



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1076

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hvordan kan sykepleiere bidra til et forbedret kosthold hos underernærte pasienter med kols?

Antall ord *: 8835

Tro- og loverklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Ja**
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

Tittel: ”Hvordan kan sykepleiere bidra til et forbedret kosthold hos underernærte pasienter med kols?”

Kull: 2015

Antall ord: 8835

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Hvordan kan sykepleiere bidra til et forbedret kosthold hos
underernærte pasienter med kols?

Bachelor i sykepleie
Høgskulen på Vestlandet, Avdeling Haugesund 2018
Kull 2015

Sammendrag

Bakgrunn: Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en av de hyppigste årsakene til død verden over og et av de vanligste problemene for personer med kols er underernæring. Opptil 40% av pasienter utenfor sykehuset er underernærte og overlevelsesstudier viser en betydelig høyere dødelighet blant undervektige enn overvektige pasienter med kols. Studier viser at mange pasienter med kols mangler informasjon om viktigheten av ernæring ved kols og det er derfor et stort behov for at de får den informasjonen de trenger for å kunne opprettholde og forbedre ernæringsstatusen sin.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleiere bidra til et forbedret kosthold hos underernærte pasienter med kols?”

Hensikt: Få økt kunnskap og forståelse om hvordan en kan forbedre kostholdet til de underernærte pasientene med kols, da det er avgjørende for prognosen og symptombildet.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie. Relevant forskning, litteratur og teori ble benyttet til å belyse problemstillingen.

Funn: Problemer med sykdommen og fravær av sosial støtte er blant de viktigste faktorene som påvirker pasienter med kols sitt ernæringsmessige inntak. Mange manglet også kunnskap og hadde ikke fått informasjon om viktigheten av god ernæringsstatus når en har kols. Hjemmesykepleien fikk lite opplæring og følte de manglet kunnskap om ernæring som mest var basert på erfaring.

Oppsummering: Det må bli et økt fokus på tidlig identifisering for pasienter med kols for underernæring da de har stor risiko for det. Ved å ha klare retningslinjer og gode rutiner for hvilken screening som skal brukes og hvilke tiltak som kan tilrettelegges blir det mer struktur på arbeidet. Det er viktig at sykepleierne har kunnskap, forståelse og interesse for ernæring med fokus på samarbeid og tilretteleggelse av informasjon for pasienten. For å styrke ernæringsarbeidet er det viktig at en fortsetter med å dele erfaringer og kritisk vurderer hvordan de standardiserte kartleggingsverktøyene kan kvalitetssikres i praksis. Det kreves også et tett samarbeid mellom pasient, de pårørende, ledelsen og personalet i hjemmesykepleien.

Abstract

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the frequent cause of death worldwide and is one of the most normal problem for people with COPD is malnutrition. Up to 40% of the pasients outside the hospital has malnutrition and survival studies show a considerable higher mortality among the malnutrition than the owerveight pasients with COPD. Studies show that many pasients with COPD don't get the information they need to maintain and prepare their nutrition status.

Research question: "How can nurses contribute to improve a better diet among malnutrition pasients with COPD?"

Purpose: Get more knowledge and understanding about how to improve the diet of the malnutrition pasients with COPD, as it is essential for the prognosis and the symptoms.

Method: The assignment is a literature study. Relevant research, literature and theory were used to elucidate the issue.

Results: Problems with the disease and the absence of social support are among the most important factors that affect pasients with COPD nutritional intake. Many also lacked knowledge and hadn't received information about the importance of good nutrition status when they have COPD. The nurses in homecare received little training and felt they lacked knowledge about nutrition that was mostly based on their experience.

Summary: There must be an increased focus on early identification for pasients with COPD for malnutrition as they are at high risk. Having clear guidelines and good practice for wich screening to be used and what measures can be facilitated will make it more structured for the work. It's important that the nurses have knowledge, understanding and have interest in nutrition, focusing on cooperation and facilitating information for the patient. In order to strengthen work of good nutrition, it's important that one continues to share experiences and critically assess how the standardized mapping tools can be quality assured in practice. Close collaboration between patiens, relatives, management and staff in the home nursing is also required.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunnen for valg av tema sett i samfunnsrelatert perspektiv	1
1.2 Personlig relevans	1
1.3 Hensikt	1
1.3 Sykepleiefaglig problemstilling	1
1.4 Avgrensing og presisering	2
2.0 Teori	3
2.1 Sykepleieteoretiker	3
2.2 Kronisk obstruktiv lungesykdom	3
2.3 Underernæring	4
2.3.1 Hvorfor blir pasienter med kols underernærte?	4
2.3.2 Ivaretagelse av ernæringsbehov hos pasienter med kols	4
2.3.3 Nasjonale faglige retningslinjer	5
2.4 Sykepleierens ansvarsområde	5
2.4.1 Health Literacy	6
2.4.2 Pedagogikk – sykepleierens pedagogiske funksjon	6
2.4.3 Samhandling	7
2.5 Hjemmesykepleie	7
3.0 Metode	8
3.1 Hva er metode	8
3.2 Valg av metode	8
3.3 Kvantitative og kvalitative metoder	9
3.4 Litteratursøk	9
3.5 Kildekritikk	10
3.6 Forskningsetikk	11
4.0 Resultat	12
Artikkel 1	12
Artikkel 2	13
Artikkel 3	14
Artikkel 4	14
Artikkel 5	15
Artikkel 6	15
5.0 Drøfting	17
5.1 Utfordringer hos pasienter med kols for å få i seg tilstrekkelig ernæring	17

<i>5.2 Kompetansenivå</i>	19
5.2.1 Helsepersonellets kompetanse	19
5.2.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon	20
<i>5.3 Kartlegging av pasientens ernæringsstatus</i>	22
5.3.1 Tidspres	22
5.3.2 Bemanning	23
5.3.3 Ledelsesforankring	24
5.3.4 Samhandling	24
<i>5.4 Ernæringsplan</i>	26
5.4.1 Oppfølging av ernæringsplan	26
6.0 Avslutning	28
7.0 Referanseliste	29
Vedlegg 1: Oversikt over søk	I
Vedlegg 2: Funn av artikler sett ut i fra søkefremstilling	III
Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie	IV

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunnen for valg av tema sett i samfunnsrelatert perspektiv

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en av de hyppigste årsakene til sykdom og død verden over. Antall sykehusinnleggelse stiger for kolspasienter med behandlingstrengende akutt forverring i respirasjonen. Kols er nå den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelse sammenliknet med andre sykdommer i respirasjonsorganene (Mjell, 2011, s. 231). På landsbasis betyr resultatene fra den siste Tromsøundersøkelsen at omtrent 150 000 over 40 år har kols, og mellom 50 000 og 75 000 av disse blir behandlet for kols i helsetjenesten (Nafstad, 2018). Et av de vanligste problemene for personer med kols er underernæring. Man regner med at opptil 40 % av pasientene utenfor sykehuset er underernærte. Overlevelsesstudier har hele tiden vist en betydelig høyere dødelighet hos undervektige enn overvektige pasienter med kols (Hjalmarsen, 2012, s. 124).

1.2 Personlig relevans

Etter å ha jobbet over 5 år på lungeavdelingen på sykehuset som helsefagarbeider har jeg vært i kontakt med mange pasienter med kols som er underernærte. Mange av pasientene har jeg prøvd å motivere til å spise, men jeg har oppfattet det som at de ikke vet hvor viktig ernæringen er og de er mest opptatt av den medikamentelle behandlingen. Selv om den medikamentelle behandlingen er viktig og sykepleierne på avdelingen er flinke til å oppfølge dette, observerer jeg ofte at ernæringen blir nedprioritert. Andre faktorer som jeg har observert påvirker pasientens matinntak er at pasientene med kols blir som regel innlagt på sykehus med akutt kols – forverring eller pneumoni, noe som gjør de så tungpustet at de har vansker med å spise.

1.3 Hensikt

Da ernæringsstatusen er avgjørende for prognosen og symptombildet hos pasientene med kols er det viktig med økt forståelse og kunnskap innen ernæring blant helsepersonell. Jeg ønsker å finne ut av hvordan man kan forbedre kosten hos underernærte pasienter med kols.

1.3 Sykepleiefaglig problemstilling

”Hvordan kan sykepleiere bidra til et forbedret kosthold hos underernærte pasienter med kols?”

1.4 Avgrensning og presisering

Kols er vanlig i befolkningsgruppen 60 – 74 år (Almås, Bakkkelund, Thorsen & Sorknæs, 2011, s. 123). Siden underernæring ved kols er like risikabelt uansett alder, har jeg valgt å ta med alle aldre. Gjennom forskningen ligger likevel fokuset mest på de eldre. Oppgaven handler om pasienter med kols i stabil fase i hjemmet. Det vil derfor ikke fokuseres på pasienter med kols – forverring som er innlagt på sykehus, men heller på pasienten som er hjemme og som får hjelp av hjemmesykepleie. Samtidig blir eventuelle pårørende viktige samarbeidspartnere for hjemmesykepleien og er derfor relevante i oppgaven. Begge kjønn vil bli inkludert.

2.0 Teori

I teoridelen har jeg tatt med sykepleieteoretikeren Florence Nightingale for å beskrive hennes syn på blant annet ernæring og sykepleie. Jeg vil forklare hva kols og underernæring er hver for seg før jeg retter det mot hvorfor pasienter med kols blir underernærte og konsekvensene det har. Jeg har tatt med noe av ansvarsområde til sykepleiere og forklart hva hjemmesykepleie er. Begrepene ”health literacy”, pedagogikk og samhandling vil bli presentert.

