



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
**4BACH**

**Susanne Martinsen Skjølås og Marie Gumamela Sunde**  
Veileder: Bente Bjørslund

**“Når mat er beste medisiner.. ”**  
**“When food is the best medicine.. ”**

Bacheloroppgave

Antall ord: 13465

**Bachelor i sykepleie, kull 123**

**2014**

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	3
1. Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven i et samfunnsmessig perspektiv .....	4
1.2 Personlig relevans .....	5
1.3 Hensikt og problemstilling .....	5
1.4 Oppgavens avgrensning, begrepsavklaring og disposisjon.....	5
2. Metode.....	7
2.1 Litteratursøk .....	7
2.2 Presentasjon av forskning.....	8
2.3 Kildekritikk .....	11
2.4 Ethiske vurderinger .....	12
3. Teori .....	13
3.1 Sykepleieteoretiker Dorothea Orem.....	13
3.2 Kronisk obstruktiv lungesykdom .....	15
3.3 Ernæring .....	17
3.3.1 Underernæring ved kols .....	18
3.4 Brukermedvirkning gjennom veiledning til pasienten .....	21
3.5 Lover og retningslinjer .....	23
3.5.1 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	23
3.5.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	23
3.5.3 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.....	24
4. Pasientens medvirkende rolle i egen behandling .....	25
4.1 Veiledning og dialog for brukermedvirkning.....	25
4.2 Kartlegging av pasientens ernæringsstatus .....	33
4.3 Kostveiledning og forebyggende tiltak .....	35
5. Konklusjon .....	41
6. Litteraturliste .....	42

## **Sammendrag**

**Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols, gjennom veiledning og brukermedvirkning?»

**Hensikt:** Å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan tilrettelegge for brukermedvirkning i forebygging av underernæring. I tillegg ønsker vi å fordype oss ytterligere i hvordan sykepleier kan tilnærme seg pasienten, der paternalistisk tankegang og handlinger unngås.

**Metode:** Fordypningsoppgave som inkluderer pensum, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og egne erfaringer fra praksis.

**Konklusjon:** Pasienter med kols kan ha ulike utfordringer knyttet til underernæring, som er med på å forverre deres sykdomsbilde. Konkrete tiltak som skal virke appetittstimulerende er lagt vekt på i oppgaven. Kols er en kompleks sykdom som krever helhetlig sykepleie. Tiltak kan ikke gjennomføres uten pasientens evne til å medvirke i beslutninger rundt egen helse. Brukermedvirkning krever at pasienten har den nødvendige kunnskapen og motivasjonen som trengs for å kunne styrke seg selv. Sykepleier skal ta seg tid til å lytte, utøve forståelse, gi støtte og bidra til økt kunnskap. Gjennom dialog og veiledning kan sykepleier bidra til å styrke pasientens ressurser, som fremmer hans evne til deltakelse og mestring av egen sykdom. En forutsetning for brukermedvirkning og empowerment er at samarbeidet mellom sykepleier og pasient er basert på likeverd der begge sin kompetanse anerkjennes.

# 1. Innledning

I denne oppgaven har vi valgt følgende tema, pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom og de utfordringer de kan ha ved underernæring. Vi vil fokusere på hvordan sykepleier gjennom empowerment og brukermedvirkning kan styrke pasientens egne ressurser, til å mestre utfordringene knyttet opp mot underernæring. Underernæring og undervekt er utbredt hos denne pasientgruppen, og en studie bekrefter at progredierende lungesykdom kan resultere i ulike komplikasjoner, deriblant underernæring. Videre bekrefter studien at ernæringsstatus er en viktig del av behandlingen hos disse pasientene, som vil komme tydelig frem i oppgaven vår (Odenrants, Ehnfors, & Grobe, 2007).

## 1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven i et samfunnsmessig perspektiv

Stadig flere personer dør som en følge av kols og andre lungesykdommer, og statistikk viser til at sykdommen er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2013). Se vedlegg 1. «Kols kan regnes som en folkesykdom på grunn av den utbredte tobakksrøykingen i befolkningen» (Hjalmarsen, 2012, s. 21). Helsedirektoratet (2012) viser til at det er ingen forskjell blant kvinner og menn i forekomst av kols. Derimot er det hyppigere dødelighet hos kvinner enn det er hos menn. Omtrent 250-300 000 mennesker i Norge har kols, men færre en halvparten er klar over at de har sykdommen. Dette til tross for at de har typiske symptomer og redusert livskvalitet. Årsaken til underdiagnostisering er at symptomer ikke blir grundig nok undersøkt, og at helsepersonell er for lite observante rundt dette. Vi har opplevd at mange pasienter som røyker ikke ønsker å oppsøke lege fordi de føler at de er skyld i egen sykdom. I tillegg er de engstelige for at de kanskje har lungekreft. I forhold til flere forebyggende tiltak hos pasienter med kols, anbefaler helsedirektoratet (2012) at det fokuseres på risiko for underernæring eller sykdom som er relatert til kostholdet (Helsedirektoratet, 2012). Videre anbefales det på det sterkeste at det legges vekt på undervisning og motivering av disse pasientene, for å kunne få til en livsstilsendring. Dette er forebyggende tiltak, som vi velger å legge vekt på i oppgaven vår.

## **1.2 Personlig relevans**

Grunnen for at vi har valgt dette tema er fordi vi har møtt pasienter med kols i praksis, som av forskjellige grunner har hatt problemer med tilstrekkelig inntak av næring. Av erfaring har vi observert eldre pasienter med kols, som har vist tydelige tegn på underernæring og som en følge av dette har hatt ytterligere nedsatt livskvalitet. Temaet vi har valgt å belyse er interessant og aktuelt, og vi ønsker å fordype oss mer i hvordan vi kan gi best mulig sykepleie til disse pasientene.

## **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med oppgaven vår er at vi kan lære mer om hvordan sykepleier kan forebygge eller forhindre ytterligere underernæring. Ut ifra denne oppgaven kan vi videreformidle det vi har lært og har fått bekreftet gjennom forskning til pasienter, pårørende og kollegaer. I denne oppgaven ønsker vi å presentere oppdatert kunnskap, som er av betydning for sykepleien til pasienter med kols. Kunnskap til pasienten kan fremme hans medvirkende rolle i egen behandling, og bidra til likeverdig samarbeid mellom pasient og sykepleier.

På bakgrunn av tema vi har valgt ble problemstillingen vår som følger «*Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols, gjennom veiledning og brukermedvirkning?*»

## **1.4 Oppgavens avgrensning, begrepsavklaring og disposisjon**

Ut ifra vår problemstilling tenker vi spesifikt å ha fokus på eldre pasienter med kols i hjemmet. Vi vil legge vekt på veiledning, brukermedvirkning og konkrete tiltak for å kunne forebygge underernæring. Målet vil være at pasientene skal gjenvinne sin uavhengighet for at de skal bli mest mulig selvhjulpen, og for å kunne mestre utfordringer i hverdagen. For at dette skal være gjennomførbart er det nødvendig med faglige kunnskaper og en grunnleggende forståelse av hva det vil si å yte god sykepleie til individet. Vi har valgt sykepleieteoretiker Dorothea Orem, som en ramme for oppgaven vår. Ved hjelp av hennes teori kan vi få økt kunnskap om hvordan vi kan hjelpe pasienten til å styrke sin egenomsorg. Vi velger å drøfte problemstillingen opp mot teori og egne erfaringer fra praksis, samt å belyse dilemmaet gjennom funn fra forskning. Orem (2001) beskriver åtte universelle behov,

og vi har valgt å trekke frem de som er mest relevante. Disse er opprettholdelsen av inntak av luft, vann, mat, balanse mellom aktivitet og hvile og forhindring av farer for menneskelig liv, funksjon og velvære (Orem, 2001, s. 225, egen oversettelse). Oppgaven avsluttes med en konklusjon hvor det reflekteres rundt hva vi har kommet frem til i drøftingen, og hva vi har lært gjennom denne perioden. Vi har valgt å ikke utdype begrepet livskvalitet nærmere da dette ikke er vårt hovedfokus i oppgaven. Årsaken til at vi har valgt å benytte artikkelen «*Comparison of health- related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population*» (Bentsen, Røkne, & Klopstad, 2013), er fordi vi mener at den inneholder mye relevant stoff, som vi har benyttet i teorien. Når det gjelder konkrete sykepleietiltak har vi lagt vekt på forskjellige tiltak og veiledning, som skal føre til økt appetitt og bedret ernæringsstatus hos pasientene. Disse tiltakene er ikke bare knyttet til fysiske utfordringer, men også psykososiale for å synliggjøre pasientens behov for helhetlig sykepleie.

## 2. Metode

Metode kan defineres som «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» (Dalland, 2012, s. 111). En metode er en systematisk fremgangsmåte som blir mye brukt i undersøkelser og kan belyse ulike sider ved et fenomen. I samfunnsvitenskapen blir det brukt både kvantitativ og kvalitativ metode, som har ulike fremgangsmåter og vi har valgt å benytte oss av begge metodene i litteratursøk. Kvantitativ metode innhenter informasjon gjennom målbare enheter, som ofte resulterer i en statistikk over gjennomsnitt eller prosenter av en større mengde. Kvalitativ metode innhenter informasjon gjennom samtaler, intervju og fanger opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012).

### 2.1 Litteratursøk

I oppgaven har vi benyttet oss av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Av selvvalgt litteratur har vi brukt

- *Nursing- Concepts Of Practice* av Dorothea Orem (2001)
- *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* av Marit Kirkevold (2012)
- *Lungerehabilitering- KOLS og andre lungesykdommer* av Audhild Hjalmarsen (2012)  
*Lungesykdommer* av Petter Giæver (2008)
- *KOL- sykdom, behandling og organisation* av Lill Moll, Peter Lange og Birthe Hellequist Dahl (2011)
- *Den vet best hvor skoen trykker- Om veiledning i empowermentprosessen* av Sidsel Tveiten (2007)

Vi har valgt disse bøkene fordi de er relativt nye og inneholder mye relevant fagstoff. I forhold til et samfunnsmessig perspektiv har vi valgt å benytte *Kols-Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging* (2012). Vi har også brukt *Stortingsmelding 16- Nasjonal helse- og omsorgsplan* (2010-2011). I tillegg har vi brukt

en fagartikkel *Nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease: Role of hypoxia* (Raguso & Luthy, 2010). Vi har valgt å bruke en masteroppgave «*Med hodet over vannet..*» skrevet av Bente Bjørnsland (2007). Vi har benyttet høgskolens bibliotek for å finne relevant litteratur, samt at vi har søkt i Oria. Oppgaven inneholder fire kvantitative og tre kvalitative forskningsartikler, hvor databaser som SveMed+, CINAHL og Sykepleien.no har blitt brukt. Vi ble også anbefalt av vår veileder en forskningsartikkel, som omhandler brukermedvirkning i sykehus og vi syntes denne passet godt til oppgaven (Bjørnsland, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2012). For å finne gode søkeord benyttet vi oss av PICO skjema, som kan ses i vedlegg 2. Søkeord vi bestemte oss for å bruke når vi søkte etter flere forskningsartikler var «KOLS», «kols AND ernæring», «ernæring», «COPD», «Quality of life», «Chronic obstructive disease», «Mortality» og «Empowerment». For å snevre inn antall treff har vi avgrenset søket til årstall 2005, da vi ønsker nyere forskning om temaet. Når vi har valgt artikler har vi lest gjennom abstraktet, og har ut ifra dette vurdert om den er aktuell i forhold til oppgaven. Deretter leste vi artiklene i fulltekst og valgte dem ut ifra dette.

## **2.2 Presentasjon av forskning**

*”Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part I. Struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD”* (Odenrants, Ehnfors, & Grobe, 2005). Dette er en studie utført i Sverige hvor de undersøker hvordan det er å leve med kols og årsaker til ernæringsproblemer i forbindelse med sykdommen. Metoden som er blitt brukt er intervjuer og selvrapporterte dagbøker. Det som ble undersøkt var blant annet psykososiale og fysiske vansker i forbindelse med måltider. Det ble rapportert av respondentene i undersøkelsen at mange hadde problemer med å kjøpe inn mat, hadde dårlig appetitt, følelse av fatigue og utmattelse, følelse av skam og mindreverd i forbindelse med at de ikke maktet å spise eller å lage mat. Studien konkluderer med at ernæringsproblematikk hos pasienter med kols har mange årsaker. Undersøkelser som denne, samt medisinsk informasjon kan bidra til bedre forståelse av den enkelte pasientens situasjon. Forebyggende tiltak i første omgang vil være tidlig identifisering og vurdering av pasienter, som står i fare for å være underernært.



