



KOLS og underernæring

”Hvilke tiltak kan bidra til forebygging av underernæring hos eldre pasienter med KOLS i hjemmesykepleien?”

Kandidatnummer: 238

Lovisenberg Diakonale Høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8938

Dato: 14.04.2020

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato 14.04.2020
Tittel KOLS og underernæring	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilke tiltak kan bidra til forebygging av underernæring hos eldre pasienter med KOLS i hjemmesykepleien?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Virginia Hendersons sykepleieteori og sykepleiernes forebyggende funksjon i hjemmesykepleien danner grunnlaget for det teoretiske perspektivet i oppgaven. Det er også innhentet teoretisk grunnlag om KOLS, underernæring, hjemmesykepleie og sykepleiernes ansvarsområde, samt rammeverk med aktuelle juridiske og etiske retningslinjer.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave hvor det er brukt pensumlitteratur, forskningsartikler, selvvalgt litteratur og klinisk erfaring. Det er gjort systematiske søk etter forskningsartikler i databasene Cinahl, PubMed og Sykepleien Forskning. Forskningsartiklene belyser problemstillingen sett fra pasientperspektiv og sykepleieperspektiv. Annen relevant litteratur er hentet fra tidligere pensumlitteratur og bibliotek på Lovisenberg Diakonale Høyskole.</p> <p><u>Diskusjon</u> Diskusjonsdelen tar for seg hvilke tiltak som kan bidra med forebygging av underernæring hos eldre pasienter med KOLS. Denne delen belyser problemstillingen på ulike måter gjennom tidligere beskrevet litteratur og aktuelle forskningsartikler. Erfaringer fra klinisk praksis blir også benyttet underveis for å ytterligere belyse den aktuelle problemstillingen.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleier må tidlig ernæringskartlegge pasientene, da dette sikrer effektiv, og nøyaktig ernæringsvurdering. Videre må pasientens behandlingsopplegg individualiseres og skreddersys for å sikre en tilstrekkelig oppfølging i helsetjenesten. Det sosiale og kulturelle rundt måltidsituasjonen er viktig hos flere eldre pasienter, og underernæring kan forebygges ved et trygt måltidsfelleskap og positiv atmosfære rundt måltider. Sykepleiernes undervisende funksjon er viktig, og dette må gis tidlig i sykdomsforløpet. For at disse tiltakene kan igangsettes forutsetter det at den faglige kompetansen, bemanningen og tid styrkes i hjemmesykepleien.</p>	

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Oppgavens formål	2
1.3	Problemstilling	2
1.4	Avgrensning	2
1.5	Begrepsavklaring	3
1.6	Oppgavens videre oppbygging	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	KOLS	4
2.2	Underernæring hos eldre	4
2.2.1	Hvorfor blir eldre pasienter med KOLS underernærte	5
2.2.2	Hvordan opprettholde en tilstrekkelig ernæringsstatus hos pasienter med KOLS	6
2.3	Virginia Henderson	6
2.4	Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde	7
2.5	Hjemmesykepleie	7
2.6	Kartlegging av ernæringstilstand	8
2.6.1	MNA (Mini Nutritional Assessment)	8
2.6.2	Ernæringsjournal	8
2.7	Informasjon og undervisning	9
2.8	Etiske og juridiske rammer	9
3.	Metode og funn	11
3.1	Valg av metode	11
3.2	Litteratursøk	11
3.3	Kildekritikk	13
3.4	Etisk vurderinger	14
3.5	Tabell 1: Funn av forskningsartikler sett ut i fra søkefremstilling	15
4.	Presentasjon av forskningsartikler	16
4.1	Tabell 2: Resultat av artikkelsøket	16
5.	Diskusjon	19
5.1	Sykepleierens juridiske, etiske og faglige ansvar	19
5.2	Bruk av kartlegging for å vurdere pasientens ernæringsstatus	19
5.3	Faglig ledelse	22
5.4	Individuelle tiltak av pasientens ernæringsstatus	23
5.5	Sykepleiernes undervisende funksjon	25
5.6	Måltider som et kulturelt og sosialt aspekt	26
6	Avslutning	29
	Referanseliste	30
4.1	Vedlegg 2: MNA	35
4.2	Vedlegg 3: Ernæringsjournalen	36

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for bacheloroppgaven er forebygging av underernæring hos eldre pasienter som har KOLS, gjennom tiltak sykepleieren igangsetter i hjemmesykepleien.

Kronisk Obstruktiv Lungesykdom (Heretter kalt KOLS) er en ikke- reversibel sykdomstilstand med luftrørsforsnevninger (Hjalmarsen, 2016). Dette er en utbredt tilstand på verdensbasis og hver femte eldre person i Norge lider av denne tilstanden. Verdens Helseorganisasjon (WHO) vurderer dette som verdens fjerde ledende dødsårsak og er den tilstanden som øker raskest i verden (Helsenorge, 2016). Det regnes at rundt 300 000 personer i Norge lever med KOLS, men mindre enn halvparten har ikke blitt diagnostisert. Et av de vanligste problemene med denne tilstanden er underernæring, og rundt 25-40% av pasientene med alvorlig KOLS er underernærte (Helsedirektoratet, 2012). Flere pasienter med denne tilstanden kan ha problemer med å få i seg tilstrekkelig ernæring, og det kan dermed bli en ubalanse mellom kaloriforbruket og kaloriinntaket. Vekttap øker betydelig risikoen for infeksjoner og mortalitet hos eldre pasienter (Helsedirektoratet, 2012).

Ved underernæring hos pasienter med KOLS vil sykepleiernes forebyggende funksjon spille en viktig rolle. International Council of Nurses (ICN) omtaler i punkt 2.1 sine etiske retningslinjer at sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Sykepleiernes forebyggende funksjon skal bidra med å redusere eller fjerne risikofaktorer for skade, sykdom eller død hos pasienten (Mæland, 2016). Dette understrekes også av sykepleieteoretikeren Virginia Henderson (1998) som legger vekt på at sykepleiere skal ivareta pasientens grunnleggende behov og forebygge sykdomsbegrensninger. Forebygging er også en viktig del i hjemmesykepleiernes arbeid rettet mot å bidra til en aktiv hverdag og økt livskvalitet hos pasienten (Ranhoff, 2014).

Arbeidsoppgaver som angår ernæring har dermed alltid vært en sentral sykepleieroppgave, da det er essensielt å forebygge underernæring for å oppnå tilstrekkelig livskvalitet og god helse (Stubberud, Kondrup & Almås, 2016).

1.2 Oppgavens formål

Gjennom klinisk praksis og erfaring har jeg erfart at flere sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskap om ernæring, og de klarer derfor ikke sikre en optimal ernæringsstatus hos enkelte pasienter. Flere pasienter får heller ikke undervisning og informasjon om viktigheten av tilstrekkelig ernæring. Pasienter med KOLS opplever redusert appetitt og motivasjon til å spise, og dermed kan måltidsituasjoner bli nedprioritert. Basert på dette ønsker jeg å finne ut hvordan sykepleier kan bedre praksisen ved se på tiltak som kan forebygge at pasienter med KOLS utvikler underernæring. Med det anses temaet relevant for sykepleie, samfunnet og menneskets fremtidige helse.

1.3 Problemstilling

Hvilke tiltak kan bidra til forebygging av underernæring hos eldre pasienter med KOLS i hjemmesykepleien?

1.4 Avgrensning

Avgrensningen i oppgaven er gjort til hjemmesykepleien, hvor pasienter mottar sykepleie i eget hjem (Birkeland & Flovik, 2018). Oppgaven handler om pasienter med KOLS i en stabil fase og vil derfor ikke si noe om KOLS- ekserasjon eller reinnleggelser på sykehus. Jeg har valgt å avgrense målgruppen til eldre, da de er spesielt utsatt for å utvikle underernæring (Sortland, 2016). Målgruppen er gjort på bakgrunn av relevant forskning og litteratur som er brukt. WHO definerer eldre som 60-74 år, og det er dette aldersspennet som blir referert til i oppgaven (Engstad, 2016). Begge kjønn vil bli inkludert, da det ikke er vesentlig kjønnsforskjell i forekomst av sykdommen, og tiltakene vil være relevante for begge kjønn. Jeg velger hovedsakelig å fokusere på forebygging av underernæring hos pasienter med KOLS og velger derfor ikke å utdype andre utfordringer denne pasientgruppen kan oppleve.

1.5 Begrepsavklaring

Kronisk Obstruktiv Lungesykdom (KOLS): WHO definerer KOLS som en ikke-reversibel sykdomstilstand med lufttrørsfornevringer, men som kan bedres og lindre symptomer med behandling (Hjalmarsen, 2012).

Hjemmesykepleie: Begrep for sykepleie som utføres i hjemmet til pasienten (Birkeland & Flovik, 2018).

Sykepleiers forebyggende funksjon: Sykepleierens forebyggende arbeid handler om å tilrettelegge for en positiv utvikling hos pasientens helsetilstand, før det er identifisert et problem (Mæland, 2016)

Underernæring: Underernæring er en situasjon hvor mangel på protein, energi og andre næringsstoffer kan gi vekttap, forverre den fysiske funksjonen og gi dårligere utfall ved eventuell sykdom (Thoresen, Borchsenius & Sjøen, 2019).

1.6 Oppgavens videre oppbygging

I teorikapittelet vil jeg utdype aktuell teori som er relevant for å belyse problemstillingen. Deretter vil metodekapittelet presentere metode, litteratursøk, kildekritikk og funn ved forskningsartikler i matrise. Oppgaven vil dermed ta for seg diskusjonskapittelet, hvor problemstillingen drøftes i lys av aktuell teori og forskning som er presentert. Oppgaven vil avslutte med en konklusjon, kildeliste og vedlegg.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet presenteres innhentet teoretisk kunnskapsgrunnlag som anvendes i oppgaven.

2.1 KOLS

KOLS er en samlebetegnelse på sykdommer som gir økt luftstrømsmotstand i lungene. WHO definerer KOLS som en ikke- reversibel sykdomstilstand med lufttrørsforsnevninger. Forsnevningene kan være økende og er ofte forbundet med en unormal betennelsesprosess i lungene, som kan skyldes giftige partikler. Hovedårsaken til KOLS er tobakksrøyking, men også arvelige faktorer kan spille en viktig rolle (Hjalmarsen, 2012). Muligheten for utvikling av KOLS øker desto eldre personen blir og prevalensen øker med 25% hos personer som røyker og er over 60 år (Christensen, Grongstad & Emtner, 2015). KOLS har ingen kurativ behandling, og formålet med behandling vil derfor være å redusere symptomer og øke livskvaliteten til pasientene (Hjalmarsen, 2012). Sykepleierens oppgaver vil være å behandle symptomene og forebygge en negativ sykdomsutvikling (Brodtkorb, 2014). Ved pasienter som har KOLS kan kakeksi oppstå. Dette kan forekomme som følge av at en kronisk underliggende sykdom lettere kan utvikle vekttap, underernæring og redusert muskelmasse (Helsedirektoratet, 2017).

