

BACHELOROPPGÅVE

*Kartlegging av ernæringsmessig risiko til pasientar med
kols*

Screening of nutritional risk in patients with COPD

Trine Alida Eldegard Stevnebø

Bachelorutdanning i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Campus Førde

Rettleiar: Kari Eldal

Innleveringsdato: 15.06.2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel

Kartlegging av ernæringsmessig risiko til pasientar med kols

Bakgrunn for val av tema

Kols er ein alvorleg sjukdom og i 2018 hadde omlag 150 000 menneske over 40 år kols i Noreg. 25-40% av pasientar med alvorleg kols er underernærte. Studiar visar at 20-60% av heimebuande som motteke heimesjukepleie, er underernærte eller i fare for å bli det. På landsbasis i 2018 hadde 15,7 % av pasientar frå 67 år og eldre blitt vurdert for ernæringsmessig risiko av heimesjukepleien. Underernæring aukar risikoen for komplikasjonar, redusera motstand mot infeksjonar, forverrar fysisk og mental funksjon, redusera livskvalitet, forsinkar rekonvalesensen og gir auka dødelegheit. Førebygging av underernæring er eit av innsatsområda i pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender 24-7».

Problemstilling

Korleis kan ein som sjukepleiar kartlegge ernæringsmessig risiko til pasientar med kols som motteke heimesjukepleie?

Framgangsmåte

I denne bacheloroppgåva er litteraturstudie nytta som metode. Det er blitt samla inn litteratur frå bøker og forskingsartiklar ved å søke i ulike databasar. Forskingsartiklar er vurdert kritisk med hjelp frå sjekklister til nettsida kunnskapsbasert praksis. Eg har òg nytta mine egne erfaringar og observasjonar frå klinisk praksis.

Oppsummering

Det kjem fram i forskingsartiklar og litteratur at helsepersonell meina at ernæringskartlegging til pasientar med kols er viktig, men at det ikkje alltid blir følgt opp. Studiar visar at kartlegging av ernæringsmessig risiko i heimesjukepleien er blitt betre, men at utfordringar som tid, kunnskap og ressursar er noko ein må jobbe vidare med. Ein treng ei tydleg leiing og gode kartleggingsrutinar. Eit godt samarbeid mellom pasient, sjukepleiar og leiing er viktige faktorar for å utføre kartlegging av ernæringsmessig risiko til pasientar med kols i heimesjukepleien.

Nøkkelord

Sjukepleie, heimesjukepleie, kols, ernæring, kartlegging

Abstract

Title

Screening of nutritional risk in patients with COPD

Background for the theme selection

COPD is a serious disease and approximately 150,000 people in Norway aged 40 and older had COPD in 2018. 25-40% of patients with severe COPD are malnourished. Studies show that 20-60% of home residents who receive home nursing care are malnourished or at risk of becoming malnourished. Nationwide in 2018, 15.7% of home residents aged 67 and older had been assessed for nutritional risk by home nursing care. Malnutrition increases the risk of complications, reduces resistance to infections, worsens physical and mental function, decreases quality of life, and increases mortality. Therefore, prevention of malnutrition is one of the focus areas of Patient Safety Program "In Safe Hands 24-7".

Topic question

How a nurse can screen nutritional risk to patients with COPD receiving home nursing care?

Method

In this bachelor thesis the method is literature study. Literature from books and research articles has been collected by searching various databases. I have critically evaluated research articles with the help of checklists from the website "kunnskapsbasertpraksis". I have also used my own experiences and observations from clinical practice.

Summary

Research articles and literature show that health professionals believe that nutrition screening for patients with COPD is important, but that it is not always followed up. Studies show that the identification of nutritional risk in home nursing has improved, but that challenges such as time, knowledge and resources are something that one must work on. Good co-operation between patient, nurse and management are important factors in performing nutritional risk screening for patients with COPD in home nursing.

Keywords

Nursing, home care nursing, COPD, nutrition, screening

Innholdsliste

1	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Problemstilling med avgrensing	2
1.3	Definisjonar	2
1.4	Korleis løyse oppgåva	3
2	Metode	4
2.1	Val av metode	4
2.2	Søkeprosess og val av litteratur	4
2.3	Kjeldekritikk	5
3	Teori	7
3.1	Heimesjukepleie	7
3.1.1	Forbetringsarbeid i heimesjukepleien	7
3.1.2	Verdiar i heimesjukepleien	8
3.2	Kronisk obstruktiv lungesjukdom	8
3.3	Ernæring	9
3.3.1	Ernæringskartlegging	9
3.4	Kvalitet og pasienttryggleik	10
3.4.1	Nasjonalt råd for ernæring	10
4	Forskingsartiklar	11
5	Drøfting	13
5.1	Kvifor er ernæringskartlegging viktig til pasientar med kols?	13
5.2	Utfordringar i møte med ernæringskartlegging i heimesjukepleien	14
5.2.1	Samarbeid mellom leiinga og sjukepleiar i heimesjukepleien	15
5.3	Kva må til for å utføre ernæringskartlegging i heimesjukepleien	16
6	Konklusjon	19
	Litteraturliste	20
	Vedlegg 1-6	22

1 Innleiing

Kols er ein alvorleg sjukdom og i 2018 hadde omlag 150 000 menneske over 40 år kols i Noreg (Folkehelseinstituttet, 2018). 25-40% av pasientar med alvorleg kols er undernærte. Tung pust og dårleg matlyst kan føra til redusert matinntak og vekttaap. Dårlig ernæringsstilstand svekkjar immunforsvaret og gjer at ein blir meir mottakeleg for infeksjonar. Dette kan føra til nedsett arbeidsevne og livskvalitet, fleire sjukehusinnleggingar som følge av forverringar, samt høgare mortalitet (Bakkeland, Thorsen, Almås, Sorknæs, & Grønseth, 2016, s. 139). På landsbasis i 2018 hadde 15,7 % av heimebuande frå 67 år og eldre som motteke helsetenestar i heimen, blitt vurdert for ernæringsmessig risiko. Studiar visar at 20-60% av heimebuande som motteke heimesjukepleie, er underernærte eller i fare for å bli det (Helsedirektoratet, 2018). Førebygging av underernæring er eit av innsatsområda i pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender 24-7» og skal bidra til å redusera pasientskadar i Noreg. Dette gjer ein med målretta tiltak på utvalte områder i heile tenesta, med blant anna ei tiltakspakke for underernæring i heimetenesta (Helsedirektoratet, 2019). I følge yrkesetiske retningslinjer for sjukepleie har ein som sjukepleiar ansvar for å ivareta den enkelte pasient sitt behov for heilskapleg omsorg, fremje helse, førebygge sjukdom og lindre lidning (Norsk Sykepleieforbund, 2019).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Eg har valt å skrive om pasientar som motteke heimesjukepleie, har diagnosen kols og som er underernærte eller i fare for å bli underernærte. Det kjem fram av forskning at kartlegging av ernæringsmessig risiko i heimesjukepleien er av ulik kvalitet og praksis i dei forskjellige kommunane i Noreg. I min praksis i heimesjukepleien møtte eg fleire pasientar med kols som i tillegg var underernærte. Det var spesielt ein pasient som gjorde inntrykk og som er bakgrunn for val av tema. Pasienten var ei eldre dame i slutten av 80 åra som hadde kols og var alvorleg underernært. Ho hadde dårleg matlyst og tykte det var utfordrande å ete nok mat. Pasienten vart innlagt på sjukehus i min praksisperiode med kols forverring. Etter sjukehusopphaldet var pasienten på ein korttidsavdeling der ho fekk god oppfølging i høve ernæring. Pasienten la på seg nokre kilo og fekk styrken tilbake, slik at ho kunne reise heim. Eg fekk da sjå i praksis og ikkje berre i teori, kor viktig ernæring er. Dette er noko eg ønskjer å lære meir om, det vil vera nyttig for min framtid som sjukepleiar, og eg har derfor valt dette som tema for mi bacheloroppgåve.

1.2 Problemstilling med avgrensing

Korleis kan ein som sjukepleiar kartlegge ernæringsmessig risiko til pasientar med kols som motteke heimesjukepleie?

Eg har valt å skrive om pasientar med kols, med fokus på kartlegging av ernæringsmessig risiko og korleis ein som sjukepleiar kan utføre kartlegging av ernæring, slik at ein førebyggje underernæring. Eg har valt å avgrense problemstillinga til pasientar med kols stadium to, tre og fire ut frå GOLD kriteria (vedlegg nr 1) som definerer kor langt pasienten er kommen i sin kols diagnose. Pasientgruppa er heimebuande frå 67 år og eldre, som har behov for heimesjukepleie. Av kartleggingsverktøy avgrensar eg til MNA (vedlegg nr 3) og NRS 2002 (vedlegg nr 4), da dei blir anbefalt i dei «Nasjonale faglege retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» (Helsedirektoratet, 2013).