*“Living with chronic pulmonary disease (COPD): Part II. RN’s experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status”* (Odenrants, Ehnfors, & Grobe, 2007). Denne artikkelen er utført i Sverige, som bygger på artikkelen ovenfor og omhandler sykepleierens erfaringer i forhold til ernæringsproblematikk hos pasienter med kols. Metoden som ble brukt var simulering og intervju av sykepleiere, hvorav 18 stykker hadde spesialkompetanse innen sykepleieforskning, mens 12 var spesialister på pleie av pasienter med astma og kols. Da vekt og ernæring er et følsomt tema for mange personer, er det i studien fokus på hvordan sykepleierne kan tilnærme seg pasientene på en god måte, samtidig som de får formidlet nødvendig informasjon. Det var rapportert om pasienter som hadde lite selvinnsikt i forhold til ernæring og egen sykdom, og mislikte når sykepleierne forsøkte å komme med råd angående deres helse. Mangel på informasjon rundt egen helse hindret pasientene i fullverdig å forstå sin situasjon, og dermed å delta i egen behandling. Studien konkluderer med at det er behov for mer kunnskap rundt ernæringsstatus og rådgivning blant sykepleiere i forhold til pasienter med kols. Videre fokuseres det på respekt for pasientens integritet, og at det er sykepleierens rolle og tilrettelegge for medvirkning og hjelpe pasienten til å finne sin rolle. En god relasjon med pasienten og respekt for autonomi, samt kunnskap, kan hindre videre komplikasjoner og opprettholde pasientens optimale helsestatus.

*“Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population”* (Bentsen, Rokne, & Klopstad, 2013). Studien er utført ved universitet i Haugesund og formålet med studien var å evaluere forskjellen i livskvalitet mellom pasienter med kols, og den generelle befolkningen med og uten kroniske lidelser i Norge. Metoden som ble benyttet var en anonym spørreundersøkelse hvor 100 pasienter med kols stadium 2-4 deltok, samt 3594 fra den generelle befolkningen. Spørreskjema ble brukt til å evaluere livskvalitet basert på helse og generell livssituasjon. Informasjon om lungefunksjonen til pasienter med kols, ble registrert da pasientene gjennomgikk en klinisk undersøkelse på poliklinikken. Statistisk analyse viser at den generelle befolkningen har best livskvalitet, mens pasienter med kols stadium 4 har den dårligste. Da studien til en viss grad er noe begrenset, kunne det være flere årsaker til resultatet, men dette ble det tatt høyde for i regresjonsanalysen. Studien konkluderer med at kols betydelig reduserer livskvaliteten. Dette gjelder da spesielt pasienter med kols, som venter på innleggelse i lungesykehus, og pasienter med kols stadium 4. Studien bekrefter også

at mange pasienter med kols har redusert fysisk funksjonsevne, depresjon, nedsatt aktivitetsnivå og at de er ensomme. Videre konkluderes det med at ytterligere forskning er nødvendig for å utvikle og evaluere kliniske intervensjoner for pasienter med kols stadium 4, for å forbedre deres livskvalitet.

*“Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus?”* (Østerås, Aasbjørg, & Gustad, 2011). I denne kvantitative studien utført ved sykehus i Levanger, tar de for seg vekttap hos pasienter med kols som er akuttinnlagt på sykehus. Det er spesielt lagt vekt på om noninvasiv ventilasjonsstøtte gir økt risiko for vekttap. Hensikten med denne studien er å kartlegge ernæringsstatus ved innleggelse, og kontrollere vektutvikling under hele sykehusoppholdet. Metoden de har brukt er å samle inn data over antall måltider hjemme, kroppsmasseindeks, inntak og utreisevekt. De pasientene som får behandling med noninvasiv ventilasjonsstøtte har større risiko for vekttap de tre første dagene, men når behandling fortsetter utover dette vil risikoen minske. Det som kom frem i denne studien var at rutiner for ernæringscreening av pasienter med kols er for dårlig ved innleggelse på sykehus. Det er viktig å iverksette dette tidlig slik at tilrettelagt behandling av underernæring kan starte så tidlig som mulig.

*“Nutritional status and long-term mortality in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)”* (Hallin, Gudmundsson, Ulrik, Nieminen, Gislason, Lindberg, Brøndum, Aine, Bakke & Janson, 2007) Artikkelen omhandler en studie basert på ernæringsstatus og dødelighet hos pasienter med kols som er innlagt på sykehus. Studien ble gjennomført på fire nordiske universitetssykehus, Reykjavik, Uppsala, Tampere og København. Pasients høyde, vekt og lungefunksjon ble målt. Av de 261 personene som var med i studien var kun 19% undervektige og resterende var normalvektige eller overvektige. De med dårligst lungefunksjon var i den gruppen som var undervektige og høyest i den andre gruppen. Dødeligheten ville være størst hos pasientene som var undervektige og de ville mest sannsynlig dø innen to år.

*“Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus”* (Bjørslund, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2012) Artikkelen handler om pasienter med kols sin opplevelse av hvordan brukermedvirkning tilrettelegges i sykehus. Informantene ga uttrykk for at når de fikk god informasjon om deres

sykdom, bidro dette til medvirkning. Informanten la også vekt på at det var lettere å medvirke når de ble møtt med respekt og empati av sykepleierne. Kvalitativ forskningsintervju er benyttet som datasamlingsmetode. Studien konkluderer med at informantenes opplevelse av medvirkning var avhengig av flere faktorer knyttet til dem selv og sykepleierne. Pasientene burde bli utfordret til å være mer aktive og ha tro på egen kunnskap. Sykepleierne på sin side burde ta seg bedre tid til pasientene. Videre konkluderes det med at endringer i pasient og hjelperrollen må til for at sykepleier og pasient skal bli mer likeverdige samarbeidspartnere.

*“A concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease”* (Dowling, Murphy, Cooney, & Casey, 2011). Dette er en studie som er utført ved universitetet i Irland og har til hensikt å uttrykke en modell av empowerment, som er passende til pasienter med kroniske lidelser, med spesielt fokus på kols. Empowerment er et begrep som er sentralt i sykepleiepraksis og sett fra ulike perspektiver i litteraturen. Metoden som har blitt benyttet i studien er et søk over elektroniske databaser over litteratur som er relatert til empowerment. Deretter ble anvendt litteratur organisert ved å følge veiledningen for struktur av konseptanalyser foreslått av Norris og Rodgers. Det som kom frem i studien var at empowerment er en prosess som både pasient og sykepleier må være delaktige i. Det stilles ulike forutsetninger for begge parter og disse må være til stede for at empowerment skal være gjennomførbart.

### **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk defineres som; *«de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann»* (Dalland & Tygstad, 2012, s. 67). Vi må være kritiske til kildene vi velger å benytte oss av da alle kilder ikke er like troverdige. Kols er et fagområde som det er forsket en del på og vi har vært kritiske i forhold til selvvalgt litteratur. Når vi har valgt sykepleieteoretiker som ramme for oppgaven vår har vi vært kritiske til kilden som vi har anvendt. Her er det viktig at vi har benyttet oss av primærkilde fordi denne henviser til originalen og ikke en annens tolkning av litteraturen. Primærkilden er på engelsk og noe krevende formulert, noe som har gjort det vanskelig å oversette helt korrekt. I den forbindelse har vi også valgt å bruke sekundærkilde for at det skulle bli lettere å tolke primærkilden. I tillegg har vi fem forskningsartikler på engelsk, som vi selv føler vi har forstått essensen av. De kriteriene vi hadde i utvalg av artikler var å ikke benytte oss av forskning eldre enn ti år. Dette fordi oppdatert litteratur sies

å være mest pålitelig. Videre så vi på relevans i forhold til problemstillingen, og alle artiklene er vurdert ut ifra det vi har lært ved høgskolen. For å kvalitetssikre om artiklene er vitenskapelige har vi vurdert disse i henhold til IMRAD strukturen (Dalland & Tygstad, 2012).

Artiklene er vurdert ut ifra hvilken metode som har blitt benyttet og hvordan den har blitt gjennomført. Vi har valgt å bruke både kvalitativ og kvantitativ forskning da dette bidrar til et mer helhetlig bilde av det vi skriver om. Vi er klar over at kulturelle forskjeller kan prege meninger, verdier og holdninger, som vi kanskje ikke deler. Dette har vi tatt høyde for når vi har anvendt kilder som ikke har blitt utført i Norge. Vi føler selv at vi har vært konkrete i forhold til bruk av søkeord. I søk av artikler kunne flere ord og andre databaser blitt brukt for ytterligere treff, som kunne vært mer dekkende i forhold til oppgaven vår. Når det gjelder innsnevring av søk kunne vi vært mer kritiske i forhold til avgrensning. Dette på grunn av oversikt og at treffene kunne vært mer rettet mot søkeordene.

## **2.4 Etiske vurderinger**

Etikk er normer for rett og god livsførsel. Under vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi veiledning og grunnlag for de vurderinger vi gjør før vi handler (Dalland, 2012). Vi vil gjennom oppgaven overholde taushetsplikten i henhold til helsepersonell-loven. Når vi drar inn egne erfaringer fra praksis vil vi anonymisere praksissted og pasienter slik at dette ikke er identifiserbart. Dette har blitt gjort ved å referere til sykepleier som «hun» og pasienten som «han». Dette er viktig for å vise respekt for pasientene og for å hindre at andre får innblikk i deres personlige opplysninger (Lovdata, 1999). I tillegg har vi vært nøye med å henvise til kilder vi har brukt for å anerkjenne forfatterens faglige bidrag.

### 3. Teori

For å kunne gi svar på problemstillingen har vi valgt å beskrive følgende tema: Presentasjon av sykepleieteoretiker, kols, ernæring, underernæring ved kols, brukermedvirkning gjennom veiledning og lover og retningslinjer. Pasienter med kols har mange utfordringer, som preger deres hverdag, da spesielt de med alvorlig sykdomsgrad. Mange utvikler underernæring av forskjellige årsaker knyttet til sykdommen, som dermed reduserer deres livskvalitet ytterligere. Flere har behov for assistanse til egenomsorg, og det er her sykepleierens støttende og veiledende funksjon kommer inn.

#### 3.1 Sykepleieteoretiker Dorothea Orem

Dorothea Orem (2001) er amerikansk statsborger og sykepleieteoretiker. Hennes modell om egenomsorg hevdes å være den som har hatt størst innflytelse i USA, og modellen kom til Norge på slutten av 1970- tallet (Cavanagh, 2001). Hennes bok, *Nursing- concepts of practice*, er blitt mye brukt av sykepleiere og sykepleiestudenter i mange land over hele verden (Orem, 2001). Orem's definisjon av sykepleie innebærer at utøvelse av sykepleie er en kunst hvor det gis spesialisert assistanse til personer med ulike funksjonshemninger. Kunsten går ut på å praktisere for pasientene med funksjonshemning, ved å hjelpe de til å gjøre ting selv, eller ved å veilede dem til hvordan de kan hjelpe seg selv. Sykepleie til pasienten utføres på en praktisk og veiledende måte (Orem, 2001, s. 18, egen oversettelse). Teorien har sammenheng med vår problemstilling, som innebærer at sykepleier gjennom veiledning og brukermedvirkning skal styrke pasienten til å hjelpe seg selv. Orem (2001) mener det er viktig at sykepleie ikke skal innebære ivaretagelse av pasientens behov, men heller gi han styrke til å ivareta dette selv, så langt det er mulig. Dette er viktig for at pasienten skal få økt opplevelse av selvkontroll, tro på egen evne og mestringsfølelse (Tveiten, 2007).

En sykepleieteori skal definere hva sykepleie er og bør være, og den skal gi føringer for hvordan en skal forstå og utøve sykepleie. Hensikten med sykepleieteori er at den skal være med på å fremme den praktiske utøvelsen av sykepleie. Den skal hjelpe de som utøver den praksisen til å få en bedre forståelse av sin praksis. Videre skal teorien bidra til å identifisere sykepleiemål, fremme sykepleierens tolkning av sykepleiesituasjoner, hvilken situasjon som

sykepleieren bør fokusere på, handlingsstrategier og hvilke tilnæringsmåter som bør benyttes (Kirkevold, 2012).

Orem's modell baserer seg på egenomsorg og deles inn i tre delteorier

- Teori om egenomsorg
- Teori om egenomsorgssvikt
- Teori om sykepleiesystemene (Orem, 2001).

Orem's definisjon av egenomsorg vil si en moden persons evne til å ta vare på seg selv i forskjellige situasjoner, som bidrar til å påvirke deres funksjon og utvikling. Normalt tar voksne vare på seg selv slik at liv, helse og velvære opprettholdes. Barn, syke og eldre har redusert evne til dette, og har dermed større behov for assistanse i forhold til egenomsorg. Ivaretagelse av egenomsorg har visse krav, som Orem (2001) definerer som egenomsorgskrav. Av natur har mennesker ulike behov, som er nødvendige for opprettholdelse av funksjon, velvære og utvikling. Disse kalles universelle behov som beskrevet i vedlegg 3 (Orem, 2001). Primært er vårt fokus ernæring, men mennesket er helhetlig og derfor har vi valgt å ta flere behov i betraktning.