2.2 Underernæring hos eldre

Ernæringsstatus sier noe om behovet for næringsstoffer i kroppen er oppfylt (Sortland, 2016). Hvis det fysiologiske behovet for ernæring ikke er tilstrekkelig, kan pasienter oppleve underernæring. Dette er en tilstand hvor mangel på protein, energi og andre næringsstoffer kan resultere i vekttap, redusere den fysiske funksjon og helsetilstanden ved eventuell sykdom. Sykdomsrelatert underernæring er et sentralt begrep og kan forekomme grunnet akutt og kronisk sykdom, eksempelvis KOLS (Helsedirektoratet, 2017). Feilernæring er også en type underernæring, hvor pasienten opplever mangel på næringsstoffer. Kaloribehovet kan være dekket hos pasienten, men ikke behovet for vitaminer- og mineraler (Brodtkorb, 2014). Aldring kan ha stor innvirkning på kosthold og ernæringsstatus, og flere eldre er i større risiko for utvikling av underernæring. 20-40% av hjemmeboende eldre pasienter er underernærte og det anslås at hver fjerde pasient som mottar hjemmesykepleie er underernært eller er i risiko for underernæring (Thoresen et al., 2019). Når en blir eldre endres fysiologiske faktorer i kroppsmassesammensetningen, eksempelvis økt fettinnhold, mens væske, muskulatur og

basalstoffskifte reduseres (Mensen, 2014). Smakfølelsen, tennene og spyttproduksjonen reduseres, og kombinert med redusert energibehov kan appetitten avta. Kroppen kan også lettere avstå fra måltider og oppnå raskere metthetsfølelse. Lungenes elastisitet og hosterefleks kan reduseres, noe som kan gi økt risiko for infeksjoner (Mensen, 2014). Videre kan underernæring gi nedsatt livskvalitet, hostekraft- og ventilasjon, og øke mulighet for mortalitet (Brodtkorb, 2014). Utilstrekkelig ernæringsstatus over lengre tid, kan resultere i at pasienten trenger omfattende behandling. Videre er det derfor viktig at sykepleier setter i gang tidlig forebyggende tiltak mot underernæring som kan være livsnødvendig for pasientens helsetilstand (Sortland, 2016).

2.2.1 Hvorfor blir eldre pasienter med KOLS underernærte

KOLS gjør at balansen mellom hvile og aktivitet kan bli utilstrekkelig, og dermed kan pasienten utvikle underernæring (Hjalmarsen, 2012). Flere pasienter med denne tilstanden bruker mer energi på ventilering og respirasjon, og behovet for næringsstoffer vil dermed øke (Sortland, 2016). Samtidig kan pasientens evne til å øke næringsinntaket være redusert, noe som kan forklares av den medisinske tilstanden til pasienten, eksempelvis KOLS. Redusert matinntak kan også forklares av at eldre pasienter opplever maten som smakløs og lite appetittvekkende, da antall lukteceller og smaksløker reduseres med alderen. Dette er faktorer som kan gi økt risiko for vekttap og utvikling av underernæring (Brodtkorb, 2014; Helsedirektoratet, 2013). Enkelte pasienter med KOLS kan oppleve måltider anstrengende og stressfullt grunnet dyspne, og kan på bakgrunn av dette velge bort enkelte måltider (Brodtkorb, 2014; Helsedirektoratet, 2013). Andre årsaker til underernæring kan skyldes tap av fettvev og muskulatur. Dette kan medføre redusert aktivitet og over tid kan pasienten oppleve ventilasjonsproblemer og dyspne i hvile (Hjalmarsen, 2012). Respirasjonsproblemer kan bidra med å redusere aktivitetsnivået, som resulterer i at matinntaket og matlysten hos enkelte pasienter kan synke (Thoresen et al., 2019). Oksygenmangel i kroppen kan gi forandringer i energikjedene, noe som kan påvirke energibalansen og appetitten (Hjalmarsen, 2012; Helsedirektoratet, 2013). Eldre mennesker er i risiko for underernæring da fysiologiske endringer og nedsatt matlyst er faktorer som kan bidra til at eldre pasienter med KOLS ikke klarer å opprettholde en god ernæringsstatus.

2.2.2 Hvordan opprettholde en tilstrekkelig ernæringsstatus hos pasienter med KOLS

Gode kostråd og undervisning fra sykepleier spille en viktig rolle i forebyggingsarbeidet mot underernæring. Anbefalinger om å spise små hyppige måltider og at dette inntas i rolig tempo er viktig informasjon som må formidles. Det anbefales at pasienten er i hvile før og etter måltid. Dette grunnet pasientens anstrengelse og behov for tilstrekkelig oksygen under måltider og i fordøyelsesprosessen. Hvis tilstrekkelig ernæringsstatus er utfordrende, kan ekstra kaloritilførsel, eksempelvis næringsdrikk være med på å redusere risikoen for vekttap. (Hjalmarsen, 2012). Økt fysisk aktivitet forbereder musklene og oksygentilførsel har god effekt. Dette kan gi økt matlyst og livskvalitet hos pasienter med KOLS (Hjalmarsen, 2012). Sosiale og kulturelle forhold virker inn på pasientens psykologiske status, og kan øke appetitt og matlyst hos pasienten (Brodtkorb, 2014). Atmosfæren rundt måltider kan påvirke humøret, og sykepleierens tilstedeværelse rundt måltidsituasjoner kan gi god atmosfære og en positiv opplevelse for pasienter. Sosialt samvær med andre pasienter kan også stimulere til økt matlyst, og for enkelte kan atmosfæren bety mer enn selve ernæringen. En god og trygg måltidsituasjon kan føre til økt velvære hos enkelte pasienter, og stimulere til tilstrekkelig fordøyelse i tarmen som kan resultere i økt appetitt (Sortland, 2016).

2.3 Virginia Henderson

En sykepleieteoretiker gjør det enklere å beskrive og identifisere sentrale sykepleiefenomener. I denne oppgaven er det sentralt å bruke Virginia Hendersons (1897-1996) sykepleieteori, da hun berører ulike aspekter ved sykepleie. På denne måten definerte Henderson sykepleie

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

Henderson har utviklet 14 prinsipper som tar utgangspunkt i sykepleierens funksjonsområder for å ivareta menneskers grunnleggende behov når pasientens ressurser ikke strekker til (Henderson, 1998). Blant disse punktene fremheves punkt 1 som tar for seg pasientens behov for å puste normalt. Punkt 2 tar for seg pasientens behov for å spise og drikke tilstrekkelig, og dette er essensielle punkter som blir brukt videre i oppgaven. Ernæring er sentralt da det er

med på å fremme en god helse hos pasienten, og dette er et mål helsepersonell streber med å oppnå (Thoresen et al., 2019).

2.4 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde

Som sykepleier står man overfor ulike ansvar og funksjonsområder (Kunnskapsdepartementet, 2008). Helse- og omsorgstjensteloven (2011) §3-3 skal kommunen og sykepleierne bidra med å forebygge sykdom og skade hos befolkningen. I arbeidet av underernæring hos pasienter med KOLS vil derfor sykepleierens forebyggende funksjon spille en stor rolle. Det sykdomsforebyggende arbeidet handler om å legge til rette for en positiv utvikling i helsetilstanden, før sykepleieren har identifisert et konkret problem hos pasienten. På denne måten vil det forebyggende arbeid bidra med å redusere risikoen for at ulike problem oppstår. Forebyggende arbeid kan gi økt kunnskap, gi pasienten innsikt i egen sykdom, og dette fremmer muligheten til brukermedvirkning for å forebygge komplikasjoner (Mæland, 2016). Gjennom en tertiærforebyggende tilnærming vil sykepleier rette fokuset mot å hindre at komplikasjoner oppstår som følge av allerede eksisterende sykdom, eksempelvis underernæring (Ranhoff, 2014). Videre vil også sykepleiernes undervisende funksjon spille en viktig rolle for sykepleie og i forebyggingsarbeidet mot underernæring. I rammeplanen for sykepleierutdanningen blir undervisning og veiledning identifisert som et av sykepleiernes ansvarsområder (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleier skal ha kunnskap og kompetanse om ulike sykdommer og komplikasjoner slik at det blir gitt tilstrekkelig informasjon og veiledning til pasienter og pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2008; Kirkevold, 2014).

2.5 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et begrep for sykepleie som utføres i hjemmet til pasienten. Helsehjelpen utføres på pasientens arena, og helsepersonellet må tilrettelegge seg pasientens ønsker og behov. For at en pasient skal kunne ha krav på hjemmesykepleie må det gjennomføres en helhetlig vurdering på bakgrunn av pasientens helsetilstand og livssituasjon. Ut fra resultatene på vurderingen blir det bestemt hvor mye helsehjelp pasienten trenger (Birkeland & Flovik, 2018). Hjemmesykepleie er viktig for flere pasienter, og kan være med å avgjøre at pasienten lever et best mulig liv med sykdom hjemme, hvor de grunnleggende behovene som ernæring og ventilasjon er tilfredsstilt. I hjemmetjenesten er målet at pasienten skal mestre sin egen

hverdag, i sitt eget hjem så lenge dette er faglig forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2018). Når en pasient mottar helsehjelp i hjemmet, vil pasientens hjem hvor dette tidligere har vært trygghet, ro og identitet, endres til en plass hvor det utføres profesjonell omsorg og helsehjelp (Gjvjon, 2016). Det er derfor essensielt at sykepleier tar hensyn til dette, og at en opptrer som gjest i pasientens hjem (Ranhoff, 2014).

