



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling Folkehelse

4BACH

Eline Marie Bøhn og Lena Kristin Hansteensen

Veileder: Bente Bjørslund

BACHELOR

Underernæring ved kols, ikke et ukjent problem,
men et tilsidesatt tema.

Malnutrition in COPD, not an unknown problem,
but a neglected topic.

Antall ord :12656

Bachelor sykepleie BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Norsk Sammendrag

Tittel: Underernæring ved kols, ikke et ukjent problem, men et tilsidesatt tema.

Hensikt: Finne ut hvordan vi som sykepleiere kan anvende pasientmedvirkning og veiledning i det forebyggende arbeidet ved underernæring hos pasienter med kols.

Problemstilling: Hvordan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols gjennom å tilrettelegge for pasientmedvirkning og veiledning?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, som er bygd på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og i hovedsak kvalitativ forskning, men det er og anvendt noe kvantitativ forskning.

Teori: Her vil det bli presentert teori som er relevant for drøftingen og besvarelsen av vår problemstilling. temaene som presenteres er sykepleie teoretiker Virginia Henderson, underernæring og pasientmedvirkning.

Konklusjon: Det er flere komplekse årsaker til underernæring hos pasienter med kols som kan gjøre det vanskelig å forebygge underernæring. Sykepleier burde aktivt jobbe for å tilrettelegge for pasientmedvirkning og veiledning. Der fokuset er rettet mot ernæring på et tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet, kan dette bidra til å forebygge underernæring hos denne pasient gruppen.

Innholdsfortegnelse

Norsk Sammendrag	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema i et samfunnsperspektiv	4
1.2 Personlig relevans	5
1.3 Hensikt og problemstilling.....	6
1.4 Avgrensing og begrepsavklaring av oppgaven	6
1.5 Oppgavens oppbygning	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Presentasjon av forskningsartikler	9
2.3 Kildekritikk.....	12
2.4 Etske overveielser.....	14
3.0 Teori.....	15
3.1 Virginia Henderson sykepleieteori	15
3.2 Underernæring	18
3.2.1 Underernæring ved kols	19
3.3 Pasientmedvirkning og Empowement	21
3.4 Veiledning.....	24
4.0 Drøfting.....	27
4.1 Å hjelpe pasienten å puste.....	27
4.2 Å hjelpe pasienten å lære.....	28
4.3 Å hjelpe pasienten til å spise å drikke	32
5.0 Konklusjon.....	36
Litteraturliste	38
Vedlegg 1: Egenvalgt litteratur.....	42
Vedlegg 2: Søkehistorikk	45
Vedlegg 3: Virginia Hendersons 14 Grunnleggende behov.....	49
Vedlegg 4: Klassifisering av kols etter GOLD kriteriene.	49

1.0 Innledning

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å sette fokus på hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols innlagt i sykehus. Dette ved hjelp av pasientmedvirkning og veiledning. Selv synes vi at dette er et spennende tema, samt at det er noe vi ønsker å sette mer fokus på i praksis. Videre krever dette økt kompetanse hos sykepleier på flere områder.

1.1 Bakgrunn for valg av tema i et samfunnsperspektiv

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) har hatt en økende forekomst både i Norge og i resten av verden, og er en av de hyppigste årsakene til død. Kols er en sykdomstilstand som medfører forsnevninger i luftveiene, som skyldes en unormal betennelsesprosess i lungene (Helsedirektoratet, 2012). Røyking er i dag den viktigste årsaken til utvikling av kols, og omlag 640 000 personer i Norge røyker daglig. Det er estimert at ca. 250 000 - 300 000 har lidelsen kols av varierende grad (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). I 2010 ble kols listet blant de fem viktigste dødsårsakene på verdensbasis, og blant de seks viktigste dødsårsakene i Vest-Europa (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2012). Det dør omlag 2000 mennesker årlig i Norge som følge av kols, samtidig som den opptrer hos en prosent av den norske befolkning. Kols eksaserbasjon (kols forverring) er en av de hyppigste årsakene til sykehusinnleggelse når det gjelder sykdom i respirasjonsorganene. Pasienter som har en kols diagnose kan oppleve å ha svært besværlige symptomer og nedsatt livskvalitet, og omlag 25-40 % av pasientene med alvorlig grad av kols er underernærte (Helsedirektoratet, 2012). Det har vist seg at nærmere en tredjedel av pasienter med kols og ca 96 prosent av inneliggende pasienter med alvorlig grad av kols er underernærte (Østerås, Aasbjørg & Gustad, 2011). Det viser seg at lav kroppsvekt og vekttap kan øke dødeligheten ved kols, og ca. en prosent av helsekostnadene i Norge i dag er forårsaket av kols (Helsedirektoratet, 2012).

Våre erfaringer fra denne pasientgruppen er at de kan reise hjem fra sykehuset på søndag og komme tilbake allerede dagen etter, grunnet angst, dyspné (åndenød), infeksjoner og lignende. Vi har ofte hørt at pasienter med kols refereres til som svingdørspasienter av helsepersonell, grunnet at de er mye inn og ut av sykehus. For pasienter med kols kan samhandlingsreformen skape et bedre helsetilbud med tanke på den voksende

kommunerollen. Pasienter med kols vil ha lettere tilgang på helsehjelp og slipper å reise lange veier, noe som kan medføre økt stress som er en belastning for pasienten (Halvorsen, 2010). Første del av samhandlingsreformen trådte i kraft den 01.01.2012, noe som medfører at kommunene i landet får større rolle når det gjelder behandlingstilbud. Målet med samhandlingsreformen er at hvis kommunen kan gi et bedre behandlingstilbud, så skal pasienten få tilbud om å bli behandlet i kommunen, noe som kan bidra til å senke antall sykehusinnleggelser. Reformen sier at pasienten skal behandles tidligere og der hvor han bor, og ikke i sykehus i så stor grad som nå. Samhandlingsreformen setter krav til at kommuner og sykehus landet over skal bedre sin kommunikasjon og samarbeid, samt sikre en bedre pasientmedvirkning. Det har vist seg at flere av de pågående samhandlingstiltakene der flere kommuner samarbeider med et sykehus, i større grad sikrer bedre observasjoner, behandling og etterbehandling. Dette er med på å redusere sykehusinnleggelser, samt at det kan føre til en opplevelse av et betryggende omsorgstilbud. Målet med dette er å sikre det kommunale tilbudet, spesielt da for pasienter med kroniske lidelser, herunder pasienter med kols (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008).

1.2 Personlig relevans

På bakgrunn av vår felles interesse for ernæring og kols ønsker vi å få en bredere kunnskap på nettopp disse områdene. Gjennom praksis har vi erfart varierende kunnskaper både hos sykepleiere og helsepersonell. Vår opplevelse er at mange sykepleiere har for liten kunnskap om ernæring, og at de på den måten ikke klarer å sikre en ernæringstett kost til pasientene. Videre lurer vi på om mangelen på kunnskaper om ernæring står i sammenheng med at det er lite fokus på det i utdanningen? Selv har vi erfaring fra medisinsk sengepost og har selv møtt flere pasienter med kols som har vært undervektige. I møte med pasienter som har kols, har vi opplevd at matsituasjoner oppleves som krevende grunnet dyspnéproblematikken, noe som medfører lite krefter til å innta maten i tillegg til liten matlyst. Samtidig mener vi at det er for lite tilrettelegging av pasientmedvirkning og veiledning i praksis. På grunnlag av ovennevnte ønsker vi å sette fokus på underernæring hos pasienter med kols. Vi ønsker å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan forebygge undervekt hos denne pasientgruppen gjennom pasientmedvirkning.

1.3 Hensikt og problemstilling

Vi ønsker å få mer kunnskap og bredere kompetanse rundt underernæring hos pasienter med kols. Hensikten med oppgaven er å belyse betydningen av pasientmedvirkning og veiledning i det forebyggende arbeidet av underernæring hos denne pasientgruppen. Vi vil belyse hvordan sykepleier gjennom dialog kan veilede og styrke pasienten til å mestre sin sykdom og da delta aktivt med forebygging av undervekt.

Problemstilling:

Hvordan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med kols gjennom å tilrettelegge for pasientmedvirkning og veiledning?

1.4 Avgrensning og begrepsavklaring av oppgaven

I denne oppgaven vil vi ha fokus på pasienter inneliggende i sykehus med en moderat til alvorlig grad av kols. Vi har ingen avgrensning i oppgaven når det gjelder kjønn eller alder, men vi har hatt fokus på pasienter over 18 år. Vi har i denne oppgaven valgt å ha fokus på fire temaer; kols, underernæring, pasientmedvirkning og veiledning. Vi har derfor valgt og avgrense temaene til en viss grad slik at vi i drøftingen kan finne et svar på vår problemstilling. Vi har valgt å ikke utdype noe om dyspnéproblematikken til denne pasientgruppen, men vi vil nevne den.

Videre har vi valgt og omtale sykepleier som hun og pasienten som han, for å skape flyt i teksten.

Vi har i denne oppgaven valgt å bruke begrepet *pasientmedvirkning* i stedet for begrep *brukermedvirkning*. Dette begrunner vi med at betegnelsen ”bruker” kan medføre at man automatisk stiller for store krav til den hjelpetrengende. I tillegg kan ordet ”bruker” misforstås slik at en oppfatter ”brukeren” som en konsument eller en kunde.

Selvbestemmelse for pasientene blir også sammenlignet med et idealsamfunn og en ønskedrøm, da det blir belyst at politikerne vurderer ressurstildelingen. Da vil forestillingen om selvbestemmelse i form av brukermedvirkning gi en falsk forestilling. I enkelte tilfeller kan helsepersonell handle på pasientens vegne for eksempel (Vatne, 1998).

1.5 Oppgavens oppbygning

I denne bacheloroppgaven skriver vi i henhold til høgskolens retningslinjer og vi skriver etter APA-standard. Oppgaven starter med at vi begrunner det tema vi har valgt ut ifra et samfunnsperspektiv og i forhold til personlig relevans. Dette etterfølges av en problemstilling og en beskrivelse av hensikten med oppgaven. Samt vil en avgrensning av oppgaven komme fram og hva vi har valgt å fokusere på.

Den andre delen av oppgaven består av metodekapittelet. Der vil metode bli definert og litteratursøk blir presentert. Videre vil vi fremvise forskning og selvvalgt litteratur som anvendes i oppgaven, en kildekritikk og etisk vurdering.

I teoridelen vil vi presentere ulike temaer, som er av betydning for å besvare problemstillingen. Temaene er relevante for drøftingsdelen, der vi vil benytte oss av teorien. Vi vil også trekke inn forskning, praksiserfaringer og pasientutsagn for å kunne besvare problemstillingen. Til slutt i oppgaven vil det være en konklusjon, der problemstillingen blir besvart på grunnlag av drøftingsdelen.

2.0 Metode

Dalland (2012) sier at metode er et verktøy som kan hjelpe oss til å finne ny og relevant kunnskap på det vi undersøker gjennom aktuelle data. I følge Vilhelm Aubert (1985) er metode ” ... en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2012 s. 50).

Det skilles mellom to ulike metoder, kvantitative og kvalitative metoder. En kvantitativ metode betyr at den går i bredden, den innhenter ofte data som er målbare, gjerne gjennom tall og statistikker. Data kan innhentes i form av spørreskjemaer med faste svaralternativer, eller strukturerte og systematiske observasjoner. Ofte gjøres dette ved å innhente liten informasjon av mange enheter. Dette kan bidra til at en kvantitativ metode kun berører overflaten på tema. Den kvalitative metoden går ofte mer ned i dybden, og fokuserer ofte på opplevelse, ulike fenomener eller meninger som ikke er målbare. Denne metoden finner data gjennom å få mange opplysninger rundt få enheter, dette kan gjøres gjennom eksempelvis dybde intervju. Forskeren er ofte i kontakt med enheten som undersøkes, og målet med denne metoden er å få frem sammenheng (Dalland, 2012).

I vår oppgave har vi i hovedsak anvendt kvalitative forskningsartikler. Dette fordi vi mener at denne typen metode er svært egnet for å kunne begrunne og belyse vår problemstilling. Ved at vi har hatt fokus på kvalitative forskninger vil vi kunne gå dypere ned i et tema. Vi har også tatt med noen kvantitative forskningsartikler for å kunne best mulig kunne besvare vår oppgave.