2.1 Sykepleieteoretiker

Florence Nightingale var den første til å formulere den klare sammenhengen mellom sykdom, tilheling, kosthold og sykepleie:

Den som setter pasientens mat ved hans side og håper han vil spise etter hvert, forhindrer ganske enkelt at han får i seg mat i det hele tatt (...) Hvis sykepleieren er en intelligent person, og ikke bare en tallerkenbærer i fast rute til og fra pasienten, så bør denne personen bruke sin intelligens også i denne forbindelse

(sitert i Sortland, 2015, s. 13).

Nightingale sier at når vi betrakter sykdom er det en ting som slår en erfaren sykepleier. Det er at symptomene som vanligvis kommer fra sykdommen, kan være mangel på omsorg i sammensetningen av blant annet kostholdet (Nightingale, 1997, s. 30). Hun forklarer i sin bok om at dårlig ernæringsstatus ofte skyldes manglende oppmerksomhet hos sykepleiere. En god sykepleier bruker sunn fornuft og erfaringer for å finne ut i hva som hindrer pasienten i å spise tilstrekkelig (Nightingale, 1997, s. 102 – 103).

2.2 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Kronisk obstruktiv lungesykdom er karakterisert av luftstrømsobstruksjon som ikke lar seg reversere eller normalisere (Gulsvik et al., 2012, s. 22). Sykdommen medfører en kronisk obstruksjon av luftstrømmen i lungene slik at det forstyrrer normal pusting. Forsnevringen forverres av blant annet økende betennelsesreaksjoner i lungene. Den kan ikke kureres, men kan bedres ved rett behandling (Hjalmarsen, 2012, s. 71). Forekomsten tiltar ved røyking, økende alder, lav sosioøkonomisk status og generell luftforurensing (Mjell, 2011, s. 231).

2.3 Underernæring

Underernæring oppstår når en persons inntak av energi og næringsstoffer er så lavt at en går ned i vekt. Jo mindre en spiser, desto større risiko for å bli underernært (Sortland, 2015, s. 165). Meget lavt energiinntak defineres som et daglig energiinntak som er lavere enn 6,5 MJ (1500 kcal). Ved så lave energiinntak er det en betydelig risiko for at kostholdet ikke gir tilstrekkelig tilførsel av blant annet vitaminer og mineraler (Helsedirektoratet, 2014, s. 23). Sykdom er den viktigste årsaken til underernæring og risikogrupper er blant annet eldre, enslige og aleneboende, pasienter med kroniske lidelser og hjerte- og lungesyke (Sortland, 2015, s. 165).

2.3.1 Hvorfor blir pasienter med kols underernærte?

Underernæring er vanlig og ofte underdiagnostisert ved kols. Det finnes flere årsaker som blant annet nedsatt kaloriinntak og vekttap, økt sekresjon av markører for inflammasjon, økt metaboliseringshastighet på grunn av det økte pustearbeidet, legemidler (sympatikometika) og anoreksi. Pasienter med kols har ofte muskelsvekkelse og atrofi fordi de ofte er stillesittende på grunn av det økte pustearbeidet, og etter hvert kan dette forårsake pusteproblemer i hvile. Det finnes også økende bevis på at kronisk oksygenmangel leder til en rekke endringer i energikjedene som regulerer appetitten og energibalansen, noe som spiller en viktig rolle (Hjalmarsen, 2012, s. 124 – 125).

Konsekvensene av underernæring hos pasienter med kols er ytterligere ødeleggelse av lungenes struktur og funksjon, nedsatt immunforsvar og pustekontroll, samt dårligere styrke og utholdenhet på respirasjonsmusklene (Borchsenius, 2013). Ved underernæring vil muskelmassen reduseres og viktig muskulatur som skjelettmuskulatur, respirasjonsmuskulatur og hjertemuskelen vil svekkes over tid. Dette gir blant annet nedsatt mobilitet og redusert hostekraft. Immunsystemet som blir nedsatt fører til økt utsettelse for infeksjoner som pneumoni. Et resultat av svekket immunforsvar og atrofi av brystmuskulaturen er sekundær pneumoni som kan føre til død (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 217).

2.3.2 Ivaretagelse av ernæringsbehov hos pasienter med kols

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) anbefaler fem til seks måltider i løpet av dagen, fordelt på fire hovedmåltider og ett til to mellommåltider. Pasienter med kols har lettere for å få i seg små og hyppige måltider. De som da ikke klarer å øke matinntaket

tilstrekkelig, kan supplere med næringsdrikker etter måltid (Hjalmarsen, 2012, s. 129). Fullverdige næringsdrikker skal inneholde karbohydrater, proteiner og fett. Næringsdrikk kan brukes som eneste kostkilde i tillegg til nøkkelrådkost/normalkost (Helsedirektoratet, 2012, s. 182). Alt arbeid og alle oppbyggingsprosesser i organismen krever energi og menneskekroppen trenger over femti forskjellige næringsstoffer. Kroppen er i ernæringsmessig balanse når den får nok tilførsel av vann, proteiner, karbohydrater, kostfiber, fett, mineraler, vitaminer og sporstoffer som dekker kroppens behov. Det er viktig å beregne energibehovet. Tommelfingerregelen er 30 kcal per kilo kroppsvekt hos voksne, men det kan variere hos syke (Sortland, 2015, s. 30 – 34). *Verdens helseorganisasjon* (WHO) har fastsatt grenseverdier for kroppsmasseindeks (KMI) hos voksne som er ment med hensyn til alle typer sykdom. KMI regnes ut for vekt i forhold til høyde og er lik vekten delt på kvadratet av høyden. Uansett alder og kjønn hos voksne er en KMI på 18,4 eller mindre kvalifisert som undervekt (Folkehelseinstituttet, 2015).

2.3.3 Nasjonale faglige retningslinjer

Helsedirektoratet (2013) har opprettet *Nasjonale faglige retningslinjer*, som skal bidra til å sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring. Målet med retningslinjene er at underernærte og de med ernæringsmessig risiko blir identifisert og får en målrettet ernæringsbehandling. Målgruppen er helsepersonell som jobber med voksne og eldre i spesialist- og primærhelsetjenesten, samt ledelsen ved de aktuelle virksomhetene i helsetjenesten. Retningslinjene inneholder informasjon om årsaker, forekomst og konsekvenser av underernæring og effekten av ernæringsbehandling (Guttorsmen et al., 2013, s. 7). Det finnes flere ulike kartleggingsverktøy for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. I primærhelsetjenesten anbefales MNA og MUST, mens NRS 2002, SGA eller Ernæringsjournal kan anvendes som et alternativ. Pasienter med risiko eller som har underernæring har behov for en utredning som kobles til en ernæringsplan med tiltak og oppfølging for å forebygge og behandle underernæringen tilstrekkelig. Ernæringsplanen skal inneholde pasientens energi- og væskebehov, energi- og væskeinntak, samt tiltak (Guttorsmen et al., 2013, s. 16 - 17).

2.4 Sykepleierens ansvarsområde

Målet med ernæringsarbeidet hos sykepleiere er tredelt:

- å identifisere de som har eller er i ferd med å utvikle underernæring

- å fremme ernæringstilstanden og forebygge risikopasienter
- å bedre ernæringstilstanden hos underernærte pasienter

(Brodtkorb, 2008, s. 254). Siden sykepleieren har det daglige ansvaret for pasienter har hun ansvar for å kartlegge og vurdere pasienten sin ernæringsstatus og følge opp den ernæringsbehandlingen som er ordinert. Det er viktig at å engasjere seg i pasientens ernæring og utføre nødvendige tiltak for å sikre tilstrekkelig inntak av energigivende næringsstoffer (Sortland, 2015, s. 16).

2.4.1 Health Literacy

Ved hjelp av Nutbeam og Pettersen defineres ”health literacy” som: *”personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse”* (sitert i Jenum & Pettersen, 2016). Safeer og Keenan sier at en del pasienter har problemer med å forstå og anvende muntlig og skriftlig informasjon som de mottar fra helsetjenesten (sitert i Jenum & Pettersen, 2016). I følge Nutbeam og Pettersen brukes ”health literacy” for å belyse dette problemet, og er et relativt nytt begrep i klinisk praksis og folkehelsearbeid (sitert i Jenum & Pettersen, 2016). Sykepleieren har ansvar for å tilrettelegge informasjonen til pasienter til deres evne til å kunne forstå helseinformasjonen (Jenum & Pettersen, 2016).

2.4.2 Pedagogikk – sykepleierens pedagogiske funksjon

Begrepet helsepedagogikk handler om både det teoretiske grunnlaget for hva som kan iverksettes for å legge til rette for blant annet samhandling og aktiv medvirkning med pasienten og pårørende. Den generelle hensikten med pasient – og pårørendeopplæringen er kompetanseutvikling (Tveiten, 2016, s. 83 - 86). Sykepleieren har ansvar for å rette undervisning og veiledning til pasient og pårørende. Sykepleierfunksjonen er knyttet til behovet de har for kunnskap og forståelse. Integret i undervisningen og veiledningen gir sykepleieren informasjon og støtte (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 19). For å kunne informere og veilede må sykepleieren bli kjent med pasienten for å vite noe om ressursene, ønskene og behovet (Gammersvik, 2012 s. 109). De pårørende kan være en stor ressurs, og kan ofte ha viktige kunnskaper om pasientens matvaner (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 229).