1.3 Definisjonar

Heimesjukepleie

Helsehjelp som blir utført i den enkelte sin heim, uavhengig av om det er ein sjukepleiar eller anna helsearbeidar som utfører tenesta (Fjørtoft, 2016, s. 12).

Kols

Kronisk obstruktiv lungesjukdom (kols) er eit samleomgrep på sjukdommar som gir auka luftvegsmotstand og ikkje er reversibel eller fullt let seg normaliserast (Bakkelund et al., 2016, s. 133).

Ernæringsmessig risiko

Ernæringsmessig risiko omfattar pasientar som er underernærte eller i risiko for å bli underernærte (Helsedirektoratet, 2017). Mangelfull ernæring vil påverke mange vitale funksjonar og har innverknad på pasienten sine grunnleggande behov (Jacobsen & Bye, 2016, s. 652).

Kartlegging av ernæringsmessig risiko

I kartlegging av ernæringsmessig risiko nyttar ein eit vurderingsskjema for å vurdere ernæringsmessig risiko, der utgangspunktet for vurderinga er vekt, vektutvikling og høgde. Ein kan i tillegg vurdere matinntak, grad av sjukdom og fysisk funksjon. MNA og NRS 2002 er to av fleire kartleggingsverktøy som blir nytta til å vurdere ernæringsmessig risiko (Stubberud, Kondrup & Almås, 2019, s. 27).

Underernæring

Underernæring er ein tilstand som oppstår når ein et for lite og inntaket av næringsstoff er mindre enn pasienten sitt behov (Jacobsen & Bye, 2016, s. 650). Vektendring over tid og KMI (kroppsmasseindeks) (vedlegg nr 6), eller ein kombinasjon av desse er enklaste mål for å vurdere endring i ernæringsstatus. KMI angir forholdet mellom høgde og vekt og blir nytta for å definere over- og undervekt, der undervekt vil sei ein KMI under 20 (Helsedirektoratet, 2016).

1.4 Korleis løyse oppgåva

Eg byrja med å velje ei problemstilling og avgrense den. Problemstillinga styrer vidare val av metode, som i denne oppgåva er litteraturstudie. Oppgåva består av 6 kapittel, innleiing, metode, teori, forskingsartiklar, drøfting og konklusjon (Dalland, 2019, s. 198).

I innleiinga fortel eg om bakgrunn for val av tema, presentera problemstillinga og definisjonar. I kapittel 2 beskriv eg litteraturstudie som metode, som er å systematisere kunnskap frå skriftlege kjelder (Thidemann, 2015, s. 79-80). Vidare i kapittelet blir søkeprosess beskriven og val av litteratur presentert, samt kjeldekritikk. I kapittel 3 presentera eg teori om heimesjukepleie, kols og ernæring som vil hjelpe meg å drøfte problemstillinga. I kapittel 4 blir fire forskingsartiklar og eitt vitenskapleg essay lagt fram, som er funnet ved hjelp av søkeprosessen og som er vurdert kritisk med hjelp av sjekklistene til nettsida kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016). Kapittel 5 inneheld drøftinga. Drøftingsprosessen inneber analyse, vurdering og tolking av funna, og skal vise kva den nye kunnskapen kan bidra med i forståing av problemstillinga. Der eg drøftar kvifor det er viktig å kartlegge ernæring til pasientar med kols, kva utfordringar møter sjukepleiar i møte med ernæringskartlegginga og kva tiltak ein kan gjera for å utføre ernæringskartlegginga i heimesjukepleien. I kapittel 6, som er det siste kapittelet, skal eg oppsummere oppgåva ved å framheva hovudpoenga og resultatata frå arbeidet, og trekke fram ein konklusjon (Dalland, 2019, s. 200).

2 Metode

Metode er ein systematisk framgangsmåte ein nyttar for å samle inn informasjon og kunnskap for klargjere ei problemstilling. Det er problemstillinga som bestemmer kva for metode som er mest hensiktsmessig (Thidemann, 2015, s. 76). Metoden er eit reiskap i møte med noko ein vil undersøka. Metoden hjelper oss med å samle inn den informasjonen vi treng til undersøkinga (Dalland, 2019, s. 51).

2.1 Val av metode

Ut frå problemstillinga er litteraturstudie naturleg som metode i mi bacheloroppgåve.

Litteraturstudie er ein studie som systematisera kunnskap frå skriftlege kjelder. Å systematisera inneber å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt samanfatte det heile. Ein har ei systematisk tilnærming i alle trinn i prosessen. Hensikta er å gi lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen på dette området som problemstillinga etterspør, og korleis ein har kome fram til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

2.2 Søkeprosess og val av litteratur

Eg byrja søkeprosessen med å oppdatere meg på tidlegare pensum og gjekk gjennom pensumbøker som «Klinisk sykepleie bind 1 og 2», «Sykdom og behandling», «Hjemmesykepleie». I tillegg søkte eg i biblioteket sin database Oria og fant bøkene, «Metode og oppgaveskriving» og «Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter».

For å finne nasjonale retningslinjer knytt til tema nytta eg nettsidene til Helsedirektoratet og Regjeringa. Der fann eg «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring», «Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjensten», pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender 24-7», Ernæringsrådet sin rapport «Sykdomsrelatert underernæring – utfordringer, muligheter og anbefalinger» og Regjeringa sin stortingsmelding nummer 11 «Kvalitet og pasientsikkerhet 2017».

For å finne relevante forskning nytta eg PICO skjemaet (vedlegg nr 4) for å finne norske og engelske søkeord. Ved å nytte engelske søkeord når ein ut til ein større database. Eg fekk hjelp av nettsidene ordnett.no og SweMed+ til å oversette dei norske søkeorda til engelsk. Databasane som vart nytta var Medline, PudMed, SweMed+ og Sykepleien.no og fann da både utanlandske og norske studiar (vedlegg nr 5). Eg hadde eit mål om å finne artiklar som handlar om pasientar med kols, kartlegging

av ernæringsstatus i heimesjukepleien og viktigheita med å fokusera på ernæring til pasientar med kols.

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr både å vurdera og å karakterisera litteraturen ein har funne. Ein vurdera i korleis grad litteraturen let seg bruka til å beskriva og gi deg svar på problemstillinga (Dalland, 2019, s. 158). For å kritisk vurdera forskingsartiklar har eg nytta dei ulike sjekklisene som nettsida kunnskapsbasertpraksis har i høve kvantitative, kvalitative og randomisert kontrollert studiar (Helsebiblioteket, 2016).

Eg starta tidleg med å søke etter forskingsartiklar og fann fem artiklar som eg vil bruke. Det er tre norske og to utanlandske artiklar. To av studiane er kvantitative, som har den fordel at dei gir data i form av målbare einingar (Dalland, 2019, s. 52). Den første kvantitative studien til Hsu, Ho, Kuo, Wang og Tsai (2014) bekreftar at ernæringskartlegging med MNA-skjema er eit nyttig verktøy for å gi ei heilskapleg behandling av pasientar med kols. Studien har nokre svakheitar som at deltakarane vart kun rekruttert frå eit sjukehus og representera derfor ikkje eit breiare spekter. I tillegg var det ei skeiv fordeling av kvinner og menn, med 79 menn og kun fire kvinnelege deltakarar. Deltakarane var eldre pasientar, som kunne ha litt utfordringar i forhold til å hugse informasjon frå MNA-spørjeskjemaet, noko som kunne ha ein liten innverknad på resultatet (Hsu, Ho, Kuo, Wang & Tsai, 2014). Den andre studien er ein norsk kvantitativ tversnittundersøking av Aagaard og Grøndahl (2017). Studien besto av to delstudiar: ein studie blant leiarar av heimesjukepleien og ein studie blant helsepersonell i heimesjukepleien. Totalt 59% av fagleg leiarar svarte på spørjeskjemaet, noko som kan verka lågt, men det omfattar leiarar frå kommunar over heile landet. Svarprosenten blant helsepersonell var 74%, som var tilfeldig trekt ut og representerte alle fem helseregionane, noko som styrkar moglegheita for generalisering av resultatane. Aagaard og Grøndahl (2017) presissera at resultatane må likevel tolkast med forsiktighet, da utvalet i seg sjølv er avgrensa (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Den tredje studien var ein randomisert kontrollert studie, som vil sei at deltakarane i studien blir tilfeldig fordelt i kontrollgruppe og tiltaksgruppe, der desse to gruppene blir samanlikna. Gruppene skal vera så like som mogleg med omsyn til alt som kan påverke utfallet (Helsebiblioteket, 2016). I studien til Calder, Laviano, Lonquist, Muscaritoli, Öhlander og Schols (2017) undersøkte ein om pasientar med kols og muskeltap kunne ha nytte av ernærings supplement. Studien sin styrke er at ernærings supplementa hadde godt tilpassa energiinnhald, noko som gjorde det mogleg å evaluere

kombinasjonane av ingrediensane i den målretta medisinske ernæring. For det andre var det lågt fråfall av pasientar, samt at pasientane følgde opplegget godt. Studien sin svakheit er at det med fordel kunne vore fleire enn 45 deltakarar (Calder, Laviano, Lonquist, Muscaritoli, Öhlander & Schols, 2017).