2.1 Litteratursøk

I denne oppgaven har vi benyttet både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur for å kunne belyse og besvare vår problemstilling. Den selvvalgte litteraturen vi har valgt er følgende: *Basic Principles of Nursing Care* (Henderson, 1997), *Brukermedvirkning i helsetjenesten* (Andreassen, 2005), *Lungesykdommer* (Giæver, 2008), *Sykepleiens natur: refleksjoner etter 25 år* (Henderson, 1998), *Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer* (Hjalmarsen, 2012), *Brukermedvirkning!: kvalitet og legitimitet i velferdstjenesten* (Willumsen, 2005), *Brukermedvirkning: likeverd og anerkjennelse* (Tronvold, 2012) og *Den*

vet best hvor skoen trykker...: om veiledning i empowermentprosessen (Tveiten, 2007). Vi har også anvendt *Kols, nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging* (Helsedirektoratet, 2012), *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Helsedirektoratet, 2009) og *Prop. IS Proposisjon til Stortinget* (Helse og Omsorgsdepartementet, 2013).

For å finne frem forskning og fagartikler har vi benyttet ulike søkemotorer og databaser, der vi har brukt søkeord som er relevant for oppgaven og vår problemstilling. Databaser som vi har anvendt er følgende; Svemed+, Chinal, Google Scholar og Oria. Vi har også anvendt kjente tidsskrifter slik som Sykepleien.no og Norsk lægeforening.no. Vi har anvendt skolens bibliotek til å finne trykte tidsskriftsartikler og har funnet en tidsskriftsartikkel gjennom skolens bibliotek, Allergi i praksis, som vi har anvendt i oppgaven. Vi har og funnet relevant litteratur, forskning og tidsskrifter gjennom å se i referanselisten til enkelte av forskningsartiklene vi har anvendt i denne oppgaven. Søkerord som er anvendt er, KOLS, COPD, Chronic obstructive pulmonary disease, sykehus, hospital, nutrition, nutritional status, nutritional education, nutritional knowledge, malnutrition, morbidity, brukervedvirkning, patient participation, care og health care. Søkeordene fikk mange treff hver for seg, men i kombinasjon med hverandre, samt ved å begrense søkene på årstall og tilgjengelighet fikk vi snevret inn antall resultat. Søkehistorikken er vedlagt som eget vedlegg.

2.2 Presentasjon av forskningsartikler

1. *Opplevelse av brukervedvirkning i sykehus* (Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012). Dette er en kvalitativ studie som er utført i Norge, der det deltok 6 personer. Studien tar for seg hvordan pasientmedvirkning anvendes i sykehus blant pasienter som er innlagt med en forverring av KOLS, samt at den tar for seg i hvilken grad denne pasientgruppen opplever å få medvirke i egen helsehjelp. Konklusjonen viser til at både sykepleier og pasienter er aktører som både kan fremme og hindre pasientmedvirkning. Pasientene som opplevde at sykepleierne ikke hadde tid, manglet kunnskap og som utøvde en paternalistisk holdning, følte ikke at ble tilrettelagt for brukervedvirkning. Opplevelsen av brukervedvirkning opplevde i midlertidig pasientene når sykepleier viste omsorg og forståelse ved å ta seg tid til dem.
2. *Conditions for Patient Participation and Non-Participation in Health Care* (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006).

Dette er en kvalitativ studie utført i Sverige. Studien hadde som mål å finne ut om det var tilrettelagt pasientmedvirkning, og hvordan det ble tilrettelagt for pasientmedvirkning, blant pasienter som var eller hadde vært innlagt i sykehus. Studien viser at pasienter opplevde pasientmedvirkning når helsepersonell viste dem en respekt, men også når helsepersonell hørte på hva pasienten hadde av erfaring og kunnskap relatert til sin sykdom. Pasienter som ikke opplevde pasientmedvirkning, erfarte at det var manglende respekt for dem som mennesker. Samt at pasienten ikke hadde fått informasjon etter deres behov. Konklusjonen ble at for at pasienter skal kunne oppleve å få medvirke må de få delta aktivt i avgjørelser, samt at informasjonen som gis må tilpasses hver enkelt.

3. *Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part 1. Struggling with meal-related situations: Experiences among persons with COPD* (Odenrants, Enhfors & Grobe, 2005).

Dette er en kvalitativ studie utført i Sverige. Studien samlet informasjon gjennom å bruke dagbøker. Hensikten med studien var å finne ut hvordan pasienter med kols opplever matsituasjoner. Konklusjon var at pasienter med kols både opplevde matsituasjoner ulikt, men at faktorer slik som tid, fysiske forutsetninger og følelser bidro til om opplevelsen ble positiv eller negativ. Videre forklarer studien at det ikke bare er matsituasjonen som bidrar til et redusert næringsinntak hos pasienter med kols. Studien viser til at både av fysiologiske faktorer så vel psykiske bidrar til redusert inntak av mat.

4. *Insufficient nutritional knowledge among health care workers?* (Mowè et al , 2008).

Dette er en kvantitativ studie utført i Skandinavia. Studien har til hensikt å finne ut hvilke kunnskaper leger og sykepleiere har når det gjelder ernæring med fokus på screening, vurdering og behandling. Studien viser at flere av deltagerne hadde dårlige kunnskaper når det gjaldt ernæring og hvilken betydning dårlig ernæringsstatus hadde for pasientene. Konklusjonen var at både leger og sykepleiere i Skandinavia hadde utilstrekkelige kunnskaper og kompetanse når det gjaldt ernæring. Studien mener at ernæringslære bør implementeres i utdannelsen, samt at både leger og sykepleier bør videreutdannes i dette.

5. *Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals* (Kondrup et al, 2002).

Dette er en kvantitativ studie utført på sykehus i Danmark. Studien har til hensikt å finne ut hvordan en kan bedre ernæringspraksisen, på grunnlag av utilstrekkelige kunnskaper i praksis. Konklusjonen viser til at mange pasienter inneliggende i sykehus er feilernærte. Hovedgrunnen til utilstrekkelig ernæringsbehandling skyldtes i stor grad manglende

kunnskap blant helsepersonell vedrørende pasienters ernæringsbehov, så vel som manglende instruksjoner på hvordan en skal håndtere en slik pasientgruppe.

6. Nutritional status and long-term mortality in hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (Hallin et al, 2007).

Dette er en kvantitativ studie utført i Norden. Hensikten med studien var å kartlegge ernæringsstatusen til pasienter med kols inneliggende i sykehus. For deretter å undersøke sammenhengen mellom ernæringsstatusen og dødeligheten hos denne pasientgruppen på lang sikt. Studien fant ut at det var lavest dødelighet blant overvektige pasienter med kols, og at det var økt dødelighet blant de undervektige. Konklusjon i studien var at pasienter med kols som var undervektige ved innleggelse i sykehus, hadde en høyere risiko for å dø i løpet av de neste to årene.

7. Dietary change, nutrition and chronic obstructive pulmonary disease (Brug, 2004).

Detter en review artikkel, det innebærer en gjennomgang av ulike forskningsartikler. Hensikten med denne er å finne ut hvilken rolle ernæringstett kost har ved kols, både når det gjelder forebygging og kontroll av sykdommen. Den legger vekt på tidlige intervensjoner hos den polikliniske pasienten med kols som en nøkkel til å forebygge underernæring. Konklusjonen er at kosthold og ernæring kan være en viktig faktor når det gjelder forebygging og kontroll av kols. Gjennomgangen viser til at helsepersonell kan spille en viktig rolle ved å oppmuntre pasientene til å vedlikeholde kostholds endringer. Den understreker at det er viktig at helsepersonellet som er involvert i behandling hos pasienter med kols har fokus på ernæringsstatus og at de kontinuerlig gir kostholdsrad.

8. Patient och medaktör: studier av patient delaktighet och hur sådan stimuleras och hindras (Larsson, 2008).

Dette er en doktorgardsavhandling. Den har til hensikt å finne ut hva som tilrettelegger og hva som forhindrer bruk av pasientmedvirkning hos pasienter. Den tar for seg viktigheten av at pasienter får delta i avgjørelser og hvilke faktorer som medvirker eller forhindrer dette. Konklusjonen forklarer at for at pasienten skal oppleve at pasientmedvirkningen skal bli optimal, krever dette dedikerte og kunnskapsrike sykepleier som oppmuntrer pasienten øke egen kontroll. Videre forklarer den at pasientmedvirkning er noe som må få økt fokus blant helsepersonell.

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

Dette er en kvalitativ studie. Den har til hensikt å kartlegge ernæringsstatusen til inneliggende pasienter med kols som har en akutt sykdomsforverring. De tar for seg vekttap hos pasienter med kols inneliggende i sykehus, og faren for vekttap, og hvordan NIV kan minske risikoen for vekttap. Konklusjonen er at alle pasienter med kols burde screenes i forhold til ernæringsstatus, slik at eventuell underernæring kan behandles. Samtidig konkluderer de med at alle pasienter med kols bør følges opp når det gjelder ernæring og ernæringsstatus.

10. "Med hode over vannet" opplevelse av brukermedvirkning hos pasienter med krosnisk obstruktiv lungesykdom (Bjørnsland, 2007).

Dette er en masteroppgave som har en kvalitativ metode. Den har til hensikt å finne ut opplevelsen av brukermedvirkning hos pasienter med kols innlagt i sykehus. Studien fant ut at pasienter med kols innlagt i sykehus opplever egen helse ulikt, og at mange ikke har hørt om pasientmedvirkning. Konklusjonen er at pasienter med alvorlig grad av kols får medvirke i svært liten grad. For at pasientmedvirkning skal kunne bli implementert i praksis må det tilrettelegges for empowerment både på individ og samfunnsnivå.

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) innebærer kildekritikk å vurdere og beskrive litteraturen som en har anvendt i en oppgave. Målet med dette er å vise leseren hvorfor vi mener at litteraturen er relevant for vår oppgave. Vi har i denne oppgaven brukt forskningsartikler som både er på Norsk, Engelsk og Svensk. Vi har hatt som mål å bruke hovedsakelig skandinavisk og nordisk forskning da dette er relevant for pasientgruppen og utøvelsen av sykepleie. Forskningen i denne oppgaven er funnet gjennom helsefaglige databaser, der vi hadde fokus på å finne forskning som ikke var eldre enn 10 år, men har måttet anvende noe eldre litteratur og forskning da det er et begrenset utvalg når det gjelder ny forskning og litteratur på temaet vi har valgt. Underveis i søkeprosessen har vi stilt oss selv to spørsmål om hvordan vi kan anvende artikkelen i oppgaven. De to spørsmålene vi stilte oss fikk vi fra Dalland (2012). 1., Om artikkelen er relevant for problemstillingen vår ? Og, 2., er kilden pålitelig ? Ved hjelp av å aktivt stille oss disse spørsmålene underveis i søkeprosessen bidro dette til at vi fant mye relevant forskning som vi har anvendt i oppgaven. Vi har anvendt mye

forskjellige mesh termer i vårt litteratursøk, men vi ser at vi kunne ha brukt mindre brede termer og sammensetninger slik at vi kunne fått snevret inn søkene våre og muligens fått enda bedre søke resultat. Vi er allikevel fornøyd med de resultatene vi fikk med tanke på at vi har liten erfaring med å søke på forskning.

Blant forskningsartiklene våre er fem av studiene utført med en kvalitativ metode. Dette ser vi på som positivt og relevant for vår oppgave da disse går mer i dybden, noe som vi finner ønskelig for å kunne besvare vår problemstilling. Av disse fem forskningsartiklene, er to fra Norge, to fra Sverige og en fra norden, noe som kan være positivt med tanke på sykepleiers rolle og funksjon men også med tanke på relevans i forhold til pasientgruppen vi fokuserer på. Av de fem andre forskningsartiklene finnes det en review artikkel fra Nederland, tre kvantitative forskningsartikler fra Skandinavia og en doktorgradsavhandling fra Sverige. De to eldste forskningsartikkelene er fra 2001 og 2002, den fra 2002 og heter *Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals* (Kondrup et al, 2002). Denne forskningsartikkelen er over 10 år gammel, noe som kan være negativt for vår oppgave men vi har valgt å ta den med da vi ser den som relevant med tanke på vår problemstilling. Funnene i forskningsartikkelen styrkes gjennom en annen forskningsartikkel av nyere dato, *Insufficient nutritional knowledge among health care workers?* (Mowè et al 2008). Doktorgradsavhandlingen, *Patient och medaktör. Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras* (Larsson, 2008) og forskningsartikelen *Conditions for Patients Participation AND Non-participation in Health Care* (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006) er funnet ved å se i referanselisten til studien *opplevelse av brukermedvirkning i sykehus* (Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012). Grunnen til at vi har valgt å se etter aktuell forskning gjennom denne studien er i hovedsak på grunn av vanskeligheter med å finne god og relevant forskning til vår oppgave. Selv mener vi at disse to studiene styrker vår oppgave og problemstilling. Vi har og anvendt forskning i drøftingsdelen som ikke er presentert i teorien, dette begrunnes med at den er relevant for vår drøftingsdel. *Effekter av pasientopplæring* (Gallefoss, 2001), er av eldre dato, noe som kan være negativt, men den er allikevel svært relevant for vår drøfting og en av de få forskningsartiklene som tar for seg dette tema.