2.4.3 Samhandling

Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 forutsetter gradvis og langsiktig omstilling i helse- og omsorgssektoren med sikte på å møte det økende antall med eldre og å bedre samhandlingen mellom aktørene i helse- og sosialsektoren (Henriksen, 2012, s. 57). Et tverrfaglig team består av ulike yrkesgrupper som samarbeider. Det kombineres da mellom ulike kunnskaps- og ferdighetsområder, teori og metoder som ingen av yrkesgruppene i teamet alene besitter. Gjennom det tverrfaglige perspektivet ses pasientens situasjon i mer helhet og det forventes å gi bedre resultat enn om hver av yrkesgruppene arbeider hver for seg. I senere år er det blitt dokumentert at det tverrfaglige samarbeidet gir grunnlag for økt kvalitet, pasienttilfredshet og trivsel i arbeidet (Kristoffersen, 2011, s. 311 – 313). Lege og ernæringsfysiolog er sykepleierens viktigste samarbeidspartnere innenfor ernæringsarbeidet (Brodtkorb, 2008, s. 266). I det tverrfaglige arbeidet for ernæring har legen ansvaret for blant annet planlegging og koordinering, undersøkelse og behandling innen ernæring (Helsedirektoratet, 2012, s. 56). En klinisk ernæringsfysiolog har kompetanse i ernæringsbehandling til de syke, kan gi forebyggende kostholdsråd og bidra i ernæringsbehandlingen av syke (Sortland, 2015, s. 16).

2.5 Hjemmesykepleie

I og med at hjemmesykepleie utøves i hjemmet til pasienten retter fagområdet seg i skjæringspunktet mellom ”det daglige livet i hjemmet” og offentlig tjenesteyting. Hjemmesykepleie har ikke en spesiell definisjon, men kan bli beskrevet som helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utøves av profesjonelle til pasienten og pårørende i pasientens eget hjem. Fokuset er primært rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov (Birkeland & Flovik, 2014, s. 13 – 15).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

En metode er en fremgangsmåte og et løsningsmiddel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Vi trenger ulike metoder for å få frem ny kunnskap og til å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige og holdbare. Allmenngyldige krav til enhver metode er å overholde intellektuelle standarder i argumentasjonen. Allmenngyldige krav er at metoden skal være ærlig og vise sannheten. Den skal også hjelpe til med å tenke og systematisere våre tanker. For å velge en bestemt metode skal den bestemte metoden enge seg best for å belyse det spørsmålet eller problemstillingen vi har stilt på best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51).

3.2 Valg av metode

I denne oppgaven benyttes et litteraturstudie. I en litteraturstudie er det litteraturen en studerer; det som allerede er undersøkt og skrevet om i virkeligheten (empirien) av artikkelforfattere. Selve materialet i en litteraturstudie er da den allerede eksisterende kunnskapen som er presentert i artikler som en har hentet fra databaser (Støren, 2013, s. 16 – 17). Innenfor forskning i sykepleie er det vanlig å gjøre systematiske litteraturstudier basert på data fra primærkilder i form av publiserte vitenskapelige artikler eller rapporter. Dette vil si at artikkelen eller rapporten er skrevet av personen(e) som har gjennomført undersøkelsen. Litteraturstudier kan gjøres på forskjellige måter og det finnes ingen metodemal. De kravene som må være oppfylt er problemstilling og formål, litteratursøk, gjennomgang, analyse og diskusjon av funnene, samt en rapport/konklusjon (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 63).

For å finne relevant teori til problemstillingen, har jeg lest i fagbøker, fagartikler, retningslinjer, forskningsartikler og lovverk.

3.3 Kvantitative og kvalitative metoder

Både kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder bidrar på hver sine måter for en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. De kvantitative metodene har fordelen av at de gir data i form av målbare enheter. Tallene gir en mulighet til å finne for eksempel gjennomsnittlig inntekt i befolkningen eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av sosialhjelp. De kvalitative metodene gir oss ikke noe tallfast eller målbart, men tar sikte på å fange opp mening og opplevelse (Dalland, 2017, s. 52). Hensikten med kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, forventinger og holdninger. En kvalitativ tilnærming handler om å finne meningssammenhenger og dataene blir innhentet gjennom intervjuer, observasjoner og feltarbeid. Man kan få dybdekunnskap, som betyr at man får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 77 – 78).

Jeg har valgt fem kvalitative forskningsartikler og en kvantitativ forskningsartikkel. Grunnen til flest kvalitative er fordi jeg ville finne ut av sykepleierens, pasientens og pårørendes personlige meninger og opplevelse. En svakhet med kvalitativ forskning er at det er den enkeltes opplevelse og kan derfor ikke generaliseres, men kan vise en tendens til opplevelse. Jeg tok også med en kvantitativ forskningsartikkel da denne gav data i form av målbare enheter og regnet ut gjennomsnittet. Den stiller sterkere ved at det er påviselige fakta som kan generaliseres for befolkningen.

3.4 Litteratursøk

Jeg har brukt Cinahl, Svemed, Pubmed og Sykepleien.no for litteratursøk, hvor jeg har funnet relevante forskningsartikler. For å finne pensumlitteratur har jeg sett på referanselistene i fag, letet fram bøker på biblioteket og lest tidligere studentoppgaver for å finne gode primærkilder. For å velge ut god litteratur har jeg hatt fokus på relevans, gyldighet og holdbarheten som helst ikke skal være under 5 år (2013 – 2018). De gangene jeg ikke har funnet det har jeg utvidet søket til 10 år (2008 – 2018). Grunnlaget for å søke er forståelse for hva en leter etter. Problemstillingen og tema skal ligge i bakhodet når en søker etter litteratur slik at en vet hvilke søkeord som kan bli brukt og det gir et bredt bilde og beskrivelse av temaet når en søker (Dalland, 2017, s. 153). En må være forberedt på å søke i flere databaser for å finne det en leter etter, være kreativ og bruke flere søkeord for å kunne finne relevant litteratur (Støren, 2013, s. 18).

Jeg har brukt ulike søkeord og noen ga mange resultat. For å kunne skille ut de som svarer på problemstillingen leste jeg først gjennom overskriftene. Hvis jeg fant en overskrift som fanget interesse, leste jeg sammendraget for å se om dette kunne svare på min problemstilling.

Dersom sammendraget virket relevant, leste jeg hele forskningsartikkelen for å sikre meg om at det svarte godt nok på problemstillingen og hvilke resultater forskningsartikkelen gav. Som vedlegg har jeg presentert søkene mine.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er å bruke kilder på en informert og reflektert måte, slik at forskeren i størst mulig grad kan trekke holdbare konklusjoner. Når dokumenter analyseres innenfor sykepleieforskning, kommer vi ikke utenom kildekritikk. Kildene må vurderes, tolkes og analyseres (Christoffersen et. al., 2015, s. 60). Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig om kildegrunnlaget beskriver hvorfor litteraturet er valgt og hvordan utvalget er gjort. Opplysningene skal være sanne, og opphavet til kilden må sjekkes om er troverdig. Det må beskrives om hvilken type kilde det er snakk om og vurderes i forhold til om den er relevant til valgt tema og problemstilling (Dalland, 2017, s. 152 – 153).

Jeg har brukt IMRAD – strukturen til å velge forskningsartikler og sjekklister som er hentet fra helsebiblioteket.no, for å sjekke om det er en god artikkel. Sjekklisten danner grunnlaget for den kritiske vurderingen som er blitt foretatt av artiklene. Sjekklisten er lagt til som vedlegg.

Da jeg hadde funnet en forskningsartikkel så jeg på studiens relevans, først fra tittel og sammendraget før jeg leste hele forskningsartikkelen. Ved å lese på innholdet på flere forskningsartikler falt valget på seks stykker som jeg syntes svarte på problemstillingen. Alle artiklene er relevante i Norge.

Oppgaven er skrevet i henhold til Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for oppgaveskriving. Sitater skal være korrekt angitt og det er tatt avstand fra plagiat.

3.6 Forskningsetikk

Forskningsetikk er et område innenfor etikken som har med vurdering av forskning i forhold til samfunnets normer og verdier. Forskningsetikken skal være i bakhodet under planlegging og valg av problemstilling, hvilken metode som skal anvendes og hvordan resultatene skal anvendes. Forskningsetikken handler om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i en forskning ikke skal bli påført noe skade eller unødvendige belastninger. Det skal heller ikke skje noe på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd for at forskningen skal vinne ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 236). Alle som forsker innenfor helsefagene må gjøre det etisk forsvarlig og dette er regulert av Helseinkideklarasjonen. Helseinkideklarasjonen inneholder veiledende regler for helsepersonell som forsker og gjør studier som omfatter mennesker (Christoffersen et al., 2015, s. 43).

Ved funn av relevante forskningsartikler ble det undersøkt om forskningen er etisk godkjent. Slik at en kan vite at deltakerne i forskningen ikke har blitt påført skade eller unødvendig belastning, at de er informert på forhånd om hva som skal forskes på, samt at deltakerne er informert om muligheten for å trekke seg fra forskningsprosjektet. Alle artiklene benyttet i denne oppgaven er etisk forsvarlig og overholder bestemmelsene i henhold til helseinkideklarasjonen.