Den fjerde studien er ein norsk kvalitativ studie. Ein kvalitativ studie har som hensikt å fanga opp meining og opplevinga som ikkje nødvendigvis let seg måle med tall (Dalland, 2019, s. 52). Studien til Meyer, Velken og Jensen (2017) handlar om heimesjukepleien sitt ernæringsarbeid i høve krava i dei nasjonale faglege retningslinjene. Det er ein styrke at studien tek utgangspunkt i og analyserar data frå tre grupper av sjukepleiarar som har granska sin praksis over tid. Det er samtidig ein utfordring at data frå gruppene byggjer på to uavhengige prosjekt, der sjukepleiarane i studie A var meir handlingsorienterte enn i studie B (Meyer, Velken & Jensen, 2017).

Den femte artikkelen er eit vitenskapleg essay. Eit vitenskapleg essay er ein artikkel der ein presentera ny kunnskap eller gir nye perspektiv på eit fagleg problem. Ein vitenskapleg artikkel er argumenterande, den hevdar at noko er tilfelle eller sannsynleg tilfelle, og underbygger påstanden med ulike argument (Søk&skriv, 2017). Det vitenskaplege essayet er skriva av Melheim og Sandvoll (2017) og handlar om forbetring av ernæringskartlegging i heimesjukepleien. Den diskutera utfordringar i dagens praksis i høve ernæringskartlegging og har som føremål å få fram den gode løysinga som forenkler og systematisera vurdering av ernæringsstatus (Melheim & Sandvoll, 2017).

3 Teori

3.1 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie er eit tilbod om helsehjelp til heimebuande når sjukdom, svekka helse, alderdom eller livssituasjon gjer at ein treng hjelp i kortare eller lengre tid. Det er ingen grenser knytt til alder eller sjukdom, det er eit tilbod til alle som har behov for helsehjelp heime (Fjørtoft, 2016, s. 17). Ei grunnleggande oppgåve som sjukepleiar er å observere og vurdere behov. Heimesjukepleien må gjera dette kontinuerleg for å sikra seg at kvar enkelt pasient får den helsehjelpen han treng (Fjørtoft, 2016, s. 169). For å kunne sikre at ein yt helsehjelp av kvalitet i heimesjukepleien er dokumentasjon blant dei viktigaste verktøya. Oppdatert og god dokumentasjon kan gi betre oversikt og nøyaktigheit i ein travel kvardag og samstundes fremje individuell sjukepleie (Fjørtoft, 2016, s. 184). Når det er mange pasientar, og dei tilsette går turnus med dag-, kveld-, natt- og helgevakter er det ei utfordring og administrera tenesta slik at pasienten opplever kontinuitet og tryggleik. Det er ikkje uvanleg at pasientane opplever nettopp det motsette av dette. Derfor er godt samarbeid innover i heimesjukepleien ein føresetnad for å kunne sikre mest mogleg kontinuitet og samordning av hjelpen (Fjørtoft, 2016, s. 203).

3.1.1 Forbetringsarbeid i heimesjukepleien

Leiinga av heimesjukepleien må ha kompetanse innan dette fagfeltet og dei teneste som skal ytast. Kjenneteikn på ei god leiing er gode kommunikasjonsevner, evne til å motivere og inspirere, lojalitet til organisasjonen sine mål og prioriteringar, evne til å utvikle og evne til å tåle usikkerheit og konflikhtar (Fjørtoft, 2016, s. 161). Når ein skal utvikla tenesta til det betre er ei god leiing avgjerande. God forankring i leiinga er viktig for å få legitimitet og eit tydeleg mandat til endring. Det blir anbefalt at forbetringsarbeidet er eit fast punkt på agendaen i leiarmøter for å etterspørje framdrift og avklara kva som treng leiaroppfølging (Folkehelseinstituttet, 2019). Ein viktig ressurs i dette arbeidet er forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Medarbeidarar som skal ta del i forbetringsarbeidet bør kjenna seg involvert i arbeidet. Fagfolk og leiarar bør dele ei felles forståing for kvifor det er behov for denne forbetringa av tenesta, ved å inkludere dei tilsette bidreg ein til at dei opplever prosessen som meir meningsfull. Det er viktig at ein legg til rette for innspel frå dei tilsette, da det er dei som står i den daglege drifta og kjenner kvardagen på kroppen. Ei sentral leiaroppgåve er å sjå til at det blir satt av tid til å utføre sjølve forbetringsarbeidet og at dette har tenesta sin merksemd. Alt dette er systematisk beskrive i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta (Folkehelseinstituttet, 2019).

3.1.2 Verdier i heimesjukepleien

Brukarmedverknad er eit sentralt mål i heimesjukepleien. Det er understreka i lover, forskrifter og offentlege meldingar, både som rettigheit og ideologi. Medverknad og medråderett for pasienten er prinsipp som blir vektlagt. Prinsippet er bygd på grunnleggande menneskerettar, som rett til autonomi, rett til informert samtykke i behandling og rett til respekt for personleg integritet. Den enkelte har rett til bestemme over eige liv og bli respektert for det (Fjørtoft, 2016, s. 126). Verdigheit og integritet er grunnleggande verdier som sjukepleiar må respektera og ivareta. Dei er grunnleggande i møte med menneske som er sårbare, og som er i ein situasjon der ein er utsett for å bli krenka. I heimesjukepleien er pasienten avhengig av hjelp og får både livet og heimen «invadert» av framande. Det er ein sårbar situasjon. Menneskesynet vårt visar seg i måten vi møter denne sårbarheita på (Fjørtoft, 2016, s. 133). Grunnlaget for all sjukepleie skal vera respekten for det enkelte menneske sit liv og verdigheit. Dette prinsippet er slått fast av i sjukepleiarar sine yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund, 2019).

3.2 Kronisk obstruktiv lungesjukdom

Kronisk obstruktiv lungesjukdom (kols) er eit samleomgrep på sjukdommar som gir auka luftvegsmotstand og som ikkje er reversibel eller fullt let seg normalisera. Luftvegsostruksjonen utviklar seg langsamt. Pasienten har kronisk inflammasjon som gradvis skadar dei små luftvegsgreiningane. Pasienten opplever auka motstand mot luftstraumen ved ekspirasjon, og pasienten får ein anstrenga ekspirasjon. Kols omgrepet omfattar i hovudsak sjukdommane kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem, og ein kombinasjon av desse tilstandane. Emfysem er ein lungesjukdom der vevet i alveolane blir øydelagt, slår seg saman til større einingar og det blir tap av elastiske fiber i lungevevet. Det fører til at det blir færre og større alveolar og dermed redusert diffusjonsflate og kapillærsirkulasjon i lungene, og nedsett gassutvekslinga. Når pasienten da pustar ut får dei små luftvegane ein tendens til å klappe saman (Bakkelund et al., 2016, s. 133).

Hovudårsaka til kols er tobakksrøyking, òg passiv røyking bidreg til symptom frå lungene og til utvikling av kols. Andre årsakar er eksponering for støv og kjemikaliar i arbeidssamanheng, når eksponeringa er langvarig og stor nok. Andre risikofaktorar er frå fossile brennstoff som olje, kol og gass. Hyppige lungeinfeksjonar i barndommen kan gi redusert lungefunksjon og hyppigare kronisk lungesjukdom i vaksen alder. Astma er òg ein risikofaktor for kols. Alfa-1-antitrypsinmangel er påvist som genetisk risikofaktor for utvikling av emfysem (Grundt & Mjell, 2017, s. 240).