Egenomsorgssvikt er en forklaring på hvorfor en person har behov for sykepleie. Svikt i egenomsorg vil si at personen ikke er i stand til å ivareta alle sine egenomsorgskrav, på grunn av sykdom eller skade (Orem, 2001). Hun hevder at for å kunne yte god sykepleie, bør man benytte seg av fem hjelpemetoder. Disse innebærer å undervise pasienten, gi fysisk og psykisk støtte, rettledning, bidra til utvikling og å handle for pasienten (Orem, 2001). Videre definerer hun sykepleiesystemer, som noe som er dannet i en situasjon mellom sykepleieren og pasientens samhandling. Sykepleiesystemer skal strukturere sykepleiesituasjoner og skal fastslå hvilke roller sykepleier og pasient skal innta, og eventuelt hjelpemetoder (Orem, 2001). Hun skiller mellom tre sykepleiesystemer:

1. Helt kompensierende sykepleiesystemer

Gjelder pasienter som ikke er i stand til å ta vare på seg selv, for eksempel personer som er i komatøs tilstand. Den hjelpemetoden som går ut på å handle for pasienten passer godt her.

## 2. Delvis kompensierende sykepleiesystemer

Her er det både pasient og sykepleier, som er delaktig i pleiehandlinger. Alle av de fem hjelpemetodene kan benyttes.

## 3. Støttende/undervisende sykepleiesystemer

Gjelder pasienter, som er i stand til å utføre eller å lære, men som ikke klarer dette uten assistanse. For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å oppfylle sine egenomsorgskrav, kan aktuelle hjelpemetoder være å støtte, rettlede, undervise og tilrettelegge for et utviklende miljø (Orem, 2001).

I forhold til vår problemstilling er punkt tre mest relevant fordi den går ut på at sykepleier skal styrke pasientens autonomi, og evne til medvirkning i egen behandling. Autonomi betyr selvbestemmelse, som vil si pasientens rett til å bestemme over seg selv og sin kropp. Autonomi forutsetter at pasienten vet sitt eget beste (Slettebø, 2013). Sykepleier skal gi støtte og veiledning, og hvis behovet er der assistere på enkelte områder (Orem, 2001).

### **3.2 Kronisk obstruktiv lungesykdom**

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) defineres som; «et samlebegrep for sykdommer der luftveismotstander ikke er fullt reversibel, vanligvis progredierende, og assosiert med en abnorm inflammatorisk respons på skadelige partikler eller gass» (Giæver, 2008, s. 73). Det er en kronisk sykdomstilstand med luftrørsforsnevring (obstruksjon) som varer livet ut, men som kan bedres med god behandling. Luftrørene blir trange på grunn av langvarig irritasjon og medfører kronisk inflammasjon. Videre fører dette til at cilier (flimmerhår) i bronkiene blir borte, ødeleggelse av skillevegger i alveolene (lungeblærer), påfølgende utvikling av emfysem og en økning av slimproduserende celler (Hjalmarsen, 2012). Kols kan deles inn i tre hovedgrupper som kronisk bronkitt, emfysem og kronisk astma. De vanligste symptomene ved kols er hoste, økt ekspektoratproduksjon (slim), dyspne (tung pust) ved anstrengelse og redusert evne til fysisk utfoldelse, som kan medføre en mer passiv livsstil. Det er fire stadier ved kols hvor mild og moderat begrenses til luftveiene, med forskjellig grad av hoste, ekspektorat og dyspne ved anstrengelse. Ved alvorlig stadium av kols er dyspne mer uttalt

ved lett anstrengelse eller i hvile og indre organer påvirkes i større grad, med påfølgende nedsatt allmenntilstand og vekttap. Se vedlegg 4.

Andre årsaker er inflammasjonen som sykdommen forårsaker, samt muskelatrofi og muskelsvekkelse. Andre kliniske tegn og funn ved alvorlig stadium av kols kan være tønneformet thoraks, bruk av hjelpemuskler og forlenget ekspirasjon, svekkede respirasjonslyder, ankelødemer og blålige lepper og negler (cyanose), som en følge av nedsatt sirkulasjon og oksygen opptak i kroppen (Hjalmarsen, 2012). Det kan være flere årsaker til utvikling av kols, men den vanligste årsaken skyldes i 90 % av tilfellene hyppig tobakksrøyking. Sykdommen opptrer oftest hos middelaldrende og eldre personer. Arvelige faktorer spiller også inn, og astma kan for eksempel senere i livet utvikles til kols. I tillegg kan yrkesfaktorer lede til utvikling av sykdommen. Mennesker som er utsatt for støv og gasser på arbeidsplassen har økt risiko for å utvikle obstruktiv lungesykdom. Støvlungesykdom (pneumokoniose), som er vanlig blant gruve- og tunnel arbeidere, forårsakes blant annet av stein og kullstøv (Hjalmarsen, 2012).

Det medfører ulike utfordringer å lide av sykdommen kols og mange kan utvikle tilleggs lidelser. En gradvis økende luftforsnevring kan belaste hjertet over tid og føre til ytterligere redusert gassutveksling i lungene. Dette leder til systemisk inflammasjon hvor det frigjøres stoffer i sirkulasjonen, som skader celler og iverksetter en unormal tilhelingsprosess. Videre kan dette lede til sykdommer som, osteoporose, anemi, lungekreft, diabetes mellitus, depresjon, hypoksemi og hjertesvikt (Hjalmarsen, 2012). En studie bekrefter også at mange pasienter med kols har tilleggs lidelser, som nevnt ovenfor, som reduserer livskvaliteten deres ytterligere (Bentsen, Rokne, & Klopstad, 2013). Gjentatte luftveisinfeksjoner og kolsforverring har betydelig innvirkning på livskvalitet, og tilleggs lidelser kombinert med eksaserbasjon øker risikoen for dødelighet. Kols eksaserbasjon skyldes virus- eller bakterieinfeksjon, som blant annet influensa eller pneumoni. Tegn på eksaserbasjon kan være økt dyspne ved hvile, cyanose eller perifere ødemer, hoste, økt mengde ekspektorat, eventuelt feber og redusert allmenntilstand (Hjalmarsen, 2012). En annen utfordring hos pasienter med kols er bivirkninger knyttet til forebyggende legemiddelbehandling. Bivirkninger knyttet til medikamenter som utvider bronkiene (bronkodilatorer) er kvalme, diare, hodepine og



eventuelt kramper og arytmier. Mer alvorlige bivirkninger i forhold til betennelsesdempende (glukokortikoider) er osteoporose, binyreatrofi og respirasjonsstans (Gulsvik, 2006).

Følelsen av ikke å få puste tilstrekkelig oppleves som skremmende og skaper naturlig nok engstelse hos mange. Dette er viktig å være klar over da pustebesvær og angst kan forsterke hverandre, og tiltak for å redusere psykisk stress er viktig (Hjalmarsen, 2012). Noen pasienter har uttalt at det føles ut som om de puster gjennom et sugerør (Oksholm, 2008). I en studie skrevet av Bjørslund, Wilde-Larsson og Kvigne har en informant beskrevet pustebesvær som; «å puste under vann eller som å ligge i vannflaten og snappe etter luft» (Bjørslund, Larsson, & Kvigne, 2012, s. 8). Akutt sykdomsforverring og innleggelse i sykehus har vist seg å være en svært stressende situasjon for pasientene, og de har følt seg redde og utrygge (Oksholm, 2008). I en studie bekreftes det at angst og depresjon hos kols pasienter er vanlig, og det konkluderes med at byrden er størst hos pasienter, som blant annet venter på innleggelse i lungesykehus (Bentsen, Rokne, & Klopstad, 2013).

### **3.3 Ernæring**

Sykepleier kan bidra til at pasienten får dekket sitt ernæringsbehov, spesielt når pasienten ikke klarer å ivareta dette selv. For at mennesket skal fungere optimalt i hverdagen trengs tilførsel gjennom mat og drikke. Det er dette kroppen forbrenner og omgjør til energi. Ernæring kan derfor spille en viktig rolle i behandlingsløpet og er like viktig som med behandling med medisiner ved noen sykdommer. Dette betyr at optimal tilførsel av ernæring som gir energi sammen med medikamentell behandling kan være en forutsetning for et godt behandlingsresultat. Det er derfor viktig å kartlegge ernæringsstatus hos pasienten slik at man har et utgangspunkt å gå etter og kan starte tilrettelagt behandling. Ved å dokumentere hva pasienten får i seg av mat og drikke kan det gi en god oversikt over inntaket av næringsstoffer for hver dag. Veiing av pasienten og utmåling av kroppsmasseindeks (KMI) bidrar til å gi et objektivt mål på hvor mye han veier. KMI regner ut pasientens høyde og vekt, som gir et bilde av om han er undervektig, normalvektig eller overvektig (Sortland, 2011). I følge nasjonale retningslinjer stilles det frem en egen tabell over grenseverdier over KMI, for pasienter med kols (Helsedirektoratet, 2012). Se vedlegg 5. Dette med å se pasientens ernæringsbehov og den helhetlige situasjonen rundt, får ofte mindre oppmerksomhet i forhold til medikamentell behandling (Sortland, 2011). Næringsstoffer som tilfører energi er

karbohydrater, fett, proteiner og kostfiber. Andre viktige næringsstoffer som kroppen trenger for å kunne fungere optimalt er vitaminer, mineraler og sporstoffer. Hvor stort energibehov hver enkelt trenger, må vurderes individuelt, da alle har forskjellige behov (Sortland, 2011).

Definisjonen av god ernæringsstatus kan beskrives slik: «*God ernæringsstatus defineres som en tilstand der kroppens behov for energi og næringsstoffer er dekket gjennom matinntaket*» (Helsedirektoratet, 2013). Underernæring vil si at kroppen får for lite næring i forhold til behovet, og eget vev brytes ned for å kompensere for energiunderskuddet, som der igjen medfører vekttap. Det som skjer er at proteiner brytes ned, samt andre nødvendige bestanddeler i cellene. Pasienter med kroniske sykdommer er særlig utsatt for underernæring. Konsekvenser av underernæring kan være økt sykkelighet, nedsatt fysisk funksjon og velvære. Det er en sammenheng mellom vekttap og spesifikke organer, som hjertet og respirasjonsmuskulatur. Proteinunderskudd fører til muskelsvekkelse, og siden hjertet og diafragma er en muskel kan disse reduseres i størrelse. Hjertesvikt kan utvikles og reduksjon av diafragma muskulaturen fører til redusert ventilasjon og dårligere hostekraft (Sortland, 2011). Ved å måle ernæringsstatus hos en pasient kan vi finne ut i hvor stor grad det fysiologiske behovet for næringsstoffer er oppfylt. «*Det sier noe om inntak og forbruk er i balanse, om det er overskudd eller mangel på næringsstoffer*» (Sortland, 2011, s. 216). Hos de med dårlig ernæringsstatus vil det da være mangel på næringsstoffer som kroppen ikke får tilstrekkelig tilførsel av. Konsekvenser av dårlig ernæringsstatus kan medføre flere komplikasjoner som, langsommere mobilisering, økt liggetid og økt bruk av ressurser (Sortland, 2011).

### **3.3.1 Underernæring ved kols**

Vektproblemer er utbredt blant pasienter med kols hvor det største problemet er underernæring. Ca. 20-40 % av pasienter med kols lider av dette (Hjalmarsen, 2012). Årsaker til vekttap kan skyldes flere faktorer. Progredierende forløp til et mer alvorlig stadium vil føre til hyperinflaterte (luftfylte) lunger, og økt inspirasjon og ekspirasjon for å opprettholde blodgassene. Uttalt pustearbeid kan føre til økt følelse av dyspne, som der igjen medfører vekttap på grunn av stort energiforbruk. Vekttap kan også skyldes inflammasjon, hypoksemi og økt hvilestoffskifte grunnet hurtigere respirasjon og hormonelle endringer. For mange pasienter fører dyspne til at det blir slitsomt å spise. Siden de bruker så mye energi på å puste

blir det vanskelig å spise samtidig, og under måltidet kan de få en økt opplevelse av dyspne. Da mat tar plass i magen medfører dette mindre plass i lungene, og gir hurtigere respirasjon. En andel av pasientene som er underernært utvikler også tungeatrofi som er fravær av tungepapiller. Dette reduserer smakssansen hos pasienten og gjør at mat og drikke gir mindre smak. Disse pasientene har betydelig lavere vekt, redusert kroppsmasseindeks, tricepshudfold og overarmskrets (Sortland, 2011). Vekttap forekommer hyppigst hos pasienter med emfysem, og det er ofte i perioder med luftveisinfeksjoner og forverring av sykdomstilstand at vekttap oppstår. Matinntaket reduseres og energiforbruket overskrider energiinntaket.

Pasienter med kols har økt oksygenforbruk både når de er i ro og ved aktivitet, og hypoksemi fører til nedsatt sultfølelse (Sortland, 2011). Ved forverring av kols blir mange pasienter satt på prednisolonkur, som skal virke betennelsesdempende. Etter langtidsbruk av steroider kan dette føre til bivirkninger, som blant annet soppinfeksjon i munnen og munntørrehet, som igjen kan påvirke ernæringsstatusen (Hjalmarsen, 2012). Hos pasienter som lider av kols er det viktig å forebygge underernæring da lav vekt kan føre til dårligere livskvalitet. Det kan også medføre redusert diafragmastørrelse, lungefunksjon, redusert aktivitetskapasitet, og høyere dødelighet (Oksholm, 2008). Det anbefales at pasienter allerede tidlig i sykdomsforløpet gjøres oppmerksomme på viktigheten av å sikre en god ernæringsstatus i forhold til deres sykdom. Slik kan de være i bedre stand til å møte sykdommens utfordringer. Undervektige pasienter med kols har en høyere dødelighet enn normalvektige og moderat overvektige pasienter med kols (Brøndum & Sode, 2011).

