasjerte sykepleiere	Det at sykepleiere får en forståelse av hvordan eksaserbasjon og angst truer kontrollen over eget liv er til stor betydning for hvordan hjelp pasientene får. Det bør være et bedre samarbeid mellom sykepleiere, leger og pasienter bør styrkes for å fremme pasientens omsorg. Pasientene la vekt på at det å bli møtt som et medmenneske av sykepleiere som forstå var viktig. Det var ulike opplevelser blant pasientene om hvordan sykepleierne behandlet de. Noen følte seg ignorert og til bry og noen følte seg trygg og ivaretatt.	Denne forskningen har noe relevans, pga. pasientenes syn på pleienved eksaserbasjon. Det er negativt at den tar utgangspunkt i intensivavdeling.
6	Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus.	Utført ved to medisinske	Forskningen ønsker å få mer kunnskap om kolspasienters	-Sykepleiere som var imøtekommende og kjente godt til	Ulike faktorer hos sykepleier og pasient kan	Denne er aktuell for vår problemstilling da den tar for seg

	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>-kvalitative forskningsintevju.</p>	<p>sengeposter i Norge.</p> <p>Studien inkluderer 2 kvinner og 4 menn.</p>	<p>subjektive erfaring med medvirkning helsehjelpen under et sykehusopphold.</p>	<p>sykdommen bidro til brukermedvirkning.</p> <p>-Pasientene satt stor pris på at sykepleierne hadde god tid til de.</p> <p>-De som følte seg utrygge fikk bare økt pustebesvær.</p> <p>-Var pasientene tydelige på egne behov og ønsker opplevde de økt medvirkning og innflytelse.</p>	<p>både hindre og fremme brukermedvirkning.</p> <p>Ved å gi pasienter mer kunnskap fremmer sykepleieren brukermedvirkning. Pasienter bør utfordres til å være aktive gjeldende egen sykdom og ha større tro på egen kunnskap. Sykepleier og pasient må anse hverandre på samme nivå for å bli likeverdige partnere.</p>	<p>kolspasienters syn på brukermedvirkning på medisinske avdelinger i Norge.</p> <p>Negativt er at den ikke tar for seg underernæring.</p>
--	--	--	--	--	---	--

Vedlegg 3 - Søkeprosess

Artikkel	Tittel	Database	Avgrensning	Søkeord	Treff	Utvalgt	Fordel / ulemper
1	Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus?	Sykepleien	Kun fag og forskning	Kols, underernæring.	3	Nr. 2	<p>Fordeler: Er fra 2011, tar for seg ernæringskartlegging, tar for seg begge kjønn, tar for seg kols grad 3-4,</p> <p>Ulemper: Tar for seg NIV-behandling, er på intensivavdeling,</p>
2	Nutritional status, gender and marital status in patients with chronic obstructive pulmonary disease.	Cinahl	Kombinert med "AND"	Nutritional status, COPD, Chronic obstructive pulmonary disease, nursing.	218	Nr. 6	<p>Fordeler: Tar for seg underernæring hos pasienter med kols. Tar for seg ernæringskartlegging, den er fra 2013,</p> <p>Ulemper: Har mye fokus på kvinner (Vi har fokus på begge kjønn), tar ikke for seg hvilken grad av kols, en av forfatterne er gjentakende fra andre artikler vi har brukt (det kan påvirke resultatene av studiet),</p>
3	Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part 1. Struggling with meal related situations: Experiences among persons with COPD.	Cinahl	Kombinert med "AND"	COPD, meal, situations, mealsituation	4	Nr. 2	<p>Fordeler: Gir oss et innblikk i hvordan pasienter med kols opplever ulike matsituasjoner. Pasientene har alvorlig grad</p>

							<p>kols, får tydelig frem hva som kan føre til underernæring.</p> <p>Ulemper: Tar for seg situasjoner i hjemmet, er fra 2005.</p>
4	Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD):Part 2. RN's experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status	Cinahl	Kombinert med "AND"	Nurse role, nutrition, copd, chronic obstructive lung disease.	9	Nr.2	<p>Fordeler: Omhandler sykepleiere som jobber med kols-pasienter.</p> <p>Ulemper: Er fra 2007, handler om sykepleieres arbeid i kommunen og ikke på sykehus.</p>
5	How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit?	SveMed+	Vi benyttet oss av avansert søk og brukte "søk med AND"	COPD, exacerbated, care	4	Nr. 1	<p>Fordeler: Kols-pasienters opplevelser av pleien, når det oppstår kols forverring.</p> <p>Ulemper: Tar for seg intensivavdeling og intensivsykepleiere.</p>
6	Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus.	SveMed+	Vi benyttet oss av avansert søk og brukte "søk med AND"	Brukermedvirkning kols, sykehus.	6	Nr. 5	<p>Fordeler: Omhandler hvordan god informasjon og nødvendig kunnskap bidrar til brukermedvirkning hos kols pasienter inneliggende i sykehus. Opplevelsen av brukermedvirkning for kols pasienter på sykehus. Studien er gjort ved medisinske sengeposter.</p> <p>Ulemper: Sier ikke noe om ernæring.</p>

Vedlegg 4 - GOLD-kriteriene

Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD kriteriene (Bakkelund, et al, 2016, s. 135).

GOLD stadium	FEV1 (i % av forventet verdi hos personer som er lungefriske.)	Betegnelse
1	>80%	Preklinisk
2	50-79%	Moderat
3	30-49%	Alvorlig
4	<30%	Meget alvorlig

Vedlegg 5 – kunnskapspyramiden