Symptoma på kols kjem gradvis, oftast med kronisk hoste, auka slimproduksjon og tung pust ved anstrenging. Det mest typiske symptomet er kronisk hoste med ekspektorat (Grundt & Mjell, 2017, s. 240-241). For å stille diagnosen kols har pasienten hatt uttalt hoste og slimproduksjon i minst tre månadar dei siste 2 åra. For ein endeleg diagnose må pasienten gjennom ein lungefunksjonsundersøking, spirometri. Kols kan klassifiserast i fire stadium etter alvorsgrad, ved å nytte dei internasjonale GOLD-kriteria. Stadium 1 er mild kols, stadium 2 er moderat kols, stadium 3 er alvorleg kols og stadium 4 er svært alvorleg kols (Bakkelund et al., 2016, s. 134-135).

3.3 Ernæring

Pasientar med kols som er underernærte opplever at tung pust og dårleg matlyst kan føra til redusert matinntak og vekttaap. Nokon pasientar et små måltid, fordi dei blir tungpustne når magen blir fylt opp med mat og det blir redusert ventilasjonen. Samtidig krev kronisk tung pust mykje muskelarbeid, noko som aukar energibehovet, både i kvile og ved aktivitet. Spesielt utsette er pasientar med emfysem på grunn av det ekstra auka respirasjonsarbeidet, og pasientar i ein kols forverringsfase med luftvegsinfeksjonar. Konsekvensane for pasienten er tap av muskelmasse og nedsett muskelkraft, som fører til redusert lungefunksjon og hostekraft. Dårlig ernæringstilstand svekka immunforsvaret og ein blir mottakeleg for infeksjonar (Bakkelund et al., 2016, s. 139).

3.3.1 Ernæringskartlegging

I «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» er det anbefalt at alle pasientar som blir lagt inn på institusjon eller som er skriven inn i heimesjukepleien, skal vurderast for ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2013). God ernæringspraksis inneber kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasienten sin ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, igangsetting av målretta tiltak, samt oppfølging og evaluering. Å registrere vektendring over tid og KMI er dei enklaste metodane for å vurdere kroppen sin energibalanse. KMI angir forholdet mellom høgde og vekt, og blir brukt for å definera over- og undervekt, der undervekt er KMI under 20 (Helsedirektoratet, 2016, s. 78-79). Dersom ein ikkje kan måle høgde finst det andre alternativ, ein metode er å måle underarmslengda. Da nyttar ein, ein formelen som variera alt etter kjønn og alder, til dømes er formelen til ein mann over 65 år: $ulna(cm) \times 3.15 + 86.3$ (Helsedirektoratet, 2016, s. 79). Kartleggingsverktøya MNA og NRS 2002 er registreringsskjema som gjer det mogleg å få oversikt over pasienten sin ernæringstilstand. NRS 2002 kartlegg både ernæringsmessig risiko og sjukdomsmetabolisme. Dersom ein ikkje har tilgang på pasienten sin KMI, kan ein nytte MNA-skjemaet og eit måleband, da den har eit punkt for omkrins av overarm og eit for omkrins av leggen, som gir poeng ut frå dessa måla (Stubberud et al., 2019, s. 22). Begge skjema er

anbefalt av «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» (Helsedirektoratet, 2013). Dei nasjonale retningslinjene dannar òg kunnskapsgrunnlaget og val av tiltak i pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender 24-7» som har utforma ei tiltakspakke som skal førebygge og behandle underernæring som følge av sjukdom og behandling (Helsedirektoratet, 2018).

3.4 Kvalitet og pasienttryggleik

Meld. St. 11 - Kvalitet og pasientsikkerhet 2017 rettar merksemda mot områder der helse- og omsorgstenesta har utfordringar og behov for betring. Meldinga omtalar utfordringar som krev innsats på alle nivå: informasjonsflyt og kommunikasjon, trygge overgangar innover i tenestene og mellom tenestenivå og regelverk. Det er viktig å bruke kunnskap om kvalitet og pasienttryggleik i planlegging, gjennomføring og evaluering og korrigerer av verksemda. Ein ønskjer at pasientane får betre kvalitet og tryggare tenester, der ein forbetra helsetenesta, forbetra system, forbetra leiing og kultur i tenesta og redusera uønska variasjon i tenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 36). Pasienttryggleik blir regulert av helse- og omsorgstenestelova, der blir det lagt vekt på at ein skal gi den enkelte pasient eit heilskapleg og koordinert helse- og omsorgstenestilbod, der dei tilsette har fagkompetanse og følgjer lovverket. Den tilsette skal arbeide systematisk for kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4).

3.4.1 Nasjonalt råd for ernæring

Nasjonalt råd for ernæring har utarbeida rapporten «Sykdomsrelatert underernæring – utfordringer, muligheter og anbefalinger». Rapporten beskriv ernæringspraksisen i helsetenesta med sine styrker og svakheitar. Styrken er at ernæringspraksisen i norske helseteneste er i ein positiv utvikling og at brukarperspektivet, nasjonale føringar og helse- og økonomiske gevinstar er knytt til målretta oppfølging av ernæringsstatus. Ernæring har god dokumentert effekt på sjukdomsutvikling og restitusjon, og ein har fokus på pasientar med ernæringsmessig risiko, likevel er svakheita at det er eit stort gap mellom klinisk praksis og ønska praksis når det gjeld å identifisere, førebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring (Helsedirektoratet, 2017).

4 Forskingsartiklar

Studie 1

«Mini-nutritional assessment (MNA) is useful for assessing the nutritional status of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study» er ein kvantitativ studie publisert i 2014 av Hsu, Ho, Kuo, Wang og Tsai. Bakgrunnen for studien er at vekttao og muskeltao ofte er eit vanleg og alvorleg problem for pasientar med kols, der ein opplever dårlege prognosar og underernæring. Studien undersøkte kor nyttig Mini Nutritional Assessment (MNA) skjema er for å vurdere ernæringsstatusen til pasientar med kols. Det var 83 pasientar som deltok, der 79 var menn, 4 var kvinner og 90,3% av pasientane var over 65 år. Pasientane hadde GOLD stadium 1-4. For å kartlegge ernæringsstatus nytta ein både MNA-T1 og MNA-T2. Studien kjem fram til at begge MNA-skjema fungera godt til å kartlegga ernæringsstatus for pasientar med kols og i tillegg føreslå treningskapasitet (Hsu et al., 2014).

Studie 2

«Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien» er ein kvantitativ tversnittundersøking publisert i 2017 av Aagaard og Grøndahl. Studien besto av to delstudiar: ein studie blant leiarar av heimesjukepleien og ein studie blant helsepersonell i heimesjukepleien. Bakgrunnen for studien var at undersøkingar visar at pasientar som får hjelp av heimesjukepleien, kan vera utsett for underernæring. Målet med undersøkinga var å beskrive korleis rutinar leiarar og helsepersonell i heimesjukepleien nyttar for å vurdere pasienten sin ernæringsstatus. I studien vart det samla inn data ved hjelp av eit strukturert spørjeskjema. I alt svarte 485 respondentar på spørjeskjemaet om ernæringsarbeid i heimesjukepleien, 273 av dei var faglege leiarar og 212 var helsepersonell. I studien kom ein fram til at det bør utarbeidast skriftlege prosedyrar for å vurdere ernæringsstatus i kommunane. Retningslinjer finst, men desse må gjerast betre kjent, og opplæring av helsepersonell bør vera eit prioritert området (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Studie 3

«Targeted medical nutrition for cachexia in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized, controlled trial» er ein randomisert kontrollert studie publisert i 2017 av Calder, Laviano, Lonnqvist, Muscaritoli, Öhlander og Schols. Bakgrunnen for studien var at pasientar med kols og kakeksi (tap av vekt og muskelmasse) kunne ha nytte av ernærings supplement. Det vart gjort ein dobbel-blinda randomisert kontrollert studie som evaluerte om det er trygt og effektivt med målretta medisinsk ernæring. Det var 45 deltakarar med ein snitt alder på 69, i den ein gruppa var det 12 kvinner og den

andre var 10 kvinner. Studien visar at målretta ernæring med høge dosar av omega-3 feittsyrer, vitamin D og høg-kvalitets protein var trygt for pasientane. Det hadde ein positiv effekt på blodtrykk, blodlipider, dyspnè og fatigue. Ein kom derfor fram til at pasientar med kols hadde god effekt av ernæring og metabolsk støtte for å førebygge kakeksi og til dei pasientane som allereie har kakeksi (Calder, et al., 2017).