I en studie hvor man undersøker egne erfaringer blant pasienter med kols, relatert til vanskeligheter rundt måltidsituasjoner, var det mye negative følelser knyttet til disse situasjonene. Dette gikk blant annet ut på at brukerne var så slitne av ikke å få puste tilstrekkelig, at det å lage mat eller å handle ble for utfordrende. En rapporterte at han følte han skulle besvime når han måtte stå oppreist og lage mat. Nedsatt appetitt var også et problem for mange og en respondent ga utrykk for grunnen til hans manglede matinntak. Han formidlet om redusert sultfølelse og at maten ikke smakte så godt som den gjorde tidligere. Tidlig metthetsfølelse, nedsatt lukt og smak og mindre psykisk og fysisk aktivitet var også blant årsakene til dårlig appetitt. For mange tok det lang tid å spise et måltid fordi de trengte å hvile flere ganger under måltidet. Nesten halvparten av pasientene rapporterte daglig fatigue

(utmattelse) i hverdagen. Videre følte flere seg mislykket fordi de ikke klarte å tilberede mat eller spise opp et måltid. Dette medførte også at de følte på en skam når de skulle spise med venner eller familie. Noen syntes det var så ubehagelig å spise med andre at de valgte å isolere seg fra sosial aktivitet. Til tross for dette var det også noen brukere, som assosierte måltider sammen med andre som noe positivt, og dette ga dem en grunn til å spise mer. Å lage mat sammen med andre var mer givende og forbedret også smaken av maten, i forhold til å spise og tilberede mat alene (Odenrants, Ehnfors, & Grobe, 2005).

### 3.4 Brukermedvirkning gjennom veiledning til pasienten

Brukermedvirkning er en del av empowerment, som på følgende måte defineres slik; «*en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse*» (Tveiten, 2007, s. 24). Empowerment handler altså om at pasienten tar kontroll over eget liv og er deltakende i egen behandling. Begrepet er opprinnelig engelsk og empower betyr å autorisere eller å gi makt. Brukermedvirkning indikerer at brukeren har rettigheter «og muligheter til å påvirke sitt individuelle hjelpe- eller behandlingstilbud» (Andreassen, 2005, s. 21). Empowermenttenkningen er et slags motsvar til det paternalistiske (makt over en annen person) synet på brukeren, og går ut på at fagfolk delegerer autorisasjon til brukeren. Dette kan virke selvmotsigende, da den som delegerer er i besittelse av makten over brukeren. Det er viktig å slå fast at empowermenttenkningen innebærer at den enkelte bruker skal ha hovedansvaret for sin egen helse. For å få til endring må brukeren ville dette selv mens helsepersonell skal gi støtte og motivasjon. Pasienten har rett til medvirkning, men skal ikke bestemme det som er fagpersonellets fagområde og ansvar (Tveiten, 2007). Selv om brukeren hovedsakelig er ekspert på eget liv, er det viktig å presisere at vedkommende ikke skal bestemme alt. Å være ekspert på seg selv kan defineres slik: «*Jeg vet selv best hvordan noe er for meg, hvordan jeg opplever noe, hva jeg tenker om noe, og hva jeg opplever at jeg trenger*» (Tveiten, 2007, s. 38). Dette sitatet beskriver godt hva det innebærer å være ekspert på seg selv. Det betyr ikke nødvendigvis at man er ekspert på faglige forhold rundt sin egen helse, men at man har rett til å ta del i den kompetansen som sykepleier innehar. Begges kompetanse skal anerkjennes og en forutsetning for reel brukermedvirkning er samarbeid mellom bruker og fagperson. Ved bruk av empowermenttenkning kan sykepleier hjelpe pasienten til å få økt opplevelse av selvkontroll, tro på egen evne og mestringsfølelse (Tveiten, 2007).

For at brukermedvirkning skal være oppnåelig må sykepleier vite hvordan hun skal veilede pasienten. Det er ikke noen klar definisjon på hva som er god veiledning, men metoden er beskrevet som en form for undervisning eller en læringsprosess. En viktig forutsetning for at veiledningen skal være god er relasjonen og dialogen mellom sykepleier og pasient. Gjennom dialog kan pasienten ta del i diskusjon og beslutninger rundt egen livssituasjon (Tveiten, 2007). I en studie hvor livskvaliteten hos pasienter med kols sammenlignes med den generelle befolkningen i Norge, diskuteres det blant annet om hvordan helsepersonell kan hjelpe pasientene til å takle sin sykdom bedre. Ved å ta i bruk empowerment og å fremme pasientens

indre og ytre ressurser, kan dette være med på å styrke pasientene, og gjøre de i bedre stand til å takle sin sykdom (Bentsen, Rokne, & Klopstad, 2013). I en annen studie skrevet av Odenrants, Ehnfors og Grobe, kom det frem at noen pasienter hadde lite selvinnsikt i forhold til ernæring og egen sykdom. Når sykepleier forsøkte å komme med råd, som angikk deres helse, gikk pasientene i forsvarsposisjon og følte seg krenket. Videre viste studien til at manglende opplysninger rundt egen helse hindret pasientenes forståelse av egen situasjon, samt at det hindret medvirkning i egen behandling (Odenrants, Ehnfors, & Grobe, 2007).

### **3.5 Lover og retningslinjer**

Sykepleier må forholde seg til juridiske og etiske retningslinjer. Vi velger å trekke frem noen, som er relevant i forhold til vår problemstilling.

#### **3.5.1 Pasient- og brukerrettighetsloven**

I følge § 1-1 er formålet med loven «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten» (Lovdata, 1999). Loven skal bidra til å fremme tillitsforhold og trygghet mellom pasient og helsetjenesten, samt å ivareta respekt for den enkelte pasients liv og integritet.

Kapittel 3 § 3-1 tar for seg pasientens rett til medvirkning, som innebærer at pasienten skal involveres i beslutninger og valg rundt egen helsetilstand. Det er viktig å understreke at pasientene ikke har noen plikt til å medvirke, og kan overlate gjennomføringen av helsehjelpen til helsepersonell dersom de ønsker dette (Molven, 2011). § 3-2 fastslår at pasienten har rett på nødvendig tilstrekkelig informasjon, som blant annet innebærer innsikt i egen sykdom og innholdet i helsehjelpen. I kapittel 4 § 4-1 understrekes det at helsehjelp kun kan gis med pasientens samtykke, med mindre en spesiell situasjon krever helsehjelp og pasienten vurderes å være uten samtykkekompetanse (Lovdata, 1999). Pasientenes rett til selvbestemmelse medfører at de selv bestemmer om de ønsker helsehjelp eller ikke (Molven, 2011).

#### **3.5.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere handler om sykepleierens profesjonsetikk og deres faglige ansvar som skal ligge til grunn for en god sykepleiepraksis. Retningslinjene bygger på ICNs etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring. Kapittel 2 som omhandler sykepleieren og pasienten er av særlig betydning, da vår oppgave fokuserer på forholdet mellom fagpersonell og pasient. Kapitlet trekker frem sykepleierens medansvar om å ivareta pasientens verdighet og integritet, samt å tilrettelegge for helhetlig sykepleie. Den trekker også frem pasientens rett til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2011).

### **3.5.3 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**

Dette er den sentrale loven for hjemmesykepleien og den beskriver hvilke oppgaver og tjenester kommunen har ansvar for. «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester» (Fjørtoft, 2012, s. 168).

Lovens formål i § 1-1 innebærer sju punkter, som alle er viktige, men vi velger å trekke frem de som er mest aktuelle.

1. Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne
5. Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov
7. Bidra til at ressursene utnyttes best mulig (Fjørtoft, 2012, s. 169).

Disse punktene gir en oversikt over kvaliteten på sykepleien, som skal ligge til grunn for tjenestene som tilbys pasientene i hjemmet (Fjørtoft, 2012).



## **4. Pasientens medvirkende rolle i egen behandling**

I dette kapittelet skal vi drøfte hvordan sykepleier og pasient sammen kan forebygge underernæring ved hjelp av veiledning og dialog for brukermedvirkning. Vårt fokus er på pasienter med kols i hjemmet med risiko for underernæring, og drøftingen vil bygge på teorikapitlet, aktuell forskning og egne erfaringer. Drøftingskapitlet vil bestå av tre deler, hvor vi innledningsvis vil se på hvordan sykepleier kan veilede pasienten til å delta i egen helsehjelp. Vi velger å starte med drøfting rundt brukermedvirkning, da dette vil være en rød tråd gjennom hele kapitlet. Primært har vi valgt å fokusere på hvordan sykepleier kan veilede og motivere pasienten til å gå opp i vekt, eller forhindre ytterligere vektnedgang, gjennom dialog og veiledning. Deretter vil vi kartlegge pasientens ernæringsstatus og- behov, som er viktig for å kunne behandle pasienten på individnivå. Avslutningsvis vil det bli drøftet rundt konkrete forebyggende tiltak knyttet til underernæring.

### **4.1 Veiledning og dialog for brukermedvirkning**

I noen situasjoner kan det være vanskelig for sykepleier å avgjøre om brukermedvirkning er til det beste for pasienten, eller om han vil påføre seg ytterligere skade ved at selvbestemmelse blir lagt for mye vekt på. Sykepleiere er fagpersoner som skal ha kompetanse og kunnskap om de farer pasienten kan utsette seg for, men det er viktig å likevel vise hensyn til pasientens selvbestemmelse. Pasientens selvbestemmelse eller medbestemmelse kan styrkes gjennom empowerment og gjøre vedkommende mer delaktig i egen behandling (Slettebø, 2013). Pasientrettighetsloven fastslår at pasienten har rett til å medvirke i egen behandling og rett til tilstrekkelig med informasjon. De valgene som pasienten kan medvirke i må være av forsvarlighet og tilpasses den individuelle pasientens evne til å gi og motta informasjon (Lovdata, 1999). Dette står også i henhold til de yrkesetiske retningslinjene, punkt 2.4, som omhandler at sykepleierens oppgave er å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Dette kan oppnås gjennom tilpasset informasjon og det er viktig å sørge for at denne informasjonen er forstått. Tilstrekkelig informasjon kan hjelpe pasienten til å få økt kunnskap rundt egen sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011). Gjennom brukermedvirkning vil pasienten få en følelse av kontroll over eget liv, og være mer bevisst i forhold til egen situasjon (Tveiten, 2007).

Selvbestemmelse eller medbestemmelse handler om retten til å bestemme behandlingsform eller retten til å nekte behandling. Slettebø (2007) forteller at medbestemmelse oftest blir brukt om retten til å nekte behandling. Pasienten kan da bruke retten sin til å nekte og å ta imot behandling, selv om dette ikke er til pasientens beste. «Det er viktig å presisere at medvirkning og det å være ekspert på seg selv ikke betyr at man skal eller kan bestemme alt» (Tveiten, 2007, s. 30). Konsekvenser av å la pasienten bestemme alt kan være faretruende dersom dette går utover hans helsetilstand. En kompetent pasient som er mye sengeliggende kan stå i fare for å utvikle liggesår og kontrakturer dersom hans selvbestemmelse blir lagt for mye vekt på av sykepleieren. På den annen side kan pasienten føle at sykepleieren gir pasienten evne til å ta egne valg og at han kan finne ut at det ikke var så verst å stå opp likevel, noe som kan gi en følelse av mestring (Slettebø, 2013).

I artikkelen til Bjørslund Et al. (2012) blir opplevelsen av brukermedvirkning i sykehus undersøkt hos pasienter med kols, som er innlagt på grunn av sykdomsforverring. Informantene i studien uttrykte at ved å være tydelige på sine behov ble deres ønsker tatt hensyn til og de opplevde at de medvirket i egen behandling. Informantene hevder også at tiltro til egen erfaring og kunnskap hjalp dem til å medvirke. Gjennom økt kunnskap følte informantene at de hadde bedre kontroll over egen behandling, og dette gav dem en følelse av trygghet og forutsigbarhet. Informantene erfarte faktorer hos sykepleieren som bidro til å fremme medvirkning. Til tross for den ene sykepleieren som var lite respektfull og hadde dårlig tid til pasienten, var det likevel noen sykepleiere som var imøtekommende og viste empati. Informantene la vekt på at sykepleierne hadde god tid til å sitte sammen med dem, hvor de kunne uttrykke synspunkter og stille spørsmål.