Teoridelen vår består i hovedsak av pensumlitteratur fra studiet vårt og selvvalgt litteratur. Noe av litteraturen er eldre en 10 år gammel, men vi ser på disse som pålitelige og relevante for besvarelsen av vår oppgave. Blant disse er *Basic Principles of Nursing Care* (Henderson, 1997) og *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv* (Vatne, 1998). Vi har og

anvendt sekunderlitteratur når det gjelder valgt sykepleie teoretiker, Virginia Henderson. Sekunderlitteraturen vi har anvendt er *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (Mekki & Holter, 2011). Her har vi anvendt et kapittel som er skrevet av Jorun Mathisen som gir sin tolkning av Hendersons teori. Det at vi har brukt sekundær litteratur kan være negativt, men vi ser kilden som pålitelig da vi har tatt dette fra en pensumbok. Vi har og anvendt noe sekunder litteratur fra *Metode og oppgaveskriving* (Dalland, 2012) da vi har brukt en henvisning han har skrevet fra en annen forfatter. Vi ser allikevel på Dalland (2012) som en sikker kilde da hans bok er oppført i pensum. I oppgaven har det blitt anvendt to rundskriv fra Helsedirektoratet, *Kols, nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging* og *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Disse to er anvendt i teoridelen og vi ser på disse som svært relevant for oppgaven, samt at Helsedirektoratet kan sees som en svært pålitelig og sikker kilde.

2.4 Etiske overveielser

I denne oppgaven har vi vært bevisst på anvendelsen av APA-standard etter skolens retningslinjer. Vi har fulgt denne, og henvist til kilder deretter. Vi har vært nøye på å henvise til rett kilde. Vi har vært påpasselig med at rett kilde får kreditt for egen litteratur som vi har anvendt i vår oppgave. Gjennom vår oppgave har vi referert til erfaringer og opplevelser i praksis. Vi har vært opptatt av å ikke bryte vår taushetsplikt og har derfor anonymisert personene for at de skal bli totalt ugjenkjennelig. Da vi er lovpålagt å gjøre dette etter Helsepersonelloven (1999) § 21.

3.0 Teori

I denne delen av oppgaven vil vi presentere teori vi mener er relevant for å besvare vår problemstilling. Vi vil først ta for oss sykepleieteoretiker, Virginia Henderson, deretter tar vi for oss underernæring, pasientmedvirkning og veiledning.

3.1 Virginia Henderson sykepleieteori

Virginia Henderson er en av de mest kjente sykepleieteoretikerne. Hennes sykepleieteori bygger på grunnlaget til Florence Nightingale, og sammen har de skapt forutsetningen for sykepleiefaget. Henderson ønsket gjennom sin sykepleieteori å sette fokus på praktisk sykepleie og viktigheten av å individualisere sykepleien til enkeltmenneske (Mathisen, 2007). I 1955 utgav Henderson sin endelige definisjon på hva sykepleie er og den lyder som følger:

Sykepleiernes enestående funksjon består i å hjelpe menneske, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt så mulig. (Henderson, 1998, s. 10).

Henderson legger vekt på at pasienter trenger en individuell plan, og at all effektiv sykepleie begynner med å kartlegge pasientens behov. Hun forklarer viktigheten av å vite at alle mennesker har felles behov, men sier samtidig at det er viktig å innse at disse behovene blir tilfredsstilt på ulike måter i forhold til individuelle forskjeller (Henderson, 1997). Det betyr at uansett anstrengelse for å imøtekomme en pasients behov og ønsker, vil sykepleier aldri klare å tolke det en annen person behøver for å føle velvære fullt ut. Sykepleier kan derimot bidra ved å veiledende og hjelpe pasienten. Da med fokus på å finne aktiviteter og hjelpemidler som bidrar til at pasienten kan oppleve velvære, bedring av sykdom, eller til det pasientens selv mener er en god død (Henderson, 1997).

I Hendersons kjente bok, *Basic Principles of Nursing Care* (1997), skriver hun at alle har grunnleggende behov, som sykepleier streber etter å møte uansett diagnose. Videre forklarer hun at grunnleggende sykepleie er påvirket av symptomer og funn, som depresjon, dehydrering og akutt oksygen behov. Henderson understreker at den nødvendige individuelle

sykepleien blir især påvirket av alder, kulturell bakgrunn, emosjonell balanse og pasientens fysiske og intellektuelle kapasitet (Henderson, 1997). Mathisen (2007) forklarer at Henderson har utviklet 14 behov, som hun mener er relevante for utførelsen av grunnleggende sykepleie. Blant disse har vi valgt å ta for oss følgende tre behov:

- Å hjelpe pasienten til å puste normalt.
- Å hjelpe pasienten med å spise og drikke.
- Å hjelpe pasienten til å lære (s.75).

Å hjelpe pasienten til å puste normalt

I følge Henderson (1997) er det allmenn kunnskap at livet avhenger av gassutvekslingen, men få innser hvor mye karakteren av respirasjonen påvirker kvaliteten av den. Derfor mener hun at riktige observasjoner av respirasjonen utført av sykepleier er viktig. I tillegg til at sykepleier viser til gode ligge- og sittestillinger for pasienten, som gir optimal brystekspansjon (Henderson, 1997). Henderson vektlegger at det viktigste er å lære pasienten selv, eller familien, hvordan man finner de gode stillingene slik at de kan oppnå selvstendighet. Dersom pasienten ikke er i stand til å finne gode stillinger ved hjelp av veiledning, mener Henderson at det er en sykepleieroppgave å hjelpe pasienten med å oppnå dette (Henderson, 1997).

Med tanke på hvor livstruende en blokkering av respirasjonen kan være, er det viktig å lære pasienten hva som kan forårsake en respirasjonsforverring eller en blokkering. En pasient har uttalt at ”pusten er, så lenge jeg sitter rolig, så er det greit, men å gå tre-fire skritt, så er så elendig at det blir som å puste under vann!” (Bjørslund, 2007, s. 56). Henderson mener det er hensiktsmessig å undervise pasienten i hvordan man kan lindre og eventuelt forebygge dyspnéproblematikk slik at pasienten er i stand til å bli selvstendig. Hun forklarer at sykepleierne som jobber med pasienten bør ha kunnskap rundt pasientens behandling og at pasienten burde kunne det grunnleggende av den behandlingen som blir mottatt. Henderson påpeker at pårørende spiller en viktig rolle for pasienten og at de også burde kunne det grunnleggende om behandlingen som blir gitt, eksempelvis oksygen eller medikament behandling (Henderson, 1997).

Å hjelpe pasienten til å lære

Selv om sykdom og uførhet kan være medfødt, forklarer Henderson (1997) at det som oftest er et resultat av en usunn levemåte som kan være påtvunget på grunn av økonomi eller andre forhold. Det viser seg at personer med kun grunnskoleutdanning har tre ganger så høy risiko for å utvikle kols enn personer med universitetsutdanning (Folkehelseinstituttet, 2013).

Noen mennesker kan mangle motivasjon til å leve etter de beste helserådene, og andre er syke fordi de rett og slett ikke har kunnskapen til å vite bedre. I dette tilfellet vil bedring komme av å rettlede pasienten til å få en ny og bedre kunnskap (Henderson, 1997).

Dersom man skal rettlede pasienten skriver Henderson at det er viktig at pasienten forstår hvorfor og at pasienten er villig til det. Jo mer initiativ pasienten selv tar, jo mer effektivt vil læringen og resultatet bli. Den rasjonelle pasienten burde selv føle behovet for forandring (Henderson, 1997). Sykepleieren er forpliktet til å undervise pasienten og med tanke på hvor mye tid disse tilbringer sammen, er det god tid til undervisning. Henderson viser til at det er viktig at sykepleier kjenner til sin undervisende rolle i et tverrfaglig samarbeid med leger og annet helsepersonell. Hun vektlegger at de spørsmål som pasienten måtte ha som gjelder diagnose, prognose og eventuell behandling er noe sykepleier bør videreformidle til legen. Når det gjelder spørsmål knyttet til grunnleggende behov slik som hygiene eller eventuelle øvelser pasienten skal utføre, bør sykepleier inneha fagkunnskap til å kunne svare på dette selv (Henderson, 1997).

Hjelp til selvhjelp er en meget viktig rolle for sykepleier og det er hennes oppgave å undersøke om pasientene har adekvate forklaringer og effektive demonstrasjoner av det de skal klare å utføre hjemme. Enkle læringsteknikker kan være så enkelt som å spørre kontrollspørsmål om hvilke medikamenter pasienten skal administrere selv, og til hvilken tid. På den måten kan man gjøre det klart for seg hva pasienten har forståelse for og ikke. Henderson forklarer at sykepleierens undervisende rolle burde finne sted i alt en sykepleier gjør og hennes absolutte formål burde være å gjenvinne pasientens selvstendighet dersom det er mulig. Hvis ikke, lære pasienten å leve med de begrensingene en måtte ha, eller hjelpe pasienten til å akseptere døden, slik at pasienten kan få en god og verdig død (Henderson, 1997).

Å hjelpe pasienten med å spise og drikke

Læren om ernæring er det viktigste i sykepleierutdannelsen, i følge Virginia Henderson (1997). Hun nevner at vi er hva vi spiser, for å belyse viktigheten av riktig ernæring. Sykepleier er den som tilbringer mest tid med pasienten, i for eksempel sykehus, og er den mest innflytelsesrike ovenfor pasienten. Sykepleier burde oppmuntre pasienten til å spise og drikke samt undersøke hva pasienten liker og hvilke kostvaner pasienter har. Videre skriver Henderson at sykepleier burde gi råd om standarder av høyde og vekt, og hvilken kost pasienten bør benytte (Henderson, 1997). Henderson forklarer at dersom pasienten er fra en annen kultur enn en selv, er det sykepleiers oppgave og finne løsninger for denne pasienten i forhold til deres matønsker. Hvis pasienten ikke er i stand til å spise selv, er det sykepleiers oppgave å hjelpe med dette. Samtidig burde sykepleier oppfordre pasienten til å gjøre det han klarer selv, slik at han lærer å bli selvstendig igjen. Under visse omstendigheter trenger pasienten hjelp via intravenøs behandling for å spise, drikke og ta medisiner. Alle sykepleiere burde ha kunnskap om hvordan dette gjøres og videre lære pasienten det grunnleggende om dette. På den måten kan pasienten være delaktig i sin egen behandling (Henderson, 1997). Pasienter kan føle seg frustrerte under sykdommen grunnet mangel på frihet til å spise når de selv ønsker. Derfor burde sykepleier strebe etter å kunne gi mat utover fastsatte mat-rutiner og hjelpe pasienten til å gjenvinne selvstendigheten. Sist men ikke minst er det viktig at sykepleier samarbeider med lege og ernæringsfysiolog for å møte pasientens ernærings behov (Henderson, 1997).

3.2 Underernæring

Helsedirektoratet har utgitt ”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring” og definerer underernæring på følgende måte: ”en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og – funksjon, samt klinisk resultat“ (Helsedirektoratet, 2009, s.14). Sortland (2011) forklarer at underernæring først oppstår når inntaket av næring er så lavt at det medfører et vekttap. Dette innebærer at det daglige næringsinntaket er lavere enn 1500 kalorier. Underernæring skyldes hovedsakelig sykdom, og spesielt utsatt for underernæring er pasientgrupper med kroniske lidelser, kreft og hjerte- og lungesykdommer. Underernæring oppstår ofte fordi problemet ikke blir oppdaget tidnok, en tidlig identifisering av pasienter som står i fare for utvikling av underernæring er avgjørende

(Helsedirektoratet, 2009). Til tross for at underernæring fortrinnsvis skyldes sykdom, kan det vise seg at det er en manglende fagkunnskap, interesse og oppmerksomhet hos helsepersonell vedrørende pasienters ernæringsstatus og behov. Helsepersonell har derfor vist seg til å være en svært medvirkende faktor til at pasienttilstanden kan bli ytterligere forverret under et sykehusopphold (Helsedirektoratet, 2009). I følge to nordiske forskningsartikler viser det seg at både leger og sykepleiere har manglende ernæringskunnskaper (Kondrup et al., 2002; Mowè et al., 2008). I forskningen til Mowè et al. (2008) viste det seg at hele 53 % av deltagerne i studien hadde vanskeligheter med å beregne pasientens totale energibehov. Samtidig som kun 28 % av deltagerne viste at konsekvensen av dårlig ernæringsstatus kunne bidra til komplikasjoner og forlenget sykehusopphold.