Studie 4

«Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien» er ein norsk kvalitativ studie publisert i 2017 av Meyer, Velken og Jensen. Bakgrunnen for studien er at det er fleire studiar som påpeikar at helsepersonell manglar rutinar og kunnskap om systematisk registrering av pasientar for risiko for underernæring. Studien hadde som hensikt å undersøke korleis heimesjukepleien fortolkar og ivareteke fagleg forsvarleg ernæringspraksis i forhold til krava til «Nasjonale faglege retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring». Det vart nytta ein tematisk intervjuguide med opne spørsmål tilpassa det fokuserte tema. Det var 19 sjukepleiarar som deltok i studien, der datainnsamlingsmetoden kjenneteiknast av syklusar med erfaringsdeling, kritisk refleksjon og praktisk problemløysing. Deltakarane fekk dele sine erfaringar og gi praktiske dømer frå ernæringsarbeidet og ein fann at ernæringsfagleg arbeid i heimesjukepleien er personsentrert og må vera praktisk tilpassa for den enkelte heimebuande. Det kan vera utfordrande med standardisert kartlegging av ernæringsrisiko, som er eit krav i dei nasjonale faglege retningslinjene. Det krev eit samarbeid mellom den enkelte pasient, pårørande, leiinga og personalet i heimesjukepleien (Meyer et. al, 2017).

Studie 5

«Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast» er eit vitskapleg essay publisert i 2017 av Melheim og Sandvoll. Bakgrunnen for essayet var at halvparten av pasientar som motteke heimesjukepleie er underernært eller står i fare for å bli det. Trass i klare nasjonale føringar, rapporterer Helsetilsynet om manglande ernæringsoppfølging i fleire kommunar. Studien undersøker kva som kan ligge til grunn for ein slik variabel praksis. I artikkelen diskutera Melheim og Sandvoll (2017) utfordringar med å kartlegge ernæringsstatus i heimesjukepleia. Føremålet er å få fram den gode løysinga som kan forenkla og systematisera vurdering av ernæringsstatus. Melheim og Sandvoll (2017) konkluderte med at ved å gjere ernæringskartlegging til rutine er det lettare å oppdage ernæringsvanskar før det oppstår sjukdom og vekttaap, ei god løysing kan vera å ta i bruk kortversjonen av MNA (Melheim & Sandvoll, 2017).

5 Drøfting

For å belyse problemstillinga vil eg i drøftingsdelen gå djupare inn i kvifor ernæringskartlegging er viktig til pasientar med kols, kva utfordringar møter ein på og korleis ein som sjukepleiar i heimesjukepleien kan utføre kartlegging av ernæringsmessig risiko til pasientar med kols.

5.1 Kvifor er ernæringskartlegging viktig til pasientar med kols?

Når ein skal utføre kartlegging av ernæringsmessige risiko til pasientar med kols, er det ein fordel å forstå kvifor ernæringskartlegginga er viktig. Dersom ein utfører ernæringskartlegginga som rein rutine, men ikkje forstår kvifor, kan kartlegginga vera lett å undervurdere og oversjå. Skal ein gje heilskapleg helsehjelp til pasientar med kols, er ernæring ein del av dette (Bakkeland et al., 2016, s. 172).

Pasientar med kols som er underernærte er ofte assosiert med dårlege prognosar. Konsekvensar ved underernæring er for pasienten tap av muskelmasse, nedsatt muskelkraft, redusert lungefunksjon med tung pust og redusert hostekraft (Bakkeland et al., 2016, s. 139). I min praksis i heimesjukepleien møtte eg ein pasient med diagnosen kols og som var svært underernært. Pasienten hadde utfordringar med å gå på grunn av manglande styrke i beina og var derfor avhengig av rullator, noko som resulterte til at ho hadde hatt ein del fall i heimen. I dei periodane ho klarte å ete meir, var styrken i kroppen betre og ho var mindre svimmel. Underernæring utviklar seg når eit ernæringsproblem ikkje blir identifisert og kan oppstå som ein konsekvens av ein sjukdom, som til dømes kols. Ein kan ikkje alltid sjå kven som er i ernæringsmessig risiko og det er behov for gode rutinar for risikovurdering, derfor har pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender 24-7» utforma ei tiltakspakke som ein kan nytte for å førebygge og behandle underernæring som følge av sjukdom og behandling. Dersom ein skal nytte tiltakspakka, må ein kjenne til innhaldet i dei «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» da det er desse retningslinjene som dannar kunnskapsgrunnlaget, til dømes har dei utforma ein oversikt over ulike kartleggingsverktøy for ernæring (Helsedirektoratet, 2018).

Det finst fleire typar kartleggingskjema for å vurdere ernæringsmessig risiko, der utgangspunktet er vurderinga er vekt, vektutvikling og høgde. NRS 2002 og MNA-skjema er kartleggingsverktøy som er godkjent av dei nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet, 2013). MNA-skjemata vart òg nytta i studien til Hsu et al. (2014). Der ein kom fram til at MNA-skjemata var eit nyttig registreringskjema i høve kartlegging av ernæringsstatus til pasientar med kols, og studien konkluderte med at ved å opprette betre kartleggingsrutinar kunne ein førebygge underernæring til desse pasientane (Hsu et

al., 2014). Ved å oppdage tidleg at pasienten anten er i fare for ernæringsmessig risiko eller allereide er kommen dit, kan ein ved målretta kosthaldsintervensjon betre situasjonen. Studien til Calder, et al. (2017) fokusera nettopp på dette, at målretta ernæring med høge dosar av omega-3 feittsyrer, vitamin D og høg-kvalitets protein har ein positiv effekt på blodtrykk, blodlipider, dyspnø og fatigue utløyst av anstreningar (Calder, et al., 2017). Når ein set i gang slike tiltak, har ein gjerne utført ei ernæringskartlegging på førehand og oppdaga at pasienten er i fare for underernæring. Samstundes må ein ikkje gløyme pasienten sin autonomi, slik at ein er sikker på at pasienten er villig til å gjennomføre både kartlegging og tiltak. Det kan i nokon tilfelle vera ein utfordring at pasienten ikkje ønskjer å ta del i verken kartlegginga og tiltaket (Fjørtoft, 2016, s. 126).

Å behandle underernæring er ressurskrevande, derfor ønskjer ein å identifisere risikopasientar tidleg, slik at kan ein sette i gang førebyggjande tiltak. Pasientar med god ernæringsstatus har lågare risiko for nye sjukehusinnleggingar enn pasientar som er i ernæringsmessig risiko, noko som gir samfunnsøkonomiske genvistar (Helsedirektoratet, 2017). Samstundes vil det for ein pasient med kols gi helsemessige gevningar i form av eit sterkare immunforsvar, færre infeksjonar og sjukehusinnleggingar, betre lungefunksjon, meir energi i kvardagen, betre livskvalitet og overleving (Bakkellund et al., 2016). Vidare i drøftinga vil eg gå djupare inn i kva utfordringar ein som sjukepleiar kan møte på i høve ernæringskartlegging i heimesjukepleien.

5.2 Utfordringar i møte med ernæringskartlegging i heimesjukepleien

I følge «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» sine anbefalingar skal alle bebuarar innskriven i heimesjukepleien vurderast for ernæringsmessig risiko ved innskriving og så med eit intervall på kvar månad (Helsedirektoratet, 2013). Det kan vera nyttig å ha så tydelege nasjonale retningslinjer, men samstundes kan det opplevast krevjande. I studien til Meyer et al. (2017) kom det fram at sjukepleiarane opplevde det nasjonale kravet om systematisk kartlegging av pasienten sin ernæringsstatus som krevjande. Dei påpeikte at det er enklare å observere og kartlegge i høve mat- og væskeinntak til pasientar som bur på institusjon, i motsetning til i heimesjukepleien der slike observasjonar og kartlegging kan vera utfordrande (Meyer et al., 2017). I min praksis opplevde eg at den heimebuande pasienten lett kan gløyme kva han har ete og drukke, og kanskje ikkje ønskjer å registrere mat- og væskeinntak. Nokon heimebesøk bestod av å hjelpe pasienten med å varme middag, men ein hadde ikkje alltid moglegheit eller tid til å sjå om pasienten faktisk åt måltidet. I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) opplevde sjukepleiarane å ha for lite tid til å utføre ernæringskartlegginga (Aagaard & Grøndahl, 2017). I heimesjukepleien er pasientbesøka kortarte og sjeldnare enn i institusjon. Det er ikkje alltid rom for å spørje om eller

observere matinntak, måle vekt eller kartlegge ernæringsstatus innanfor den tilmålte tida (Melheim & Sandvoll, 2017).