Sykepleiernes evne til å forstå pasientens gav rom for medvirkning. For at pasienten skal kunne medvirke må det til et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier, som skal baseres på likeverd. Forutsetningen for dette er at det må skapes en god relasjon hvor sykepleier tar seg tid til pasienten, og viser forståelse for vedkommende. Sykepleieren skal være tilgjengelig og fungere som veileder og støtte (Bjørslund, Larsson, & Kvigne, 2012). I følge Orem (2001) har hun i sin teori lagt vekt på det støttende og undervisende sykepleiesystemet. Videre nevner hun også ulike hjelpemetoder som sykepleiere benytter seg av i forskjellige pasientsituasjoner. Vi mener at disse hjelpemetodene som er nevnt i teorikapitlet, kan være

med på å fremme brukermedvirkning hos pasienter med kols. Gjennom å bruke disse metodene kan sykepleier hjelpe pasienten til å styrke egne ressurser, autonomi og gi dem økt kunnskap til å mestre egen sykdom på best mulig måte (Slettebø, 2013).

Etisk vanskelige situasjoner i utøvelse av sykepleie kan oppstå i forhold til brukermedvirkning. Svak paternalisme kan forekomme der sykepleier har mer kunnskap enn pasienten og handler på vegne av vedkommende. Denne handlingen er da basert på empati, som sykepleier tror er til pasientens eget beste og at han innerst inne ville ha ønsket dette selv (Tveiten, 2007). Vi har erfart en situasjon i praksis der en pasient med kols var svært inaktiv og stort sett sengeliggende. Det var klare indikasjoner på at pasienten var deprimert, og han så blant annet ikke meningen med å stå opp. Han var klar og orientert og det var utfordrende å skulle forsøke å motivere pasienten til å være mer aktiv. Han ble også informert om konsekvenser ved inaktivitet og at han ikke ville bli bedre av å holde sengen. Vi tok oss tid til å lytte til pasienten og viste forståelse for hvorfor han ikke ville stå opp. Vi viste tålmodighet, men han var en vanskelig person å komme inn på. Slettebø (2013) forteller at dette er et etisk dilemma hvor ulike prinsipper står mot hverandre. Sykepleier skal ta hensyn til pasientens autonomi, og hun skal ta hensyn til at hun som fagperson sitter inne med kunnskaper om farer pasienten på sikt utsetter seg for. Er det etisk riktig av sykepleier å utføre tvang, som skal være til pasientens beste? (Slettebø, 2013). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, kommer det til uttrykk at sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg. Dette gjelder også hvis pasienten velger å frasi seg sin selvbestemmelse i egen behandling (Norsk sykepleier forbund, 2011). På den annen side hevder Slettebø at det er uforsvarlig sykepleie å følge pasientens ønske fullt ut, og at det må vurderes om pasientens ønske er til det beste for vedkommende. Kunnskapen som sykepleier sitter inne med skal tas i betraktning når en slik avgjørelse skal fattes. I tillegg bør det undersøkes om det blant annet kan ligge en depresjon bak, som påvirker pasientens dømmekraft og innsikt i egen livssituasjon (Slettebø, 2013).

I følge Slettebø (2013) kan det oppstå konsekvenser dersom sykepleier utfører en handling basert på svak paternalisme. Hun nevner et eksempel som står i tråd med vår egen erfaring. En deprimert sengeliggende pasient kan bli ytterligere deprimert dersom han blir tvunget opp til å være aktiv. Det kan resultere i at pasienten føler seg lite respektert, hjelpeløs og

avmektig. Videre kan dette føre til at han blir enda mindre motivert for en endring, som der igjen kan forverre hans grad av selvhjulpenhet. I en studie skrevet av Bjørslund Et.al (2012) ble medvirkning hos pasientene hindret på grunn av travle sykepleiere, mangel på kunnskap og maktkamp mellom sykepleier og pasient. Liten tro på egne erfaringer og kunnskap blant pasientene hemmet også deres evne til medvirkning (Bjørslund, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2012). Tilrettelegging av brukermedvirkning er ikke alltid like enkelt å utføre i praksis, noe vi også har erfart i en hektisk arbeidshverdag.

Det sykepleier kan gjøre i en situasjon basert på egne erfaringer og i forhold til Slettebø (2013) sitt eksempel ovenfor, er å være tålmodig, oppmuntre og motivere pasienten slik at han frivillig står opp av sengen (Slettebø, 2013). Dette samsvarer med Orem (2001) sin teori, som handler om at sykepleier i samarbeid med pasienten skal styrke hans egenomsorg. Grunnen til at han ikke vil stå opp kan være at han er engstelig for dyspneanfall, eller fordi han er for utmattet grunnet kols og depresjon. Da må sykepleier hjelpe pasienten til å føle seg trygg før han tar steget og står opp av sengen (Almås, Bakkeland, Thoresen, & Sorknæs, 2010). Sykepleier kan stimulere brukerne til å bli mer bevisst egen kunnskap og ressurser i forhold til å bedre livskvalitet (Tveiten, 2007). I studien til Bjørslund Et.al (2012) ble det konkludert med at pasientene burde oppfordres til å være mer delaktig i egen behandling, samt å ha større tro på egen mestring. Sykepleierne på sin side burde ta seg bedre tid til pasientene (Bjørslund, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2012). I følge Orem (2001) kan sykepleier på en støttende og veiledende måte styrke pasientens mestringskompetanse.

En viktig del av empowermenttenkningen handler om å gi veiledning til pasienten, noe som kan gjøres gjennom informasjon, undervisning, støtte og råd (Tveiten, 2007). Dette er også i tråd med teorien til Orem (2001), som inngår i det hun kaller sykepleierens hjelpemetoder hvor vi primært har valgt å fokusere på de metodene som handler om støtte, utvikling og undervisning (Orem, 2001). I praksis har vi erfart at noen pasienter som skrives ut til hjemmet etter innleggelse på sykehus har fått lite informasjon om videre behandling og oppfølging. Det er sykepleierens ansvar å sørge for at pasienten får den informasjonen og oppfølgingen som han har behov for. Veiledning kan hjelpe pasienten til å reflektere over egen situasjon, og det er en sykepleieroppgave å legge til rette for at pasienten blir i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker eget liv og egen helse (Tveiten, 2007).

Ved å bruke dialog som tilnærming under veiledning med pasienter kan dette gjøre at pasienten selv kan finne mulige svar eller løsninger på sine problemer. Dette stimulerer til refleksjon og øker pasientens selvbevissthet og mestringskompetanse. Forutsetninger for en dialog mellom sykepleier og pasient er forståelsen for hverandre, vilje til å lytte, respekt og åpenhet med hensyn til den andres meninger og vilje til å forandre synspunkt. Sykepleieren har en ekspertrolle som symboliserer makt og det er viktig at denne makten ikke tar overhånd under dialog med pasienten. Dette kan føre til en ensidig samtale, en monolog, hvor det er kun en person som uttrykker sine behov og meninger. Det vil ikke skapes en felles forståelse og reduserer kvaliteten på veiledningen. Hensikten med dialogen er at den skal resultere i «en felles forståelse av brukerens anliggende, uten å overtale og uten å bruke makt» (Tveiten, 2007, s. 71). Pasientens medbestemmelse blir ivaretatt og det at han ser på seg selv som ekspert er prinsipper som legges til rette for i en dialog. Sykepleieren skal betrakte pasienten som en likeverdig partner. Dette er sentralt i empowermentttenkningen (Tveiten, 2007).

Det Orem (2001) hevder at sykepleieren trenger for å kunne yte god sykepleie er kunnskaper, holdninger og egenskaper. Når sykepleieren veileder pasienten formidler hun kunnskaper til ham, men det er pasientens eget ansvar å ta i bruk denne kunnskapen. Sykepleieren må som veileder legge til rette for at pasienten er *veiledbar* og kan ta egne beslutninger som han selv føler er riktige (Tveiten, 2007). En slik form for veiledning er i samsvar med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere spesifisert under punkt 2.4 (Norsk sykepleierforbund, 2011). I studien til Dowling Et.al (2011) blir ulike forutsetninger for empowerment omtalt, og dette er viktige faktorer for veiledning, som er en del av empowermentprosessen. Det nevnes blant annet at pasienten må være motivert for å kunne gjøre en endring i livet. De må føle seg styrket, være villige til å ta ansvar og være delaktige i målsetting og beslutninger for eget liv. Sykepleierens oppgave i slik setting vil være å støtte pasienten i sine beslutninger. Pasientens kunnskaper om egen sykdom er av betydning, da det er han som fysisk og psykisk kjenner på sykdommen. Sykepleierens forutsetninger for å kunne kommunisere på en god måte er vesentlig, da dette knytter pasienten og sykepleieren sammen. I studien kommer det frem at pasienten må ha kjennskap til egne utfordringer og ha evne til å finne løsninger på disse. Det blir sett på som positivt at pasienten deltar aktivt i egen behandling, men i noen tilfeller kan det være utfordrende for sykepleiere når pasienten deltar for mye. Dette gjelder spesielt i

situasjoner hvor pasients synspunkt ikke er i samsvar med sykepleierens (Dowling, Murphy, Cooney, & Casey, 2011).

For at sykepleieren skal kunne veilede må hun først ha kompetanse til dette. Denne kompetansen må inneholde teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Å ha kompetanse til å veilede kan forstås som en evne til å bruke relevant kunnskap på en god måte. Det er ikke noen fasit på hva som er god veiledning da dette kommer an på den helhetlige situasjonen (Tveiten, 2007). I en studie skrevet av Dowling Et.al (2011) hevdes det at det kreves visse forutsetninger for at sykepleiere skal kunne styrke pasientens ressurser. Sykepleiere må selv føle seg styrket for å kunne handle profesjonelt og for å styrke andre. Dessuten må hun være villig til å la pasienten ta egne valg. Videre må sykepleiere være dyktige på å kommunisere med pasienten gjennom empowermentprosessen. Dette innebærer at hun er åpen, lytter og er ærlig med ham for at han skal utvikle tillitt til sykepleier. Effektiv kommunikasjon legger også grunnlaget for informasjonen sykepleier formidler til pasientene. Delegering av makt fra sykepleier til pasient er den mest sentrale forutsetningen for empowerment. I tillegg må pasienten på sin side være aktiv og samarbeidsvillig under prosessen. Til sist skal sykepleier hjelpe pasienten til å styrke seg selv ved å benytte kilder, som vil fremme følelsen av kontroll. Sykepleier skal hjelpe pasienten til å fokusere mer på muligheter fremfor begrensninger (Dowling, Murphy, Cooney, & Casey, 2011).

Det er mange utfordringer som kan oppstå når sykepleier skal veilede pasienten. Det kan være en situasjon hos brukeren eller mangel på veilederkompetanse hos sykepleier. Sykepleier har på flere måter en ekspertrolle fordi hun har en faglig kompetanse, som er relatert til helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Det er viktig å understreke at denne kompetansen er viktig, selv om brukeren skal bli ansett som ekspert på sitt liv. I tillegg har kanskje sykepleier en kontrollfunksjon i forhold til pasienten, hvor hun er pliktig til å melde fra dersom pasientens liv og helse er i fare. Denne kontrollfunksjonen bidrar til å bekrefte oppfatningen av at sykepleier er eksperten. Mange brukere velger også å ikke medvirke og ønsker at sykepleier skal avgjøre hva som er best for dem, samt utføre handlinger for dem. Det er blant annet i situasjoner som denne at tilrettelegging av brukermedvirkning blir vanskelig. Kontrollfunksjonen og ekspertrollen representerer makt, men den som sitter inne med faglig kompetanse skal ikke skjule denne da dette også blir feil overfor pasienten. Som

nevnt tidligere er det behov for begge sin kompetanse for at pasienten skal kunne nå sine mål. Tidligere har helsepersonell ut fra en paternalistisk tankegang, visst hva som er til det beste for pasienten. Sykepleierens rolle som ekspert kan være med på å redusere pasientens evne til medvirkning, som der igjen svekker empowerment. Andre utfordringer kan være at sykepleier benytter seg av et fagspråk som kan forstyrre dialogen med pasienten (Tveiten, 2007). I praksis har vi lært at vi skal bruke et mer folkelig språk når vi kommuniserer med pasienten, slik at det ikke oppstår misforståelser og for at relasjonen skal bli mer likeverdig.

På den annen side kan autoritet og makt innebære positive aspekter. Makt innebærer ansvar og sykepleierens medansvar er nettopp å lindre pasientens lidelse. Autoritet kan settes i et omsorgsperspektiv hvor kjernen er å beskytte pasientens verdighet. For å kunne handle til pasientens beste, er det nødvendig å være bevisst hvordan makten påvirker sykepleier som veileder overfor pasienten. Makt anses som negativt og bidrar lite til empowerment hvis sykepleier utfører en handling der hun har makt over pasienten. Empowerment forutsetter at relasjonen mellom pasient og sykepleier er basert på tillit og likeverd (Tveiten, 2007).

Vi har tidligere nevnt av erfaring at det kan være utfordrende å motivere pasienten til å medvirke. Pasientens frie vilje er det fundamentale i veiledningen og brukeren må selv være motivert for å medvirke. For eksempel kan ikke sykepleier få pasienten med kols til å slutte å røyke, da han selv har ansvar for eget liv og må velge dette selv (Tveiten, 2007). Det sykepleier kan gjøre er å bidra med informasjon hvis pasienten ønsker dette. Å gi råd til pasienten uten at vedkommende har bedt om det kan være upassende og styrker ekspertrollen (Tveiten, 2007).