4.0 Resultat

Her presenterer jeg valgte forskningsartikler. Hovedfunnene i artiklene har jeg valgt å skrive under hver artikkel istedenfor oppsummert på slutten.

Artikkel 1

Navn: Factors that influence dietary intake in adults with stable chronic obstructive pulmonary disease

Forfattere: Shalit, N., Tierney, A., Holland, A., Miller, B., Norris, N. & King, S. (2016).

Hensikt: Å identifisere faktorer som påvirker matinntaket hos stabile pasienter med kols som deltar i lungerehabiliteringsprogrammer ved hjelp av en kvalitativ metode.

Metode: Denne kvalitative studien undersøkte 30 deltakere med stabil kols, som deltok i lungerehabiliteringsprogrammer. De gjennomførte et validert spørreskjema for matfrekvens og deltok i et halvstrukturert intervju for å utforske påvirkninger av matvalg. Kvalitative svar ble undersøkt ved hjelp av tematisk analyse for å identifisere store barrierer og se hva som danner en næringsrelatert atferd.

Resultat: Resultatet viser personer med kols sine vanlige barrierer for å kunne spise tilstrekkelig blant annet begrenset sosial støtte, tap av matlyst og fysiske begrensninger som følger med sykdommen: tungpust, svelgeproblemer og tretthet. Inkludert viktigheten av støtte fra andre for matinnkjøp og matlaging sammen med andre, samt selskap under måltidene. Studien viser at problemer med sykdom og fravær av sosial støtte er blant de viktigste faktorene som påvirker individets ernæringsmessige inntak, målt ved å vurdere livskvaliteten. Mange av deltakerne ønsker en tilnærming til ernæringsstøtte og en ernæringsplan fra fagfolk med kunnskap om ernæring. Mange manglet også kunnskap om viktigheten av ernæring og spesifikke kosttilskudd som er viktige når en har kols. De så mer på sunt kosthold for å skape en generell helse i stedet for å tenke på sykdommen.

Denne studien valgte jeg fordi den utlyser viktigheten av tidlig identifisering og vurdering av ernæringsrisikoen ved kols, sammen med undersøkelser om økonomi, støttenettverket og fysiske begrensninger som påvirker matvanene og matkvaliteten når en lider av kols. Den er sett av personer med kols sitt syn, noe som er viktig, da det er livskvaliteten deres som blir påvirket ved dårlig sykepleie og dårlig ernæring. Selv om studien er fra Australia, anser jeg dette som relativt likt som i Norge. Hovedfunnene i artikkelen var at ernæringsvurdering av pasienter med kols bør omfatte fysiske og sosiale forhold som påvirker matinntaket og

støttenettverket som fremmer et sunt kosthold. Ernæringsvurderingen bør skreddersys for individuelle forhold, med hyppig oppfølging for å opprettholde og tilpasse seg endringer av klinisk status.

Artikkel 2

Navn: Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien

Forfattere: Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017).

Hensikt: Å utforske hvordan hjemmesykepleierne fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis sett i lys av kravene i *Nasjonale faglige retningslinjer* for forebygging og behandling av underernæring.

Metode: En kvalitativ studie med analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter.

Datamaterialet omfatter 12 gruppesamtaler med 19 sykepleiere fra 2 kommuner.

Resultat: Funn i studien viser at det er viktig å stille kritiske spørsmål hvorvidt de *Nasjonale faglige retningslinjene* tar tilstrekkelig hensyn til den hjemmebaserte konteksten.

Hjemmesykepleierne har begrenset mulighet for å gjennomføre nøyaktig registrering av mat – og drikkeinntak i løpet av døgnet. For å gjennomføre systematiske vurderinger av ernæringsmessig risiko innenfor eksisterende ressurser i hjemmesykepleien krever tett samarbeid mellom den enkelte pasient, de pårørende, ledelsen og personalet i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleierne vurderte at det pasientnære og praktiske ernæringsarbeidet var betydningsfullt i praksis. Pårørende uttrykte takknemlighet over kartleggingen og den faglige oppmerksomheten rundt det manglende matinntaket og vekttapet. Sykepleierne var samstemte i at systematisk kartlegging må forankres i kommunen og hjemmesykepleiens ledelse og at det må være rutine på det.

Denne studien fant jeg relevant for å se sykepleierens syn på de *Nasjonale faglige retningslinjene* for forebygging og behandling av underernæring. Hovedfunnene var at ledelsesforankring er viktig når systematisk ernæringskartlegging skal innføres. Det er nødvendig å forstå hvorfor underernæring oppstår og hvilke tiltak som skal følges opp for å planlegge de langsiktige endringsstrategier. Å gjennomføre systematiske vurderinger innenfor de eksisterende ressurser i hjemmesykepleien krever tett samarbeid mellom pasienten, de pårørende, ledelsen og personalet i hjemmesykepleien.

Artikkel 3

Navn: Partnership – based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health – related quality of life and hospital admissions

Forfattere: Ingadottir, T. S. & Jonsdottir, H. (2010).

Hensikt: Å evaluere hvordan en helhetlig sykepleiepraksis i form av relasjoner kan løse tilleggsproblemer med kols.

Metode: En kvalitativ studie ble gjort av 50 personer med kols. Sykepleiepraksis som ble utviklet og evaluert i denne studien, er basert på teoretisk rammeverk utviklet for personer med kols og deres familier. Fokuset er på samarbeid i praksis med kliniske retningslinjer for personer med kols, den globale strategien for diagnoser, ledelse og forebygging av kols.

Resultat: Pasientene som har vært innlagt flere ganger i løpet av de siste månedene opplevde store endringer i helsen og bor i en selvstendig bolig. Pasientene som enten var underernærte eller normalvektige hadde en vektøkning.

Til tross for at denne studien er eldre enn 5 år valgte jeg å ta den med, da den beskriver hvor viktig samarbeidet er mellom sykepleier, pårørende og pasienten. Dette er også relevant i dag og jeg har ikke funnet noen som er tilsvarende i nyere forskning. Hovedfunn i artikkelen var at det viser at et godt samarbeid er viktig for å unngå tilleggsproblemer som er relatert ved kols, blant annet underernæring.

Artikkel 4

Navn: Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home – care workers

Forfattere: Watkinson – Powell, A., Barnes, S., Lovatt, S., Wasielewska, A. & Drummond, B. (2014).

Hensikt: Å undersøke barrierer og tilretteleggere for matforsyning for eldre som mottar omsorg i eget hjem fra perspektivene til hjemmetjenesten, blant annet å gi og forberede mat , samt støtte med å spise.

Metode: En kvalitativ studie ble gjort av 5 hjemmepersonell og 4 som hadde roller innenfor ledelse eller administrasjon i fire ulike hjemmebyråer, inkludert regionale, nasjonale, private og ideelle organisasjoner med 24 – 59 ansatte.

Resultat: Erfaringene og synspunktene til personalet gjenspeilte tre fremvoksende temaer: tidspress, matforsyning og matrelatert kunnskap. Resultatene viste at betydelig tidstrykk

begrenset hjemmesykepleiernes evne til å sosialt engasjere seg med brukernes måltider, eller gi dem noe annet enn ferdigmat. Mulighet for valg ble vurdert som viktigere enn å gi et sunt kosthold, men valget var begrenset av mattilgjengelighet og avhengighet av familier for shopping. Hjemmesykepleierne fikk lite opplæring om ernæring og var ikke involvert av helsepersonell i ledelsen av underernæring.

Denne studien valgte jeg da den viser barrierer for tilrettelegging av matforsyning hos eldre som mottar hjemmesykepleie. Hovedfunn i artikkelen var at det er viktig å finne årsaken til underernæring og barrierer for å kunne behandle og finne tiltak til underernæring.

Artikkel 5

Navn: Nutritional status, gender and marital status in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Forfattere: Odencrants, S., Bjuström, T., Wiklund, N. & Blomberg, K. (2013).

Hensikt: Å beskrive og sammenligne ernæringsstatus, lungefunksjon, kjønn og sivilstand hos pasienter med kols.

Metode: En kvantitativ metode ble utført på 81 pasienter med kols (47 kvinner og 34 menn) med gjennomsnittsalder på 65 år.

Resultat: Deltakerne som bodde alene hadde dårligere ernæringsstatus enn de som ikke bodde alene og de kvinnelige deltakerne hadde dårligere ernæringsstatus.

Denne studien valgte jeg for den ser på sammenhengen mellom ernæringsstatus, kjønn og sivilstand til de med kols. Hovedfunnene artikkelen viser at det var mangel på informasjon over viktigheten over god ernæringsstatus og kosthold innen kols. Den får fram viktigheten av tidlig informasjon og støtte til individuelt tilpassede tiltak for at pasienter med kols skal unngå ernæringsproblemer.

Artikkel 6

Navn: New app can give nutritional support to home-dwelling elderly

Forfattere: Farsjø, C. & Moen, A. (2017).

Hensikt: Undersøke om applikasjonen var tilstrekkelig tilpasset eldre med liten erfaring med nettbretteknologi og om den kunne bidra til oppmuntring og orientering om måltider og kosthold.

Metode: Pilotstudie våren 2014, der fire eldre brukte APPETITT i fire uker. Data ble innhentet gjennom fokusgruppeintervju og de 4 informantene demonstrerte hvordan de brukte APPETITT.