2.6 Kartlegging av ernæringstilstand

For å kunne vurdere tilstrekkelig ernæringsstatus til pasientene krever det en innsamling av pasientens data, og bruke dette i et kartleggingsverktøy. Om resultatene viser at pasienten er i en ernæringsrisiko, er det essensielt at det blir satt i gang tiltak mot ernæringsproblemet (Thoresen et al., 2019). I primærhelsetjenesten kan det brukes ulike kartleggingsverktøy som er enkle og krever lite ressurser, eksempelvis MNA (Mini Nutritional Assessment) eller Ernæringsjournalen (Thoresen et al., 2019; Helsedirektoratet, 2013). For at kartleggingsverktøyet er troverdig må målingene være valid og resultatene må bli de samme uavhengig av hvem som gjør målingene (Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye, 2017).

2.6.1 MNA (Mini Nutritional Assessment)

Dette er et kartleggingsverktøy som er utviklet for bruk innenfor geriatri og bør benyttes for pasienter over 65 år. MNA består av to deler, hvor det først er en kartleggingsdel, ved spørsmål om vekt, mobilitet og stress. Hvis pasienten anses å være i risiko for underernæring, går en videre til del II av skjemaet. Her må det besvares nye spørsmål om boforhold, medisiner og matinntak. Hvis sluttsummen blir mellom 17- 23,5 anses pasienten i å være i risiko for underernæring, og blir poengsummen lavere enn 17 anses pasienten å være underernært (Thoresen et al., 2019).

2.6.2 Ernæringsjournal

Ernæringsjournalen er et annet kartleggingsverktøy som tar for seg pasientens høyde, vekt og kroppsmasseindeks (KMI). Når en regner ut KMI, kan dette si noe om pasientens endringer i fett-, muskelmasse eller kroppsvann (Thoresen et al., 2019). Hvis dette ernæringsverktøyet skal brukes på eldre personer over 65 år, må underernæring anses på en KMI under 22. Dette grunnet reduksjon i høyden på eldre som kan gi høyere KMI, selv etter vektreduksjon (Aagaard, 2019).

2.7 Informasjon og undervisning

I forebyggingsarbeidet mot underernæring hos pasienter med KOLS er sykepleiernes undervisende funksjon viktig. Undervisning og informasjon til pasientene skal sikre forståelse for sykdomstilstanden og dens komplikasjoner. Ved tilstrekkelig kunnskap om sykdommen kan dette bidra til økt mestring og empowerment hos pasienten (Tveiten, 2016). Undervisning fra sykepleier gir pasienten muligheten til å kunne ta større kontroll over egen helse og liv. Dette la også Virginia Henderson stor vekt på, hvor målet om at pasienten skal gjenvinne helse og være mest mulig selvstendig står sentralt (Henderson, 1998). Undervisning er en prosess med hensikt til å øke kunnskap og mestringskompetansen til pasientene gjennom dialog med helsepersonell. Med dette innebærer veiledningen at kunnskap og makt omfordes fra sykepleieren til pasienten gjennom å undervise pasienten i det som er nødvendig kunnskap (Tveiten, 2016). Undervisning og kommunikasjonen mellom og sykepleier må bygge på respekt, likeverd og tillit (Tveiten, 2016; Eide & Eide, 2017).

2.8 Etiske og juridiske rammer

I lov om Kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) §3-1 har kommunen et ansvar for å sikre nødvendig helsehjelp til de som oppholder seg i kommunen og hjemmet. Formålet med denne loven er å sikre tilstrekkelig behandling, forebygging og tilrettelegging av sykdom hos pasientene, samt tilstrekkelig livskvalitet og selvstendighet på pasientens arena (Gjvjon, 2016). De som har behov for helsehjelp i form av hjemmesykepleie for å dekke de grunnleggende behovene, eksempelvis ernæring og tilstrekkelig ventilasjon, har krav på slike tjenester i følge Pasient- og brukerettighetsloven (Molven, 2019; Gjvjon, 2016). I Helsepersonelloven (1999) står det at helsepersonell er pliktig til at hjemmesykepleien skal utøves med omsorgsfull og faglig forsvarlig helsehjelp, og dette er et krav som står høyt når det utøves helsehjelp. For å kunne oppnå faglig forsvarlighet vil de juridiske, faglige og etiske rammene spille en essensiell rolle (Gjvjon, 2016). I kravet om forsvarlig helsehjelp er det viktig å hindre at pasienten skades av helsehjelpen, eller at de skades som følge av at de ikke får tilstrekkelig helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2018). Hvis det er mangel på ressurser i kommunen, er det deres plikt å skaffe dette slik at de tilfredsstiller de kravene som pasienten har, og oppfyller kravet til forsvarlig sykepleie (Molven, 2019).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere understreker også at primærhelsetjenesten skal fremme helse og forebygge skade og sykdom i

befolkningen (Mølven, 2019; NSF, 2011). Sykepleieren har et ansvar å sikre at pasientenes avgjørelser er selvstendige og at informasjonen er forstått og tilpasset pasientens behov. Tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell kan gjøre det enklere for pasienten å forholde seg aktivt og konstruktivt til sin helsetilstand, og dette er med på å fremme muligheten til å ta selvstendige avgjørelser og empowerment (NSF, 2011). Dette er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 hvor pasienten skal ha informasjon om sin helsetilstand, risikoer og bivirkninger knyttet til sykdom. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-1 står det også at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester. For å oppnå tilstrekkelig behandlingsresultater og brukermedvirkning er det sentralt med et nært samarbeid og samspill mellom pasient og sykepleier. For å oppnå dette må pasienten informeres og medvirke i behandlingsopplegget. Brukermedvirkning bygger på de fire etiske prinsippene om å autonomi, rettferdighet, velgjørenhet og ikke- skade prinsippet (Brinchmann, 2016). Etikk i helsehjelpen handler om hvordan helsepersonell skal arbeide. Pasienten har rett til selvbestemmelse, og bestemmer selv hvor mye hver enkelt ønsker å involvere seg i eget behandlingsopplegg. En av sykepleieroppgavene er å sikre at pasientene har mulighet til å bruke denne rettigheten (Mølven, 2019). Sykepleien som blir gitt skal baseres på de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne, som er bygger på menneskerettighetene (ICN, 2011). I retningslinjene står respekt, barmhjertelighet og omsorgsfull helsehjelp sentralt (NSF, 2011).

3. Metode og funn

I dette kapittelet vil valg av metode, litteratursøk og kildekritikk vil bli redegjort.

Søkeprosessen for de aktuelle forskningsartiklene vil også presenteres.

3.1 Valg av metode

Metode er et redskap som kan bli brukt for å skaffe kunnskap eller informasjon for å kunne belyse problemstillingen på best mulig måte. *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilke som helt middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* Vilhelm Aubert 1985 (Dalland, 2017 s. 51).

Metoden som er brukt er en litterær oppgave, og er skrevet i samråd med retningslinjene for bacheloroppgave på Lovisenberg Diakonale Høgskole. I en litterær oppgave blir tidligere litteratur studert og presentert. Dette kan eksempelvis forklares ved at litteratur som blir brukt i oppgaven allerede er undersøkt og er eksisterende kunnskap presentert i forskningsartikler og litteratur (Dalland, 2017). Det finnes ulike forskningsmetoder for å belyse en problemstilling, hvor eksempelvis kvalitative og kvantitative metoder brukes for å øke forståelse av litteraturen. Den kvalitative metoden går i dybden og får frem pasientens og sykepleiernes erfaringer, meninger, tanker, forventninger og holdninger. Den kvantitative metoden tar derimot for seg målbare tall og informasjon (Dalland, 2017).

3.2 Litteratursøk

Å søke etter litteratur og bruke fagstoff som er validert og faglig relevans for problemstillingen kan oppleves utfordrerne. Jeg startet med noe kjennskap til emnet, grunnet klinisk erfaring. Selv etter noe erfaring, startet jeg litteratursøket relativt bredt for å belyse problemstillingen på en nyansert måte. Jeg gikk først på Lovisenberg Diakonale Høgskole sitt bibliotek og kikket i pensumlitteratur fra fagbøker brukt i tidligere studieår. Jeg har også benyttet meg av selvvalgt litteratur for å belyse problemstillingen. Søkeprosessen etter litteratur og forskningsartikler har gjort at jeg har tilegnet meg ny kunnskap, og sett kunnskapen på nye måter.

Når jeg søker etter relevant forskning skal problemstillingen være lett tilgjengelig, slik at det i søkeprosessen blir brukt relevant søkeord fra problemstillingen. Jeg har brukt databaser som

PubMed, Chinahl og Sykepleien Forskning for å søke etter relevante forskningsartikler. Før jeg fant forskning utførte jeg gjentatte søk på forskningslitteratur, uten at det ga resultater. Jeg så etter IMRaD- strukturen på forskningsartiklene, som ofte blir brukt innen medisin og helsefag på forskningslitteratur. Bokstavene står for introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Dalland, 2017). Jeg leste først overskriftene og deretter abstraktene på de ulike forskningsartiklene som så aktuelle ut. Hvis det var relevant i forhold til problemstillingen, leste jeg resten av forskningsartikkelen og resultatdelen. Dette har gjort at jeg har kommet frem til de fem artiklene som blir brukt for å belyse problemstillingen.

Målet har vært å finne forskning med høy faglig relevans, som kan belyse problemstilling. Da jeg skulle søke på forskningsartikler brukte jeg ulike kombinasjoner av søkeord som: ”malnutrition”, ”COPD”, ”nurse”, ”nutritional status”, ”primary health care”. Jeg har presentert en detaljert søkehistorie senere i oppgaven. Da jeg utførte ulike avgrensninger på artikkelsøket, resulterte det i at jeg fikk for brede funn, funn med lite relevans eller at de ga manglende funn. I søkeprosessen har jeg brukt ulike begreper for å kunne få et overblikk over et bredt fagområde, samt samle inn forskningsartikler som belyser fagkunnskapen fra ulike vinkler. Jeg søkte ikke etter en bestemt aldersgruppe, men hensikten var å finne forskning som legger vekt på en bestemt aktuell aldersgruppe og den falt dermed på den eldre befolkningen. De aktuelle artiklene som har blitt utvalgt i oppgaven har forskningsområder som dekker og utfyller hverandre, og kan brukes sammen for å belyse den aktuelle problemstillingen.