I en studie av Dowling Et.al (2011) blir det diskutert rundt begrepet empowerment, som hevdes å bety makt. Grunnen for dette er at sykepleier ofte blir sett på som eksperten i en paternalistisk rolle. Det argumenteres for at pasienter kun styrkes gjennom empowerment hvis de gjør de rette valgene, som er definert av den som gir helsehjelp. Videre blir det hevdet at bak begrepet empowerment skjules det en tidligere overbevisning om at «den profesjonelle vet best». Dette presenterer en mindre positiv vinkling av begrepet empowerment, som er absolutt verdt å nevne. Dette fordi det synliggjør mulige tvangs aspekter ved empowerment og brukermedvirkning som kan oppstå i ulike situasjoner. Ved å være mer bevisst disse utfordringene kan de kanskje lettere unngås. På den annen side når pasienten blir referert til

som ekspert blir empowerment et positivt konsept, som sikter til løsninger i motsetning til problemer (Dowling, Murphy, Cooney, & Casey, 2011).

Sykepleier kan tilrettelegge for brukermedvirkning ved å gjennomføre en veiledningssamtale med pasienten. Felles mål vil være å forebygge underernæring eller ytterligere vektnedgang (Tveiten, 2007). Som en studie viser til kan vekt og ernæring være et følsomt tema for mange pasienter og det er viktig at sykepleier er varsom når hun berører dette temaet (Odenocrants, Ehnfors, & Grobe, 2007). Først og fremst må sykepleier legge til rette for å bli kjent med pasienten på en imøtekommende måte. Dette vil si å bidra til å oppnå tillitt ved å hilse på pasienten, ha blikk kontakt og generelt vise at man ønsker vedkommende vel, og at pasienten er av verdi. Sykepleier skal la pasienten fortelle om hvem han er, hva han tenker om sin situasjon, hensikten med samarbeidet, muligheter og egne ressurser. Til gjengjeld skal sykepleier fortelle om seg selv som fagperson, formålet med samarbeidet og hva hun med sin kompetanse kan tilby pasienten. En felles forståelse av hensikten med samarbeidet og for hverandre er nødvendig. Dette fordi ulike forventninger vil redusere kvaliteten på samarbeidet. Gjennom dialog skal sykepleieren lytte til pasienten for å få en dypere forståelse av hvordan han tenker og fremstår som person. Etter at begge parter har blitt bedre kjent og forstått hverandre, samt at sykepleier har oppnådd tillit hos pasient, kan samarbeidet mot et felles mål begynne. I samlag med pasienten skal sykepleier få frem hans prioriteringer, behov, ressurser, eventuelle løsningsforslag og begrensninger eller utfordringer i forbindelse med målet.

Å avslutte veiledningen kan være utfordrende, da både positive og negative tilbakemeldinger i forhold til veiledningen diskuteres, samt om pasientens forventninger til samarbeidet har vært tilfredsstillende. Det at både pasient og sykepleier kan reflektere etter endt veiledning er en viktig fase, som kan utarbeide forståelsen for det man har oppnådd i dialogen og som er avgjørende for videre refleksjon (Tveiten, 2007). Hvordan en veiledningssamtale kan gjennomføres, som beskrevet ovenfor samsvarer med empowermenttenkningen. Det legges vekt på brukermedvirkning og synet på pasienten som ekspert på seg selv. Dette kan oppnås ved at sykepleier stiller pasienten spørsmål og at hun behandler han som en likeverdig samarbeidspartner (Tveiten, 2007).



## 4.2 Kartlegging av pasientens ernæringsstatus

En viktig sykepleieroppgave er å kartlegge pasienten og ut ifra ernæringsstatus tilrettelegge for det han trenger hjelp til. Gjennom en kartleggingssamtale kan vi også få en oversikt over hvilke ressurser pasienten har. Dette kan gjennomføres med veiledning og dialog hvor pasientens og sykepleierens kunnskaper utveksles. Pasienter som legges inn på sykehus og sykehjem eller personer som mottar helsehjelp fra hjemmesykepleien, skal vurderes for ernæringsmessig risiko. Pasienter i ernæringsmessig risiko kan da identifiseres i tidlig fase, og få den helsehjelpen de har behov for (Sortland, 2011). For å kunne kartlegge pasientens ernæringsstatus må sykepleieren ha evnen til å kunne observere og gjøre vurderinger. Gode observasjoner bygger på teoretisk og klinisk kunnskap og praktisk erfaring. I møte med pasienter og situasjoner rundt dem, kan denne egenskapen øves opp og er avgjørende for de vurderinger sykepleier tar (Almås, Bakkelund, Thoresen, & Sorknæs, 2010). Vurdering av ernæringsstatus er derfor av betydning for den behandling og pleie pasienten får, og ikke minst den kunnskapen pasienten trenger for selv å ta ansvar for egen helse. Måling av ernæringsstatus kan gjøres på flere måter, men det som blir mest brukt er kostintervju, kliniske og antropometriske undersøkelser med måling av høyde og vekt, midje og hoft, hudfold og overarm (Sortland, 2011).

Gjennom et kostintervju kan vi få oversikt over hva pasienten spiser til daglig og om han har andre matvaner som er viktige å merke seg. Det er viktig å se det helhetlige bildet og å kartlegge hvordan pasienten har det psykisk, da depresjon og angst kan medføre nedsatt appetitt og vekttap (Hummelvoll, 2004). Av erfaring har deprimerte pasienter med kols gitt uttrykk for at maten ikke har smakt det samme som før, og har hatt manglende matlyst på grunn av dette. Andre har ikke ønsket å spise fordi de har ment at de ikke har hatt rett til mat, noe som tyder på alvorlig depresjon (Hummelvoll, 2004). Kartlegging av pasientens aktivitetsnivå er også nødvendig da kols fører til at mange pasienter med sykdommen blir inaktive, som der igjen påvirker appetitten (Hjalmarsen, 2012). I tillegg bør sykepleier kartlegge om pasienten røyker der hun kan spørre om røykevaner og om han eventuelt tidligere har forsøkt å slutte. Kartlegging av røykevaner er nødvendig da det er vist at røykeslutt har helsegevinst (Helsedirektoratet, 2012). I studien til Odenrants Et.al (2005) blir det vist til at mange pasienter har utfordringer knyttet til måltider, hvor blant annet nedsatt appetitt var en dominerende faktor. Ved et kostintervju er det viktig at sykepleiere får

informasjon fra pasienten om ulike utfordringer som påvirker deres ernæringsstatus (Sortland, 2011). Ut ifra dette kan sykepleier tilby pasienten hjelp til å tilberede måltider og hjelpe med tilrettelegging, slik at pasienten kan mestre dette selv.

Det er viktig å finne årsaken til hva som har ført til dårlig appetitt hos pasienten og iverksette adekvate tiltak i samråd med lege. Sykepleieren og legen er fagpersoner med kunnskap som pasienten kanskje ikke har og da er det viktig å ikke utøve dette i form av makt ovenfor pasienten. Fagpersonene sitter med hovedansvaret for å styrke pasientens medvirkning og dialogen mellom dem er en forutsetning for dette (Tveiten, 2007). Sykepleieren skal være tilgjengelig og fungere som en støttende og veiledende funksjon, som er i samsvar med Orem's teori. Orem (2001) nevner også ulike hjelpemetoder som sykepleiere benytter seg av i forskjellige pasientsituasjoner. De hjelpemetodene som vi har nevnt i teorien, og som er aktuelle i forhold til punkt tre om sykepleiesystemer, kan være med på å fremme brukermedvirkning hos pasienter med kols (Kirkevold, 2012). Vi tenker at gjennom å bruke disse metodene kan sykepleier hjelpe pasienten til å styrke egne ressurser, autonomi og gi dem økt kunnskap til å mestre egen sykdom på best mulig måte.

Erfaringsvis fra praksis har vi opplevd en situasjon der en pasient med kols innlagt på sykehjem, isolerte seg på rommet grunnet sin sykdom. Sykdommen gjorde han svært utmattet, i tillegg til at han slet med angst og depresjon. Pasienten spiste aldri måltider ute i miljøet sammen med de andre pasientene, og trivdes best for seg selv på rommet. Det var tydelig at pasienten hadde dårlig appetitt og at han ikke maktet å spise opp det han fikk servert. Videre vet vi at flere eldre pasienter som er enslige kan ha vansker med å tilberede måltider. Dette kan skyldes flere årsaker som blant annet blir nevnt i studien til Odenrants Et.al (2005), der utfordringen med å handle og å lage mat blir for stor. Vi har også opplevd at pasienter uten ektefelle eller andre pårørende som kan hjelpe pasienten med tilbereding av måltider, har hatt vansker med å få i seg tilstrekkelig med næring. En viktig del av å kartlegge pasientens ernæringsstatus er å måle pasientens vekt og høyde og ut ifra dette måle KMI, som kan gi et bilde av pasientens ernæringsstatus. Ved å måle KMI er det viktig å ikke legge grunnlag for alle vurderingene på dette resultatet. Pasientens utseende skal observeres, da en person med BMI over 25 kan ha stor muskelmasse uten å være overvektig (Sortland, 2011).

Ut ifra dette mener vi at det er sykepleierens ansvar å kartlegge pasientens behov slik at det kan utøves sykepleie på individnivå.

### **4.3 Kostveiledning og forebyggende tiltak**

Inntak av mat er i følge Orem (2001) et av de livsnødvendige behovene. Hennes teori om at sykepleieren hovedsakelig skal fungere som en støttende og veiledende funksjon, slik at pasienten kan hjelpe seg selv i størst mulig grad, er vi enige i. På den annen side utarter sykdomsbildet seg forskjellig hos pasienter med kols, og noen kan ha store problemer med å medvirke i egen behandling. Andre igjen ønsker kanskje ikke, eller orker ikke å medvirke på grunn av ubehaget alvorlig pustebesvær blant annet medfører. Det er da sykepleierens oppgave å assistere for pasienten der det trengs (Orem, 2001). Det er mange tiltak som kan iverksettes for å forebygge underernæring.

En studie skrevet av Odenrants Et.al (2005) viser til flere faktorer som spiller inn når det gjelder spisevaner hos pasienter med kols. Disse innebærer psykososiale og fysiske faktorer knyttet til måltider. Erfaringsvis er det pasienter som synes det blir for slitsomt å spise grunnet dyspne. I tillegg blir mange inaktive og får ikke frisk luft, som medfører ytterligere nedsatt appetitt. Andre igjen har bivirkninger knyttet til medisiner, som fører til redusert inntak av mat. Videre viser også studien at mange, spesielt enslige, har problemer med innkjøp av mat og matlaging på grunn av mangel på krefter (Odenrants, Ehnfors, & Grobe, 2005) . Her er det viktig at sykepleier ser på tiltak hvor pasienten kan få praktisk hjelp til dette. Hvis vi går ut ifra at pasienten er enslig og isolerer seg, kan eventuelt hjemmehjelpen handle inn det pasienten trenger. Pårørende kan også være en ressurs her hvis de er tilgjengelig for dette. Fra praksis i hjemmesykepleien vet vi at mange pasienter er ensomme og at dette kan påvirke deres appetitt. Mange brukere assosierer måltider sammen med andre som noe positivt, og det bidrar til å øke deres appetitt og matglede (Odenrants, Ehnfors, & Grobe, 2005). Pasienter som spiser lite bør unngå å spise alene hvis mulig, og sykepleier bør tilrettelegge for at for eksempel pårørende eller en venn kan spise sammen med pasienten. Et annet alternativ kunne være at sykepleier tar seg tid til å lage mat sammen med pasienten og holder han med selskap under måltidet (Sortland, 2011).

Dessverre har vi erfart at hektiske arbeidshverdager i hjemmesykepleien kan gjøre det vanskelig å gjennomføre ekstra tiltak utover det som er bestemt. Hjemmesykepleien har begrenset med tid og en utfordring ved fastsatt vedtak, kan være at pasientens individuelle

behov og autonomi ikke blir tatt hensyn til (Fjørtoft, 2012). Fjørtoft (2012) hevder at faglig forsvarlighet tilsvarer at sykepleier forholder seg til vedtak lojalt, men også kritisk. Videre hevder hun at sykepleier i hjemmesykepleien skal kjenne til hvordan tjenestene er organisert. Hun skal vite hvordan hun kan påvirke og eventuelt endre vedtakene på en slik måte at det møter pasientens behov (Fjørtoft, 2012). Erfaringsvis kan sykepleier også foreslå aktivisering for pasienten på nærmeste sykehjem et par ganger i uken. Her arrangeres det sosiale aktiviteter og det serveres middag og kaffe. På den måten får pasienten sosial stimulering, som der igjen kan gjøre det lettere for pasienten å ta til seg næring. Vi har opplevd at pasienter som benytter seg av dette tilbudet har godt utbytte av det.