Det finnes i dag ingen spesifikk test for å kunne bedømme ernæringsstatus, men observasjon av vekt og kroppsmasseindeks (KMI) kan være med på å avdekke om det er endringer i pasientens ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2009). Førli & Boe (2004) forteller at det finnes ulike metoder som kan være med på å avdekke om vekttap skyldes tap av fettmasse eller muskelmasse. En måling av hudfoldtykkelsen på triceps kan være med på å avdekke tap av fettmasse, videre vil måling av armmuskelmasse bidra til å kunne vise om vekttapet skyldes muskelsvinn. Det har vist seg at underernærte pasienter har økt fare for komplikasjoner, så vel som infeksjoner grunnet et redusert immunforsvar. Det har vist seg at denne pasientgruppen har lengre tilhelingsprosesser, samt at de ofte opplever lengre sykehusopphold enn den velernærte pasienten. Den mest alvorlige konsekvensen av underernæring er økt fare for dødelighet (Helsedirektoratet, 2009).

3.2.1 Underernæring ved kols

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en samlebetegnelse for ulike sykdommer i respirasjonsorganene som medfører en økt luftveismotstand, som ikke er fullt reversibel. Kols er en progredierende sykdom hvor det forekommer unormale inflammasjoner i respirasjonsorganet, som ofte skyldes en kombinasjon av kronisk bronkitt og emfysem. Kronisk bronkitt er en inflammasjon i luftveiene som kan medføre økt slimproduksjon, samt gi økt luftveismotstand grunnet fortykket vegg i bronkioler. Typiske symptomer på kronisk bronkitt er økt luftveismotstand, økt hoste og slimproduksjon. Ved emfysem har det oppstått en ødeleggelse av lungevev. Dette innebærer en unormal utvidelse av alveolene, noe som

medfører at arealet for gassutveksling har blitt mindre. Symptomer ved emfysem er økt luftveismotstand og redusert gassutveksling (Giæver, 2008).

Giæver (2008) forklarer at kols som oftest forekommer hos personer mellom 40-50 år som har hatt et forbruk på mer en 20 sigaretter daglig i over 20 år. Sykdommen debuterer ofte med økt hoste og tung pust, og oppdages gjerne ved en akutt nedre luftveisinfeksjon. Han forklarer videre at kols eksaserbasjon ofte opptrer opptil flere ganger årlig, oftest i høst og vinterhalvåret. En kols eksaserbasjon skyldes som oftest en infeksjon i de nedre luftveier, men kan og skyldes luftforurensing. Symptomene ved en kols eksaserbasjon vil kunne være økende tung pust, pipelyder, samt en produktiv hoste. Ekspektoratet vil ofte øke i mengde samt at det vil bli seigere og mer purulent (Giæver, 2008). Kols inndeles i fire stadier, fra mild til svært alvorlig grad av kols. For å kunne stadfeste om en pasient har kols og eventuelt hvilken grad av kols pasienten har, utføres det en test kalt spirometri. Spirometri er en lungefunksjonstest som viser hvor fort lungene fylles og tømmes (Hjalmarsen, 2012).

Det estimeres at 25-40 % av pasienter med alvorlig grad av kols underernærte (Helsedirektoratet, 2012). Førli & Boe (2004) forklarer at pasienter med kols ofte opplever et ufrivillig vekttap, og at over halvparten av de inneliggende pasientene har et vekttap på 10%. Et ufrivillig vekttap på over 10% regnes som et alvorlig vekttap, og pasienten står i økt risiko for utvikling av sykdom og komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2009). I følge Hjalmarsen (2012) er det ikke uvanlig at det oppstår underernæring eller feilernæring hos pasienter med kols. Hun forklarer at det er flere komplekse årsaker og faktorer til underernæring. Blant disse faktorene er et økt energiforbruk grunnet økt respirasjons arbeid, et lavere inntak av kalorier, vekttap og økt basalmetabolsime. Hvorfor basalmetabolismen er økt er usikker, men det antas at endringer i det endokrine organsystemet er en medvirkende faktor. Det endokrine organsystemet spiller en stor rolle når det gjelder regulering av energibalansen samt opprettholdelsen av kroppsvekt og muskelmasse. Hos kols pasienten har det vist seg at den kroniske mangelen på oksygen påvirker energikjeden som er med på å regulere blant annet appetitt og energibalansen (Hjalmarsen, 2012). I følge Hjalmarsen (2012) innebærer endringen av energibalansen hos en kols pasient ikke bare tap av fett, men også muskler. Tapet av muskelmasse hos kols pasienten skyldes hovedsakelig inaktivitet samt endringer i muskelfunksjon og inflammasjoner.

Tap av muskelmasse kan medføre alvorlige konsekvenser for kols pasienten, og det har vist seg at lav fettfri masse øker risikoen for dødeligheten ved kols (Hjalmarsen, 2012). En annen

konsekvens ved tap av muskelmasse er redusert muskelkraft, som igjen vil kunne gi redusert lungefunksjon og hostekraft (Almås, Bakkellund & Thorsen, 2010.) Det har og vist seg at pasienter med alvorlig grad av kols kan oppleve å få et forhøyet blodtrykk i lungekretsløpet. Dette kan påvirke hjertet på høyreside og kan føre til en høyresidig hjertesvikt som igjen kan medføre til ødemer i kroppen (Helsedirektoratet, 2011). Hallin et al (2007) har utført en studie med fokus på å finne ut i hvilken grad ernæringsstatusen påvirker dødeligheten hos den inneliggende pasienter med kols i sykehus. Det viste seg at den økte dødeligheten blant underernærte pasienter med kols skyldtes flere faktorer. Blant disse var tap av muskelmasse en faktor som hadde en direkte påvirkning på lungefunksjonen. Samtidig som det viste seg at underernæringen hos denne pasientgruppen førte til hyppigere eksaserbasjoner, noe som igjen bidro til en økt dødelighet.

3.3 Pasientmedvirkning og Empowerment

Pasientmedvirkning skal gi den enkelte mulighet til å medvirke i og gjøre valg i forhold til egen situasjon og hva slags helsehjelp man skal få. I tillegg er pasientmedvirkning borgernes rett til å påvirke beslutninger som former helsetjenesten på sikt (Andreassen, 2005).

Pasientene er de mennesker som mottar hjelp fra helsetjenesten. Dette innebærer de som trenger eller søker om hjelp, samt deres pårørende. Begrepet pasientmedvirkning skal bidra til at hjelpeapparatene lytter til pasientens erfaringer og lar deres perspektiver farge utformingen av tjenestene (Andreassen, 2005). Pasientmedvirkning blir forklart på individnivå og på systemnivå. Pasientmedvirkning på individnivå handler om den enkeltes rettigheter til å påvirke sitt eget behandlingstilbud. Når brukere av offentlige tjenester får påvirke utformingen av helse- og sosialtjenestene sitt hjelpetilbud generelt, kalles dette brukermedvirkning på systemnivå (Andreassen, 2005).

Begrepet pasientmedvirkning ble til på 1960-1970 tallet og begrepet bruker var å se i offentlige dokumenter på slutten av 1970-tallet. Det ble et skifte i politikken fra omsorg til deltakelse, med fokus på at pasienten skulle medvirke i egen behandling i stedet for å være en passiv deltager (Jenssen, 2012). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3, § 3-1, står det at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Videre står det at pasienten har rett til å bidra ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette betyr at pasientens rettigheter blir til sykepleierens plikter. Pasientmedvirkning innebærer også at tjenestene

benytter seg av pasientenes erfaring i helsetjenesten. Dette på grunnlag av at pasienten erfarer tjenestene og kan komme med innspill basert på dette. På denne måten vil pasientene være med på å sikre egen livskvalitet, samt sikre kvaliteten på tjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008).

Pasientene skal betraktes som eksperter på eget liv og bli respektert og lyttet til deretter. De har rett til innsyn og medbestemmelse. Målet for framtiden er at pasientene skal se på behandlerne som samarbeidspartnere, der pasientene aktivt skal kunne medvirke utformingen av sine tjenestetilbud. For at dette skal bli gjennomførbart må pasientene ha tilgang til kvalitetssikret helseinformasjon slik at de kan forebygge sykdom og være rustet til å håndtere hverdagens plager. For at pasientene skal ha mulighet til å påvirke utformingen av hjelpen er det forutsatt at de har tilgang til egen data, at de har mulighet til dialog med helsetjenesten og at de har en individuell plan. I tillegg blir tilgang til lærings- og mestringssentre viktig for pasientene slik at de kan være med i beslutningsprosesser som berører dem (Holter & Mekki, 2011). Relasjonen mellom pasient og sykepleier burde bygge på likeverdighet og respekt, der makten er jevnt fordelt mellom partene. Dette er et viktig grunnlag for sykepleier for å opprette et samarbeid med pasienten der pasientmedvirkning står sentralt (Hummerfelt, 2005).

En studie utført av Bjørslund, Wilde-Larsson & Kvigne (2012) tar for seg pasienter med kols innlagt i sykehus på grunn av forverring av kols. Informantene i studien erfarte medvirkning dersom de var tydelige på sin kunnskap og på egne behov. Dersom sykepleier viste seg som en omsorgsperson som utviste respekt og likeverd, bidro dette til at pasientene følte det lettere og medvirke i egen behandling.

Det har vist seg at pasienter med kols kan ofte oppleve akutte forverringer som fører til dyspné, noe som gjør at de ikke orker å ha en dialog. De er rett og slett for syke til å få fram sin stemme og mangler pust til å prate. En pasient har uttalt seg etter å ha blitt innlagt med akutt forverring: «da er jeg så letta og sliten, så det... det er de som tar avgjørelsene, men dem snakker jo med meg... dem er jo ekspertene, så» (Bjørslund, 2007, s. 62). For at pasientmedvirkning skal fungere optimalt er det helt avgjørende at pasienten aktivt deltar i å fremme sine interesser. Sykepleier kan velge å se på pasientmedvirkning som en arbeidsmetode i stedet for et mål, der en fokuserer på et likeverdig samarbeid mellom sykepleier og pasient (Rajka, 2011).

I flere studier som tar for seg hvordan pasienter opplever pasientmedvirkning, viser det seg at sykepleier spiller en sentral rolle i hvordan pasienten opplever å kunne få medvirke. For at pasienten skulle oppleve pasientmedvirkning, bør det være en god relasjon mellom sykepleier og pasient. De legger vekt på at det må være en felles respekt, både for hverandre, men og for kunnskapen pasienten og sykepleieren har. Sykepleier bør legge til rette for at pasienten skal kunne få ny kunnskap, men og for at pasienten skal dele sine erfaringer, tanker og opplevelse rundt sin sykdom. Det kommer frem i samtlige studier at respekten for hverandre er nøkkelen som gjør det mulig å skape et samarbeid, som legger til rette for at pasienten skulle kunne oppleve pasientmedvirkning (Eldh, Ekman & Enhfors, 2006, Larsson, 2008, Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012). I § 2.4 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2008) kommer det frem at sykepleier plikter til å "... fremme(r) pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått".

Når en snakker om pasientmedvirkning, vil det bli naturlig å nevne begrepet empowerment. Disse to begrepene går ofte som hånd i hanske, da begge begrepene dreier seg om overføring av makt. Empowerment blir brukt i flere sammenhenger og hadde sitt utspring under kvinnefrigjøringsbevegelsen og borgerrettighetsbevegelsen i USA på slutten av 1970-årene. Begrepet blir altså knyttet til mennesker som har følt avmakt og undertrykkelse og omhandler hvordan man skal ta tilbake makten (Hummerfelt, 2005; Askheim & Starrin 2007). Begrepet empowerment kan defineres på følgende måte: "Empowerment innebærer at personer oppnår kontroll og styring i sitt eget liv i en sammenheng der de deltar sammen med andre for å endre de sosiale og de politiske realitetene de lever under" (Strøm & Fagermoen, 2011, s. 67). Målet med empowerment er å styrke de avmechtige slik at de kan få et bedre selvbilde og økt selvtilit, samt nye ferdigheter og økt kunnskap. Med denne nye styrken i bakhånd kan de få økt makt og kontroll over eget liv og komme seg ut av hjelpeløsheten (Askheim & Starrin, 2007).