Resultat: Informantene brukte APPETITT daglig og syntes den var enkel i bruk. Bildene av matrettene inspirerte og påvirket i noen grad hva informantene spiste i testperioden. 2 av informantene mente rapportering av mat og drikke bidro til økt bevissthet om kosthold, mens 2 av informantene ikke så behov for funksjonen slik den var utformet i prototypen.

Denne studien valgte jeg fordi framtiden kommer til å bestå av mer teknologi. En app på en iPad eller smarttelefon kan hjelpe brukerne i hjemmesykepleien til å ha bedre kontroll over måltidene og få tips til hva de kan spise.

5.0 Drøfting

For å kunne forbedre kostholdet hos underernærte pasienter med kols har jeg drøftet over utfordringene de har, kompetansenivået, kartleggingen av ernæringsstatusen og ernæringsplan. Jeg drøfter dette opp mot begrepsmessige rammeverk, relevant teori og annen litteratur.

5.1 utfordringer hos pasienter med kols for å få i seg tilstrekkelig ernæring

Pasienter med kols møter mange utfordringer i forhold til ernæring. En må ta i betraktning at når pasienten bor hjemme, skal mat kunne handles inn, maten skal være gunstig, kunne tilberedes, spises og etterpå helst ryddes bort. For pasienter med kols som raskt blir tungpustet, vil gjøremålene være tidkrevende og kanskje umulige. I studien til Shalit et al. (2016) var pasientene med kols sine vanlige barrierer for å kunne spise tilstrekkelig tap av matlyst og fysiske begrensninger som følget med sykdommen: tungpust, tretthet og svelgeproblemer.

Dersom en har problemer med å tilberede varm mat, er det viktig å være klar over at et brødmåltid er fullt på høyde med middagsmat ernæringsmessig. Middagsmat er likevel viktig med tanke på variasjon (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 145). I studien til Shalit et al. (2016) brukte flere av pasientene med kols energisparende teknikker som frosne måltider, matlaging av flere måltider på en gang, hjemmelagde måltidstjenester eller de brukte hermetisert suppe eller smørbrød. En del kommuner tilbyr hjemmeboende eldre å få tilkjørt ferdig mat og et dagsenter som tilbyr matservering. Når en bor alene kan det være vanskelig å finne meningen med å lage middag selv, derfor kan det være et godt tilbud til disse pasientene å få ferdig mat hjem (Aagard & Bjerkreim, 2011, s. 175).

Studien til Odenrants et al. (2013) viser blant annet at kvinner med kols har økt risiko for underernæring, spesielt hvis de bor alene. Mange av pasientene i studien til Shalit et al. (2016) mente at problemer knyttet til sykdommen og mangel på sosial støtte var de viktigste faktorene som påvirket individets ernæringsmessige tiltak. De rapporterte om redusert lyst eller energi til å tilberede mat når de bodde alene eller hadde lite støtte. Mange responderte på at det å ha støttende familie eller venner, stolte på denne hjelpen for å fullføre daglig shopping og matlaging. Det å være med andre var også med på å forberede måltidsopplevelsen. For noen pasienter kan det være nok at personalet setter seg ned ved bordet sammen med dem for

å spise mer (Aagard & Bjerkheim, 2011, s. 183). I studien av Watkinson – Powell et al. (2014) viser at den største utfordringen med å gi mat og støtte ved måltid var tidsforbruk ved besøk, som ofte bare varte i 15 – 30 minutter. Da de følte at måltidet kunne være en mulighet til å tilbringe tid med å engasjere seg med brukerne, og lette ensomheten var de frustrert over at de ikke hadde tid til dette. Da kan alternativet være å spise i en kafeteria på et eldrecenter eller i butikksentre framfor å lage sin egen mat hjemme (Aagard & Bjerkheim, 2011, s. 184).

Shalit et al. (2016) viser til de australske anbefalingene for tilstrekkelig inntak av ernæring. I studien viste det at flere av pasientene med kols hadde inntak av matvaregrupper som meieriprodukter, frukt og grønnsaker under disse anbefalingene. Hos pasienter med kols anbefales små og hyppige måltider med ekstra kaloritilførsel (Hjalmarsen, 2012, s. 129). Tiltak for ekstra kaloritilførsel kan være ekstra energi i form av fløte, smør og helfete matvarer som også kan tilsettes i blant annet supper og sauser (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 279). Noen pasienter med dårlig appetitt kan ha lettere for å drikke enn å spise. Næringsdrikker egner seg godt som et mellommåltid dersom blant annet proteininntaket skal økes (Sortland, 2015, s. 182). Jeg har observert flere pasienter med kols på sykehuset som drikker næringsdrikker istedenfor å spise. Næringsdrikker skal i utgangspunktet komme i tillegg til vanlig mat, men i noen tilfeller der matinntaket er minimalt til et måltid, kan en næringsdrikke være en god erstatning (Guttormsen et al., 2013, s. 62). Dersom en drikker næringsdrikke på slutten av et måltid eller før sengetid, kan det bli et tilskudd som ikke tar matlysten fra de vanlige måltidene, men snarere skjerper appetitten (Helsedirektoratet, 2012, s. 102). Grønnsaker og frukt kan spises som mellommåltid eller som tillegg til måltidene.

All muskulatur, også pustemuskulaturen, er avhengig av nok protein og energi for at muskulaturen ikke skal brytes ned. Tilstrekkelig protein er også viktig for å opprettholde lunge- og muskelstyrke og immunfunksjon hos pasienter med kols (Borchsenius, 2013). I studien til Shalit et al. (2016) var proteininntaket til pasientene med kols under den anbefalte anbefalingen til europeisk samfunn for klinisk ernæring og metabolisme for eldre mennesker med risiko for underernæring på grunn av sykdom. Kjøtt, fisk, kylling, egg og melkeprodukter er gode kilder og eksempler på å få i seg nok protein, og kan gjerne spises til hvert måltid (Borchsenius, 2013). Et egg til frokost, yoghurt som mellommåltid og kjøtt, fisk og kylling til middag vil øke proteininntaket betraktelig.

5.2 Kompetansenivå

5.2.1 Helsepersonellets kompetanse

Selv om sykdom er den viktigste årsaken til underernæring, kan manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og – behov være en betydelig medvirkende faktor til at ernæringsstatusen forverres ytterligere (Guttormsen et al., 2013, s. 12). Dette støtter også Nightingale, da hun blant annet sier at underernæring kan skyldes manglende oppmerksomhet hos sykepleiere. En sykepleier skal bruke sin sunne fornuft for å finne ut hvorfor pasienten ikke spiser tilstrekkelig (Nightingale, 1997, s. 102 – 103). Det er en sykepleieroppgave å hjelpe eller å legge forholdene til rette for at pasienten skal få dekket sitt behov for næringsstoffer, det vil si mat av tilstrekkelig mengde og med riktig sammensetning til å kunne opprettholde normale kroppsfunksjoner. Derfor stilles det krav til at sykepleieren har gode teoretiske og praktiske kunnskaper innen ernæring (Aagard & Bjerkreim, 2011, s. 162). De fleste av hjemmesykepleierne i studien til Watkinson – Powell et al. (2014) var tydelig på at de manglet kunnskap om de eldre sine ernæringsmessige behov. De kunne ikke huske om de hadde fått opplæring om ernæring eller innholdet, fokuset generelt var mer på mat hygiene og sikkerhet enn på ernæring. Resultatet var da at ernæringskunnskapen hovedsakelig var dannet av personlige erfaringer.

Helsepersonellets kompetanse, ferdighet og erfaring kan ha stor betydning for å få til et vellykket resultat av helsehjelpen (Guttormsen et al., 2013, s. 26). Sykepleiere har en viktig rolle i å forebygge og identifisere ernæringssvikt, samt å ivareta pasientens behov for ernæringsbehandling når det er behov for det. For å ivareta dette er det vesentlig at sykepleieren har nødvendig kompetanse og kunnskap om pasientens ernæringsbehov, uansett helsetilstand og alder (Sortland, 2015, s. 13). Hjemmesykepleie som virksomhet drives av profesjonelle yrkesutøvere og de som arbeider i hjemmesykepleien må ha helsefaglig kompetanse (Birkeland & Flovik, 2014, s. 15). Shepherd (2010) sier at optimalisering av ernæringsstatus hos pasienter med kols kan redusere sykdomsforløpet og redusere risikoen for tidlig død (sitert i Odenrants et al., 2013).

Underernæring er ofte en tilstand som utvikles over tid og ofte er det ikke sviktende næringstilførsel over få dager som er problemet. Pasientene får ofte ikke i seg tilstrekkelig inntak av næringsmessig riktig sammensatt kost. Selv om pasienten klarer dette selv til vanlig, kan tilstanden endre seg under et sykdomsforløp (Guttormsen et al., 2013, s. 27). Det er ofte i

perioder med infeksjoner og forverring av sykdomstilstanden at matinntaket reduseres og energiforbruket overskrider energiinntaket, noe som fører til vekttap (Sortland, 2015, s. 209). Behovet for energi og næringsstoffer er større ved kroniske sykdommer som kols. En forutsetning for å holde seg friskere er at kroppen får tilført næringsstoffene som cellene trenger for å fungere. Dette må en sykepleier ha kunnskap om (Sortland, 2015, s. 14).