Litteratur og gode primærkilder fra bøker har jeg funnet ved å se på referanselistene i de ulike fagene, og funnet relevante bøker på biblioteket. For å velge ut god litteratur har jeg hatt fokus på bøkernes og forskningens relevans, gyldighet og holdbarhet som helst ikke skal være over 5 år. De gangene jeg ikke fant treff på relevant litteratur utvidet jeg søket til 10 år, som er innenfor gyldighetsgrensen til Lovisenberg Diakonale Høgskole. Hvis en ser bort fra forskning er *Geriatrisk Sykepleie*, *Sykepleiernes Ernæringsbok*, *Ernæring- mer enn mat og drikke*, og *Lungerehabilitering- KOLS og andre lungesykdommer* mine hovedkilder i oppgaven. Aktuelle lovverk hentet fra Lovdata og *sykepleie og jus* blir også brukt i oppgaven. Etikk fra de Yrkesetiske retningslinjene og *etikk i sykepleien* er også relevante kilder i oppgaven.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk kan brukes for å avgjøre litteraturens faglige relevans, styrke, validering og begrensninger. Dette kan være avgjørende for å vurdere fagstoffets troverdighet og holdbarhet (Thidemann, 2019). Videre er det essensielt å være kritisk til kildens relevans med tanke på oppgavens problemstillingen (Dalland, 2017).

Jeg sjekket de aktuelle studiene som var relevante for å belyse problemstillingen i Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Dette er en godkjent nettside med register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for dataforskning, 2019). Jeg satte et krav på at forskningsartiklene skulle være fagfellevurdert, noe som betyr at de blir vurdert av forskerne innenfor fagfeltet (Dalland, 2017). Studiene jeg har valgt å bruke i oppgaven er fra Norge, Australia, Sverige og USA. For å kunne bruke ulike forskningsartikler i oppgaven må jeg reflektere over deres overførbarhet til Norge. I stor grad kan den norske kultur inspireres av amerikansk og australsk kultur og videre kan den norske kulturen kontra svensk kultur på flere måter være lik og sammenlignes. På den andre siden kan amerikansk og australsk kultur ha ulike helseoppfatninger, og jeg må derfor være kritisk når jeg leser forskningsartiklene. To av forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven har sykepleierfaglig perspektiv. De andre artiklene skildrer pasientenes perspektiv, deres problem og hva de trenger hjelp til. De tre artiklene kan være overførbare til oppgavens problemstillingen, da beskrivelse av pasientenes problemer bidrar med å sette lys på aktuelle tiltak for å forebygge underernæring. Jeg anser derfor forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven aktuelle for å belyse problemstillingen.

Jeg er kritisk til de forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven, stiller spørsmål og utforsker forfatterens autoritet. Hvis det er kvalifiserte fagpersoner som har skrevet forskningslitteraturen, kan dette bidra med å øke litteraturens relevans og troverdighet (Dalland, 2017). Odenrants er forfatter i tre av forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven og jeg må dermed vurdere hennes troverdighet. Jeg har gjort en bakgrunnsjekk på forfatterne av forskningsartiklene og Odenrants har skrevet en rekke forskningartikler og fagbøker om ernæring, noe som blir sett på som en sikkerhet (Odenrants, 2020). De aktuelle studiene hvor hun er delforfatter er faglig relevante for problemstillingen. Jeg ønsker dermed å ta med alle forskningsartiklene da de gir et bredt spekter av funn som kan brukes i diskusjonsdelen. Jeg anser hun og de andre forfatterne som høykvalifiserte fagpersoner, og dette øker den faglige relevansen på forskningsartiklene.

Jeg valgte først å avgrense forskningsartiklenes utgivelsesår på 5 år. Dette gjorde jeg fordi jeg ønsket nyere og faglig relevant forskning i oppgaven. Dette medfører at jeg kan ha oversett andre relevante artikler som kunne blitt brukt i oppgaven. Da jeg ikke fant nok relevant forskning utvidet jeg søket til 10 år. Jeg valgte også å bruke en artikkel som overskrider 10års- grensen, men tross alderen finner jeg den relevant. Den gir et bredt spekter av funn som kan regnes gyldige i dag, da den heller ikke motstrider nyere forskning.

Fire av de utvalgte forskningsartiklene bruker kvalitativ forskning, noe som kan gjøre at funnene kan bli ensidige i diskusjonsdelen. På den andre siden spiller den kvalitative metoden en stor rolle for å belyse problemstillingen. Samtidig har jeg en artikkel som er kvantitativ, som kan brukes å supplere med når det skal brukes målbare tall og data. De utvalgte forskningsartiklene anses å være faglig relevant, validerte og belyse problemstillingen. Jeg har dermed valgt å beholde fire kvalitative og en kvantitativ forskningsartikler.

Utenom forskning er litteraturvalget med på å underbygge og belyse problemstillingen i oppgaven. Jeg har sett kritisk på den faglige litteraturen og benyttet meg i størst mulig grad av primærlitteratur. Covid- 19 pandemien har ført til nedstengte bibliotek i skriveperioden og redusert tilgang til primærlitteratur. Det har dermed vært utfordrende å finne tilstrekkelig litteratur som er validert og reliabilitet. Samtidig ser jeg at framstillingen av litteratur kan være noe ufullstendig grunnet utilstrekkelig tilgang på primærlitteratur. Jeg har derfor enkelte plasser i oppgaven brukt sekundærkilder og internettsider. Sekundærkilder kan forklares med at litteraturen allerede er bearbeidet og kan være tolket av andre forfattere, noe som forutsetter at perspektivet kan være endret (Dalland, 2017). Dette er en litterær oppgave, som vil si at litteraturen som er presentert er gjennomgått og sammenfattet av meg. Dette kan bidra til at det opprinnelige perspektivet også her kan være endret.

3.4 Etisk vurderinger

Flere av forskningsartiklene har benyttet etisk komite som sikrer etisk forsvarlighet. Alle forskningsartiklene som har blitt brukt i oppgaven har fått samtykke fra deltakerne. Erfaringer fra klinisk praksis som er brukt i oppgaven er etisk vurdert og reflektert, da jeg opprettholder taushetsplikten vi har som helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999). Jeg har vært bevisst på at pasienteksempler som blir brukt i oppgaven er anonymisert. Det er også tatt avstand fra

plagiat og sitater er korrekt gjengitt. Etisk forsvarlighet sikres i oppgaven ved å bruke de fire prinsippers etikk og sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Brinchmann, 2016).

3.5 Tabell 1: Funn av forskningsartikler sett ut i fra søkefremstilling

Jeg kom frem til fem aktuelle forskningsartikler for å belyse problemstillingen. Da jeg søkte på de ulike artiklene, ble det gjort diverse avgrensninger for å finne de mest relevante forskningsartiklene, og korte ned funnene på søket. Avgrensningene kan ha ført til at det har blitt oversett viktige funn. På den andre siden, vil uspesifikke avgrensninger gi for brede funn. Valg av forskning gjorde jeg på bakgrunn av overskrifter, ingress, fagfelle vurdering og utgivelsesdato. Disse fem aktuelle forskningsartiklene kom jeg frem til i søkeprosessen, da andre artikler ikke svarte tilstrekkelig på problemstillingen. Noen hadde feil kontekst, feil avgrensning eller at enkelte funn ikke var tilstrekkelig for å belyse problemstillingen.

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Valg av artikkel
1	25.11.19	Cinahl	Malnutrition AND COPD	101	2010-2019 Research article, English	39	1 (nr.1)
2	04.12.19	Cinahl	Malnutrition OR Nutritional status AND COPD	173	2010-2019 Research article, English	73	2 (nr. 3 og 5)
3	28.11.19	Sykepleien	Ernæring, hjemmesykepleie	40	2010- 2019 Forskning	8	1 (nr. 2)
4	06.12.19	Pubmed	Malnutrition AND Nutritional status AND Nursing	19	Ingen	19	1 (nr. 5)

4. Presentasjon av forskningsartikler

Resultatene i forskningsartiklene viser viktigheten av at kunnskap og informasjon formidles tidlig i sykdomsforløpet. De understreker også viktigheten av brukermedvirkning, individuelle tiltak og tidlig identifisering ved forebygging av underernæring hos pasienter med KOLS.

Videre viser resultatene i forskningsartiklene at aleneboende og engstelige pasienter ofte hadde dårligere ernæringsstatus. Det blir lagt vekt på pasientens og sykepleiernes opplevelser av begrensninger og oppfølging i mat- og måltidsituasjoner. Flere pasienter følte på sosial isolasjon og ensomhet rundt måltidet, og dette endret spisevanene hos enkelte pasienter.

4.1 Tabell 2: Resultat av artikkelsøket

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Natalie Shalit, Audrey Tierney, Anne Holland, Belinda Miller, Naomi Norris, Susannah King	"Factors that influence dietary intake in adults with stable chronic obstructive pulmonary disease"	Nutrition and dietetics	Hensikten med denne artikkelen var å indentifisere faktorer som påvirket kostholds inntaket hos pasienter med stabil KOLS.	Kvalitativ studie fra Australia med 30 deltakere. Brukte semistrukturert intervju for å utforske innflytelse på valg av matinntak og situasjon hos deltakerne.	Flere pasienter fikk ikke informasjon om sykdom og bivirkninger. Halvparten bodde alene og flere fikk hjelp til handling av matvarer på butikken. Deltakerne sa at tungpustet, og utmattelse gikk ut over ernæringsstatusen. Aleneboende pasienter hadde redusert appetitt, og sosialt samvær var viktig rundt måltider. Tok i bruk energisparende produkter. Deltakerne ønsket en individuell måltidsplan.
2	Siri Elisabeth Meyer, Rannveig Velken, Liv Helene Jensen	"Vurdering av ernæringsstatus- et sykepleier faglig ansvar i hjemmesykepleien"	Sykepleien.no	Hensikten med studien var å se på hvordan sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten ivaretar faglig forsvarlig	Kvalitativ studie fra to praksisutvikling prosjekter. Den ene fokuserte på hjemmesykepleiernes ernæringsarbeid og hvordan de	Systematisk ernæringskartlegging må forankres i kommunen og blant ledelsen. Gode rutiner ved kartlegging. Gruppe A hadde valgt kartleggingsverktøy Ernæringsjournalen, det hadde ikke gruppe B.