Ved å bevisstgjøre pasienten om sammenhengen mellom ytre samfunnsmessige forhold og egen livssituasjon, og påpeke at andre som befinner seg i lignende situasjoner opplever tilsvarende avmaktsproblemer, kan man skape en grobunn for handling. For å oppnå optimal helse trenger nemlig pasienten å ha kontroll på de forholdene som påvirker han. Når pasienten blir klar over det som setter han i en avmaktsposisjon, kan han handle annerledes og dermed skape en bedre situasjon for seg selv. For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten med dette er det viktig at hun går fra en styrende rolle til å være pasientens

samtalepartner på lik linje. Det vil si at brukerkunnskap og fagkunnskap skal likestilles. Samtidig burde sykepleier fokusere på og styrke pasientens ressurser, ikke på problemer og mangler. Dette vil si at hun er med på å påvirke pasienten i positiv eller negativ retning ut ifra hvordan hun tolker pasienten og støtter opp under pasientens behov (Askheim & Starrin, 2007).

3.4 Veiledning

Begrepet veiledning kan ofte sees i sammenheng med pasientmedvirkning og empowerment. Veiledning har som mål å kunne styrke pasienters mestring gjennom at pasienten skal oppdage og lære. Tveiten definerer begrepet på følgende måte: "Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog på kunnskap og humanistiske verdier" (s.71, Tveiten, 2008).

Målet med veiledning er å styrke pasientens mestringskompetanse gjennom oppdagelse og læring, der innholdet i veiledningen vil preges av pasientens behov. Sykepleier innehar mer kunnskap på grunn av sin utdanning. I læringsprosessen er målet at det skjer en maktoverføring mellom sykepleier og pasient, der pasienten tilegner seg noen av sykepleiers kunnskaper og ferdigheter, så vell som sykepleier lærer av pasientens erfaringer. Gjennom gjensidig respekt for hverandres kompetanse vil dette skape grunnlag for samarbeid og utvikling slik at pasientens mestringskompetanse kan styrkes (Tveiten, 2008).

Empowermentprosessen står sentralt i veiledningen, fordi begge er læringsprosesser med fokus på økt kontroll over eget liv. I denne prosessen er det viktig at sykepleier ser at pasienten har ansvar for egen helse, men at han kan trenge informasjon og veiledning fra sykepleier for å oppnå en slik kontroll og føle mestring. For at dette skal være mulig må sykepleier være villig til å gi fra seg kontrollen og la pasienten få frihet til å ta selvstendige valg, slik at han ikke føler at valgmuligheten er innskrenket. Både pasientmedvirkning og autonomi er sentrale begreper i empowermentprosessen. Pasientens autonomi handler om at sykepleier må respektere pasientens egne ønsker, og at det er opptil han om han ønsker å forandre seg eller ikke. For sykepleier er det å respektere pasientens autonomi svært viktig gjennom empowermentprosessen, sykepleier bør unngå å ha en autoritær holdning ovenfor pasienten slik at pasienten selv ikke føler seg krenket, så vell som hun bør ha fokus på pasientmedvirkning (Jensen,2011; Tveiten, 2008; Tveiten,2007). Sykepleiers mål med

veiledningen er ikke først å fremst å gi alle svarene, men hjelpe pasienten til å finne svarene selv. For pasienten kan det å finne svarene selv gi en opplevelse av mestring. For å oppnå en meningsfull veiledning burde sykepleier og pasient ha klare forventinger til hverandre og det er en forutsetning at pasienten er aktiv (Tveiten, 2008).

Veiledningen foregår gjennom en dialog med sykepleier og pasient, og essensen av veiledning vil være å møte pasienten på det plan han befinner seg. Sykepleier må ha evnen til å kunne veilede ut i fra pasientens forståelse og opplevelse og sentralt i veiledningen står tillitt og relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleier bør tilstrebe å skape en god relasjon med pasienten, som kan oppnås gjennom blikkontakt, aktiv lytting og rett fokusert oppmerksomhet. Like viktig for pasienten er sykepleiers holdning og fremtoning, den vil være helt avgjørende for om han vil føle en mulighet til å være sårbar ovenfor sykepleier (Tveiten, 2008). Bjørslund (2007) forklarer i sin studie at enkelte pasienter føler at det kan være vanskelig å ta opp personlige ting med sykepleier og at noen er så travle at samtalen blir mest overfladiske. En pasient sa som følger;

Ja, det... for å si det, så er ikke alle sykepleiere like. Vi er ikke like. Og noen har du mer tiltro til enn andre og noen har du mer åpenhet til / ... / og det er ikke alle som svarer. (s. 66)

Sykepleiers holdning til pasienten som veiledes bør bygges på tillit og tiltro til pasientens evne til å mestre. Sykepleier bør tar utgangspunkt i pasientens egne resurser, og ut i fra disse tilrettelegge veiledningen. Videre bør sykepleier har fokus på at veiledningen skal hjelpe pasienten til å bli bevisst på egne følelser, slik at pasienten kan starte å reflektere over egen situasjon. Refleksjonen kan legge til rette for at pasienten kan oppleve læring og mestring. Det er viktig at sykepleier selv er reflektert over egne holdninger og hvilken makt hun har. Den merkunnskapen sykepleier har kan representere en makt ovenfor pasienten, og en bør være bevisst på at denne ikke misbrukes ved å ikke ta hensyn til pasientens ønsker (Tveiten, 2008).

For at veiledning skal kunne bli vellykket må pasienten som skal veiledes ha ønske om å få ny kunnskap og anvende egne erfaringer slik at pasienten kan finne egne løsninger. Dersom pasienten ikke er i stand til, eller ønsker å delta aktivt, vil dette gjøre det vanskelig å veilede pasienten. Veiledningen kan derfor bli mislykket og sykepleiers intensjoner om å skape noe positivt, kan i stedet føre til noe negativt. Det er viktig at sykepleier observerer situasjonen og om pasienten er veiledbar. Dersom pasienten ikke skulle være veiledbar må sykepleier

tilpasse seg dette. Sykepleier kan i disse situasjonene komme med konkrete råd, slik at pasienten kan lære av dette. Ved at sykepleier gjør dette kan hun legge grunnlaget for at pasienten vil ønske å delta aktivt i veiledning en annen gang (Tveiten, 2008).

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil vi drøfte de tre punktene til Virginia Henderson, å hjelpe pasienten å puste, å spise og drikke, og å lære opp mot vår problemstilling.

4.1 Å hjelpe pasienten å puste.

Pasienter med en alvorlig grad av kols kan av flere årsaker ha problemer med å spise adekvat og få dekket sitt ernæringsbehov. Hjalmarsen (2012) forklarer at kols medfører økt luftveismotstand og et økt pustearbeid som kan føre til et tiltagende energiforbruk. Virginia Henderson (1997) påpeker viktigheten av respirasjonen ved å belyse hva den utgjør for kvaliteten på livet. Hun forklarer at en utilstrekkelig gassutveksling kan komme av sykdom, men også av psykisk stress og emosjonell ubalanse. I praksis har i erfart at pasienter med dyspné ofte er engstelige og redde, og har et behov for at sykepleier skaper trygghet. Bjørslund (2007) forklarer i sin studie at pasienter med kols kan oppleve å ha lite kontroll over livet som følge av sykdommen, og at pustebesvær kan fremkalle både følelsen av redsel og angst. En av deltagerne i studien uttalte at dyspné kunne oppleves ”... som å puste under vann”. (s.56). Endring og forverring i respirasjonen kan komme raskt og uventet. En pasient uttalte at fysisk aktivitet er krevende, ”for det (å gå tur) har jeg blitt skremt av, at jeg har blitt dårlig i pusten og sånn”. (s. 58). Dette er tydelige eksempler på at pasienter med kols blir begrenset av sin sykdom. Selv har vi erfart i praksis at pasienter med lungesykdommer ofte kan oppleve bergrensinger i forhold til ulike situasjoner som stell, toalettbesøk og måltider. Pasienter har uttalt at de føler at det å spise blir vanskelig fordi pusten tynger, og ofte blir de mette av små porsjoner. Disse faktorene kan gjøre det vanskelig å medvirke for pasienter med kols, og det kan derfor være av viktighet at sykepleier har dette friskt i minne.

I en studie utført av Odenrants, Ehnfors & Grobe (2005) tar de for seg pasientenes opplevelse av ulike mat-situasjoner. De fikk et innblikk i hvordan pasienter med kols følte at appetitt og matvaner endret seg. En av deltageren i studien forklarte at appetitten hadde endret seg mye, grunnet opplevelsen av at maten ikke smakte like godt som før. Mens en annen deltager forklarte at han var mett lenge før han hadde begynt å spise. Hvis vi setter disse pasient uttalelsene sammen med våre erfaringer stemmer de godt overens med hva vi har hørt fra pasienter tidligere. Samt at det belyser vår problemstilling rundt ernæringsproblematikken til pasienter med kols. I følge Hjalmarsen (2012) kan mangelen på

appetitt skyldes sykdommen. Hun forklarer at oksygenmangelen pasienter med kols har, kan bidra til å påvirke energikjeden som styrer appetitt og energibalansen. Vi kan derfor trekke paralleller mellom sykdom og endringer av ernæringsbehov opp mot problematikken rundt underernærte pasienter med kols. Dette belyser viktigheten av at sykepleier innehar kunnskaper slik at hun stadig kan bidra med kunnskaper som kan hjelpe pasienten å mestre sin hverdag. Og som Henderson (1997) sier, så er det viktig at sykepleier gjør gode observasjoner av respirasjonen til pasienten.

4.2 Å hjelpe pasienten å lære.

Virginia Henderson har i sin sykepleieteori et stort fokus på at sykepleier skal hjelpe pasienten til å bli selvstendig. Hun forteller at sykepleier i et partnerskap med pasienten kan gi veiledning og kunnskap, som kan bidra til å hjelpe pasienten med å mestre sin sykdom (Henderson, 1997). Det har blitt et økende fokus på pasientmedvirkning i praksis og Humerfelt (2005) forklarer at pasientmedvirkning i stor grad handler om å gi pasienten en mulighet til å delta aktivt i egen behandling, der han blir sett på som en ekspert på eget liv. Vi har selv erfart i praksis at pasientmedvirkning anvendes i varierende grad av sykepleier, og at pasienter har ulike behov. I praksis opplevde vi en sykepleier som var svært oppmerksom på å anvende pasientmedvirkning. I samtale med pasienten, spurte hun pasienten hva han følte fungerte når han var tung i pusten og hva han hadde behov for. I stedet for å bare vise han hvordan han kunne lette pusten gjennom sin kunnskap, så spurte hun konsekvent etter hans erfaringer om hva som fungerte for han og ikke. Sykepleier delte sin kunnskap med pasienten, og lot han stå fritt til å velge det han følte ville fungere best for han. Dette viser til at sykepleiere kan være flinke til å anvende pasientmedvirkning og til å benytte seg av pasienters erfaringer til å komme frem til gode løsninger i et partnerskap med pasienten.

Selv om begrepet pasientmedvirkning stadig er satt i fokus, så innebærer ikke dette at det er noe som automatisk blir anvendt av helsepersonell. Det har vist seg at enkelte pasienter ikke opplever å få medvirke. Dette belyser en studie utført av Bjørslund, Wilde-Larsson & Kvigne (2012), studien forklarer at sykepleier spiller en vesentlig rolle når det gjelder opplevelsen pasienten har av medvirkning. De pasientene som opplevde og ikke få medvirke, følte at de ikke ble respektert som mennesker, og at deres erfaringer og meninger ikke inkluderte i de avgjørelser som ble tatt av sykepleiere og lege. En pasient fra studien til

Bjørslund (2007) fortalte at han ikke kunne bli utskrevet, han sa ”... *jeg kan ikke reise, jeg tror ikke jeg er sterk nok*”(s.28). På tross av dette ble han utskrevet, men kom tilbake samme kvelden med økt pustebesvær og angst. Dette viser til at selv om pasienten forsøkte å medvirke gjennom hans opplevelse og erfaringer fra tidligere, ble dette avfeid av helsepersonellet. Dette kan vise til at selv om helsepersonell gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (1999), §3-1, er pålagt og tilrettelegge for pasientmedvirkning, så gjøres ikke dette alltid i praksis. Selv har vi erfart at et rullerende personalet og travle hverdager kan føre til en lite tilrettelagt praksis for pasientmedvirkning. Vi har også opplevd i travle og hektisk hverdager at pasientene ikke tørr eller føler at de kan komme frem med sine problemer eller ønsker. Dette er basert på at de ikke ønsker og hefte oss, eller ta av tiden til andre med pasienter.