Nightingale mener blant annet at den viktigste praktiske lærdommen som kan gis sykepleiere, er å undervise dem i hva de skal observere; hvordan de skal observere, hva slags symptomer som indikerer på bedring og hva som tyder på det motsatte (siteret i Karoliussen, 2011, s. 146). Det er viktig som sykepleier å ha gode ferdigheter i å bruke sansene sine i situasjoner som gjøres til erfaringer. En må tenke over det en ser, hører, lukter og kjenner. Ved å samtale med pasienten for å så sette sine egne observasjoner i en større sammenheng, gjør at det utvikles evnen til klinisk blikk og sanselig forståelse (Kristoffersen, 2011, s. 178). Sykepleierens observasjoner er også sentrale for å kunne vurdere hva slags tiltak som er nødvendige for at pasienten skal få i seg tilstrekkelig næringstilførsel (Stubberud, Almås & Kondrup, 2011, s. 483).

Helseforetakene og kommunene skal bidra til at helsepersonell i tjenesten får tilstrekkelig opplæring om ernæring og bør gi tilbud om kurs og opplæring, slik at de har tilstrekkelig kompetanse til å kunne håndtere pasienter med ernæringsmessige problemer (Guttormsen et al., 2013, s. 31). Dette bør det være økt fokus på i fremtiden slik at sykepleiere får god nok kompetanse til å kunne identifisere, behandle og veilede pasienter innen ernæring.

5.2.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Det er også viktig at pasientene har god nok kompetanse om ernæringen. Sykepleieren skal legge frem sine kunnskaper om forskning, tidligere erfaringer med pasienter og erfaringer fra jobben sin, for at pasienten skal få muligheten til å ta gode beslutninger (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 16-20). Resultatet i studien til Odenrants et al. (2013), viser at av de som stod i risiko for å bli underernært eller allerede var det, hadde over halvparten av dem ikke fått informasjon over viktigheten av god ernæringsstatus og kosthold innen kols. Blant de som ble vurdert å ha normal ernæringsstatus, hadde omtrent en tredjedel fått informasjon. Shalit et al. (2016) konkluderer i sin studie at det er viktig at pasienter med kols tidlig i sykdomsforløpet tilbys informasjon og støtte til individuelt tilpassede tiltak for å unngå ernæringsproblemer.

Sykepleieren har en viktig rolle i formidling av kunnskap (Sortland, 2015, s. 15). Pasientene i studien av Shalit et al. (2016) ønsket en personlig tilnærming til ernæringsstøtte og matplan fra fagfolk med kunnskap om ernæring. Når en sykepleier skal gi kostveiledning til en pasient er det viktig at pasienten forstår sykdommen og hvordan maten positivt virker inn på situasjonen. Det er alene ikke nok å ha gode kostkunnskaper når en skal gi kostveiledning, en må også kartlegge pasientens utgangspunkt, hva pasienten vet og har oppfattet av situasjonen. Med veiledning kan da pasienten klare å gjennomføre endringene som er nødvendige (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 381). I følge Lagerstrøm har de fleste i Norge god tall – og ordforståelse, men det er også viktig å blant annet kunne forstå innholdet i helseinformasjonen som en mottar (sitert i Jenum & Pettersen, 2016). En må kunne kritisk vurdere helseinformasjonen, samt anvende helseinformasjonen på en adekvat måte for å fremme helse. Pasienter forventes til å kunne ta selvstendige beslutninger om forhold som angår deres helse. Sykepleiere bør bruke et så enkelt språk som mulig under helsesamtalen, stille kontrollspørsmål om vedkommende har forstått, og eventuelt supplere med illustrasjonsmaterieill (Jenum & Pettersen, 2016). En forståelse av begrepet ”health literacy” og strategier som kan implementeres for å redusere helseproblemer er avgjørende for å styrke engasjementet av sykepleiere i deres omsorg, vil gi bedre helseutfall og et tryggere helsevesen (Johnson, 2015).

Sykepleieren har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Da kan den enkelte, med nødvendig kunnskap, være i stand til å ta ansvar for eget kosthold (Sortland, 2015, s. 15). Pårørende er en viktig aktør i å yte nødvendig hjelp, omsorg og tilsyn med pasienten. De kan være en ressurs for pasienten i form av emosjonell støtte, praktisk hjelp, nærvær og forståelse. God informasjon og dialog med pasient og pårørende bidrar til en felles forståelse slik at en takler de utfordringene en står ovenfor på best mulig måte. Sykepleieren må respektere de ulike sosiale relasjonene og være profesjonell i forhold til hvilken innsikt og hvilken type samarbeid som er nødvendig. Pårørende er ofte en viktig faktor for at pasienten skal kunne bo hjemme (Birkeland & Flovik, 2014, s. 140 -141). I studien til Ingadottir og Jonsdottir (2010) ble underernæring behandlet gjennom ernæringsrådgiving med særlig fokus på familiedeltakelse. Under samarbeidet i studien kartla sykepleieren symptomene til pasienten, samt informerte og veiledet om hva som var vanlig ved kols. Pårørende ble assistert til å lære seg å manøvrere helsevesenet, og sykepleieren var tilgjengelig for dem via telefon. Resultatet var at pasientene som tidligere hadde vært innlagt på sykehus flere ganger i

løpet av de siste månedene, opplevde store endringer i helsen og kunne bo i egen bolig. De som var underernærte eller normalvektige hadde også en vektøkning.

5.3 Kartlegging av pasientens ernæringsstatus

Ved å kartlegge ernæringsstatus, får en bekreftet eller avkreftet om en pasient har utviklet eller står i fare for å utvikle underernæring. Kartleggingen danner grunnlaget for å kunne bedre pasientens ernæringsstatus (Brodtkorb, 2008, s. 256). Gode rutiner med å registrere vekt og oppdage vektendringer, oppmerksomhet mot symptomer som vanskeliggjør matinntaket eller å fordøye maten og hvordan selve matinntaket er, vil bidra til tidlig oppdagelse av underernæring (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 249). I følge Collins (2003) er vektendringer over tid, KMI eller en kombinasjon av disse er de enkleste mål på endringer i ernæringsstatus. Et ufrivillig vekttap over 10% siste halvår er regnet som et alvorlig vekttap, da det gir en økt risiko for sykdom og komplikasjoner (siteret i Guttormsen et al., 2013, s. 14). Andre metoder for å kartlegge ernæringsstatusen innenfor hjemmesykepleie er MNA og MUST, eller alternativt NRS 2002, SGA eller Ernæringsjournal (Guttormsen et al., 2013, s. 16).

Alle pasienter som blir innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg (Guttormsen et al., 2013, s. 16). Dette står i samsvar med loven om forsvarlighet §4 under kapittel 2, *krav til helsepersonellens yrkesutøvelse* hvor helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen (Helsepersonelloven, 2001).

Dersom en målrettet identifiserer og behandler underernæring i primærhelsetjenesten, vil det gi større helse- og økonomiske gevinster, da flere kan behandles på et lavere å billigere tjenestenivå og dermed redusere behovet for spesialisthelsetjenesten (Guttormsen et al, 2013, 13). Det står i samsvar med at primærtjenesten er førstelinjetjenesten for befolkningen i kommunen og målet er at flere av befolkningens helseutfordringer skal kunne møtes i kommunehelsetjenesten (Kristoffersen, 2011, s. 286).

5.3.1 Tidspress

Noen av sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) var kritiske til kommunens utforming av det idébestemte vedtak i minutter, noe de synes var faglig utfordrende. For eksempel skal

en bare bruke 15 minutter til dusjing hos en pasient, da blir det ikke tid til å utføre ernæringskartlegging. En sykepleier kommenterte at ”når oppdraget er dusj x1, spør vi ikke om mat før vi ser at det er et problem” (sitert i Meyer et al., 2017). Sykepleiere skal vurdere kontinuerlig hva den enkelte pasient er i stand til å klare selv, og tilpasse sykepleien etter det. Det er viktig å kunne se sammenheng mellom pasientens liv i helhet og kunne tilrettelegge konkrete hjelpetiltak som er tilpasset pasientens behov og ressurser her og nå (Krisoffersen et al., 2015, s. 27). Rutiner for å sikre risikopasienter god ernæringsmessig oppfølging krever kvalifisert helsepersonell og er nødvendig for å sikre forsvarlighetskravet og plikten til internkontroll blir oppfylt (Guttormsen et al., 2013, s. 27). Helsepersonellovens (2001) formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse – og omsorgstjenesten. Pasienter med lungesykdommer utgjør en stor pasientgruppe og mange av dem har vidtrekkende sykepleiebehov (Almås et al., 2011, s.107). Slik jeg ser det har alle pasienter med kols risiko for å utvikle underernæring og risikopasienter er det ekstra viktig å observere og kartlegge. Selv om vedtaket er hjelp til dusj, skal en sykepleier også observere pasienten i forhold til andre grunnleggende behov og i forhold til dersom det oppstår endringer. Å gi adekvat ernæringsbehandling er en del av det grunnleggende behov og et vedvarende for lite næringsinntak fører til død (Guttormsen et al., 2013, s. 21).