				ernæringspraksis, forebygger og behandler underernæring i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer.	tolker kravene fra Nasjonale faglige retningslinjer. Den andre gruppen var rettet mot kartleggingsverktøyet Ernæringsjournalen. Det ble brukt tematisk intervjuguide og møter.	Kartlegging kan gjøres med andre oppgaver, tok mindre tid. God kjennskap og relasjon til pasienten er viktig. Sykepleierne synes det var utfordrende å følge opp hva den hjemmeboende spiste. Bemanningssituasjonen og tidsrammene var begrensende for kartleggingen og det sosiale rundt måltidet.
3	Sigrid Odenchants, Tomas Bjustrøm, Nils Wiklund, Karin Blomberg	”Nutritional status, gender and marital status in patients with chronic obstructive pulmonary disease”	Journal of clinical nursing	Hensikten med denne studien var å sammenligne ernæringsstatus, lungefunksjon, kjønn og sivilstatus hos pasienter med KOLS.	Dette er en beskrivende og komperativ svensk kvantitativ studie. 81 med diagnosen KOLS ble brukt i studien. Ble gjennomført som en tverrsnittstudie. Det ble brukt MNA for å samle inn data om ernæringsstatus.	Flere deltakere hadde ikke fått god informasjon om viktigheten av kosthold med KOLS. Deltakerne som bodde alene hadde dårligere ernæringsstatus enn de som ikke gjorde det. Flere pasienter følte på sosial isolasjon og ensomhet førte til endring i spisevaner.
4	Sigrid Odenchants, Margareta Ehnfors, Susan J. Grobe	“Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Part II. RNs’ experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status”	Scandinavian Journal of Sciences	Hensikten med artikkelen er å få en forståelse av hvordan sykepleiere i primærhelsetjenesten beskriver ernæringsmessige vurderingspraksis og intervensjoner	Kvalitativ studie som inkluderer 19 KOLS-sykepleiere som jobber i primærhelsetjenesten. Det ble brukt intervjuer med semistrukturerte spørsmål.	Sykepleierne pekte på mangel av ressurser og økt kunnskap innen ernæringsvurdering. Ernæringskartlegging var tidskrevende og ble utelatt: brukte heller individuelle observasjoner om åpenbare kroppslige tegn. Informasjon ble ikke gitt tilstrekkelig. Sykepleierne lette etter passende tidspunkt å gi det. Ble lagt vekt på støttende spiseinngrep som viktig tiltak mot forebygging. Brukermedvirkning av

						viktig, kognitiv og praktisk deltakelse.
5	Odenra nts, S. & K. Theander	”Assessme nt of nutritional status and meal- related situations among patients with chronic obstructiv e pulmonary disease in Primary health care obese patients; a challenge for the future”	Journal of clinical nursig	Hensikten med artikkelen var å se på ernæringsstatu sen til eldre pasienter med stabil kols i primærhelsetje nesten. Deltakerne beskriver situasjoner rundt måltid, handling og bæring av mat.	Svensk studie, kvalitativ og kvantitativ. 103 pasienter med kols grad 3 og 4 deltok. Studien har et utforskende, beskrivende design. Det ble brukt MNA (The Mini nutritional Assessment) for å samla data om ernæringsstatus og semistrukturerte intervjuer for mer informasjon om matsituasjoner.	Effektiv, tidlig og nøyaktig ernæringsvurdering er avgjørende for en optimal behandling. Pasienter nevnte problemer i forholdt til handling, løfting av matvarer i butikken og ta dem med hjem. Flere oppga at grunnen var tungpust. De vanligste årsakene til redusert matinntak var, redusert matlyst, hoste og dyspne. Ernæring kan beskrives ut fra et sosialt og kulturelt perspektiv.

5. Diskusjon

I denne oppgaven skal problemstillingen ”Hvilke tiltak kan bidra til forebygging av underernæring hos eldre pasienter med KOLS i hjemmesykepleien?” drøftes sammen med faglitteratur og relevante forskningsartikler.

5.1 Sykepleierens juridiske, etiske og faglige ansvar

Pasienter med KOLS kan stå ovenfor flere utfordringer knyttet til ernæringsstatus og utvikling av underernæring. I Pasient- og brukerettighetsloven (1999) legges det vekt på at pasienten har rett på tilstrekkelig helsehjelp for å dekke de grunnleggende behovene. Dette er også essensen i Hendersons sykepleieteori, hvor sykepleier skal hjelpe pasientene som ikke klarer å utføre de grunnleggende gjøremålene, for å oppnå tilstrekkelig helse og livskvalitet (Henderson, 1998). Tilstrekkelig ernæringsstatus har stor betydning for pasientens behandlingsresultater. Dette resulterer i at ernæring er en sentral oppgave i sykepleien (Stubberud, Kondrup & Almås, 2016). I Helsepersonelloven (1999) står det at sykepleierne er pliktig til at hjemmesykepleien skal utøves med omsorgsfull og faglig forsvarlig helsehjelp. For å kunne oppnå forsvarlig og omsorgsfull hjelp vil de juridiske, faglige og etiske rammene spille en viktig rolle i sykepleien som blir gitt (Gjvjon, 2016). Som sykepleier skal en identifisere pasienter som er i risiko for underernæring og fremme tiltak som forebygger dette (Sortland, 2016). Til tross for de juridiske, etiske og faglige rammene en står overfor som sykepleier viser undersøkelser og forskningsartikler at sykepleierne i hjemmesykepleien står overfor utfordringer for å kunne identifisere og forebygge underernæring hos pasienter med KOLS. Sykepleierne og pasientene rapportere utilstrekkelig kunnskap, brukermedvirkning, og underprioritering av kartlegging og individuelle tiltak i helsehjelpen som ble gitt. Videre skal oppgaven dermed se på tiltak som kan bidra til forebygging av underernæring hos pasienter med KOLS i hjemmesykepleien sett ut fra ansvaret sykepleieren står ovenfor.

5.2 Bruk av kartlegging for å vurdere pasientens ernæringsstatus

Studien til Shalit et al., (2016) legger vekt på bruken av overvåkning og kartlegging for å indentifisere pasienter med KOLS, som er i risiko for utvikling av underernæring. En vurdering og kartlegging av ernæringsbehovet er essensielt for å oppnå tilstrekkelig ernæringsstatus hos pasienten. Anbefalingene fra Helsedirektoratet er at alle pasienter skal vurderes og kartlegges i forhold til ernæringsmessig risiko. sett ut fra gitte resultater på

kartleggingen, må hver enkelt pasient få tilstrekkelig oppfølging og en individuell ernæringsplan (Stubberud et al., 2016). Ernæringskartleggingen vil gi et grunnlag for å kunne bedre pasientens ernæringsstatus, da resultatet av kartleggingen vil bekrefte om pasienten står i fare for å utvikle underernæring (Brodtkorb, 2014). I hjemmesykepleien er effektiv, tidlig og nøyaktig ernæringsvurdering avgjørende for forsvarlig og tilstrekkelig pasientbehandling (Odenrants & Theander, 2013). For å kunne oppnå dette vil bruken av ernæringskartlegging være et avgjørende tiltak. Likevel er ikke dette standarden i alle helsetjenestene, og i studien til Odenrants, Ehnfors & Grobe (2007) ble ikke kartlegging vektlagt i behandlingen. Sykepleierne mente at kartlegging av ernæringsmessig risiko var tidskrevende, og ble derfor utelatt i helsehjelpen. Dette utfordrer det lovpålagte kravet hos sykepleierne om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp til pasientene (NSF, 2011).

I studien til Meyer, Velken & Jensen (2017) uttrykker sykepleierne at hjemmebesøkene hos pasientene var kortvarige, og de har dermed liten tid til systematisk sykepleieobservasjoner. Sykepleierne uttrykker at ernæringskartleggingen ikke ble prioritert i en travel hverdag. Samtidig var flere enige om at de måtte finne rutiner når de var på besøk hos pasientene, da dette kunne bidra med at ernæringskartleggingen lettere ble prioritert. Sykepleierne erfarte at systematisk ernæringskartlegging kunne gjøres i forbindelse med andre sykepleieoppgaver, som resulterte i at det ikke tok lang tid (Meyer et al., 2017). I en annen studie ble ernæringskartleggingen utelatt. Det kommer det frem at noen av sykepleierne heller valgte å bruke individuelle observasjoner om åpenbare kroppslige tegn på underernæring (Odenrants et al., 2007). Dette står i kontrast til faglig litteratur og andre forskningsartikler hvor viktigheten av ernæringskartlegging blir lagt vekt på (Brodtkorb, 2014; Meyer et al., 2017). Også i slutten av studien til Odenrants et al., (2007) kommer det frem at observasjoner ikke er tilstrekkelig for å kunne vurdere pasientenes ernæringsstatus og deres risiko for utvikling av underernæring. På den andre siden hadde alle sykepleierne i denne studien mer enn fire års erfaring med KOLS pasienter, noe som kan forklarer hvorfor de ofte brukte intuisjon og erfaring til å gjøre observasjoner. En annen forklaring var at de stolte på intuisjon og personlig erfaring. Noen av sykepleierne manglet kunnskap om systematiske metoder for å vurdere ernæringsstatusen til pasienten (Odenrants et al., 2007). Dette utfordrer kravet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere om å holde seg faglig oppdatert på kunnskap og forskning (NSF, 2011). Å bruke egne observasjoner er dermed ikke tilstrekkelig, da sykepleierne kan observere og vurdere pasientenes risiko for underernæring ulikt. Det er også utfordrende å følge opp pasienten, tiltakene og dokumentere effekten. Vurderinger av

kroppsvekt er ikke dyrt eller veldig tidkrevende og bør derfor administreres rutinemessig ved grunnleggende pleie (Odenocrants et al., 2007). Ut fra dette kan det heves at kartlegging av ernæringsmessig risiko bidrar til økt pasientsikkerhet og forsvarlighet i helsehjelpen som blir gitt.