Veiledning

Tveiten (2008) forklarer at veiledning kan være et hjelpemiddel til å kunne anvende pasientmedvirkning i praksis. Hun forklarer at veiledning har som mål å kunne styrke pasientens mestring gjennom at pasienten skal oppdage og lære. Hun understreker at pasienten selv må ha et ønske om å få ny kunnskap samtidig som at pasienten må kunne være veiledbar. Dette belyser også Henderson (1997) gjennom sin teori hvor hun forklarer at dersom sykepleier skal rettlede pasienten, må pasienten selv være villig til dette. Desto mer initiativ pasienten selv tar, desto mer får han ut av veiledningen.

I praksis møtte vi en pasient som hadde moderat grad av kols, han slet fælt med pusten når han la seg. Ved å forklare og veilede han til hvordan han kunne oppnå et godt sengeleie, kunne han selv ordne til dette når han følte for det. Etter denne episoden viste han oss mer tillit og fulgte opp flere av de rådene som ble gitt i etterkant, blant disse var ernæringsråd. For pasienten i dette tilfellet fikk vi erfare at ved å rettlede og overføre kunnskap som var relevant for pasienten på dette tidspunktet, bidro det til at pasienten fikk en bedre forutsetning for å mestre sykdommen sin. Det viste seg at pasienten selv ønsket veiledning og fikk et utbytte av dette.

Selv om sykepleier har en pedagogisk funksjon, er ikke alle like flinke til å overføre kunnskaper og veilede pasienter. Bjørslund (2007) forklarer i sin studie at for pasienter med kols kan en adekvat veiledning bidra til at pasienten slipper unødvendig uro. Hennes studie viser at pasienter med kols inneliggende i sykehus ofte kan oppleve å få en utilstrekkelig

veiledning. En pasient har sagt at ” det glipper litt på informasjonen tilbake til meg... du får ikke noe skikkelig informasjon...” (s.65). Bjørnsland (2007) forklarer videre at pasientene med kols opplever det som viktig å få tilstrekkelig veiledning og kunnskap før de forlater sykehuset. Flere av deltagerne i studien savnet å få dette, og opplevde ofte at de kunne reise hjem med mange spørsmål. Dette kan vise til at vi som sykepleiere må få et økt fokus på vår pedagogiske funksjon i praksis og at vi bør bli flinkere til å veilede og overføre kunnskaper til pasienter. Dette belyser også Henderson (1997) i sin teori, hun forklarer at vi som sykepleiere lett kan glemme å undersøke hva pasienten faktisk vet og har fått med seg av undervisning.

Tveiten (2008) forklarer at veiledning foregår gjennom en dialog mellom pasient og sykepleier. Dialogen styres av sykepleier mot en felles forståelse, der sykepleier har klart for seg hvorfor hun veileder og hvilken hensikt dette har. Formålet med dette er at veiledningen ikke skal bli en tilfeldighet. Vår erfaring tilsier derimot at det ikke alltid er like lett å kunne planlegge en veiledning i en hektisk hverdag på sykehuset. Noen ganger faller veiledningen vilkårlig ettersom det passer pasienten, og sykepleier må kunne ha evnen til å ta veiledningen på strak arm. Dette er noe Henderson (1997) også understreker i sin teori. Hun forklarer at veiledningen kan foregå både bevisst eller ubevisst, planlagt eller tilfeldig og det kan utføres på ulike måter. Sentralt for veiledning står begrepet empowerment, som handler om å styrke og mobilisere de ressursene en pasient har, slik at han kan gjenvinne kontrollen over eget liv (Askheim & Starrin, 2007). Henderson (1997) har selv belyst viktigheten av at sykepleier hjelper pasienten til å bli selvstendig. Hun mener at det fornuftige menneske vil strebe etter å kunne mestre sine daglige utfordringer og være selvstendig.

Slik vi tolker det er det både positive og negative aspekter når en ser på begrepene pasientmedvirkning og empowerment. Begrepene er ikke negativt ladet i seg selv, men måten de anvendes på vil være avgjørende for om utfallet kan oppleves som positivt eller negativt. Det positive med begrepet er at vi som sykepleiere kan tilrettelegge for deltagelse og medbestemmelse, samtidig som vi kan bidra til å styrke pasientens evne til å mestre sin sykdom. Det negative oppstår først når vi som sykepleier utfører pasientmedvirkning og empowerment på ”feil” måte. Med dette menes at sykepleier kan skape en følelse av avmakt hos pasienten gjennom å svekke pasientens egne ressurser og evner. I praksis opplevde vi et eksempel på det motsatte av empowerment og pasientmedvirkning da vi var sammen med en slagpasient. Denne pasienten satt i buffeen å ønsket å få i seg kaffe, men hadde fått en svekket gripe evne. Pasienten spurte om ikke sykepleier kunne sitte med henne da hun drakk

kaffen. Sykepleier i denne situasjonen svarte med at ”jeg har da annet å gjøre, enn å hjelpe deg”. Slik vi oppfatter sykepleier i denne situasjonen, skapte hun en dårlig relasjon mellom seg selv og pasienten. Der hun satte sine behov framfor pasientens, så vel som hun ga pasienten en følelse av å ikke være verdt noe. Gjennom denne handlingen satte sykepleier pasienten i en avmaktsposisjon, der hun avviste pasientens sårbarhet og den muligheten hun hadde til å styrke pasienten.

Ved at vi som sykepleiere har fokus pasientmedvirkning og empowerment vil dette kunne tilrettelegge for at pasienten selv kan komme med innspill på hva han føler og ønsker. Pasientens følelse av å få delta er viktig, da han er den som skal ha kontroll over eget liv. Uten et gjensidig samarbeid og en felles respekt for hverandres kunnskap, vil ikke vi som sykepleiere være i stand til å veilede eller overføre kunnskap til pasienten. Vi opplever at selve nøkkelen mellom sykepleier og pasient er den gode relasjonen, som skaper trygghet og tillit, som igjen kan bidra at pasienten stoler på oss. Dette belyses og av Tveiten (2007) hun forklarer at det bør være en gjensidig respekt mellom sykepleier og pasient. Hun sier videre at sykepleier må være villig til å gi slipp på den kontrollen hun i utgangspunktet har, og la pasienten ta avgjørelser uansett om de er gode eller dårlige.

Vi tenker at god veiledning og informasjon kan bidra til en lettere hverdag for pasienten, gjennom at de er trygge på sin kunnskap til å mestre de utfordringene som kan møte dem. En studie utført med 140 pasienter, som enten har kols eller astma, tok for seg effekten av pasientopplæring. Intervensjonsgruppen fikk 4 timers fellesopplæring og 1-2 individuelle opplæringstimer hos både sykepleier og fysioterapeut. Av de pasientene med kols som fikk opplæring førte dette til en betydelig reduksjon i primærlegekonsultasjoner og en halvering i avhentet anfallsmedisin. På lang sikt medførte pasientopplæringen økt tilfredshet hos pasientene, samt en helseøkonomisk gevinst (Gallefoss, 2001). Henderson (1997) forklarer at sykdom ofte kan være forårsaket fordi pasienten ikke innehar kunnskapen til å vite bedre. For pasienter med kols kan tidlig veiledning bidra til at de får en økt kunnskap rundt sykdommen sin. Mange pasienter med langtkommen kols er underernærte, og ved at de får kunnskap og veiledning om konsekvenser av sykdommen, kan de på et tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet forebygge underernæring.

4.3 Å hjelpe pasienten til å spise å drikke

Henderson (1997) forklarer at læren om ernæring er det viktigste i sykepleier utdanningen. Hun mener at sykepleier har en vesentlig rolle når det gjelder å undervise og gi råd til pasienter om ernæring. Vi er enige med Henderson om at ernæringslære er meget viktig, og vi har savnet et større fokus på dette i sykepleierutdanningen. Det er ikke bare Henderson som belyser viktigheten av ernæring, men også andre som skriver litteratur for sykepleiere. Sortland (2011) er en av dem, og hun forklarer at ernæring faller under de grunnleggende behov, og at det er en sykepleier oppgave å sikre at pasienten får et kosthold som er tilpasset hans tilstand og behov. Til tross for dette viser forskning at både sykepleier og leger har inadekvate kunnskaper når det gjelder ernæring og ernæringsstatus (Kondrup et al., 2002; Mowè et al., 2007). Selv har vi opplevd ulike situasjoner med sykepleiere som viser til manglende kunnskap både om fysiologiske og psykologiske aspekter når det gjelder pasienter med kols. Det er spesielt en episode vi husker godt i møte med en sykepleier i praksis da vi påpekte at pasienten fikk for lite ernæring. Sykepleier svarte da med ” det er jo en kols pasient, de spiser ikke uansett”. Dette kan vise til at denne pasientgruppen trenger et økt fokus fra sykepleiere og annet helsepersonell når det gjelder ernæring og kostvaner.

Helsedirektoratet (2009) sier at for å kunne forebygge underernæring er det avgjørende å identifisere ernæringsstatusen til pasienten på et tidlig stadium, og at underernæring ofte oppstår fordi det oppdages for sent. Virginia Henderson (1997) belyser i sin teori at sykepleier aktivt skal jobbe for å hjelpe pasienten å bli selvstendig, gjennom å veilede pasienten. I praksis har vi opplevd at sykepleiere i varierende grad tilrettelegger for pasientmedvirkning og veiledning. Studien til Bjørnsland (2007) belyser dette. Hun forklarer at pasienter ikke føler at de får nok veiledning av sykepleiere i praksis, men at dette er noe de føler de vil ha mer av. Veiledning med fokus på ernæring og forebygging av undervekt er noe vi tenker at er svært relevant i møte pasienter med kols, og i det forebyggende arbeidet mot underernæring. For at dette skal ha noen hensikt tenker vi at sykepleier bør fokusere på pasientmedvirkning gjennom veiledning i tilnærmingen til pasienten.

Det kan både være fordeler og ulemper ved å anvende pasientmedvirkning og veiledning i det forebyggende arbeidet av underernæring. Tveiten (2008) forklarer at dersom veiledningen skal bli vellykket må pasienten som skal veiledes ha ønske om å få ny kunnskap og anvende egne erfaringer for å finne egne løsninger. Selv har vi opplevd at pasienter i praksis har ulike ønsker og behov ut i fra deres sykdomsbilde. Vi har erfart både gode og dårlige utfall når

sykepleier har veiledet pasienter, og vi har sett at utfallet avhenger av hvordan sykepleier tilnærmer seg pasientene. Vi så en gang i praksis en sykepleier som forsøkte å veilede en pasient i en matsituasjon, hun forklarte hele veien hvorfor pasienten burde spise, og hvilken hensikt dette hadde. Pasienten i denne situasjonen viste tydelig gjennom kroppsspråk og samtale at han ikke var åpen for endringer. Sykepleier klarte derfor ikke i denne situasjonen å overføre sin kunnskap til pasienten på en god måte, og så ikke pasientens behov. I dette tilfellet ble veiledningen en negativ opplevelse for pasienten da sykepleier presset på med kunnskap han ikke følte seg åpen for. Selv ville vi i denne situasjonen valgt å ikke presse på med kunnskaper på pasienten, men heller legge opp en samtale der han får komme med sine tanker og meninger. Dette belyser Askheim & Starrin (2007), når de sier at det er svært viktig at sykepleier går fra en styrende rolle, og retter fokus på å være en samtalepartner for pasienten. Der brukerkunnskapen og fagkunnskapen skal likestilles. De forklarer at sykepleier bør fokusere på å styrke pasientens ressurser, ikke pasientens problemer og mangler. Slik vi tolker det er det viktig at pasienten selv er åpen for å bli veiledet, slik at de ikke føler at vi som sykepleiere belærer dem eller setter de i en avmakts posisjon der sykepleier blir paternalistisk. Hvis pasienten ikke ønsker å endre livsstil, eller har ønske om å få ny kunnskap vil sykepleiers mål om å forebygge underernæring gjennom veiledning ikke ha noen hensikt for pasienten.