Resultatene i studien til Shalit et. al. (2016) støtter prosessen med tidlig identifisering og vurdering av personer med kols med risiko for underernæring. Underernæring blir ofte ikke synlig før den har utviklet seg langt. Det er derfor nødvendig å være oppmerksom på tidlige tegn. Det er vanligvis enklere å forebygge videre underernæring enn å behandle en alvorlig underernæring (Aagard & Bjerkreim, 2011, s. 182). Tidspresset i hjemmesykepleien var et av punktene som ble nevnt som en hindring i studien til Meyer et al. (2017), men av de som brukte kartleggingskjemaet *Ernæringsjournalen* styrket det observasjonene og samhandling med pasientene. I evalueringen oppsummerte de at ernæringskartleggingen tok lite ekstra tid og ble oppmerksom på at den systematiske ernæringskartleggingen kunne gjøres i forbindelse med andre oppgaver, slik at det ble mer effektivt.

5.3.2 Bemanning

Hjemmesykepleien er en kommunal tjeneste som har plikt til å hjelpe de som oppholder seg i kommunen og de skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dette kan føre til utfordringer for kommunen, som må sørge for nok helsepersonell med nok kunnskap til å få hjulpet alle. Noen kommuner ser dessverre ikke

behovet før det er gått for langt. Det kan resultere i utslitte sykepleiere og dårlig utført arbeid (Bollig, Pedersen & Førde, 2009). Noen sykepleiere i studien til Meyer et al. (2017) utsatte ernæringskartleggingen på grunn av bemannings situasjonen, som de mente begrenset gjennomførelsen. Kartleggingen og oppfølging av et stort antall personer vil gi større arbeidsbelastning og krever prioriteringer som går utover den handlingsrammen den enkelte sykepleieren disponerer på sin vakt.

I tillegg til sykepleiere og andre helsefagarbeidere er det ofte mange ufaglærte i hjemmesykepleien (Sortland, 2015, s. 13). Ufaglærte assistenter har ikke den samme kompetansen som en sykepleier. I og med at hjemmesykepleien ikke er begrenset av antall senger eller vegger slik som institusjonene, ekspanderer tjenestens omfang hele tiden. Dermed har ikke sykepleierne mulighet til å begrense antall pasienter og de er nødt til å prioritere selv om de anser det som en trussel mot omsorgskvaliteten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 18). Nødvendig helsehjelp er et helsefaglig begrep, ikke et økonomisk begrep. Primært er det ikke ut i fra hvilke tjenester kommunen måtte ha å tilby ut i fra rådene om budsjetter/ressurser. Hvis det er mangel på ressurser, er det kommunens plikt til å anskaffe disse (Molven, 2014, s. 85).

5.3.3 Ledelsesforankring

I studien til Meyer et al. (2017) var lederne i den ene kommunen involvert i valg av kartleggingsverktøy, mens den andre kommunen ikke hadde fattet en beslutning. Mangel på beslutningsstøtte ble oppfattet som en hindring for endring av praksis. Studien viser til at ledelsesforankring er viktig når systematisk ernæringskartlegging skal implementeres. Forankring i ledelsen og en definert ansvarsfordeling er en forutsetning for å kvalitetssikre og ha kontinuitet i ernæringsbehandlingen (Sortland, 2015, s. 15).

5.3.4 Samhandling

Å gjennomføre systematiske vurderinger innenfor de eksisterende ressurser i hjemmesykepleien krever tett samarbeid mellom pasienten, de pårørende, ledelsen og personalet i hjemmesykepleien (Meyer et al., 2017). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2011) sies det at sykepleieren skal jobbe tverrfaglig i de ulike delene av helsetjenesten. Det tverrfaglige samarbeidet som ble opprettet i studien til Ingadottir & Jonsdottir (2010) resulterte i økt kontinuitet og konsistens i omsorg og etablering av gjensidig rådgiving og

støtte mellom fagfolk. Tverrfaglig samarbeid er ofte nødvendig for å lykkes i å sikre god ernæringsstilstand. Særlig viktig er det i tilknytning til å utarbeide systematisk og faglig forsvarlige rutiner for kartlegging og vurdering av ernæringsstatus. Når pasientens næringsinntak er så mangelfull at alternativ næringstilførsel må vurderes, er lege og ernæringsfysiolog viktige samarbeidspartnere (Brodtkorb, 2008, s. 264 - 266).

Nightingale sier at *”det han er interessert i, er ikke din vurdering, uansett hvor underdanig du serverer den, men kjensgjerningene”* (sitert i Sjøen & Thoresen, 2012, s. 259). Med dette mener hun at sykepleieren skal presentere hva hun observerer overfor legen. I et tverrfaglig samarbeid er det viktig at sykepleieren som observerer pasienten presenterer fakta mest mulig objektivt, slik at man sammen kan vurdere og trekke konklusjoner (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 259). Henvisning til ernæringsfysiolog skal forekomme tidlig i sykdomsprosessen (Shalit et al., 2016). En spørreundersøkelse gjennomført av Forde, Pedersen, Nordvedt & Aasland (2006) viser at leger og sykepleiere innen spesialist – og kommunehelsetjenesten syntes at pasientens ernæringsbehov ble mangelfullt ivaretatt som en konsekvens av ressursmangel (sitert i Guttormsen et al., 2013, 13). Legene i spørreundersøkelsen rapporterte også for dårlig tilgang på blant annet ernæringsfysiologer. Dessverre viser Ernæring i helsetjenesten (2007) at spesialkompetanse innen klinisk ernæring nærmest fraværende i primærhelsetjenesten og det er et stort behov for flere stillinger (sitert i Guttormsen et al., 2013, s. 30)

God ernæringspraksis innebærer gode rutiner i alle ledd (Helsedirektoratet, 2012, s. 95). Det er viktig med et godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det må etableres et lovpålagt avtalesystem som sikrer at spesialisthelsetjenesten oppfyller sine forpliktelser overfor kommunene – slik at ingen står uten tilbud. Det må vises planlagt fordeling av oppgavene mellom kommunene og helseforetak og hvordan helseforetak skal samarbeide med helse – og omsorgstjenestene. Avtalen må utformes slik at spesialisthelsetjenesten bistår kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte (St. meld. nr. 47 (2008 – 2009)).

Ved å ha klare retningslinjer på hvilken screening hjemmesykepleien skal utføre for å vurdere ernæringsrisiko og hvilke tiltak som skal tilrettelegges, kan det føre til at det blir mer struktur på arbeidet. For å styrke sykepleiernes ernæringsarbeid i hjemmesykepleien, er det viktig at

de fortsetter å dele sine erfaringer og bidrar til kritisk refleksjon om hvordan de standardiserte kartleggingsverktøyene kan kvalitetssikres i praksis (Meyer et al., 2017).

5.4 Ernæringsplan

Alle pasienter som er i ernæringsmessig fare, bør ha en individuell ernæringsplan. Den skal om mulig settes opp sammen med pasienten og ta hensyn til vaner og ønsker som pasienten har. Planen skal beskrive væske- og ernæringsbehov, hva som er faktiske energi- og væskeinntak og de individuelle handlingene som iverksettes. De målrettede tiltakene skal om mulig rettes mot årsaken (Aagard & Bjerkreim, 2011, s. 189). Målet med ernæringsbehandlingen er å sikre at pasienten med kols oppnår eller opprettholder god ernæringstilstand og på den måten bedrer prognosen, overlevelsen og bedrer livskvaliteten (Helsedirektoratet, 2012, s. 56).

Vektkontroll en gang per uke er en enkel metode for å vurdere hvordan ernæringstilstanden utvikler seg. Dette blir dessverre ofte prioritert bort (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 253 – 254). Mye tyder på at vektkontroll er lite brukt i hjemmesykepleien, og at det mangler prosedyrer som sikrer ernæringsoppfølging (Birkeland & Flovik, 2014, s. 66). I studien til Meyer et al. (2017) mener enkelte av sykepleierne at det var upassende å veie pasienten og begrunnet dette med pasientens verdighet og selvbestemmelse. Etter at de tenkte på dette fant de ut at det kunne være best å informere pasienten om veiing og kartlegging på forhånd. Da ble sykepleierne positivt mottatt av pasientene og de ventet nærmest med vekten da de kom.

5.4.1 Oppfølging av ernæringsplan

Nightingale mener at en god sykepleier ikke bare setter maten foran pasienten og forventer at han skal spise den, men at sykepleieren er en intelligent person som bruker sin intelligens i den forbindelsen (sitert i Sortland, 2015, s. 13). I hjemmet er det ikke den samme kontrollen på pasientens inntak av mat og drikke, og det kreves derfor en spesiell oppfølging av hjemmesykepleien. Det er som regel pasienten selv eller pårørende som tilbereder maten, mens noen ganger er det hjemmetjenesten som setter den fram. Siden personalet sjelden blir sittende under måltidet og maten ved neste besøk er borte, er det fortsatt usikkert på om pasienten har spist eller kastet maten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 63). Matkortet er et nyttig hjelpemiddel som er raskere å bruke enn kostregistrering og kostsamtale. Ved innføring av matkortet i hjemmetjenesten har det vist seg at mange eldre har fått satt inn tiltak for å bedre

ernæringstilstanden sin. Det er blitt en økning i bevisstheten til de ansatte, og flere eldre har fått hjelp til alt fra innkjøp, matlaging, matbringelse og spising (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 269).