For å vurdere pasientens ernæringsmessig risiko anbefales kartleggingsverktøyet MNA, og Ernæringsjournal kan anvendes som et alternativ (Helsedirektoratet, 2013). Helsedirektoratet (2013) anbefaler i de nasjonale faglige retningslinjene at standardiserte kartleggingsverktøy skal brukes i primærhelsetjenesten. Dette er nødvendig for å vurdere de pasientene som er i en ernæringsmessig risiko ved innleggelse og skal deretter kartlegges månedlig for tilstrekkelig oppfølging (Meyer et al., 2017). I studien til Meyer et al., (2017) ble systematisk kartlegging og verktøyet Ernæringsjournalen sett på som viktig, da det var enklere å følge opp pasientene og en eventuell negativ utvikling av kroppsvekt. Bjustrøm, Wiklund & Blomberg (2013) og Odenocrants & Theander (2013) sine studier brukte kartleggingsverktøyet MNA for å vurdere underernæring og pasientens risiko for utvikling av underernæring. Helsedirektoratet (2013) vurderer verktøyet MNA til grad B, som vil si at kunnskapen om ernæringsverktøyet bygger på godt utformede og ikke eksperimentelle, men kontrollerte studier. I motsetning til dette ble kartleggingsverktøyet Ernæringsjournalen vurdert til grad D, hvor kunnskapen baseres på en gruppe uten studier eller myndige retningslinjer av tilfredsstillende kvalitet (Helsedirektoratet, 2013). Dette tyder på at ernæringsverktøyet MNA ble gyldig validert, og i større grad foretrukket å bruke i praksis fremfor Ernæringsjournalen. I tillegg ble MNA vurdert i studien til Gjerlaug et al., (2017) som et godt egnet kartleggingsverktøy med reliabilitet for å indentifisere ernæringsmessig risiko. I studien til Meyer et al., (2017) trodde enkelte av sykepleierne at Ernæringsjournalen ville ta lang tid å gjennomføre ved hjemmebesøkene (Meyer et al., 2017). Samtidig beskriver studien at sykepleierne var fornøyd ved bruk av dette kartleggingsverktøyet, og de erfarte at kartleggingen styrket observasjoner og samhandlingen med pasientene. Kartleggingsverktøyet tok også mindre tid enn de først antok (Meyer et al., 2017). Det må det vurderes hvilke verktøy som foretrekkes å bruke i hjemmesykepleien. MNA er analysert til et mer troverdig, validert og reliabilitet verktøy av Helsedirektoratet (2013), og forskning ble MNA det verktøyet som ble best egnet for å avdekke ernæringsmessig risiko (Gjerlaug et al., 2017). Samtidig ble det trukket frem negative sider med MNA om at skrøpelige eldre pasienter automatisk ble inkluderte i verktøyet og vurdert underernært (Gjerlaug et al., 2017). Det er essensielt at helsetjenesten selv må evaluere om dette er det enkleste verktøyet å bruke i forhold til tid og ressurser.

5.3 Faglig ledelse

I Helsepersonelloven (1999) kommer det frem at sykepleierne skal utføre arbeidet med faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Dette innebærer at de skal utøve de lovpålagte kravene som forventes ut fra personalets kvalifikasjoner og situasjon. Helsepersonellet har et krav på å yte forsvarlighet, men Kommunehelsetjenesteloven (2011) beskriver at virksomheten som ytes også har en plikt til å utøve forsvarlighet. I flere studier uttrykker sykepleierne at de opplevde utfordrende situasjoner, og enkelte situasjoner er ikke var faglig forsvarlig i hjemmesykepleien (Meyer et al., 2017; Odenkrants et al., 2007). Dette kan understrekes fra klinisk praksis, hvor også lover og plikter om forsvarlighet ble utfordret. Dette kan begrunnes med den dårlige bemanningen og kompetansen blant ansatte i hjemmesykepleien.

Sykepleierne uttrykte også at bemanningssituasjonen var utfordrende, og dette bidro til at ernæringskartleggingen ble begrenset og underprioritert. Besøkene hos pasientene var korte, og de ga liten tid til observasjoner og kartlegging (Meyer et al., 2017). I studien til Meyer et al., (2017) legges det vekt på viktigheten av et lederskap som bidrar med å sikre faglig forsvarlighet. I studien til Gjerlaug et al., (2017) ble det avdekket mangelfulle rutiner og prosedyrer for vurdering av matinntak og ernæringsstilstanden til pasientene. Ledelsen og helsetjenesten har et overordnet ansvar for å legge forholdene til rette slik at sykepleierne og virksomheten kan sikre forsvarlig helsehjelp. De har ansvar for å omprioritere slik at tid, ressurser, rutiner og bemanning strekker til slik at lover og plikter blir opprettholdt (Helsedirektoratet, 2017). I studien til Meyer et al., (2017) hadde lederne i den ene gruppen involvert seg i ernæringskartleggingen, mens den andre kommunen ikke hadde fattet en beslutning om dette. Mangel på beslutningsstøtte kan være en viktig hindring for endring i praksis. Lederne må være aktive deltakere og pådrivere i kvalitetsutviklingsarbeidet for at helsepersonellet skal kunne utføre sine lovpålagte plikter (Meyer et al., 2017).

Hjemmetjenesten har flere ansatte uten helsefaglig bakgrunn, men også flertallet av de ansatte er hjelpepleiere og omsorgsarbeidere etterfulgt av sykepleiere. Sykepleiermangelen og kompetansen utfordrer kravet og muligheten til å utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp i hjemmesykepleien, samt samarbeidet med andre sykehus, pasienter og pårørende. Samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er essensiell, da flere pasienter som legges inn og skrives ut fra sykehus, ofte er hjemmeboende pasienter (Gjevjon & Fjørtoft, 2016). For å kunne forebygge og indentifisere underernæring tilstrekkelig, må sykepleieren ha nødvendig kompetanse og kunnskap om pasientens ernæringsbehov (Sortland, 2016). Det kommer også frem i studien til Meyer et al., (2017) at sykepleierne ikke

hadde tilstrekkelig erfaring ved bruk av standardverktøy, for å vurdere pasienter som er i ernæringsmessig risiko. Dette støttes også av faglitteratur, hvor flere sykepleiere har manglende kompetanse for å identifisere og behandle underernæring. Flere er usikre på hvordan en vurderer ernæringsstatus og hvordan sykepleierne beregner ernæringinntaket til pasienten. De hadde lite kunnskap om retningslinjene av underernæring og konsekvensen av redusert ernæringsstatus. Ernæringsarbeidet fikk i praksis lite oppmerksomhet, og andre medisinske oppgaver ble prioritert over dette (Helsedirektoratet, 2017). På bakgrunn av resultatene fra faglitteratur og forskning blir ikke kravet i de yrkesetiske retningslinjene oppfylt. Det utfordrer kravet som omhandler at sykepleieren skal holde seg oppdatert på fag- og forskning, og kunne bidra til å anvende ny kunnskap i praksis opprettholdt (NSF, 2011). Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012, en av de største helsereformene stortinget har vedtatt etter år 2000, ble mer ansvar overført til primærhelsetjenesten. Dette bidrar til økt press og oppgaveforskyving fra spesialist til kommunehelsetjenesten (Helse og Stortingsdepartementet, 2009). Det resulterer i kravet til mer avansert helsefaglig kompetanse i kommunene, og da særlig i hjemmesykepleien (Odenrants et al., 2013). Det er også lovfestet at sykepleierne har tilstrekkelig fagkompetanse for å gi pasientene faglig forsvarlig helsehjelp (Helse- og omsorgstjensteloven, 2011). Likevel antyder flere studier og faglitteratur at fagkompetansen i hjemmesykepleien ikke er tilstrekkelig. Når pasientens rettigheter og deres behov ikke blir tilfredsstilt, utfordrer dette kravet om faglig forsvarlig sykepleie (Gjvjon, 2016).

5.4 Individuelle tiltak av pasientens ernæringsstatus

Ved underernæring hos pasienter med KOLS er det flere tiltak enn ernæringskartlegging som kan igangsettes av sykepleierne i hjemmesykepleien. I studien til Odenrants et al., (2013) anga pasientene at pusteproblemene ble verre under måltider, noe som bidro til endret spisevaner i hjemme. Også deltakerne i studien til Shalit et al., (2016) uttrykker at tungpust og tretthet kan redusere appetitten og påvirke forberedelsene til måltidene negativt. Ernæring må derfor tilrettelegge pasientens individuelle situasjon, da flere pasienter opplever måltidsituasjonene slitsomme (Brodtkorb, 2014). I en annen studie ble det beskrevet viktigheten av individuelle støttende spiseinngrep, og dette er aktuelle tiltak som kan brukes i forebygging av underernæring. Det blir eksempelvis lagt vekt på å spre måltider ut over dagen, spise mindre porsjoner til hvert måltid, få i seg energirik mat, og hvile før og etter måltid (Odenrants et al., 2007). Dette støttes også av litteratur hvor de legger vekt på at små,

hyppige måltider og næringsrik mat bør fordeles utover dagen (Brodtkorb, 2014) (Helsedirektoratet, 2013). Det er også essensielt at pasienten blir gitt nok tid til å spise, for å redusere tungpust ved måltider (Brodtkorb, 2014). For å sikre at energi og næringstilførsel er tilstrekkelig må det ikke være store tidsrom mellom hver måltid (Sortland, 2016). Dette er tiltak som kan redusere ernæringsmessig risiko hos pasientene. Samtidig kan slike individuelle tiltak være vanskelig å gjennomføre for sykepleierne i hjemmesykepleien. I studien til Meyer et al., (2017) uttrykker de at det var utfordrende å følge opp hva de hjemmeboende spiste, og legge til rette for individuelle tiltak. Sykepleierne og pasientene snakket om hva de hadde spist, men dette ble aldri fulgt opp, grunnet redusert tid og bemanning i hjemmesykepleien. Dette utfordrer kravet til faglig forsvarlig helsehjelp og individuell hjelp, som er lovfestet i de yrkesetiske retningslinjer, Helsepersonelloven (1999) og Pasient og brukerrettighetsloven (1999; NSF, 2011).

Skreddersydd diett og en individuell plan kan bidra til forebygging av underernæring hos pasienter med KOLS. Eldre pasienter kan oppleve at lukt og smakssansen blir dårligere, noe som kan resultere i at maten er smaksløs og lite appetittvekkende. Ved bruk av ulike medisiner kan dette føre til munntørrehet, og for noen pasienter kan også dette endre smaksopplevelsen (Sortland, 2016). Alle pasienter opplever måltider og matsituasjonene ulikt, derfor er det viktig med en individuell og skreddersydd kostholdsplan med tett oppfølging fra sykepleiere (Stubberud et al., 2016). I Helse -og omsorgstjensteloven (2011) §7-1 og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3 står det at alle pasienter har rett på en individuell plan ved behov for langvarig tilbud, som blant annet skal inneholde hvordan pasientens ernæringsbehov skal ivaretas (Stubberud et al., 2016; Birkeland & Flovik, 2018). Den individuelle planen er med på å sikre forsvarlighet og tilstrekkelig helsehjelp hos den enkelte pasient i forhold til livssituasjon og helsetilstand (Helsedirektoratet, 2013). Dette støttes også av studien til Shalit et al., (2016) hvor deltakerne legger vekt på viktigheten av en individuell ernæringsvurdering med hyppig oppfølging. De la vekt på en personlig tilnærming til ernæringsstøtte og tilbud om ernæringsplan fra fagfolk med tilstrekkelig kunnskap om ernæring, eksempelvis ernæringsfysiolog (Shalit et al., 2016; Birkeland & Flovik, 2018). Pasientenes ernæringsbehov skal ivaretas på en faglig forsvarlig og individuell hjelp, og dette krever god kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell. Samtidig opplever hjemmesykepleien utfordringer knyttet til faglig forsvarlig helsehjelp, og at enkelte sykepleierne svikter når de skal gi individuell, helhetlig og omsorgsfull sykepleie. Dette

skyldes på manglende ressurser og kompetanse i hjemmesykepleie, noe som utfordrer kravet til individuell helsehjelp til pasientene som er lovfestet (Gjvjon, 2016).