Helsedirektoratet (2012) forklarer at underernæring forekommer hos de med moderat til alvorlig grad kols. Derfor anser vi det som viktig å starte forebygging av underernæring hos pasienter med kols på et tidlig stadium av sykdommen. Ved at vi gjennom veiledning og pasientmedvirkning har fokus på å overføre kunnskaper om ernæring og kosthold ønsker vi å bidra til å kunne gi pasienten gode kostholdsvaner. Dette belyser Brug (2004), da han forklarer at endring av kostholdsvaner og ernæring er svært viktig hos pasienter med kols. Han sier videre at ved at helsepersonell er oppmerksom på ernæringsproblematikken hos denne pasientgruppen, kan de på et tidlig tidspunkt kunne forebygge vekttap. Dette kan vise til at sykepleiers kunnskaper er en viktig faktor i det forebyggende arbeidet av underernæring hos pasienter med kols. Selv mener vi at det er viktig at pasienten selv kan få delta aktivt i forebygging av undervekt, dette gjennom veiledning med fokus på at pasienten selv skal få en bredere kunnskap og styrkes til å kunne mestre hverdagen sin. For at pasienten skal kunne nyttegjøre seg av kunnskapen til sykepleier, og selv kunne ta selvstendige valg, forklarer Humerfelt (2005) at forholdet mellom sykepleier og pasient må baseres på trygghet og tillit. Først da vil pasientmedvirkning kunne ha noen slagkraft hos

pasienten, dette blir derfor et viktig fokus for sykepleiers pedagogiske funksjon. Videre avhenger veiledningen og forebyggingen av at pasienten deltar. Henderson (1997) belyser at om sykepleier skal rettlede pasienten, er det viktig at pasienten forstår hvorfor og at pasienten er villig til det. Først da vil pasienten selv kunne dra nytte av en veiledningen og selv kunne forebygge underernæring.

Til tross for at det finnes kunnskaper om at pasienter med kols er undervektige, kan det vise seg at fokuset på denne pasientgruppen ofte dreier seg om dyspnèproblematikken fremfor underernæring. Selv mener vi at det bør bli et økt fokus på forebygging av underernæring. Ikke bare for pasientens livskvalitet, men også i håp om å senke dødeligheten som forekommer ved underernærte pasienter med kols (Helsedirektoratet, 2009). I følge Østerås, Aasbjørg & Gustad (2011) viser det seg at nærmere en tredjedel av pasienter med kols og ca 96 % av innlagte pasienter med alvorlig grad av kols er underernærte. Som vi har nevnt tidligere i teoridelen, finnes det mange og komplekse faktorer til hvorfor pasienter med kols blir underernærte, som kan gjøre det vanskelig å forebygge underernæring. I følge Henderson (1997) er observasjoner vedrørende pasienters ernæringsstatus og inntak av mat en sykepleier oppgave. Hun sier videre at det bør opprettholdes en adekvat ernæringsstatus hos pasienten, både under og etter sykehus oppholdet.

I praksis har vi erfart at pasienter med kols ikke er like lett å motivere til å spise og drikke. Ikke bare fordi de blir utmattet av å spise men også fordi de mangler appetitt og matlyst. Vi har opplevd å se at mange av pasientene med kols sliter med munnplager, slik som tørr og sår munn, så vell som vond smak grunnet ekspektorat. Selv tror vi at dette spiller en betydelig faktor når det gjelder appetitt, smak og matlyst hos denne pasientgruppen. Dette belyses også av Østerås, Aasbjørg & Gulstad (2011) som i sin studie forklarer at pasienter opplever å få bivirkninger av medikamenter. Noen av disse bivirkningene er munnsopp, munntørrhet og kvalme, som igjen kan påvirke både appetitt og matlyst. Det er derfor viktig at sykepleier innehar kunnskapene rundt de faktorene som kan påvirke ernæringsstatusen til pasienter med kols.

I følge Brug (2004) sin studie, kan en forebygge vekttap hos pasienter med kols ved at de inntar mer proteiner, fett og kalorier på et tidlig tidspunkt i sykdommen. For at dette skal være mulig bør helsepersonell gjennom veiledning hjelpe pasienten å sette seg mål, opparbeide kunnskap og strategier slik at pasienten har kunnskap til å forebygge underernæring. Selv har vi erfart i praksis at pasienter, som selv ønsker endringer, lettere

tilegner seg kunnskaper som kan hjelpe dem å mestre sykdommen. Dette så vi i møte med en pasient i praksis som nylig hadde fått diagnosen kols. Han hadde et genuint ønske om å gjøre det beste ut av situasjonen, og gjennom både veiledning og deling av kunnskaper mellom sykepleier og pasienten, bidro dette til at han var bedre rustet til å mestre sin sykdom da han kom hjem. I dette tilfellet var hans nærmeste pårørende også interessert i å tilegne seg kunnskaper som gjorde at de sammen kunne være forbredt til å møte sykdommen, og dermed ble det lagt opp til at begge fikk mye av den samme veiledningen. Det positive med dette var når de kom tilbake til sykehuset igjen ved en senere anledning, forklarte de at den informasjonen og veiledningen de fikk sist hadde hjulpet dem mye. At pasienten selv er mottagelig for veiledningen er viktig for at den skal kunne være hensiktsmessig, og det kan være en positiv faktor for pasienten at deres pårørende også ønsker kunnskap og veiledning. Selv tror vi at det er viktig at pasienten mestrer sykdommen sin og at de endringene som pasienten bør gjøre, gjøres av pasienten selv. Dette belyses også av Brug (2004), som forklarer at dersom veiledningen skal ha noen hensikt, så vel som endringene som gjennomføres, må disse utføres av pasienten selv. Dersom alt dette ligger til rette vil det være mer oppnåelig og forebygge underernæring. Hvis pasienten ikke er mottagelig er det opp til sykepleier å veilede han på rett vei, ved å møte pasienten der han er. Dette er noe som påpekes av Tveiten (2008), hun sier at sykepleier må kunne ha en evne til å veilede pasienten ut i fra pasientens forståelse og opplevelse, så vel som å møte pasienten på det plan han befinner seg.

Slik vi tolker det finnes det både positive og negative sider ved å anvende pasientmedvirkning og veiledning i det forebyggende arbeidet av underernæring. Der både pasienten og sykepleier spiller en betydelig rolle for hvordan utfallet kan bli. Slik vi velger å tolke det bør det i dag rettes et større fokus på underernæringsproblematikken hos pasienter med kols. Det bør også settes fokus på at sykepleier burde anstrenge seg mer i tilretteleggingen av pasientmedvirkning, samt at hun burde være mer observant i forhold til pasienters med kols sitt ernæringsbehov. Det kan virke som sykepleiere har en så hektisk hverdag at kun det som står på planen blir satt i fokus. Dette kan dermed føre til at underernæring først blir oppdaget når det allerede har gått for langt. Konsekvensene av underernæring er mange, og det har vist seg at det medfører til en økt dødelighet blant pasienter med kols (Hallin et al, 2007). Helsedirektoratet (2012) sier at kols er en av de ledene dødsårsakene i verden, og en kan stille seg spørsmål ved om flere pasienter kunne fått et bedre og lengre liv ved at vi forebygger underernæring på et tidlig stadium.

5.0 Konklusjon

Gjennom arbeidet med vår oppgave har det vist seg at det i dag er mange pasienter med kols som er underernærte. Det har vist seg gjennom flere studier at underernæring kan bidra til sykdomsforverring og økt dødelighet ved kols. Derfor har vi hatt et ønske om å finne ut hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos denne pasientgruppen. Vi har hatt fokus på tilrettelegging av pasientmedvirkning og veiledning som viktige elementer i det forebyggende arbeidet. Dette fordi vi mener at pasienten har en betydelig rolle når det gjelder å skape varige endringer når det gjelder kosthold. Det er vanskelig å kunne trekke en konkret konklusjon på vår problemstilling, da vi ikke har funnet forskning som bestemt ser på hvordan pasientmedvirkning og veiledning kan forebygge underernæring hos pasienter med kols.

Funnene under arbeidet med denne oppgaven viser til at det er manglende fagkunnskaper blant helsepersonell vedrørende pasienters ernæringsbehov og ernæringsstatus. Det fremkommer at flere pasienter med kols innlagt i sykehus ikke opplever å medvirke i sin behandling. Pasientene opplever sykepleiere forskjellig og forstår at de har en hektisk hverdag. Allikevel viser funnene i oppgaven til at pasienter kunne ønske og få medvirke mer samt få mer veiledning da dette er noe de selv mente de kunne dra nytte av. I teorien kommer det tydelig frem at pasienten må være veiledbar og selv ha ønske om ny kunnskap for å kunne dra noen nytte av veiledningen. Det blir vektlagt at makten mellom sykepleier og pasient må likestilles, og at relasjonen dem i mellom må bygge på tillitt og respekt. Sykepleier bør fokusere på å styrke pasientens egne ressurser og legge opp til at pasienten skal kunne bli selvstendig.

Funnene i vår oppgave kan vise til at det er flere komplekse årsaker knyttet opp mot kols som gjør at det kan være vanskelig å forebygge underernæring hos denne pasientgruppen. Funnene kan også tyde på at det kan være mulig for sykepleier, i partnerskap med pasienten, å forebygge underernæring. Dette gjennom fokus på ernæringsstatusen til den enkelte pasient, samt tilpassede veiledninger etter pasientens ønske. Ved at fokuset på veiledningen er satt på ernæringstett kost tilpasset pasientens behov, vil dette kunne bidra til å gi pasienten økte kunnskaper. Det vil være relevant å starte forebyggingen på et tidlig stadium av sykdommen da det viser seg at undervekt som oftest forekommer ved moderat til alvorlig grad av kols. Det er av viktighet at sykepleier aktivt jobber for å delaktiggjøre pasienten, da

pasienten selv er den som kan gjøre en varig endring. Både sykepleier og pasient spiller en betydelig rolle i arbeidet mot forebyggingen av underernæring, der begge parter er nødvendige for å muliggjøre forebyggingsprosessen. Samtidig mener vi at pasientmedvirkning og veiledning, knyttet opp mot forebygging av underernæring hos pasienter kols, bør forskes mer på for å kunne gi et endelig svar på vår problemstilling.

Litteraturliste

Almås, H., Bakkeland, J., Thorsen, B. H. & Sorknæs, A. D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I Almås, H., Stubberud, D.-H. & Grønseth, R. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg. s. 107 – 164). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Andreassen, T.A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. (s, 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Askheim, O. P. & Starrin, B. (Red.). (2007). *Empowerment I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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

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

*Brug, J. (2004). Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease. *Patient education and Counseling*. doi:10.1016/S0738-3991(03)00099-5

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

*Eldh, A. C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2006). Conditions for Patient Participation and Non-Participation in Health Care. *Nursing Ethics* DOI: 10.1191./0969733006nej898oa

*Folkehelseinstituttet. (2014). *Fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom*, 2013. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6176&MainContent_6261=6464:0:25,6177&List_6212=6218:0:25,6180:1:0:0:::0:0

*Førli, L. & Boe, J. (2004). *Ernæring og kronisk obstruktiv lungesykdom*. Allergi i praksis. 2004;2:15.

* Gallefoss, F. (2001). Effekter av pasientopplæring. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 12 (10), 121. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/324394/>

*Giæver, P. (2008) *Lungesykdommer*. Oslo: universitetsforlaget.

* Hallin, R., Gudmundsson, G., Ulrik, C. S., Nieminen, M. M., Gislason, T., ... & Lindberg, E. (2007) Nutritional status and long-term mortality in hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiratory medicine*, DOI; 10.1016/j.r.med.2007.04.009

Halvorsen, K. (2010). Helsepolitikk. *Grunnbok i helse og sosialpolitikk* (s. 202 – 225). Oslo: Universitetsforlaget.

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

*Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Rundskriv IS-1580) Oslo: Helsedirektoratet.