Det finnes nå en ny app som kalles APPETITT, som kan inspirere til et variert kosthold og øke oppmerksomheten mot kostvaner for hjemmeboende eldre. Resultatet av studien gjort av Farsjø & Moen (2017) viser at appen var enkel å bruke. Måltidsforslag ble presentert i bilder og påvirket til en viss grad informantenes måltidsvalg. Appen kan inspirere til å inkludere variasjoner i kostholdet og bidra til økt bevissthet om mat og ernæring. I fremtiden vil det være mer teknologi og en slik app kan være til hjelp for at en sykepleier enkelt kan observere hva pasienten har spist, samtidig som pasienten får tips og kan registrere hva han/hun har spist gjennom døgnet. Det gjør også at sykepleierne har bedre oversikt over hva brukerne spiser hvis de skriver det inn riktig.

6.0 Avslutning

Hvordan kan sykepleiere bidra til et forbedret kosthold hos underernærte pasienter med kols? Gjennom forskningen kommer det frem at problemer med sykdommen kols og fravær av sosial støtte, er blant de viktigste faktorene som påvirker individets ernæringsmessige inntak. Det må være fokus på tidlig ernæringsvurdering og kartlegging av pasientene med kols, med tiltak som skreddersys for individuelle forhold. Det er viktig med hyppig oppfølging for å kunne tilpasse seg endringer av klinisk status. For å gjennomføre de systematiske vurderinger av ernæringsmessig risiko innenfor de eksisterende ressursene i hjemmesykepleien, kreves det et tett samarbeid mellom pasient, de pårørende, ledelsen og personalet i hjemmesykepleien. Den systematiske kartleggingen må bli en del av rutinene og i tillegg forankres i kommunen og i ledelsen i hjemmesykepleien. Det må være fokus på kompetanseheving blant sykepleiere slik at de kan videreformidle og samarbeide med pasientene og pårørende slik at pasienter med kols har god informasjon og god tilrettelegging i hjemmet til å kunne forbedre sin ernæringsstatus.

7.0 Referanseliste

- Aagard, H. & Bjerkreim, T. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (red.). *Bind 2: Grunnleggende sykepleie* (2. utg., s. 161 – 207). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B. H. & Sorknæs, A. D. (2011). Sykepleie ved lungesykommer. I H. Almås, D – G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (4. utg., s. 107 – 164) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Bollig, G., Pedersen, R. & Førde, R. (2009). Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien Forskning 2009 4(3)(186-187)*. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0097>
- Borchsenius, C. (2013). Kosthold ved KOLS og undervekt. Hentet fra: <https://bramat.no/images/faktaark/Faktaark%20Kosthold%20ved%20KOLS%20og%20undervekt.pdf>
- Brodtkorb, K. (2008). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 254 – 266). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Farsjø, C. & Moen, A. (2017). New app can give nutritional support to home-dwelling elderly. *Sykepleien Forskning 2016 11(2)(166-172)*. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57821>
- Folkehelseinstituttet. (2015). Kroppsmasseindeks (KMI) og helse. Hentet 23. april 2018 fra <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>

Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 99 – 119). Bergen: Fagbokforlaget.

Gulsvik, A., Lund, J., Austegard, E., Henrichsen, S. H., Langhammer, A., Refvem, O. K., Castle, N. M. & Frisk, B. (2012). Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppf%C3%B8lging-IS-2029.pdf>

Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L. W., Thorsen, L., Øien, H., Alhaug, J. & Smedshaug, G. B. (april, 2013). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 10. januar 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>

Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid innen helse – og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse – og omsorgstjenestester m.m. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse og omsorg#KAPITTEL_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg#KAPITTEL_3)

Henriksen, S. G. (2012). Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 57 – 75). Bergen: Fagbokforlaget.

- Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering – KOLS og andre lungesykdommer*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ingadottir, T., & Jonsdottir, H. (2010). Partnership – based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health – related quality of life and hospital admissions. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2795-2805 11p. Doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03303.x
- Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2016). Hva betyr lav ”health literacy” for sykepleierens helsekommunikasjon?. *Sykepleien Forskning 2014 9(3)(27)2-280*. Doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145>
- Johnson, A. (2015). Health literacy: how nurses can make a difference. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 33(2), 21 – 28. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com.galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=41aed88f-4ec9-4a23-af7a-4d1b66f59459%40sessionmgr4009>
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv – ny forståelse: Sykepleierens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E. A. Skaug (red.), *Bind 1: Grunnleggende beohv* (2. utg., s. 161 - 205). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E. A. Skaug (red.), *Bind 1: Grunnleggende behov*. (2. utg., s. 281 - 341) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E. A. Skaug (red.), *Bind 1: Grunnleggende behov* (2. utg., s. 15 - 29) Oslo: Gyldendal akademisk.
- LHL. (u. å.) Hentet 24. april 2018 fra <https://www.lhl.no/globalassets/brosjyrer-og-dokumenter/informasjonsbrosjyrer/uten-riktig-mat-og-drikke.pdf>

- Lov om helsepersonell. (2001). *Helsepersonelloven*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 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>
- Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach – Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., 1. opplag. s. 209 – 242). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og juss*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nafstad, P. (2018, 24. januar). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. Hentet 9. april 2018 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/kronisk-obstruktiv-lungesykdom-kols/#risikofaktorer-og-forebygging>
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Odenrants, 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
- 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>

Sjøen, R. J., & Thoresen, L. (2012) *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.

St. meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>

Stubberud, D. G., Almås, H., & Kondrup, J. (2011). Ernæring ved sykdom. I H. Almås, D - G. Stubberud, R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie bind 1*. (4. utg. 2. opplag, s. 477 - 505) Oslo: Gyldendal akademisk.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen damm akademisk.

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

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

Watkinson – Powell, A., Barnes, S., Lovatt, S., Wasielewska, A. & Drummond, B. (2014). Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home – care workers. *Health and social care in the community, Volume 22, Issue 5*. doi: 10.1111/hsc.12117

Vedlegg 1: Oversikt over søk

Søk:	Ord som ble brukt:	Treff:	Artikler funnet:	Avgrensing	Database:
#1	COPD	2958	0	2013 – 2018	Cinahl
#2	Malnutrition	2936	0	2013 – 2018	Cinahl
#3	1 AND 2	25	1	2013 – 2018	Cinahl
#4	1 AND 2 AND Nursing	7	0	2013 – 2018	Cinahl
#5	Nutrition AND Nursing	406	0	2013 – 2018 All adults English	Cinahl
#6	Malnutrition AND nursing	181	0	2013 – 2018 All adults English	Cinahl
#7	Nutrition AND Nurse	170	0	2013 - 2018	Svemed

#8	Nutritional support AND Home care	63	0	2013 – 2018 All adults English	Cinahl
#9	Ernæringsstatus Hjemmesykepleie	8	1	2013 – 2018	Sykepleien.no
#10	COPD or meal*	138	0	2013 – 2018	Cinahl
#11	COPD or meal* AND Home care	221	0	2013 – 2018	Cinahl
#12	COPD AND Malnutrition AND Nursing	20	0	Ingen	Pubmed
#13	Experience AND copd or chonical obstructive pulmonary disease AND primary health care	7	0	2013 – 2018 All adults	Cinahl
#14	Meals or food AND COPD	9	0	2013 – 2018 All adults	Cinahl
#15	Home care AND Inforamtion AND Food	38	0	2013 – 2018	Cinahl

#16	Home care AND Plan AND Nutrition	30	0	2013 – 2018	Cinahl
#17	COPD or	9	0	2013 – 2018	Cinahl

	chronical obstructive pulmonary disease AND Nutritional supplements				
#18	COPD Nutrition	16	0	Ingen	Svemed
#19	COPD Nutrition Nurse	12	0	2013 – 2018	Pubmed
#20	Nutritional supplements AND Malnutrition	129	0	2013 – 2018	Cinahl
#21	Screening AND Malnutrition AND Nurse	17	0	2013 – 2018 All adults	Cinahl
#22	Nursing, COPD	937	1	2008 – 2018 Humans	Pubmed
#23	Training AND Nutrition and health AND Home care	19	1	2013 – 2018	Cinahl

#24	Nursing education AND Nutrition AND Home care	55	0	2013 – 2018	Cinahl
#25	Nursing AND Nutritional knowledge AND Malnutrition	21	0	2013 – 2018	Cinahl
#26	Nutritional status AND chronic obstructive pulmonary disease	29	1	2013 – 2018	Cinahl
#27	Nutrition AND elderly	430	1	2013 – 2018	Cinahl

Vedlegg 2: Funn av artikler sett ut i fra søkefremstilling

Søkebase:	Søke nummer:	Treff:	Artikkel:	Type:	År:	Etisk komite:
Cinahl	#3	25	Factors that influence dietary intake in adults with stable chronic obstructive pulmonary disease	Kvalitativ	2016	Ja
Sykepleien.no	#9	8	Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien	Kvalitativ	2017	Ja
Pubmed	#22	937	Partnership – based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health – related quality of life and hospital admissions	Kvalitativ	2010	Ja
Cinahl	#23	19	Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home – care workers	Kvalitativ	2014	Ja
Cinahl	#26	29	Nutritional status, gender and marital status in patients with chronic obstructive pulmonary disease	Kvantitativ	2013	Ja
Cinahl	#27	430	New app can give nutritional support to home – dwelling elderly	Kvalitativ	2014	Ja

Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>



kunnskapsbasertpraksis.no

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Når man bruker f.eks. strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA

UKLART

NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA

UKLART

NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA

UKLART

NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Forskere diskuterte studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse og vurderte det opp mot dagens praksis.

Studien avdekket behov for ny forskning for å se om det blir bedre og økt fokus på området i fremtiden.