Undervektige pasienter med kols trenger ekstra kaloritilførsel for å kunne gå opp i vekt og for at ytterligere vekttap skal forhindres, spesielt knyttet til fysisk aktivitet (Hjalmarsen, 2012). I samarbeid med ernæringsfysiolog skal sykepleier vurdere om ernæringsinntaket er tilstrekkelig i forhold til individets behov (Sortland, 2011). Sykepleier kan tilrettelegge for at pasienten spiser små og regelmessige måltider i løpet av dagen. Dette fordi store måltider reduserer lungenes funksjonskapasitet og dyspne øker, noe en studie bekrefter (Østerås, Aasbjørg, & Gustad, 2011). Det gir også et mer variert kosthold, bedre fordøyelse og bedret opptak av næringsstoffer (Almås, Bakkeland, Thoresen, & Sorknæs, 2010).

Sykepleier kan komme med kostråd der maten skal inneholde de nødvendige næringsstoffene. Disse kan inneholde hvitt kjøtt som fisk, grovt brød, egg, frukt og grønnsaker. Tomme kalorier bør unngås, som søt drikke og snacks (Hjalmarsen, 2012). Sykepleier bør også informere om at pasienten bør ta vitamintilskudd daglig, da pasienter med kols har nytte av dette. Viktigheten av blant annet vitamin A og C reduserer inflammasjonsreaksjonen i slimhinnene og forebygger infeksjoner. Vi vet at ikke alle pasienter har hjemmesykepleie daglig og tiltak i forhold til dette vil være at pasienten får ordnet en dosett. Sykepleierens ansvar her å sørge for at dosetten er korrekt og at den byttes ut når den er tom. I tillegg må sykepleier informere og veilede pasienten i hvordan han skal bruke dosetten. Når sykepleier har kontrollert at informasjonen er forstått, er det deretter pasientens eget ansvar å følge opp dette. Rikelig med væsketilførsel er også viktig da dette bidrar til å holde ekspektoratet i luftveiene tyntflytende. Dette gjør det mindre energikrevende for pasienten å hoste opp slim (Almås, Bakkeland, Thoresen, & Sorknæs, 2010). I tillegg til energi- og næringstett kost bør

næringsdrikker inngå i kostholdet. Næringsdrikker gir økt energi- og proteininntak (Sortland, 2011), og tilførsel av proteiner er helt nødvendig da disse er kroppens byggesteiner. Mangel på proteiner i kosten fører til svekket immunforsvar med økt risiko for infeksjoner, anemi og muskeltap (Sortland, 2011). Ernæringsdrikke rik på proteiner kan fungere som et supplement hvis inntak av fast føde blir vanskelig. Det kan også benyttes mellom måltider for å øke energiinntaket ytterligere (Hjalmarsen, 2012).

Hvis sykepleier tilbereder maten for pasienten i hjemmet, bør hun gjøre den så appetittvekkende som mulig. For at maten skal være appetittvekkende kan maten pyntes med agurk, tomat og salat hvis pasienten ønsker dette (Sortland, 2011). Ut ifra den enkeltes behov er det viktig at matporsjonen tilpasses til en passende størrelse, da en overfylt tallerken kan gjøre at pasienten mister appetitten. Videre må sykepleier og pasient sammen planlegge måltidene godt. Gjennom dialog kan de sammen lage en meny ut ifra pasientens ønsker og behov (Sortland, 2011). Vi har erfart at hvis pasienten ønsker det, kan han få utkjøring av varm middag. Andre tiltak kan være å lære pasienten en teknikk der han trekker pusten godt inn før han tygger, samt at pasienten spiser i rolig tempo. Dette kan redusere dyspne da pasienten bruker krefter på å innta mat og drikke (Hjalmarsen, 2012). I praksis har vi lært enkelte teknikker som skal gjøre det lettere for pasienten å puste under måltider. Disse innebærer at pasienten kan hvile på armene på bordet og bruke leppeblås for å hente seg inn igjen.

Pasienter med kols bør oppfordres til fysisk aktivitet siden dette forbedrer musklene, får opp slim fra luftveiene og kan virke appetitt stimulerende (Hjalmarsen, 2012). En artikkel viser også til at fysisk aktivitet kan forbedre livskvalitet og gjenvinne uavhengighet hos pasienter med kols. Konsekvensene av at pasienten velger ikke å være aktiv kan være flere. Inaktivitet svekker musklene og gir økt utmattelse. Svekket muskelkraft virker å ha tydelig sammenheng med redusert evne til å ta opp oksygen (Raguso & Luthy, 2010). Forståelig nok reduseres aktivitetsnivået hos disse pasientene når de har vansker for å puste, men det kan føre til en ond sirkel. På grunn av dårlig kondisjon økes tungpusten ytterligere, og det blir enda mer utmattende å utføre dagliglivets aktiviteter. Det er viktig å understreke at psykososiale forhold spiller en stor rolle hos inaktive pasienter. De har ofte angst for å få anfall og redsel for å dø under en akutt forverring, noe som er reelt da sykdomsforverring kan være livstruende. Hvis

fysisk aktivitet ikke planlegges nøye hos disse pasientene kan anfall av dyspne, og panikkangst forekomme. Naturlig nok når dette forekommer, fører det til økt engstelse for å være i fysisk aktivitet (Oksholm, 2008).

Sykepleier kan sammen med pasienten sette opp et dagsprogram som skal balansere aktivitet og hvile (Oksholm, 2008). Hvile både før og etter måltider er viktig for tilstrekkelig tilførsel av oksygen i fordøyelsesprosessen, og for økt opptak av næringsstoffer. Balanse mellom aktivitet og hvile er i tråd med Orem (2001) sin teori om de universelle behov. Aktivitet må pasienten lære seg å planlegge nøye slik at han ikke overanstrenger seg og utvikler dyspne anfall. Realistiske mål må settes sammen med pasienten og tilpasses den enkelte ut fra sykdomsbilde. Sykepleier kan tilrettelegge for at målet ikke blir for høyt for å unngå at pasienten skal føle på manglende mestring (Oksholm, 2008). Vi har erfart at en del pasienter er redde for å anstrenge seg for mye på grunn av dyspne, og mange har vært negativt innstilt når vi har kommet med råd og forslag til aktiviteter. Etter ytterligere erfaring ser vi nå at dette kanskje var feil tilnæringsmåte til pasienten, og at vi burde ha spurt vedkommende om han ville hatt informasjon og veiledning først. Det har ikke vært enkelt å motivere pasientene til for eksempel å gå en kort tur. Forebygging av angst og utrygghet er et viktig tiltak her (Almås, Bakkellund, Thoresen, & Sorknæs, 2010). Hvis sykepleier sammen med pasienten kan hjelpe ham til å føle seg mer trygg, kan det bli lettere for ham å være i aktivitet, hvis vedkommende er i stand til dette og ønsker det selv. Flere metoder kan benyttes for å hjelpe pasienten til å håndtere sin angst. God bruk av verbal og non-verbal kommunikasjon er nødvendig, hvor sykepleier anerkjenner denne angsten, og formidler om at det er en naturlig følelse i forbindelse med dyspne og alvorlig sykdom. Videre kan sykepleier informere om hva som skjer ved et angstanfall, for deretter å lære pasienten strategier, som kan dempe dette. Eksempler kan være opplæring i pusteteknikker og avslapningsøvelser hvor pasienten etter hvert kan få en opplevelse av å ha kontroll. Slik kan sykepleier i samlag med pasienten hjelpe ham til å få økt kunnskap om åndenød og angst. Dette kan få han til å se at problemet kan forebygges på en hensiktsmessig måte, og at fysisk aktivitet ikke trenger å unngås (Almås, Bakkellund, Thoresen, & Sorknæs, 2010).

Forebyggende legemiddelbehandling er et annet viktig tiltak, som skal virke symptomlindrende, bedre livskvalitet og redusere mortalitet (Oksholm, 2008).

Legemiddelbehandling kan gjøre det lettere for pasienten å gjennomføre aktiviteter og måltider uten å bli altfor tungpustet. Hos pasienter med kols med alvorlig stadium brukes bronkodilatorer, glukokortikoider til inhalasjon, slimløsende og eventuelt oksygenbehandling, som ordineres av lege (Oksholm, 2008). Av erfaring har mange pasienter god effekt av slike forebyggende tiltak. I en artikkel som omhandler ernæringsstatus hos pasienter med kols, blir det vist til at oksygentilførsel virker å bidra til økt appetitt, som igjen resulterte i vektøkning hos underernærte kolspasienter. I tillegg viser den til at oksygentilførsel kan redusere dyspne og øke aktivitetskapasiteten (Raguso & Luthy, 2010).

På den annen side er det mange bivirkninger knyttet til legemidler, som også kan påvirke matinntaket negativt. I en studie blir det pekt på at slike legemidler blant annet kan gi munntørrhet, sopp i munnen og kvalme (Østerås, Aasbjørg, & Gustad, 2011). I praksis har vi flere ganger vært vitne til pasienter med kols, som har unngått å spise på grunn av ubehag knyttet til soppinfeksjon. Sårhet og lettblødende slimhinner i munn og svelg har også vært et problem for mange. For å forebygge dette har vi erfart i praksis at skylling av munnen etter hver inhalasjon av glukokortikoider er viktig. I tillegg kan reseptfrie legemidler som munnspray, desinfiserende munnskyllemiddel og sugetabletter benyttes for å forebygge munntørrhet og bakterievekst.

Giæver hevder at det er overforbruk av medisiner og at et ensidig fokus på dette har forsinket utviklingen av tiltak som røykeslutt, rehabilitering og opptrening (Giæver, 2008).

Konsekvensene derimot av ikke å gi legemiddelbehandling er mange. Det vil kunne medføre at pasientens respirasjonsarbeid reduseres, gi økt infeksjonstendens og forverring, redusert sirkulasjon i lungene og økt belastning på hjertet, samt økt mortalitet (Almås, Bakkeland, Thoresen, & Sorknæs, 2010). Det er viktig at sykepleier informerer pasientene som bruker slike legemidler, om at god munnhygiene er viktig, da dette forebygger bivirkninger i munn og svelg. Sykepleier bør være nøye med oppfølging i forhold til dette, og eventuelt assistere for pasienten hvis det blir vanskelig å utføre munnstell på egen hånd (Almås, Bakkeland, Thoresen, & Sorknæs, 2010). Dette bekreftes også gjennom Orem (2001) sin teori.

En annen viktig sykepleieroppgave er å motivere pasienten som røyker til å slutte. Her er det nødvendig med kunnskap rundt ulike røykesluttopplegg og andre hjelpemidler (Oksholm,

2008). Røyking har mange bivirkninger som påvirker ernæringsstatus, som nedsatt lukte- og smaksans og appetittmangel (Stenvoll, 2008). Røykeslutt reduserer symptomer, forbedrer livskvalitet og reduserer risikoen for død (Hjalmarsen, 2012). Mæland (2010) hevder også at røykeslutt kan bidra til vektøkning. Det kan være vanskelig å ta opp dette med pasienten og det bør gjøres på en respektfull måte, hvor man unngår å moralisere og krenke pasientens integritet. For at røykeslutt skal være realistisk må pasienten først og fremst være motivert for dette selv. Hvis det viser seg at pasienten er motivert for å slutte, kan sykepleier hjelpe han til å sette opp en konkret sluttplan. Her kan sykepleier og pasient sammen planlegge en gradvis nedtrapping av røykevaner, for deretter å ha et langsiktig mål om at pasienten skal slutte helt (Helsedirektoratet, 2012). Ved å innlede en røykesluttsamtale med pasienten kan sykepleier informere om avvenningslegemidler, og sammenhengen mellom kols og røyking. Videre skal pasienten få tilbud om støtte av personer som er utdannet til å hjelpe pasienter med å slutte å røyke. Samtalen skal følges jevnlig opp av sykepleier ved senere kontakt med pasienten (Oksholm, 2008). Hvis pasienten derimot ikke er motivert for å slutte, skal dette aksepteres, og det kan gjøres en avtale med pasienten om at røykeslutt kan tas opp ved en senere anledning (Helsedirektoratet, 2012).

For å kunne gjennomføre disse tiltakene sammen med pasienten, er det viktig å fastsette et realistisk mål som er oppnåelig. Erfaringsvis vet vi at det kan være vanskelig for pasientene å finne motivasjonen til blant annet å endre sine kostvaner. Noen har kanskje hatt et ensidig kosthold i flere år og trives med dette, og er lite villige til å endre det. Det er også viktig å være klar over at ikke alle pasienter kan øke deres vekt til tross for høyt energi og proteininntak. Dette gjelder ofte svært gamle og alvorlig syke pasienter. I dette tilfellet vil det være mer realistisk å fokusere på å forebygge ytterligere vekttap, fremfor å ha et mål om at vekten skal øke (Brøndum & Sode, 2011).