Å måle både høgde og vekt korrekt i heimen til ein pasient kan vera utfordrande. Pasienten kan kanskje ikkje stå på beina eller er sengeliggande. Utan vekt mål er det umogeleg å rekne ut KMI (Melheim & Sandvoll, 2017). I min praksis i heimesjukepleien nytta ein MNA-skjemaet til ernæringskartlegging. Dersom pasienten sin fysiske tilstand gjorde det utfordrande å måle KMI kunne ein ved hjelp av eit målband likevel gjennomføre kartlegginga, da MNA-skjemaet har to punkt der ein måler omkrins av legg og overarm og får ein poengskår ut frå desse måla. Ein anna utfordringane i forhold til å måle vekt, kan vera pasienten sin autonomi (Fjørtoft, 2016). Kva om pasienten ikkje vil vege seg? Eller ikkje ønskjer å gi opplysningar om sine matvanar? I studien til Meyer et al. (2017) understreka sjukepleiarane at ein må ha respekt for at pasienten må få bestemme sjølv. Dei la vekt på at den heimlege arenaen er eit privat rom og var opptatt av kva dei antok kunne vera passande åtferd i pasienten sin heim. Enkelte sjukepleiarar meinte at det var upassande å måle vekta til pasienten med omsyn til pasienten sin verdigheit. I grupperefleksjonen kom det fram at nokre av pasientane vegra seg for å måle vekt, noko som kunne påverke sjukepleiaren til å la vær å vega pasienten og dei opplevde det i tillegg utfordrande å følge opp kva pasienten faktisk et og drikker (Meyer et al., 2017).

5.2.1 Samarbeid mellom leiinga og sjukepleiar i heimesjukepleien

I studien til Meyer et al. (2017) meinte sjukepleiarane at dei nasjonale retningslinjer kunne vera nyttige, men at sjukepleiarar og leiarar måtte få anledning til å sette seg inn kunnskapsgrunnlaget. Saman kunne ein da komme til einigheit om korleis tilpasse retningslinjene til lokale rutine (Meyer et al., 2017). Dei tilsette er ein viktig ressurs i helse- og omsorgstenesta, da dei kjenner best den daglege drifta. Helsepersonell har eit personleg, lovpålagt ansvar for å yte forsvarleg helsehjelp og må derfor halde seg fagleg oppdatert i form av til dømes forskning og nasjonale retningslinjer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4). Samstundes har leiarar i helse- og omsorgstenesta eit ansvar for å rekruttere og utvikle kompetente medarbeidarar og etablera system og rutine som sikrar at verksemda levera forsvarleg og gode tenester, dette kjem fram av Meld. St. 11 - Kvalitet og pasientsikkerhet 2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Vidare står det i stortingsmeldinga at god kvalitet og pasienttryggleik utviklast best i kulturar der medarbeidarar og leiarar har eit eigarskap til kvalitetsforbetring og ein fagleg ambisjon om å stadig utvikle seg og bli betre. Godt arbeidsmiljø bidreg til å legge grunnlaget for god og sikker pasientbehandling (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2018). Av eigen erfaring har eg opplevd at det lettare å drøfte utfordringar på arbeidsplassen med kollegaer ein kjenner seg trygg på.

I følge rapporten «Sykdomsrelatert underernæring – utfordringer, muligheter og anbefalinger» har ernæringspraksisen i helsetenesta nokre svakheitlar. Det er uklare leiing og uklare ansvarsfordeling som bidreg til at ernæringspraksisen ikkje er tilstrekkeleg systematisk. Ein stor utfordring i dag er mangelfull ernæringskunnskap blant helsepersonell og mangel på tilgjengelegheit av klinisk ernæringsfysiologar (Helsedirektoratet, 2017). Studien til Aagaard og Grøndahl (2017) bekreftar dette, da kun 36% av helsepersonellet som deltok i studien kjente til «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» og 80% ønska meir kunnskap om ernæringsarbeid. Dei faglege leiarane i studien vurderte kunnskap, tid og deretter ressursar som dei tre største hindringane til vurdering og oppfølging av ernæringsstatus, medan helsepersonellet i studien vurderte tid som den største hindringa og deretter kunnskap og ressursar (Aagaard & Grøndahl, 2017). I min praksis i heimesjukepleien nytta ein som tidlegare nemnt MNA-skjemaet til ernæringskartlegging, og det verka som at sjukepleiarane hadde god rutine i høve kartlegginga, men kva om ein ikkje kjenner til kartleggingsverktøya på sin arbeidsplass, kan det da bli ei hindring i å utføre kartlegginga? I studien til Meyer et al. (2017) kom det fram at i den eine deltakar gruppa hadde ikkje leiinga bestemt seg for eit spesifikt ernæringskartleggingsverktøy. Deltakarane i denne gruppa problematiserte at mangel på ei slik avgjersle hindra dei i å implementera ernæringskartleggingsverktøy (Meyer et al, 2017). Vidare i drøftinga vil eg gå nærare inn på kva som må til for å kunne utføre ernæringskartlegginga.

5.3 Kva må til for å utføre ernæringskartlegging i heimesjukepleien

God ernæringspraksis inneber kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasienten sin ernæringsstatus. Sjukepleiaren vurderer matinntak i forhold til behov, set i gang målretta ernæringstiltak, samt følgjer opp og evaluera (Helsedirektoratet, 2016). Som sjukepleiar har ein ansvar for å utføre ernæringskartlegginga, men er samstundes avhengig av at leiinga har satt ernæring på dagsorden. I studien til Meyer et al. (2017) var sjukepleiarane samstemde om at systematisk ernæringskartlegging må forankrast i kommunen og heimesjukepleien si leiing. Leiarane må ha interesse for og fokus på temaet. Ernæringskartlegging bør integrerast i organisasjonen, og det må innarbeidast rutinar for dei tilsette som jobbar ute i heimetenesta. Deltakarane i studien meinte at «det ofte skilr ut, ein må ha rutine». Det kan vera nyttig om leiinga tar ansvar for å etterspørje ernæringsvurderingar og sørge for gode dokumentasjonsrutinar, ved å sette av tilstrekkeleg tid til både å kartlegge og å dokumentere (Folkehelseinstituttet, 2019; Meyer et al., 2017). Det blir anbefalt

at forbetningsarbeid som ernæringskartlegging, er eit fast punkt på agendaen i leiarmøter for å etterspørje framdrift og avklara kva som treng leiaroppfølging (Folkehelseinstituttet, 2019). Ein viktig ressurs i dette arbeidet er forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsestjenesten, 2016). Medarbeidarar som skal ta del i ernæringsarbeidet bør kjenna seg involvert, der ein legg til rette for innspel frå dei tilsette, da det er dei som står i den daglege drifta og kjenner kvardagen på kroppen. Tilsette og leiarar bør dela ei felles forståing for kvifor det er behov for ernæringskartlegging. Ved å inkludere dei tilsette, bidreg det til at ein opplever prosessen som meir meningsfull (Fjørtoft, 2016; Folkehelseinstituttet, 2019).

Når ein skal utføre ernæringskartlegginga får ein opplysningar om ernæringsstatus gjennom klinisk undersøking (inkl. veging og måling), anamnese og laboratorieprøvar. Skal ein følge vektendring over tid må rutinar standardiserast. Veging bør skje til same tidspunkt på dagen, der ein føretrekkje om morgonen før frukost og med den same vekta (Helsedirektoratet, 2016, ss. 78-79). Som tidlegare nemnt møtte eg ein pasient i praksis med kols som òg var svært underernært. Der følgde ein med på vekta ved å vege ho same dag som ho skulle få hjelp til å dusje, som var ein gong i veka, denne rutinen fungerte godt. I denne kommunen hadde alle i heimesjukepleien kvar sin mobil med elektronisk journal, kor alle besøka ein skulle gjere i løpet av vakta stod oppført og kva dei ulike besøka skulle innehalde. Dersom ein pasient skulle måle vekt ville det da stå oppført i den elektroniske journalen, i tillegg til informasjon som at ein måtte hugsa å ta med vekt eller om pasienten hadde dette i heimen. Etter besøket dokumenterte ein vekta i den elektroniske journalen på mobilen og ein kunne med ein gong sjå utviklinga frå førre vekt måling. På denne måten var det eit systemet i kartlegging av vekt, med faste intervall lagt inn elektronisk. Denne pasienten samarbeida godt i høve måling av vekt da det var blitt ei rutine, men ikkje alle pasientar er like komfortable med dette. I studien til Meyer et al. (2017) diskuterte sjukepleiarane korleis dei best kunne førebu pasienten før ei ernæringskartlegging. Dei kom fram til at det var best å informere pasienten om veging og kartlegging av ernæringsstatus på førehand, da blei det ofte positivt motteke. Pasienten hadde da gjerne satt fram vekta og sat klar å venta på at heimesjukepleien skulle komme (Meyer et al., 2017). Min erfaring frå praksis er at dersom pasienten kjenner seg oversett eller overkøyr, gjer kanskje pasienten motstand. Dersom ein i staden vel å inkludere pasienten ved å gi informasjon på førehand, samarbeider pasienten godt og ein vil i dette tilfelle få utført ernæringskartlegginga.