*Helsedirektoratet. (2011). *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008). *Brukermedvirkning, 2008*. Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning.html?id=536803>

Helse- og Omsorgsdepartementet. God helse-felles ansvar. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Meld. St. 34. (2012- 2013). Lokalisert den 10 februar 2014 på : <http://www.regjeringen.no/pages/38307106/PDFS/STM201220130034000DDDDPDFS.pdf>

Helse- og omsorgsdepartement (2009). Samhandlingsreformen: rett behandling, på rett sted, til rett tid. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Lokalisert den 10 februar 2014 <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDDPDFS.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2013-2014). *Prop.1S Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Det kongelige helse- og omsorgdepartementet. Proposisjon 1 S. Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/pages/38489466/PDFS/PRP201320140001HODDDDDPDFS.pdf>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 (2014), § 21. Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>

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

*Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur: refleksjoner etter 25 år (s.35-56)*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer (s. 70 – 145)*. Oslo: Cappelen Damm.

Holter, I. M., & Mekki, T.E. (2011). Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg? Holter, I. M., & Mekki, T.E (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (4.utg., s. 27-38). Oslo: Akribe AS.

*Humerfelt, K. (2005) Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. Willumsen, E. (Red.), *Brukermedvirkning!: kvalitet og legitimitet i velferdstjenesten* (s. 15- 33). Oslo :Universitetsforlaget.

*Jensen, A. G. (2012) Brukermedvirkning – hva er så det? Tronvold, I. M. (Red.), *Brukermedvirkning: likeverd og anerkjennelse.*(s 42-53). Oslo: Univeristetsforlaget.

*Kondrup, J., Johansen , L., Plum, L.M., Bak, L., Højlund, L.I., Martinsen, A. ... & Lauesen, N. (2002). Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical Nutrition*, Doi: 10.1054/clnu.2002.0585

*Larsson, I. (2008). *Patient och medaktör: studier av patientdelaktighetoch hur sådan stimuleras och hindras* (Doktorgradsavhandling, university of Gothenburg). Loklisert på: <https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/9881/3/kappa%20080317.pdf>

Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Henderson svar. Holter, I. M., & Mekki, T.E (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (4.utg., s. 149-168). Oslo: Akribe AS.

*Mowè, M., Bosaeus, I., Rasmussen H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E, Irtun, Ø., & The Scandinavian Nutrition Group. (2007). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*, Doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.14

*Odenrants, S., Enforsh, M. & Grobe S. J. (2005) Living with chronic obstructive disease Part 1. Struggling with meal- related situation: experiences among persons with COPD. *Scand j caring sci*, DOI: 2005; 19;230-239.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-1 (2013). lokaliserert på <http://www.lovddata.no>

Rajka, L.-G. K. (2011). Bare du ikke ligner læreren min!. I Fagermoen, M. S. (Red.), *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 132 – 160). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sortland, K. (2011). *Ernæring: mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget

Strøm, A. & Fagermoen, M. S. (2011). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse. I Fagermoen, M. S. (Red.), *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 63 - 81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Tveiten, S (2007). *Den vet best hvor skoen trykker...: om veildening i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

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

*Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Østerås, H., Aasbjørg, M., & Gustad, L. T. (2011). Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt på sykehus? *Forskning*, 6 (2),124-132
DOI: 104220/sykepleief.2011.0102

Vedlegg 1: Egenvalgt litteratur

Litteratur	Antall sider
Andreassen, T.A. (2005). <i>Brukermedvirkning i helsetjenesten.</i> (s, 17-32) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.	15
Bjørslund, B. (2007) ”Med hodet over vannet”: <i>opplevelse av brukermedvirkning hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)</i> (Masteroppgave) Akershus: Høgskolen i Akershus.	54
Bjørslund, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. <i>Nordisk tidsskrift for Helseforskning.</i> 8(1), 20-33.	14
Brug, J. (2003). Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease. <i>Patient education and Counseling.</i> doi:10.1016/S0738-3991(03)00099-5	9
Eldh, A. C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2006). Conditions for Patient Participation and Non-Participation in Health Care. <i>Nursing Ethics</i> DOI: 10.1191/0969733006nej898oa	12
Førli, L. & Boe, J. (2004). <i>Ernæring og kronisk obstruktiv lungesykdom.</i> Allergi i praksis.2004;2:15.	6
* Gallefoss, F. (2001). Effekter av pasientopplæring. <i>Tidsskrift Norsk Lægeforening</i> , 12 (10), 121. Lokalisert på: http://tidsskriftet.no/article/324394/	1

Giæver, P. (2008). <i>Lungesykdommer</i> . Oslo: universitetsforlaget.	19
Hallin, R., Gudmundsson, G., Ulrik, C. S., Nieminen, M. M., Gislason, T., ... & Lindberg, E. (2007) Nutritional status and long-term mortality in hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <i>Respiratory medicine</i> , DOI; 10.1016/j.r.med.2007.04.009	7
Helsedirektoratet. (2009) <i>Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring</i> (Rundskriv IS-1580) Oslo: Helsedirektoratet.	74 brukt 6
Helsedirektoratet. (2012). <i>Kols, nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging</i> . (Rundskriv IS-2029) Oslo: Helsedirektoratet.	174 brukt 5
Helsedirektoratet. (2011). <i>Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling</i> .	12
Helse- og omsorgsdepartementet. (2013-2014). <i>Prop.1S Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)</i> . Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. Proposisjon 1 S. Lokalisert på:	283 brukt 2
Henderson, V. (1997) <i>Basic Principles of Nursing Care</i> . Maryland: American Nurses Publishing.	84
Henderson, V. (1998). <i>Sykepleiens natur: refleksjoner etter 25 år (s.35-56)</i> . Oslo: Universitetsforlaget.	21
Hjalmarsen, A. (2012). <i>Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer (s. 70 – 145)</i> . Oslo: Cappelen Damm.	75
Humerfelt, K. (2005) Begrepene brukervedvirkning og brukerperspektiv-honnørord med lavt presisjonsnivå. Willumsen, E. (Red.), <i>Brukermedvirkning!: kvalitet og legitimitet i velferdstjenesten</i> (s. 15- 33). Oslo :Universitetsforlaget .	18
Jenssen, A. G. (2012) Brukermedvirkning – hva er så det? Tronvold, I. M. (Red.), <i>Brukermedvirkning: likeverd og anerkjennelse</i> .(s 42-53). Oslo:	11

Univeristetsforlaget.	
Kondrup, J., Johansen , L., Plum, L.M., Bak, L., Højlund, L.I., Martinsen, A. ... & Lauesen, N. (2002). Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. <i>Clinical Nutrition</i> , Doi: 10.1054/clnu.2002.0585	8
Larsson, I. (2008). <i>Patient och medaktör: studier av patientdelaktighetoch hur sådan stimuleras och hindras</i> (Doktorgradsavhandling, university of Gothenburg). Loklisert på: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/9881/3/kappa%20080317.pdf	57
Mowè, M., Bosaeus, I., Rasmussen H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E, Irtun, Ø., & The Scandinavian Nutrition Group. (2007). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? <i>Clinical Nutrition</i> , Doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.14	7
Odenrants, S., Enforsh, M. & Grobe S. J. (2005) Living with chronic obstructive disease Part 1. Struggling with meal- related situation: experiences among persons with COPD. <i>Scand j caring sci</i> , DOI: 2005; 19;230-239.	10
*Tveiten, S (2007). <i>Den vet best hvor skoen trykker...: om veildening i empowermentprosessen</i> . Bergen: Fagbokforlaget.	26
*Vatne, S. (1998). <i>Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv</i> . Bergen: Fagbokforlaget.	25
Østerås, H., Aasbjørg, M., & Gustad, L. T. (2011). Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt på sykehus? <i>Forskning</i> , 6 (2),124-132 DOI: 104220/sykepleienf.2011.0102	8
	Totalt antall s. 512

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Chinal	COPD AND Nutritional status AND Mortality	11 treff Relevant artikkel 1	<i>Living with chronic obstructive pulmonary disease: part 1. Struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD</i> (Odenrants, Ehnfors & Grobe, 2005).

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Svemed+	Sykehus AND KOLS	8 treff Relevant artikkel 1	<i>Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus</i> (Bjørnsland, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2012).

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Chinal	COPD AND Nutritional eduaction	38 treff relevant artikkel 1	<i>Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease</i> (Brug, 2004)

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Funnet gjennom studien: opplevelse av brukermedvirkning i sykehus (Bjørslund, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012)			<i>Conditions for Patientes Participation AND Non-participation in Health Care</i> (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006).

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Funnet gjennom boken: Lungerehanlitering (Hjalmarson, 2012)			<i>Nutritional status and long-term mortality in hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)</i> (Hallin, Gudmundsson, Ulrik, Nieminen, Gislason, ... & Lindberg, 2007) .

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Chinal	Nutritional knowledge AND Health care	57 treff Relevant artikkel 1	<i>Insufficient nutritional knowledge among health care workers?</i> (Mowè, Bosaeus, Rasmussen, Kondrup, Unosson, Rothenberg, Irtun, 2008)

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Funnet gjennom studien: opplevelse av brukermedvirkning i sykehus (Bjørslund, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012)			<i>Patient och medaktör. Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras</i> (Larsson, 2008).

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Google scholar	Malnutrition AND Nutrition AND	23 800 treff Relevant artikkel 1	<i>Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals</i> (KondrupJ., Johansen , Plum, Bak, Højlund,

	Hospital AND Care		Martinsen, ... & Lauesen , 2002).
--	-------------------------	--	-----------------------------------

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Svemed+	Malnutrition AND COPD	12 treff Relevant artikkel 1	<i>Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt på sykehus (Østerås, Aasbjørg & Gustad, 2011).</i>

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Funnet gjennom Oria	KOLS AND brukermedvirkning	3 treff aktuell artikkel 1	<i>Med hode over vannet” opplevelse av brukermedvirkning hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (Bjørslund, 2007).</i>

Søkemotor	Søkeord	Treff	Artikkel
Funnet gjennom studien: opplevelse av brukermedvirkning i			Effekter av pasientopplæring.

sykehus (Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012)			(Gallefoss, 2001).
--	--	--	--------------------

Vedlegg 3: Virginia Hendersons 14 Grunnleggende behov

1. Å hjelpe pasienten til å puste
2. Å hjelpe pasienten til å spise og drikke
3. Å hjelpe pasienten til å skille ut kroppens avfallsstoffer
4. Å hjelpe pasienten til å opprettholde en ønsket stilling når han går, sitter og ligger - og til å skifte stilling
5. Å hjelpe pasienten til å sove og hvile
6. Å hjelpe pasienten til å velge riktig klær og hjelpe til med på og avkledning
7. Å hjelpe pasienten til å bevare kroppstemperaturen
8. Å hjelpe pasienten til å holde kroppen ren og samt beskytte huden
9. Å hjelpe pasienten å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre
10. Å hjelpe pasienten til å kommunisere med andre og uttrykke sine behov og følelser
11. Å hjelpe pasienten til anvende sin religion eller handle ut i fra sin oppfattelse av rett og galt
12. Å hjelpe pasienten til å arbeide som gir en følelse av å utrette noe
13. Å hjelpe pasienten med fritidsaktiviteter
14. Å hjelpe pasienten til å lære (Henderson, 1997, egen oversettelse).

Vedlegg 4: Klassifisering av kols etter GOLD kriteriene.

Stadium	kriterier	symptomer	Sykdomsgrad
Stadium 1	Mild luftveisobstruksjon (Fev1/FVC < 70%, men FEV1 >80% av forventet)	Vanligvis, men ikke alltid, kronisk hoste og slim fra lungene. Pasienten vil på dette stadiet ikke nødvendigvis være	Mild kols

		klar over at hans lungefunksjon er redusert.	
Stadium 2	Økende luftstrømsobstruksjon (Fev1/FVC < 70 % FEV1 50-80 % av forventet)	Pasienten vil som regel, men ikke alltid, være plaget av kronisk hoste og/eller slim fra lungene.	Moderat kols
Stadium 3	Alvorlig luftstrømsobstruksjon (FEV1/FVC < 70 % og FEV1 30-50 % av forventet)	Akutte forveringer av symptomer som har innvirkning på pasientens livskvalitet og prognose.	Alvorlig kols
Stadium 4	Alvorlig luftstrømsobstruksjon (FEV1/FVC < 70 % og FEV1 < 30 % av forventet)	Respirasjonssvikt eller eventuelt kliniske tegn til høyresidig hjertesvikt (Cor pulmonale). Et konstant økt trykk i lungekretsløpet, pulmonal hypertensjon, kan etter hvert utvikles til høyresidig hjertesvikt. Pasientens livskvalitet er betydelig redusert, og forveringer kan være livstruende	Svært alvorlig kols

Kilde til GOLD kriterier : *Klinisk sykepleie 1* (s.123) (Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2010).