5.5 Sykepleiernes undervisende funksjon

Sykepleiernes undervisende funksjon er essensiell ved forebygging av underernæring. Som sykepleier har de en viktig rolle og ansvar ved formidling av kunnskap til pasientene (Sortland, 2016). For å kunne ha tilstrekkelig veiledning til pasientene må undervisningen bygge på respekt, likeverd, tillit og fortrolighet mellom pasient og sykepleier (Tveiten, 2016). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 står det at pasienten skal ha tilstrekkelig informasjon om helsetilstanden, risikoer og bivirkninger knyttet til sykdom. Dette er også lovfestet i Helse- og omsorgstjensteloven og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Molven, 2019; NSF, 2011). Likevel fremkommer det i flere av forskningsartiklene at pasientene ikke fikk tilstrekkelig informasjon om sykdommen og bivirkninger knyttet til den (Shalit et al., 2016; Odenrants et al., 2013). I studien til Odenrants et al., (2013) svarte to tredjedeler nei på spørsmålet om pasientene hadde fått informasjon av sykepleierne om viktigheten av ernæring ved KOLS. Flere av pasientene var i risikosonen for å bli underernært og bare halvparten av de pasientene hadde fått tilstrekkelig informasjon om viktigheten av god ernæringsstatus og kosthold. Blant de pasientene som ble vurdert til å ha en normal ernæringsstatus, hadde omtrent en tredjedel fått tilstrekkelig informasjon av sykepleierne (Odenrants et al., 2013). I annen studie lettet sykepleierne etter passende tidspunkt hvor de kunne gi informasjon til pasientene om deres helsetilstand. Sykepleierne opplevde at pasientene i starten av sykdomsforløpet var i en benektelsestilstand, og at de derfor ikke var mottakelig for undervisning om tilstrekkelig ernæring og kosthold. Noen sykepleiere lurte på om det var en risiko for å gi informasjon for tidlig eller for sent i sykdomsforløpet. Hos andre sykepleiere ble ikke informasjon og undervisning om ernæring prioritert høyt nok (Odenrants et al., 2007). På den andre siden viser studien til Odenrants et al., (2013) at pasientene med KOLS hadde fordel av kostholdsrådgiving. Artikkelen gir uttrykk for at det er urovekkende at flere av pasientene ikke hadde mottatt tilstrekkelig informasjon, da dette er lovpålagt som helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999). Hendersons (1998) sykepleieteori legger også vekt på viktigheten av sykepleiernes undervisende funksjon for at pasientene skal gjenvinne helse, slik at de raskest mulig kan bli selvstendige. Sykepleieren har dermed en viktig oppgave hvor de skal oppmuntre pasienten til å bli selvhjulpen ved informasjon og undervisning.

For å kunne oppnå tilstrekkelig helsehjelp og forebygging av underernæring hos pasienter med KOLS, er det viktig å etablere en relasjon til hver enkelt pasient (Eide & Eide, 2016). En god relasjon mellom sykepleier og pasient vil bidra til forutsigbarhet og trygghet. For å oppnå dette må pasienten informeres og medvirke i behandlingsopplegget. Brukermedvirkning og tilstrekkelig informasjon fra sykepleierne kan gjøre det enklere for pasienten å forholde seg aktivt og konstruktivt til helsetilstanden (NSF, 2011). Dette støttes også i studien til Odenrants (2007), hvor pasientene la vekt på viktigheten av kognitiv og praktisk deltakelse i behandlingen. I hjemmesykepleien uttrykker sykepleierne at de har god kunnskap om pasientene og deres sykdommer, og dermed er det enkelt å sette inn tiltak når pasientene har behov for det (Meyer et al., 2017). I studien til Meyer et al., (2017) var flere av pasientene skeptiske, og det var derfor viktig å etablere en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient. På den ene siden har sykepleierne i hjemmesykepleien kontakt med pasientene over lengre tid, og dette bidrar til at de gjør seg kjent med pasientene og har mulighet til å oppnå en trygg og tillitsfull relasjon. Sett fra en annen synsvinkel har sykepleierne i hjemmesykepleien flere pasienter å forholde seg til på en gang, hvor det kan være utfordrende å ta seg god tid hos hver enkelt pasient. Sett ut fra praktisk og klinisk erfaring fra hjemmesykepleien trodde flere sykepleierne at de visste hva pasientene trengte, da de hadde bygget en relasjon over lengre tid. Dette resulterte i at de ikke tok seg tid ved hvert besøk for å lytte og snakke med pasienten. I litteraturen begrunnes dette med begrenset tidsbruk per pasient og redusert bemanning i en travel hverdag, noe som også støttes av klinisk erfaring (Gjvjon, 2016). På den andre siden, sett ut fra studien til Odenrants et al., (2007) rapporterte enkelte sykepleiere at de la vekt på det å etablere en relasjon til pasienten, og det var viktigere enn å diskutere spørsmål om ernæring og kroppsvekt. I de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleiere ivareta pasientens verdighet og integritet, samt at pasienten har rett på faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (NSF, 2011). For å oppnå tilstrekkelig behandlingsresultater er det essensielt med et nært samarbeid, brukermedvirkning og en tillitsfull relasjon mellom pasient og sykepleier.

5.6 Måltider som et kulturelt og sosialt aspekt

Ernæring er mer enn energiinntak, og måltider kan også beskrives ut fra et sosialt og kulturelt perspektiv (Odenrants & Theander, 2013). Sosialt samvær og trivsel rundt måltidene er essensielle sykepleietiltak som kan bidra med å forebygge underernæring hos pasienter med KOLS (Sortland, 2016). Enslige og aleneboende eldre pasienter som bor hjemme er i større

risiko for utvikling av underernæring (Sortland, 2016). Dette støttes også av studien til Odenrants et al., (2013) hvor flere av de aleneboende pasientene var underernærte. Pasientene uttrykte at måltidsituasjonene førte til økt sosial ensomhet og isolasjon (Odenrants et al., 2013). De mente at sosialt samvær rundt måltidene var viktige, og pasientene som spiste og lagde mat sammen med andre mennesker hadde økt matinntak. Den sosiale støtten var en av de viktigste faktorene som påvirket den enkeltes ernæringinntak i en positiv retning (Shalit et al., 2016). Undersøkelser har vist at ved å tilrettelegge for bedre miljømessige forhold rundt spisesituasjonen og et trygt måltidsfellesskap kan være med å hindre både fysisk og psykisk redusering hos pasienten (Helsedirektoratet, 2013). Både pasientene og sykepleierne legger vekt på det sosiale rundt måltidene, og personalets tilstedeværelse kan bidra med å fremme appetitt hos enkelte pasienter (Sortland, 2016). Ernæring til pasienter er et av sykepleiernes ansvarsområde, og som sykepleier står en ovenfor et ansvar om å opprettholde trivsel og positiv atmosfære rundt måltider (Odenrants et al., 2013). Tross dette opplever sykepleierne i hjemmesykepleien at det er vanskelig å gjennomføre sosialt samvær med pasientene i matsituasjonene, da de uttrykker at bemanning og tid ikke strekker til (Meyer et al., 2017). Sykepleierne uttrykker at hjemmebesøkene er korte, og de tok seg derfor ikke tid til å sette seg ned sammen med pasientene for å spise (Meyer et al., 2017). Dette støttes også av erfaring fra praktisk arbeid, hvor sykepleierne ikke hadde tid til å sitte ned med pasienten under måltider. Dette gjorde at de fleste pasientene spiste måltidene alene. Pasientene uttrykket også her at de ønsket at sykepleierne skulle sette seg ned og hadde tid til en samtale. Når sykepleierne ikke har mulighet til å observere måltidsituasjoner grunnet bemanning og ressurser, kan det gi økt utfordringer ved oppfølging av pasientens ernæring og matvaner (Gjvjon, 2016).

Sammen med det sosiale og kulturelle behovet rundt ernæring, kan også aktiviteter rundt måltidene som handling, bæring og tilberedning av mat være gjøremål som begrenses hos pasienter med KOLS. Tungpust, tretthet og motløshet er faktorer som gjør at aktivitetene rundt og selve måltidsituasjonen blir nedprioritert hos flere pasienter (Odenrants & Theander, 2013). Ifølge studiene til Shalit et al., (2016) og Odenrants & Theander (2013) uttrykte flere pasienter at de hadde praktiske vanskeligheter med handling og matlaging, og var avhengig av hjelp fra helsepersonell, pårørende og venner. Over halvparten av de som bodde alene og var med i studien fikk hjelp til handling av matvarer på butikken. Noen av pasientene hadde støttende venner som hjalp til med shopping og matlagingsoppgaver, og dette gjorde det lettere for enkelte pasienter å oppnå tilstrekkelige måltidsituasjoner (Shalit et

al., 2016). Flere pasienter tok i bruk energisparende teknikker som frosne måltider eller at de lagte mat til flere måltider på en gang. Noen brukte hermetisk mat, smørbrød eller suppe (Shalit et al., 2016). Noen pasienter dro på servisesenter for å spise. Her fikk de tilbud om varm og næringsrik mat, samt sosialt samvær rundt måltidet (Odenocrants et al., 2007). På bakgrunn av dette og begrenset aktivitet kan mattilbudet hos enkelte pasienter bli ensidig og lite appetittvekkende (Helsedirektoratet, 2017). Sett ut fra erfaring fra praktisk arbeid hadde ikke sykepleierne tid eller mulighet til å bidra med handling eller tilberedning av mat. Ikke alle pasientene hadde pårørende som hadde mulighet til å bidra med enkelte gjøremål for å opprettholde en tilstrekkelig ernæringsstatus hos pasienten. Gjentatte ganger var måltidene ferdigmat fra butikken som ble varmet opp. Flere pasienter uttrykket at de var lei denne type mat, da det var ensidig og de ikke fikk velge hva de selv ønsket å spise. Med det uttrykket flere pasienter at motivasjonen for å spise var lav og lite appetittvekkende. Fra klinisk erfaring ble brukermedvirkning i matsituasjoner lagt lite vekt på, men i motsetning til dette legger flere studier vekt på viktigheten av medvirkning ved helsehjelpen og måltider. Studien til Odenocrants et al., (2007) vektla viktigheten av praktisk deltakelse ved aktiviteter og kognitiv deltakelse i planlegging av egenomsorg hos pasienten. Brukermedvirkning er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-1. Der står det at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Det skal så langt det er mulig ta hensyn til pasientens ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2013). Dette støttes også av Henderson (1998), hvor hun vektla at pasienten skulle gjenvinne helse slik at pasienten blir selvstendig fortest mulig. For at dette skal være mulig å oppnå, må pasienten bli inkludert, og sykepleier og pasient må sammen finne den beste løsningen rundt måltidsituasjonen og helsehjelpen for pasienten.