I studien til Melheim og Sandvoll (2017) la ein vekt på viktigheita med opplæring i bruk av kartleggingsverktøy. Gode kunnskapar om både ernæring og kartleggingsverktøy kan gjera det

lettare å innføre nye rutinar (Melheim & Sandvoll, 2017). I tillegg til meir kunnskap om ernæring, vektlegg studien til Aagaard og Grøndahl (2017) at det bør utarbeidast skriftlege prosedyrar for utføring av ernæringskartlegging i kommunane. Nasjonale retningslinjer må gjerast betre kjent, og opplæring av helsepersonell må vera eit prioritert område. Faglege leiarar har ansvar for at det blir utarbeida skriftlege prosedyrar, samstundes som at helsepersonell har ansvar for å gjennomføre dei skriftlege prosedyrane (Aagaard & Grøndahl, 2017). Studien til Meyer et al. (2017) presissera at dersom ein skal styrke sjukepleiarane sitt ernæringsarbeid i heimesjukepleien er det viktig å dele erfaringar og bidra til kritisk refleksjon om korleis standardiserte kartleggingsverktøy kan kvalitetssikre praksis. Å gjennomføra systematiske vurderingar av ernæringsmessig risiko innan for eksisterande ressursar i heimesjukepleien krev tett samarbeid mellom pasient, sjukepleiar og leiinga i heimesjukepleien (Meyer et al, 2017).

6 Konklusjon

I denne oppgåva skulle eg sjå nærare på korleis ein som sjukepleiar kan utføre ernæringskartlegging av ernæringsmessig risiko til pasientar med kols som motteke heimesjukepleie. For pasientar med kols som har tung pust og dårleg matlyst, kan det vera utfordrande å unngå vekttao eller underernæring. Det er derfor viktig at ein følger opp ernæringsstatus til denne pasientgruppa. Forsking visar at sjukepleiarar som jobbar i heimesjukepleien har utfordringar som tid, kunnskap ressursar. I heimesjukepleien er pasientbesøka kortare og sjeldnare enn i institusjon. Ein treng derfor at det er satt av nok tid, slik at ein kan måle vekt og kartlegge ernæringsstatus. Ein del sjukepleiarar opplever at nasjonale retningslinjer kan vera utfordrande å følge, men at dei samstundes skapar eit felles kunnskapsgrunnlag. Dei nasjonale retningslinjene er viktig å kjenne til og ein må komme til einigheit om korleis retningslinjene kan tilpassast lokalt i heimesjukepleien.

Skal ein utføre ernæringsarbeid er det ein fordel å ha god kunnskap om ernæring og kvifor dette er viktig, spesielt til pasientgrupper med kroniske sjukdommar som kols. Utfører ein ernæringskartlegginga fordi ein har «fått beskjed om det», men ikkje forstår kvifor, er det lett å unnlata å utføre kartlegginga. God opplæring i høve ernæring legg eit godt grunnlag. Vidare krev det ei tydeleg leiing, som er engasjert i ernæringsarbeid og tek eigarskap i dette, slik at dette engasjementet inspirera og motivera dei andre tilsette som skal utføre ernæringskartlegginga. Ein treng ei leiing som legg til rette i form av tid og gir god opplæring i bruk av ernæringsverktøy, der leiinga har gjort forarbeid med å velje kva for kartleggingsverktøy ein skal nytte og korleis ein kan utføre dette systematisk. Forsking vektlegg at det bør utarbeidast skriftlege prosedyrar for å kartlegge ernæringsstatus i heimesjukepleien. Det er dei faglege leiarane som har ansvar for at det blir utarbeida skriftlege prosedyrar, slik at pasientane får tilfredsstilt sine grunnleggande behov. Ved å ha ei tydeleg prosedyre og ved å gjera ernæringskartlegging til rutine er det lettare å oppdage ernæringsmessig risiko før det oppstår vekttao.

Det er viktig å inkludere pasienten, slik at han ikkje kjenner seg overkøyrd. Da forstår pasienten betre kvifor ein utfører ernæringskartlegginga og forskning visar at dersom ein informerte pasienten kvelden før i høve å måle vekt, hadde gjerne pasienten satt fram vekta og sat klar og venta på at heimesjukepleien skulle komme. Med gode rutinar og eit godt samarbeid mellom pasient, sjukepleiar og leiing utfører ein ernæringskartlegging av ernæringsmessig risiko til pasientar med kols som motteke heimesjukepleien.

Litteraturliste

- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien*. Hentet fra doi 10.4220/Sykepleienf.2017.61219
- Bakkelund, J., Thorsen, H. B., Almås, H., Sorknæs, A. D., & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., ss. 117-182). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Calder, P. C., Laviano, A., Lonqvist, F., Muscaritoli, M., Öhlander, M., & Schols, A. (2017). Target medical nutrition for cachexia in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized, controlled trial. *Wiley Online Library*. Hentet fra doi 10.1002/jcsm.12228
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 24. januar). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. Hentet 25. mai 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 4. juni). Ledelse og forankring. Hentet 26.mai 2020 fra <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/ledelse-og-forankring/>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Grundt, H., & Mjell, J. (2017). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., ss. 217-252). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet. (Meld. St. 11 (2018-2019))*. Hentet 13. juni 2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/?ch=3>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg#KAPITTEL_4
- Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). Randomisert kontrollert undersøkelse. Hentet 25. mai 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/rct>
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Hentet 13. juni 2020 fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

- Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjensten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017, januar). Sykdomsrelatert underernæring - utfordringer, muligheter og anbefalinger. Hentet 20. mai 2020 fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sykdomsrelatertunderernaering/Sykdomsrelatert%20underernæring.pdf/_/attachment/inline/f9c7442d-2c5c-46b1-9a81-70b487278d5b:d679eaeef00223e27618b8ac4ab62f9f1fed2875f/Sykdomsrelatert%20underernæring.pdf
- Helsedirektoratet. (2018, mai). Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring. Hentet 25. mai 2020 fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ernaering/_/attachment/inline/d0be1367-1eee-40ec-a65d-e3a214129b24:58b59e2908d43a34df74e673fce069dfdc4a21ad/tiltakspakke-for-forebygging-og-behandling-av-underernaering-i-hjemmetjenesten.pdf
- Helsedirektoratet. (2019, 20. juni). Ernæringsoppfølging hos hjemmeboende. Hentet 25. mai 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppfolging-av-ernaering-hos-hjemmeboende>
- Hsu, M.-F., Ho, S.-C., Kuo, H.-P., Wang, J.-Y., & Tsai, A. (2014). Mini-nutritional assessment (MNA) is useful for assessing the nutritional status of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study. *National Library of Medicine*. Hentet fra doi: 10.3109/15412555.2013.863274
- Jacobsen, E. L., & Bye, A. (2016). Ernæring. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 619-673). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Melheim, B. G., & Sandvoll, A. M. (2017). Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast. *Sykepleien*. Hentet fra doi 10.4220/Sykepleienf.2017.64708
- Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien*. Hentet fra <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>
- Norsk Sykepleieforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. Hentet 25. mai 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Søk&skriv*. (2017, 13. august). Akademiske sjangerer. Hentet 28. mai 2020 fra <https://sokogskriv.no/lesing/hvordan-hente-noe-ut-av-en-tekst/>
- Stubberud, D.-G., Kondrup, J., & Almås, H. (2019). Ernæring ved sykdom. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., ss. 17-50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1-6

Vedlegg 1

GOLD kriteria

Gold står for «The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease» og er dei internasjonale kriteria for kols, der kols blir klassifisert i fire stadium etter alvorsgrad. Det er spirometriundersøkinga som dannar grunnlaget for GOLD-kriteria (Bakkelund et al., 2016, s. 134-135).

Ved spirometri undersøker ein blant anna:

FVC (Forced Vital Capacity), som er det maksimale funksjonelle lungevolumet, og differansen i luftvolum under maksimalt inspirasjon og ekspirasjon.