## 5. Konklusjon

Ut ifra drøfting har vi kommet frem til at brukermedvirkning er avgjørende for at behandling skal kunne gjennomføres. Sykepleier må kartlegge pasientens ernæringsstatus for å kunne ha kunnskap om hans ernæringsbehov, samt at hun må kartlegge hans ressurser. Deretter må tiltak iverksettes på grunnlag av pasientens medbestemmelse. Vi konkluderer med at tiltak knyttet opp mot problemstillingen, kun kan iverksettes hvis pasienten er motivert for en endring selv. Pasienten må føle seg bemyndiget og ha ressurser nok til å kunne medvirke i egen behandling. En forutsetning for brukermedvirkning og empowerment er at pasienten går inn for å ta kontroll over eget liv. For at sykepleier skal nå frem til pasienten bør hun ikke komme med råd, men heller ta seg tid til å lytte og veilede i form av dialog. Sykepleier skal gi pasienten økt kunnskap gjennom å gi nødvendig informasjon, som skal bidra til å styrke hans ressurser og evne til medvirkning. En forutsetning for dette krever en god relasjon og godt samarbeid basert på likeverd, der sykepleier oppnår tillitt hos pasienten. Sykepleier og pasient skal komme frem til en felles forståelse og ut ifra dette iverksette tiltak sammen, som skal forebygge underernæring hos pasienten. De tiltakene vi har kommet frem til er tiltak som skal stimulere appetitten, slik at pasienten går opp i vekt eller opprettholder vekten.

Gjennom denne oppgaven har vi lært mer om hvordan sykepleier kan tilrettelegge for brukermedvirkning, og viktigheten av pasientens deltakelse i beslutninger rundt egen helse. Vi er blitt mer bevisst på hvordan sykepleier kan tilnærme seg pasienten og hvordan ubevisste paternalistiske handlinger kan unngås. I tillegg har vi også fått en bedre forståelse for pasienter med kols og at deres sykdomsbildet er kompleks. Med dette erkjenner vi at for å hjelpe denne pasientgruppen trenger sykepleier kunnskap om brukermedvirkning, og hvordan hun gjennom dialog kan veilede pasienten på individnivå. Sykepleier må også ha kunnskap om ulike faktorer som kan forverre sykdomsbildet, og hvordan hun sammen med pasienten kan forebygge disse utfordringene. Vi ser at de tiltakene vi har kommet frem til i drøftingen ikke bare kan forebygge underernæring, men at det også kan bidra til å lindre symptomer og styrke pasientens ressurser.

## 6. Litteraturliste

- \*Almås, H., Bakkeland, J., Thoresen, B. H., & Sorknæs, A. D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie* (4. utg., ss. 107-164). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Andreassen, T. A. (2005). Brukermedvirkning- hva betyr det? I T. A. Andreassen, *Brukermedvirkning i helsetjenesten* (ss. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Bentsen, S. B., Rokne, B., & Klopstad, A. W. (2013, September 18). Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population. *Nordic college of caring science*, ss. 905-912.
- \*Bjørnsland, B., Larsson, B. W., & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermidvirkning i sykehus. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, ss. 20-33.
- \*Brøndum, E., & Sode, V. (2011). KOL og ernæring. I L. Moll, P. Lange, & B. H. Dahl (Red.), *KOL- sykdom, behandling og organisation* (ss. 101-105). København: Munksgaard Danmark.
- \*Cavanagh, S. J. (2001). Hva er sykepleie. I S. J. Cavanagh, *Orems sykepleiemodell i praksis* (ss. 9-11). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). Hva er metode. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Dowling, M., Murphy, K., Cooney, A., & Casey, D. (2011, Februar 6). Nursing and healthcare of chronic illness. *Journal of nursing and healthcare of chronic illness*, ss. 476-487.

- Fjørtoft, A. K. (2012). Hjemmesykepleiens rammer. I A. K. Fjørtoft, *Hjemmesykepleie- Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- \*Giæver, P. (2008). Kronisk obstruktiv lungesykdom. *Lungesykdommer* (2. utg., ss. 73-91). Oslo: Universitetsforlaget.
- \*Gulsvik, A. (2006). Kronisk obstruktiv lungesykdom. I A. Gulsvik, & P. S. Bakke, *Lungesykdom- en basal innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vimostad & Bjørke .
- \*Helsedirektoratet. (2012, November). *Nasjonale faglige retningslinjer*. Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols/Documents/IS-2029Revidert.pdf>
- \*Helsedirektoratet. (2013, Mars 27). *Ivaretakelse av ernæringsstatus*. Lokalisert på: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/ivaretakelse-av-ern%C3%A6ringsstatus/ern%C3%A6ringsstatus;jsessionid=94E2C69AD82B3E1E526B23AA06034CDB?menuname=Ern%E6ringsstatus>
- \*Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering- Kols og andre lungesykdommer*. Litauen: Cappelen Damm AS.
- Hummelvoll, J. K. (2004). Depresjon og sorg. I J. K. Hummelvoll, *Helt- ikke stykkevis og delt* (6. utg., ss. 171-198). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lovdata. (1999, Juli 02). *Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63* (2013)
- Lovdata. (1999, Februar 7). *Taushetsplikt og opplysningsrett, LOV-1999-07-02-64* (2013)

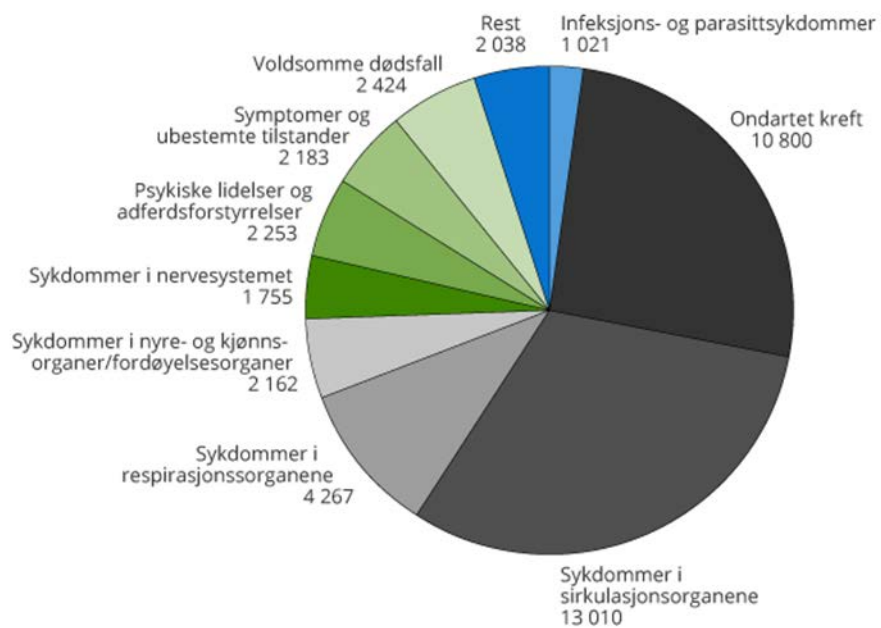
- Molven, O. (2011). Pasienters rettigheter og plikter. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 1* (4. utg., ss. 120-123). Oslo: Akribe AS.
- Mæland, J. G. (2010). Helsereelatert adferd. I J. G. Mæland, *Forebyggende helsearbeid- Folkehelse i teori og praksis* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleier forbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. (Rev. utg.). Lokalisert på: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- \*Odenrants, S., Ehnfors, M., & Grobe, S. J. (2005, Mai 5). Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part 1. Struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD. *Nordic college of caring sciences, Scand J caring sci*, ss. 230-239.
- \*Odenrants, S., Ehnfors, M., & Grobe, S. J. (2007, Mai 19). Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Part II. RN's experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status. *Nordic college of caring science*, ss. 56-63.
- Oksholm, T. (2008). Sykepleie til pasienter med lungesykdommer. I U. Knutstad (red.), *Sykepleieboken 3- Klinisk sykepleie* (ss. 193-232). Oslo: Akribe AS.
- \*Orem, D. E. (2001). *Nursing- concepts of practice* (6. utg.) Missouri: Mosby, inc.
- \*Raguso, C. A., & Luthy, C. (2010, Juli 19). Nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease: Role of hypoxia. *Division of general medical rehabilitation*, ss. 138-143.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sortland, K. (2011). *Ernæring- mer enn mat og drikke* (4. utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- \*Statistisk sentralbyrå. (2013, November 1). *Dødsårsaker, 2012*. Lokalisert på: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak/aar/2013-11-01#content>

\*Stenvoll, D. (2008). Tøffe greier. I K. T. Elvbakken, & D. Stenvoll (red.) *Reisen til helseland* (ss. 59-90). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad Bjørke AS.

\*Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker- Om veiledning i empowerment porsessen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

## Vedlegg 1

Figur 1. Oversikt over dødsårsaker i 2012



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

## Vedlegg 2

P	I	C	O
<i>Hvem vil vi vite noe om?</i>	<i>Hvilke tiltak ønsker vi å vite noe om?</i>	<i>Skal tiltaket vi satte opp under I sammenlignes med et annet tiltak?</i>	<i>Hvilket utfall er vi interessert i?</i>
Pasienter med kols med utfordringer knyttet til underernæring	Tiltak som skal forebygge underernæring		Pasientens medvirkning i egen behandling, som skal forebygge underernæring eller forhindre ytterligere vekttap

### **Vedlegg 3**

1. Opprettholdelsen av inntak av luft
2. Opprettholdelsen av inntak av vann
3. Opprettholdelsen av nok inntak av mat
4. Tilrettelegge for normal utskillelse av eliminasjon og ekskrementer
5. Opprettholdelsen av balanse mellom aktivitet og hvile
6. Opprettholdelsen av balanse mellom det å være alene og sosialt samvær
7. Forhindre farer for menneskelig liv, funksjon og velvære
8. Fremme menneskelig funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper i henhold til menneskelig potensial, kjente menneskelige begrensninger og menneskets ønske om normalitet (Orem, 2001, s. 225, egen oversettelse).



#### Vedlegg 4

Stadier	FEV1 i %	Symptomer
Stadium 1: Mild kols	FEV1 > 80 % av forventet	Redusert luftveisobstruksjon. Med eller uten kronisk hoste og slim i lungene.
Stadium 2: Moderat kols	FEV1 50-79 % av forventet	Økende symptomer fra luftveiene med eller uten kronisk hoste og slim i lungene. Ved anstrengelser vil pasienten merke noe redusert lungefunksjon.
Stadium 3: Alvorlig kols	FEV1 30-49 % av forventet	Tilfeller med akutte forverringer som har innvirkning på pasientens livskvalitet og prognose.
Stadium 4: Meget alvorlig kols	FEV1 < 30 % forventet	Alvorlig luftveisobstruksjon med betydelig redusert livskvalitet og livstruende forverringer. Pasienten har lungesvikt og tegn til høyresidig hjertesvikt.

(Mjell, 2012)

## Vedlegg 5

Grenseverdiene for kroppsmasseindeks (KMI) for kols-pasienter er framstilt i tabellen under:

<b>Vektkategorier</b>	<b>Kroppsmasseindeks</b>
undervekt <sup>1</sup>	< 21 kg/m <sup>2</sup>
Normalvekt	21 – 24,9 kg/m <sup>2</sup>
Overvekt	25 – 29,9 kg/m <sup>2</sup>
fedme kategori 1	30 – 34,9 kg/m <sup>2</sup>
fedme kategori 2	35 – 39,9 kg/m <sup>2</sup>
fedme kategori 3	> 40 kg/m <sup>2</sup>

## Vedlegg 6

Artikkel	Forfatter	Utgiver	År	Database	Søkeord	Treff	Ant. leste	Ant. utvalgt	Dato
<i>Living with chronic obstructive pulmonary disease: Struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD</i>	Sigrid Odencrants, Margareta Ehnfors, Susan J. Grobe	Nordic College of Science	2005	Svemed+	«KOLS» AND «ernæring»	16	4	1	1.04.14
<i>Living with chronic pulmonary disease (COPD): Part II. RN's experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status</i>	Sigrid Odencrants, Margareta Ehnfors, Susan J. Grobe	Nordic College of Science	2007	Svemed+	«KOLS» AND «ernæring»	16	4	1	1.04.14
<i>Comparison of health- related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease</i>	Signe Berit Bentsen, Berit Rokne, Astrid Klopstad Wahl	Scandinavian Journal of Caring Sciences	2012	Svemed+	«COPD» AND «quality of life»	47	5	1	1.04.14

<i>and the general population</i>								
<b><i>Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus?</i></b>	Haldis Østerås, Monika Aasbjørg, Lise Tuset Gustad	Sykepleien Forskning	2011	Sykepleien	«kols og ernæring»	1	1	1.04.14
<b><i>Nutritional status and long-term mortality in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)</i></b>	Runa Hallin, Gunnar Gudmundsson, Charlotte Suppli Ulrik, Markku M. Nieminen, Thorarinn Gislason, Eva Lindberg, Eva Brøndum, Tiina Aine, Per Bakke, Christer Janson	Respiratory Medicine	2007	Oria	«nutritional» «status» «chronic» «obstructive» «pulmonary» «disease» «mortality»	2106	3	1.04.14

<i>Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus</i>	Bente Bjørslund, Bodil Wilde-Larsson, Kari Kvigne	Nordisk tidsskrift for helseforskning	2012					
<i>A concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease</i>	Maura Dowling, Kathy Murphy, Adeline Cooney, Dympna Casey	Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness	2011	CINAHL	«chronic» «obstructive» «pulmonary» «disease» «empowerment»	15	1	2.05.14
							2	