6 Avslutning

I denne oppgaven har det blitt sett på hvilke tiltak som kan forebygge underernæring hos pasienter med KOLS i hjemmesykepleien. I forebyggingsarbeidet mot underernæring må sykepleier tidlig ernæringskartlegge pasientene, da dette sikrer effektiv og nøyaktig ernæringsvurdering. Det kan brukes ulike kartleggingsverktøy i ernæringsvurderingen, og helsetjenesten må vurdere hva som er validert og effektivt i forholdt til tid og ressurser i hjemmesykepleien.

Videre må pasientens behandlingsopplegg individualiseres og skreddersys for å sikre tilstrekkelig oppfølging med krav fra juridiske og etiske rammeverk. Sykepleiernes undervisende funksjon er viktig, og forskning viser at kunnskap og informasjon til pasientene ikke blir tilstrekkelig formidlet. Dette må gis tidlig i sykdomsforløpet samtidig som sykepleiernes evne til å bygge gode relasjoner til pasienten er essensielt. Dette medfører at pasientene tidlig i sykdomsforløpet kan medvirke i behandlingen og opprettholde god helse. Dette støttes også av Virginia Hendersons sykepleieteori. Det sosiale og kulturelle rundt måltidsituasjonen er viktig hos flere eldre pasienter, og forskning viser at underernæring kan forebygges ved et trygt måltidsfelleskap og positiv atmosfære rundt måltider.

For at de aktuelle tiltakene kan igangsettes i hjemmesykepleien forutsetter det at den faglige kompetansen, bemanningen og tiden styrkes i kommunen og blant lederne. Dette vil da bidra for å kunne opprettholde kravet om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp.

Referanseliste

- Aagaard, H. (2019). Ernæring nedprioriteres ofte. *Sykepleien fagutvikling* 2005 93 (17) (68-69). Doi: <https://10.4220/sykepleiens.2005.0041>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I: Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. (4.utg., s. 81- 96) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301- 315). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. (2014). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 374- 389). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christensen, C. C., Grongstad, A. & Emtner, M. (2015). Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. Utg., s. 374- 386). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide. & Eide. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Engstad, T. (2016). Geriatri. I:S. Ørn og E. B. Gransmo (red.) *Sykdom og behandling* (2. Utg., s. 541-555). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjerlaug, A. M., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2017). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre, *Sykepleien Forskning*, vol 11(2), s. 148-156.DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>

- Gjevjon, E. R. (2016). Når profesjonell omsorg møter den eldre pasientens personlige liv-
juridiske, etiske og faglige utfordringer i hjemmesykepleien. I K. Glavin & E. R.
Gjevjon (Red.). *Sykepleie i kommunehelsetjenesten* (s. 212-225). Bergen:
fagbokforlaget
- Gjevjon, E. R. & Fjørtoft, A.- K (2016). Hjemmesykepleietjenesten. I K. Glavin, & E. R.
Gjevjon (red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten* (s. 38-44). Bergen: Fagbokforlaget
- Grundt, H & Mjell, J. (2016). Sykdommer I respirasjonsorganene. I: S. Ørn og E. B. Gransmo
(red.) *Sykdom og behandling* (2. Utg., s. 217-251). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2012). *KOLS. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging,
diagnostisering og oppfølging*. [Rundskriv IS-2029]. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av
underernæring*. [Rundskriv IS-1580]. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring, utfordringer, muligheter og
anbefalinger*. [Rundskriv IS-0611]. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsenorge. (2016). *KOLS- kronisk obstruktiv lungesykdom*. Hentet fra
<https://helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett
sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet. Hentet fra
[https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c214
45a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf)
- Helse- og omsorgstjensteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-
2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur: refleksjoner etter 25 år*. Gyldendal akademisk.

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

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

Kirkevold, M. (2014). Personsentert og individualisert sykepleie. I: Kirkevold, M.m Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg. s. 106-119). Oslo: Gyldendal akademisk

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Mensen, L. (2014). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 52- 57). Oslo: Gyldendal akademisk.

Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning* 2017 12 (61797)(e 61797). doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. Utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS

Norsk senter for dataforskning. (2017). *Norsk senter for dataforskning*. Henter fra <https://nsd.no/>

- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Sak til landsmøtet. Helsefremmende og forebyggende sykepleie*. <https://www.nsf.no/Content/763602/Saksnr.-pdf-filerSak%204.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Odenchrants, S. (2020). Sigrid Odenchrants. Hentet fra https://www.oru.se/english/employee/sigrid_odenchrants
- Odenchrants, S., Bjuström, T., Wiklund, N., & Blomberg, K. (2013). Nutritional status, gender and marital status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(19/20), 2822-2829 8p. doi:10.1111/jocn.12222
- Odenchrants, S., Ehnfors, M., & Grobe, S. (2007). Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): part II. RNs' experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 21(1), 56-63 8p. Doi:[10.1111/j.1471-6712.2007.00441.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00441.x)
- Odenchrants, S. & K. Theander (2013). Assessment of nutritional status and meal-related situations among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Primary health care obese patients; a challenge for the future. *I: Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), s.977-985. Doi: [10.1111/j.1365-2702.2012.04184.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04184.x)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A.- H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 162- 173). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Shalit, N., Tierney, A., Holland, A., Miller, B., Norris, N. & King, S. (2016). Factors that influence dietary intake in adults with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Nutrition and Dietetics*. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1747-0080.12266>

Slettebø, Å. (2016). Forskningsetikk. I: Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. (4.utg., s. 241- 257) Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

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

Thoresen, L., Borchsenius, C. & Sjøen, R-J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk, pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget

4.1 Vedlegg 2: MNA

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Etternavn:		Fornavn:		
Kjønn:	Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:	Dato:

Besvar undersøkelsen (screeningen) ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre, fortsett med del II for å få en samlet vurdering av ernæringsstilstanden.

Screening, del I

A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?
0 = betydelig redusert matinntak
1 = noe redusert matinntak
2 = ingen endring i matinntaket

B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene
0 = vekttap over 3 kg
1 = vet ikke
2 = vekttap mellom 1 og 3 kg
3 = ikke vekttap

C Mobilitet
0 = seneliggende / sitter i stol
1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute
2 = går ute

D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene?
0 = ja 2 = nei

E Neuropsykologiske problemer
0 = alvorlig demens eller depresjon
1 = mild demens
2 = ingen psykologiske lidelser

F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde(m) x høyde(m)]
0 = BMI mindre enn 19
1 = BMI 19 til mindre enn 21
2 = BMI 21 til mindre enn 23
3 = BMI 23 eller større

Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng)

12 - 14 poeng: Normal ernæringsstatus
8 - 11 poeng: Risiko for underernæring
0 - 7 poeng: Underernært

For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R

Screening, del II

G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)
1 = ja 0 = nei

H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag
0 = ja 1 = nei

I Trykksår eller hudsår
0 = ja 1 = nei

J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?
0 = 1 måltid
1 = 2 måltider
2 = 3 måltider

K Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja nei
- To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja nei
- Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag ja nei

0.0 = hvis 0 eller 1 ja
0.5 = hvis 2 ja
1.0 = hvis 3 ja

L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?
0 = nei 1 = ja

M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?
0.0 = mindre enn 3 kopper
0.5 = 3 til 5 kopper
1.0 = mer enn 5 kopper

N Matinntak
0 = ikke i stand til å spise uten hjelp
1 = spiser selv med noe vanskeligheter
2 = spiser selv uten vanskeligheter

O Eget syn på ernæringsmessig status
0 = ser på seg selv som underernært
1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand
2 = ser ikke på seg selv som underernært

P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?
0.0 = ikke like bra
0.5 = vet ikke
1.0 = like bra
2.0 = bedre

Q Overarmens omkrets (OO) i cm
0.0 = OO mindre enn 21 cm
0.5 = OO 21 til 22 cm
1.0 = OO mer enn 22 cm

R Leggkrets (LO) i cm
0 = LO mindre en 31 cm
1 = LO 31cm eller større

Screening, del II (maks. 16 poeng)

Screening, del I

Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)

MNA resultat

24 til 30 poeng Normal ernæringsstatus
17 til 23.5 poeng Risiko for underernæring
Mindre enn 17 poeng Underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Saliva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Se mer info på: www.mna-elderly.com

(Helsedirektoratet, 2013)

4.2 Vedlegg 3: Ernæringsjournalen

Pasientdata
Navn
Alder

Ernæringsjournal

1. Høyde
målt liggende målt stående m dato:

2. Vekt og vektutvikling
• Tidligere vekt:kg mnd/år:
• Vekt ved innleggelse:kg dato:
• Vekt ved registrering:kg dato:

• Vekttap/vektøkningkg% over antall mndr/år.....
(se nærmere veiledning på baksiden)

Vekt skal videre kontrolleres 1 g/uke i sykehus og 1g/mnd i sykehjem, og vektendringer skal bedømmes.
Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer /dårlig ernæringsstatus skal veies 1g/uke.

3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI)
(se veiledning for utregning på baksiden)

4. Andre ernæringsrelaterte data (kryss av og skriv anmerkninger)

• Nedsatt matlyst	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Tannproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Tygge/svelgeproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Munnsårhet/munntørrehet	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Kvalme/oppkast	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Forstoppelse/diaré	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Ødemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Grippe/bevegelsesproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Trenger hjelp til å spise	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Synsproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>

Anmerkninger (se baksiden)
.....
.....
.....

5. Vurdering (se baksiden):
.....
.....
.....
.....

Ernæringsnettbat 2005

(Helsedirektoratet, 2013)