FEV1 (Forced Expiratory Volume in 1 Second), som tilsvara det maksimale luftvolumet ein klarar å puste ut i løpet av eit sekund (Bakkelund et al., 2016, s. 131).

Stadium/ sjukdomsgrad	Kriteria	Symptom
Stadium I Mild kols	Mild luftstrømsobstruksjon: FEV ₁ /FvC <70% og FEV ₁ ³ 80% av forventa	Vanlegvis, men ikkje alltid, kronisk hoste og slim frå lungene. På dette stadiet er ikkje pasienten nødvendigvis klar over at han har redusert lungefunksjon.
Stadium II Moderat kols	Aukande luftstrømsobstruksjon: FEV ₁ /FvC < 70% FEV ₁ 50-79% av forventa.	Pasienten vil som regel, men ikkje alltid, vera plaga av kronisk hoste og/eller slim frå lungene.
Stadium III Alvorleg kols	Alvorleg luftstrømsobstruksjon: FEV ₁ /FvC < 70% FEV ₁ 30-49% av forventa.	Akutte forverringar av symptom, noko som har innverknad på pasienten sin livskvalitet og prognose.
Stadium IIII Svært alvorleg kols	Alvorleg luftstrømsobstruksjon: FEV ₁ /FvC <70% FEV ₁ <30% av forventa.	Respirasjonssvikt eller kliniske teikn til høgresidig hjertesvikt (cor pulmonale) på grunn av konstant auka trykk i lungekretsløpet (pulmonal hypertensjon). Pasienten sin livskvalitet er tydelege redusert og forverring kan vera livstruande.

Vedlegg 2

MNA kartleggings skjema

Mini Nutritional Assessment MNA®

Etternavn:		Fornavn:		Kjønn:		Dato:	
Alder:		Vekt, kg:		Høyde, cm:		ID-nummer:	

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringstilstanden.

Vurdering, 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 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C Mobilitet 0 = sengeliggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>
D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene 0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiske lidelser 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde) 0 = KMI mindre enn 19 1 = KMI 19 til mindre enn 21 2 = KMI 21 til mindre enn 23 3 = KMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>
Undersøkelsespoengsum vurdering, del I (sumtotal maks. 14 poeng)	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II 11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II	
Vurdering, del II	
G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
K Utvalgte markører for proteininntak • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsestilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
R Leggomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31 cm eller større	<input type="checkbox"/>
Vurdering, del II (maks. 16 poeng)	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Gradering av underernæringstilstand	
17 til 23.5 poeng	<input type="checkbox"/> i fare for underernæring
Mindre enn 17 poeng	<input type="checkbox"/> underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva 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.
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 For more information : www.mna-elderly.com

Screening av ernæringsmessig risiko (NRS 2002)

Innledende screening

		JA	NEI
1	Er BMI under 20,5?		
2	Har pasienten tapt vekt i løpet av de siste ukene?		
3	Har pasienten hatt redusert næringsinntak de siste ukene?		
4	Er pasienten alvorlig syk?		
Ja	Dersom svaret er JA på noen av disse spørsmålene, gjennomføres hovedscreeningen under.		
Nei	Dersom svaret er NEI på alle spørsmålene, gjennomføres innledende screening ukentlig. Dersom pasienten skal gjennomgå planlagt større kirurgi, skal en forebyggende ernæringsplan vurderes for å unngå assosiert ernæringsrisiko.		

Hovedscreening – vurdering av risikograd

Score	Ernæringstilstand	Score	Sykdommens alvorlighetsgrad
0	Normal ernæringstilstand	0	Ikke syk
1	Vekttap 5-10 % siste 3 mnd og/eller Matinntak 50-75 % av behov i mer enn en uke	1	En pasient med kronisk sykdom eller en pasient som har gjennomgått et mindre kirurgisk inngrep. Studier er gjort på pasienter med levercirrose, nyresvikt, kronisk lungesykdom, kreftpasienter, FCF, cholecystectomi og laparoskopiske operasjoner.
2	Vekttap 10-15 % siste 3 mnd og/eller BMI 18.5-20.5 og/eller Matinntak 25-50 % av behov i mer enn en uke	2	En pasient med tydelig redusert allmentilstand pga sin sykdom. Studier er gjort på pasienter med alvorlig pneumoni, inflammatorisk tarmsykdom med feber, akutt nyresvikt, større kirurgiske inngrep som kolektomi eller gastrektomi, ileus, anastomoselekkasje, gjentatte operasjoner
3	Vekttap > 15 % siste 3 mnd og/eller BMI < 18.5 og/eller Matinntak 0-25 % av behov i mer enn en uke	3	En pasient som er alvorlig syk. Studier er gjort på pasienter med store apopleksier, alvorlig sepsis, intensivpasienter (APACHE >10), benmargstransplantasjoner, store hodeskader, brannskader >40 % og alvorlig akutt pankreatitt.

Pasienten scores fra 0-3 for ernæringstilstand.
Pasienten scores fra 0-3 for sykdommens alvorlighetsgrad.
For pasienter eldre enn 70 år legges det til 1 score.
Dersom summen av scorene blir >3, er pasienten i ernæringsmessig risiko og tiltak iverksettes.
Dersom summen av scorene blir <3, er pasienten ikke i ernæringsmessig risiko. Ukentlig screening.

Vedlegg 4

PICO skjema

	P: Population/patient /problem	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcome, utfall
Norsk	Kronisk obstruktiv lungesjukdom Kols	Ernæring Kartlegge ernæring Kartleggingsverktøy Underernæring Vekttap		Forbetre kartlegging av underernæring til pasienter med kols
Engelsk	Chronic obstructive pulmonary disease COPD	Nutrition Screening Mini nutritional assessment (MNA) Malnutrition Weight loss		Improve screening of malnutrition to patients with COPD

Vedlegg 5

Søkeprosessen

Forskingsartikkel	Database	Søkeord	Antall treff	Artikkel nummer
Targeted medical nutrition for cachexia in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized, controlled trial. av Calder, Laviano, Lonnqvist, Muscaritoli, Öhlander og Schols.	PubMed	Chronic obstructive pulmonary disease Nutrition Weight loss	173	23
Mini-nutritional assessment (MNA) is useful for assessing the nutritional status of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study av Hsu, Ho, Kuo, Wang og Tsai	Medline	Chronic obstructive pulmonary disease Nutrition Mini nutritional assessment	25	2
Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien av Meyer, Velken og Jensen	Sykepleien.no Forskning	Ernæring	74	16
Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien av Aagaard og Grøndahl	Sykepleien.no Forskning	Hjemmesykepleie	83	18
Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast av Melheim og Sandvoll	SweMed+	Nutrition Assessment	240	10

Vedlegg 6

KMI (kroppsmassindex) = kg/m²

BMI på engelsk (bodymassindex)

BMI tabell																								
Høyde i cm	Vekt i kg																							
	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140
150	21	23	25	27	28	30	32	34	36	37	39	41	43	44	46	48	50	-	-	-	-	-	-	-
155	20	22	23	25	27	28	30	32	33	35	37	38	40	42	43	45	47	48	50	-	-	-	-	-
160	19	20	22	23	25	27	28	30	31	33	34	36	38	39	41	42	44	45	47	48	50	-	-	-
165	18	19	21	22	24	25	26	28	29	31	32	34	35	37	38	40	41	43	44	46	47	49	50	-
170	17	18	19	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	35	36	37	39	40	42	43	44	46	47	48
175	16	17	18	20	21	22	24	25	26	27	29	30	31	33	34	35	37	38	39	41	42	43	44	46
180		16	17	19	20	21	22	23	25	26	27	28	30	31	32	33	35	36	37	38	40	41	42	43
185			16	18	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	32	33	34	35	36	37	39	40	41
190			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	27	28	29	30	31	32	33	34	36	37	38	39

Underernært
 Normalvekt
 Overvekt
 Svært overvektig

BMI verdi

Kategori

mindre enn 18	alvorlig undervektig
fra 18 til 20	undervektig
fra 20 til 25	normal vekt
fra 25 til 30	overvektig
fra 30 til 35	fedme
fra 35 til 40	alvorlig fedme
over 40	svært alvorlig fedme

(Helsedirektoratet, 2016)



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Kari Eldal		

Deltaker

Naun:	Trine Alida Eldegard Steunebø
Kandidatnr.:	302
HVL-id:	162140@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	31		
Antall ord *:	7028		
Sett hake dersom besuarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei