

# BACHELOROPPGÅVE

## «Utan mat og drikke duger helten ikkje»

- God ernæringspleie til eldre ortopediske pasientar

av

Kandidatnr: 60

Ragnhild Kringlen

Bachelor i sjukepleie

SK 159

Mai 2016

**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnr. 60            Ragnhild Kringlen

JA X            NEI \_\_\_

## Samandrag

**Tittel:** «Utan mat og drikke duger helten ikkje» - God ernæringspleie til eldre ortopediske pasientar

**Bakgrunn:** Underernæring medfører auka risiko for slitasje- og brotskader hos eldre. Det er sjukepleiaren sitt ansvar å kartlegge ernæringsmessig risiko, og gi pasienten individuelt tilpassa behandling. Det vil dermed vere hensiktsmessig å få innsikt i kva for sjukepleieintervensjonar som kan bidra til betre kartlegging og utreiing av underernæring, samt konkrete tiltak for å auke næringsinntaket til pasienten, og optimalisere næringsinnsetjinga i maten.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiaren bidra til god ernæringsstatus for eldre pasientar på sjukehus?

**Metode:** Oppgåva er ein litteraturstudie basert på søk i medisinske databasar, samt gjennomgang av pensumlitteratur og nasjonale retningslinjer.

**Konklusjon:** God ernæringspleie bidrar til raskare mobilisering, færre postoperative komplikasjonar og dermed betre prognose for eldre ortopediske pasientar. Det er sjukepleiaren sitt ansvar å kartlegge ernæringsstatus, samt opprette ein individuell ernæringsplan for risikopasientar. Ein må ta omsyn til særskilte preferansar og behov hos den enkelte pasienten, og sørgje for aktiv involvering av pasienten i ernæringsbehandlinga. Det er behov for meir kunnskap om ernæring blant sjukepleiarar, som vil kunne føre til større engasjement for emnet, og betre formidling av kunnskap til pasienten. Ein ser også nytten av meir tverrfagleg samarbeid for å oppnå betre langtidsverknader. Oppgåva talar for at det bør leggjast meir vekt på ernæringsbehandling på ortopediske avdelingar.

*«Let food be thy medicine, and medicine be thy food»*

- Hippokrates

## Innhald

### Samandrag

1.0 Innleiing .....	1
1.1 Problemstilling med avgrensing .....	2
1.2 Oppbygging av bacheloroppgåva .....	2
2.0 Metode .....	2
2.1 Kjeldekritikk .....	3
2.2 Vurdering av metode.....	4
4.0 Teoretisk grunnlag .....	5
4.1 Utreiing og årsaker til underernæring hos eldre.....	5
4.2 Kvifor førebyggje og behandle underernæring på sjukehus .....	6
4.3 Sjukepletiltak .....	7
4.3.1 Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon.....	8
4.3.2 Etikk i sjukepleieperspektiv .....	8
4.4 Oppsummering av funn.....	9
5.0 Drøfting.....	10
5.1 Kartlegging av risiko for underernæring .....	10
5.2 Individualisert ernæringspleie.....	12
5.3 Aktiv involvering av pasienten.....	13
5.4 Kunnskap, engasjement og tverrfagleg samarbeid blant helsepersonell .....	14
6.0 Konklusjon .....	15

### Litteraturliste

### Vedlegg 1: Litteratursøk

## 1.0 Innleiing

Som sjukepleiarstudent på ei ortopedisk avdeling møter eg mange eldre pasientar som er underernærte. Dette kan i mange tilfelle ha bidrege til traumet dei er innlagt for, ettersom osteoporose, generell svekking av balanse og muskelstyrke, samt auka førekomst av kognitiv svikt aukar risikoen for fall og brotskader (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Ved traume og kirurgiske inngrep aukar behovet for energi og næringstilførsel, for at kroppen skal kunne byggje seg opp att etter skaden (Brodtkorb, 2008). Ein studie i Oslo viste at 39 % av kirurgiske pasientar var anten moderat eller alvorleg underernærte. Generelt kan ein rekne med at 10-60 % av pasientar på sjukehus er underernærte, avhengig av diagnose og kartleggingsverktøy (Helsedirektoratet, 2010, s. 11). Dårlig ernæringsstatus gir lågare toleranse for operativ behandling, samt auka risiko for postoperative komplikasjonar og dårlegare sårtilheling (Brodtkorb, 2008).

I Noreg førekjem om lag 9000 hoftefrakturar og 15 000 radiusfrakturar årleg, og ein ser auka førekomst av kompresjonsfrakturar i ryggraden. Låg kroppsmasseindeks, låg beintetthet eller osteoporose, samt lite fysisk aktivitet er blant dei største risikofaktorane for brotskader blant eldre (Meyer & Sødgaard, 2015). I dei neste åra vil vi få fleire og fleire eldre i Noreg (SSB, 2016), og dermed vil truleg også førekomsten av osteoporotiske brot auke. Det er derfor viktig å optimalisere behandlinga som dei eldre får på sjukehus, og bidra til at dei kan vinne att best mogleg funksjonsnivå.

I følgje Helsedirektoratet går over halvparten av underernærte pasientar meir ned i vekt under eit sjukehusopphald, som medfører auka pleiebehov etter utskrivning, og fører til fleire legebepok og reinnleggingar. The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) har anslege at kostnadane i den vestlege verda knytt til undervekt er dobbelt så høge som kostnadene knytt til overvekt (Helsedirektoratet, 2010, s. 11). Pasientsikkerhetsprogrammet vil i løpet av dei neste åra setje meir fokus på underernæring blant pasientar i Noreg, og utreie tiltak som vil vere relevante for både kommune- og spesialisthelsetenesta. Dette understrekar viktigeita av gode rutinar og tiltak på dette emnet (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2015).

Å sikre adekvat næringstilførsel er ein del av den heilskapelege pleia til den enkelte pasienten. Det er sjukepleiaren sitt ansvar å observere matinntak, identifisere ernæringsmessig risiko og setje i verk tiltak i tråd med retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010). Mi erfaring er at mange av dei eldre har redusert matlyst, og strevar med å få i seg nok næring. Pasientar med kognitiv svikt kan opplevast som ei særskilt utfordring, ettersom dei ofte er for trøytte til å ete, eller krev spesiell tilpassing i matsituasjonen.

Ei grunnleggjande interesse for ernæring og korleis ulike næringsstoff påverkar kroppen, samt mine erfaringar frå praksis, gjer at eg vil skrive om korleis eg som sjukepleiar kan identifisere ulike risikofaktorar for underernæring hos eldre, samt setje i verk tiltak for å førebyggje og behandle dette. Det var også å tileigne seg meir kunnskap om korleis næringsstoffa byggjer opp kroppen, og i kva for matvarer vi finn dei. Dermed kan eg vite kva mat eg bør tilby pasientane på avdelinga, samt kome med råd og rettleiing til dei. Då kan eg bidra til å hindre ulike komplikasjonar knytt til underernæring, samt bidra til raskare læking og generelt betre helse for pasienten.

### 1.1 Problemstilling med avgrensing

Problemstillinga har eg valt å formulere slik: *Korleis kan sjukepleiaren bidra til god ernæringsstatus for eldre pasientar på sjukehus?*

I oppgåva vil eg hovudsakleg fokusere på eldre pasientar som gjennomgår ortopedisk kirurgi, ettersom eg sjølv har mest erfaring med denne pasientgruppa. Eldre pasientar blir definert som personar over 65 år, ettersom forskinga fokuserer mest på menneske i den alderen. Eg vil konsentrere meg om tida dei er innlagt på avdelinga. Tiltak som sondeernæring og intravenøs ernæring blir utelatne frå drøftinga, sidan desse tiltaka viser seg å ikkje ha dei resultata eg er ute etter, og for å avgrense innhaldet i oppgåva.

### 1.2 Oppbygging av bacheloroppgåva

I tråd med retningslinjene for oppgåveskriving, kjem først ei skildring av metoden som er brukt for å finne fram til relevant forskning og litteratur, etterfølgt av kritisk vurdering av kjeldene. Deretter kjem teoridelen av oppgåva, som tek føre seg naudsynt bakgrunnskunnskap for å løyse problemstillinga, samt ein presentasjon av dei viktigaste funna i forskinga. Vidare følgjer drøftingsdelen, som består av ulike sjukepleietiltak sett opp mot kvarandre, og argumentasjon over fordeler og ulemper med tiltaka. Heilt til slutt blir det presentert ei avslutning og konklusjon på problemstillinga.

## 2.0 Metode

Innhaldet i denne oppgåva er basert på litteraturstudie. Dette er ein metode der ein samlar informasjon frå forskingslitteratur i form av tidsskriftartiklar, publiserte rapportar eller anna type litteratur som presenterer metodar og resultat frå vitenskaplege enkeltstudiar eller oppsummert forskning. Slike publiseringar kan ein finne i ulike databasar på internett, men det kan vere vanskeleg å finne fram til relevant informasjon. Derfor er det hensiktsmessig å formulere eit kjernesporsmål i førekant av søket, som blir utgangspunktet for å finne relevant forskning (Kirkehei & Ormstad, 2013).

Ein god måte å gjere dette på er bruke eit PICO-skjema for å strukturere spørsmålet best mogleg. Ein byrjar med å identifisere problemet eller pasientgruppa ein er interessert i, deretter intervensjonen ein vil undersøkje samanlikna med andre tiltak eller standard pleie, og til slutt utfallet ein ønskjer å oppnå (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012, s. 33).

For å finne relevant forskning, brukte eg databasane Academic Search Elite, Cinahl, Cochrane Library, Medline, og Oria. Desse er anbefalte av Høgskulen i Sogn og Fjordane, og er spesielt retta mot sjukepleiefagleg forskning. Eg valde å nytte hovudsakleg engelske søkjeord, for å få eit større utval av artiklar. Ved hjelp av SveMed+ fann eg MESH-termer for norske søkjeord, og enda opp med å nytte orda: *Orthopaedic patients, orthopaedic surgery, wound healing, nutrition, hip fracture, nutritional supplement, elderly, nutritional care og nursing interventions*. Eg avgrensa forskinga til å gjelde for ti år bakover i tid, ettersom eg var ute etter relativt ny forskning, og prøvde ulike kombinasjonar av søkjeorda med «and» og «or». Etter kvart som oppgåva tok form, gjorde eg eit nytt søk med orda «*nutrition screening[Title] AND time*». Vedlagt er ein tabell med full oversikt over søkjesprosessen, samt PICO-skjema.

## 2.1 Kjeldekritikk

Mange av artiklane eg fann var forskning på om energitilskot til ortopediske pasientar hadde ein gunstig effekt eller ikkje. Nokre av desse har eg brukt som teoretisk bakgrunn for oppgåva, men ettersom problemstillinga mi handlar om sjukepleietiltak, har eg også sett bort frå mange av dei. Eg fann likevel mange relevante artiklar som ser problemstillinga både frå eit sjukepleieperspektiv og eit pasientperspektiv, samt nytten av god ernæringspleie. Der fann eg eksempel på konkrete intervensjonar som eg ynskte å byggje oppgåva vidare på.

Forskningsartiklane bestod av både systematiske oversikter og enkeltstudiar. Ein oversiktsstudie tek systematisk føre seg eit utval av enkeltstudiar med same tema og problemstilling, for så å kvalitetsvurdere dei og summere opp resultatane. Dei har høg verdi i S-pyramiden, og er dermed sett på som sterke informasjonskjelder (Nortvedt et al., 2012, s. 135). Enkeltstudiar er originalresultat frå forskingsprosjekt, og presenterer bakgrunn, mål, metode og resultat for spørsmålet som blir stilt (Nortvedt et al., 2012, s. 52). Det kan dreie seg om anten kvalitativ eller kvantitativ forskning, der den kvalitative forskinga fokuserer på ytringar og opplevingar som ikkje kan målast med tal. Ofte er desse studiane gjort i form av intervju. Kvantitative studiar er oftast basert på å måle effekten av eit tiltak, gjerne ved bruk målbare einingar (Dalland, 2012).

Eg har vurdert forskningsartiklane ut i frå anbefalte sjekklister frå Kunnskapsenteret for å stadfeste validiteten av resultatane. Dei kvantitative studiane viste resultat som styrka min argumentasjon for å auke fokuset på ernæringsarbeid i ortopedisk sjukepleie. Dei kvalitative studiane gav derimot

grunnlag for å drøfte etikk og moral i samband med problemstillinga, og fekk fram ulike synspunkt på ernæringsbehandling hos både pasientar og sjukepleiarar. Nokre av studiane var ikkje direkte knytt til ortopediske pasientar, men eg fann gode poeng som kunne overførast til mi pasientgruppe, som gjorde dei relevante for oppgåva.

I tillegg har eg henta mykje informasjon frå pensumlitteraturen for bachelorstudiet. Vidare har eg brukt Nasjonale faglege retningslinjer utgitt av Helsedirektoratet, som er basert på internasjonalt anerkjente metodar og uttrykkjer kva som er god praksis til dags dato. Retningslinjene er normerande for alt norsk helsepersonell (Helsedirektoratet, 2015), og bør dermed vere utgangspunktet for all behandling og tiltak ein set i verk. Litteraturen er fagleg vurdert og sett på som påliteleg, og gir eit godt utgangspunkt for grunnleggjande kunnskap (Nortvedt et al., 2012, s. 154)

Eg har også nytta fagartiklar henta frå ulike kjelder på internett, som til dømes Statistisk Sentralbyrå, Helsedirektoratet, Norsk opplysningskontor for helsekost, American Society of Registered Nurses og Journal of Nutrition. Eg vurderte kjeldene som pålitelege, då innhaldet var sakleg og samsvara med pensumlitteratur og anna forskning. Ein svakhet ved desse kjeldene er at det ikkje finst nokon validitetsgaranti, og det er opp til forfattaren av oppgåva å vurdere innhaldet. Det vil alltid også finnast ein risiko for innhaldet kan vere fleirtydig, intendert eller ikkje, noko som gjer at ei fortolking av teksten alltid vil vere meir eller mindre subjektiv (Pettersen, 2015). Sjølv om ein alltid strevar etter objektivitet, bør det påpeikast at eigne kjensler i samband med emnet umedvite kan påverke utval og tolking av litteratur, og dermed konklusjonen i oppgåva (Dalland, 2012, ss. 119-120).

## 2.2 Vurdering av metode

Grunnen til at eg valte litteraturstudie som metode framfor innsamling av data frå praksis, er at med litteraturstudie kan ein samle informasjon frå eit breiare spekter enn sitt eige lokalmiljø. Forskinga og oversiktsstudiane er gjerne internasjonale, omfattar større populasjonar og er grundigare utført enn det eg kunne ha fått til med ein studie på min praksisplass. I mitt tilfelle finst det nok forskning på temaet rundt mi problemstilling til at eg såg det meir hensiktsmessig å skaffe eit overblikk over informasjonen, og heller drøfte kva som er relevant for min praksis.

Ei ulempe ved litteraturstudie er at det kan vere utfordrande å gjennomgå store mengder litteratur og forskning, og finne fram til dei mest relevante artiklane. Det stiller krav til at forfattaren har gode søkjeevner, og kan vurdere funna på ein kritisk måte. Å bruke søkjeord som er lite dekkande for temaet kan gjere at ein ikkje finn fram til viktig informasjon, og i tillegg må ein vere sikker på at ein søker i relevante databasar (Nortvedt et al., 2012, s. 42) Bruk av hovudsakleg engelske forskingsartiklar medfører dessverre større risiko for feiltolking av innhaldet, ettersom det krev gode språkkunnskapar hos lesaren. Det kan også stillast spørsmål ved overføringsverdien av resultata i ein



norsk kontekst, då kulturskilnader kan spele inn på kva for rutinar og haldningar ein finn i praksis (Nortvedt et al., 2012, s. 99).

## 4.0 Teoretisk grunnlag

### 4.1 Utreiing og årsaker til underernæring hos eldre

Helsedirektoratet definerer underernæring som «*ein ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoff årsaker ein målbar ugunstig effekt på kroppssamansetjing og – funksjon, samt klinisk resultat*». For å setje ein diagnose vurderer ein vekt tap over tid, samt kroppsmasseindeks (KMI), som seier noko om forholdet mellom pasientens vekt og høgde (Helsedirektoratet, 2010). KMI for vaksne bør ligge mellom 20 og 25 kg/m<sup>2</sup>, og under 18,5 kg/m<sup>2</sup> reknast som undervektig. Eldre med redusert muskelmasse og prosentvis høgare del av kroppsfett bør ligge mellom 24 og 27 kg/m<sup>2</sup> (Brodtkorb, 2008, ss. 256-257). Ein kan også rekne ut BMI basert på overarmsomkrets, men med noko meir usikkert resultat (Houghton & Smith, 2011).

I følgje retningslinjene frå Helsedirektoratet skal alle pasientar vurderast for ernæringsmessig risiko, og deretter kvar veke, eller etter ein annan fagleg grunna individuell plan. Til dette blir det anbefalt å nytte verktøya NRS 2002 (Nutrition Screening 2002), MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) og MNA (Mini Nutritional Assessment) (Helsedirektoratet, 2010, s. 8). Desse er spørjeskjema som kartlegg pasientens eventuelle vekt tap og matinntak over dei siste månadene, samt spesielle behov eller vanskar i matsituasjonen. Som ein del av kartlegginga er det også hensiktsmessig å gjennomføre eit kosthaldsintervju, der ein kartlegg pasienten sine matvaner og preferansar i større detalj (Aagaard & Bjerkreim, 2012, s. 175). Alle ortopediske pasientar blir dessutan tekne blodprøver av ved inntak, og desse kan bidra til viktig informasjon om ernæringsstatus. Måling av serumkonsentrasjon av albumin og ulike vitamin kan avdekke mangel på desse, og dermed seie noko om risiko for underernæring (Mowé, 2002).

Det er fleire faktorar som fører til at eldre innlagt på sjukehus står i fare for å bli underernærte under opphaldet. Fysisk stress aukar metabolismen, noko som er tilfelle ved gjennomgått traume og kirurgi. I oppbyggingsfasen etter inngrepet aukar energibehovet frå om lag 24 kcal/kg kroppsvikt for dagen til om lag 40 kcal/kg pr dag, dersom pasienten er over 70 år. Vidare må ein rekne med + 10 % dersom pasienten i utgangspunktet er mager, og + 10 % for kvar grad kroppstemperaturen stig over 37 °C, som kan vere tilfelle ved ein postoperativ infeksjon (Brodtkorb, 2008, s. 255).

Mangel på viktige vitamin og mineralar, som følgjer av redusert matinntak eller lite variert kosthald, er også vanleg blant eldre menneske. Oftast førekjem mangel på vitamin B12, folinsyre, tiamin,

vitamin D og jern. Ein bør vere spesielt merksam på verdiane av vitamin D, kalsium og jern hos ortopediske pasientar, ettersom vitamin D og kalsium har direkte innverknad på oppbygging av musklar og skjelett, og jernmangel kan førekome som følgje av blødning etter kirurgi (Brodtkorb, 2008, s. 260).

Manglande kunnskap, engasjement og merksemd blant helsepersonell angående ernæringsbehov er ei av dei viktigaste årsakene til underernæring på sjukehus. Lite engasjement frå institusjonsleiinga, lite pasientmedverknad og lite tverrfagleg samarbeid kan også vere medverkande faktorar. I ei spørjeundersøking gjort blant legar og sjukepleiarar i kommune- og spesialisthelsetenesta kom det fram at ein ønskte betre tilgang på kliniske ernæringsfysiologar, ettersom talet på kliniske ernæringsfysiologar i forhold til innbyggjartal er lågare i Noreg samanlikna med Sverige og Danmark (Helsedirektoratet, 2010, ss. 12-13). Antal stillingar bør aukast for å styrke tenestetilbodet (Helsedirektoratet, 2010, s. 35).

#### 4.2 Kvifor førebyggje og behandle underernæring på sjukehus

Ein underernært pasient har opp til tre gonger så lang liggetid enn elles, og dette aukar risikoen for komplikasjonar, infeksjonar, forverra fysisk og mental funksjon, dårlegare livskvalitet og auka dødelegheit (Helsedirektoratet, 2010, s. 11). Ein systematisk oversiktsstudie publisert av DovePress slår fast at perorale kosttilskot kan ha ein positiv effekt på totalt innhald av serumprotein, og føre til færre postoperative komplikasjonar. Ein såg reduksjon av sårinfeksjonar, urinvegsinfeksjonar og luftvegsinfeksjonar, som er svært vanleg at eldre pasientar får i etterkant av ein operasjon, og som kan få fatale følgjer (Ming, et al., 2015). Ein annan studie viser også at god ernæringspraksis kan redusere førekomsten av akutt delir, ettersom underernærte pasientar hadde nesten tre gonger så stor sjanse for å utvikle akutt delir under sjukehusopphaldet (Che-Sheng, et al., 2015). På ortopediske avdelingar er førekomsten av delir spesielt høg; opptil 45-60% av pasientane utviklar denne tilstanden. Dei opplevast ofte som svært ressurskrevjande, og det er dermed ønskjeleg å redusere førekomsten av delir (Bøhmer, Fagermoen, & Fretland, 2009).

Beinskjørheit, kognitiv svikt og større fallfare kan vere konsekvensar av underernæring som aukar sjansen for brotskader (Helsedirektoratet, 2010). Eldre, ortopediske pasientar er derfor ofte underernærte ved innkomst, eller står i fare for å bli underernærte under opphaldet. Beinmassen hos eldre reduserast som følgje av dårlegare opptak av kalsium, samtidig som musklane atrofierer og til dels blir erstatta med fibrøst bindevev, kjent som sarkopeni. Gripestyrken i hendene blir redusert, og den gamle kan dermed ha vanskar med å utføre daglege gjeremål (Mensen, 2008, ss. 52-54). Ved aldring førekjem også ein reduksjon i antal smaksløkar, som medfører endra lukte- og smakssans, samt mindre spyttsekresjon og derav dårlegare munnhelse. Naturleg nok vil dette verke negativt inn

på appetitten, og det er sjukepleiaren sitt ansvar å sikre at den gamle har god munnhelse, også under sjukehusopphaldet (Samson & Strand, 2008, s. 268).

Underernæring kan vere både ei årsak til og ein konsekvens av at mange eldre er svake og sårbare; eller såkalla skrøpelege. Vekttap er ein naturleg konsekvens av aldring, men personar som allereie er slanke kan få for lite energireservar å tære på. Mindre fysisk aktivitet fører til at musklar og skjelett blir dårlegare vedlikehalda. Inaktivitet gir også redusert funksjon i viktige organsystem som hjarte, lunger og fordøyingskanalen. Det er lett å hamne i ein vond sirkel der inaktivitet fører til svekka funksjonsevne, som igjen fører til meir inaktivitet. Det kan i tillegg verke negativt inn på den psykiske helse, og auke risikoen for depresjon og kognitiv svikt (Ranhoff, 2008, ss. 77-79).

På ei ortopedisk avdeling er det ønskeleg at pasientane oppnår rask rehabilitering etter operasjonen, og vinne att evna til å klare seg sjølv. Sjukepleiaren skal kompensere for den tapte funksjonsevna som pasienten opplever etter skaden, og deretter gradvis hjelpe pasienten til å fungere så normalt som mogleg att. Sjukepleiaren må kunne identifisere ulike risikofaktorar som kan føre til per- eller postoperative komplikasjonar, og setje i verk tiltak mot desse. Ved utreise skal pasienten eller ansvarleg institusjon ha fått den naudsynte kunnskapen og hjelpemiddela til å halde fram med rehabiliteringa. Det er derfor viktig at sjukepleiaren set seg inn i kvar enkelt pasient sin situasjon, for å sikre eit best mogleg rehabiliteringsprosess (American Society of Registered Nurses, 2008).

### 4.3 Sjukepletiltak

Smarter, kvalme og obstipasjon er vanlege postoperative fenomen som kan verke negativt inn på appetitten. Det er viktig å sikre adekvat smertelindring, men samtidig observere om medikamenta gir uynskte biverknader som svimmelheit eller kvalme. God smertelindring vil auke pasientens velvære, samt redusere fysiologiske følgjer av det kirurgiske traumet. Pasienten kan raskare mobiliserast, organfunksjonane normaliserast, og pasienten kan lettare få i seg væske og næring som vanleg. Det er også viktig å førebyggje og behandle kvalme, ved å sikre at pasienten er tilstrekkeleg sirkulert og oksygenert, samt sikre godt leie, frisk luft og godt munnstell. Dessutan har kvalmestillande medikament vanlegvis svært god effekt. Det er også viktig at pasienten kjenner seg trygg og får god informasjon (Kaasa, 2013, ss. 75-76).

Obstipasjon fører ofte til redusert matlyst, og er ein svært vanleg biverknad av morfinpreparat og andre smertestillande medikament som blir administrert postoperativt. Redusert tarmfunksjon gjer samstundes til at eldre ofte har obstipasjonsproblem ved innkomst (Skotnes, Omli, Einarsen, & Dahlhaug, 2013, s. 282). Å sørge for nok aktivitet, væske og fiberrik kost er sjukepleietiltak som kan redusere problemet (Gjerland, 2012, s. 261)

Presentasjonen av maten blir viktig når ein serverar pasienten inne på rommet. Matbrettet bør vere ryddig, og porsjonen tilpassa pasienten. Ein stor porsjon kan ta frå appetitten hos enkelte. Det er også viktig at pasienten får sitje mest mogleg oppreist under måltidet, og at alt er innan rekkevidde. Sjukepleiaren bør tilby å til dømes smørje på og dele opp skivene, samt opne tilbehør som kan vere vanskeleg for pasienten å gjere sjølv (Aagaard & Bjerkreim, 2012, ss. 187-188). Alle pasientar i ernæringsmessig risiko bør få ein individuell ernæringsplan, der det blir dokumentert kva for væske- og energibehov pasienten har, hjelpebehov i matsituasjonen og tiltak som blir gjort (Aagaard & Bjerkreim, 2012, s. 189).

#### 4.3.1 Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon

Virginia Henderson (1955) skriv at «*mat, kjærleik, anerkjening, kjensla av å vere til nytte og av gjensidig samhøyr og avhengigheit av andre i den menneskelege samanheng*» er dei overordna grunnleggjande behova hos mennesket. Behov for sjukepleie skuldast ei ressurssvikt, som kan kome av mangel på kunnskap, krefter eller vilje til å utføre gjeremål som tek vare på helse. Samtidig påpeikar Henderson at pasienten sjølv kjenner sine eigne behov best, og er ein aktiv og ansvarleg deltakar i den omsorga han får. Ho er opptatt av at sjukepleiaren skal gi pasienten ressursar og kunnskap til å bli mest mogleg sjølvstendig. Får å ivareta grunnleggjande behov må ein ta utgangspunkt i at behova er forskjellige hos alle menneske, og sjukepleiaren må derfor skaffe seg ei god forståing av korleis pasienten opplever sine behov, og korleis desse blir best mogleg tilfredsstilt (Kristoffersen, 2011, ss. 224-226).

Sjukepleiaren får ei undervisande rolle når ho diskuterer med pasienten kva som er riktig kosthold og som gir god næring. Det er dermed viktig å opprette ein god kommunikasjon som gjer pasienten mottakeleg for råd og rettleiing. Som oftast opplevast det som meiningsfullt å lære om si eiga helse og livssituasjon, og det ligg ein naturleg motivasjon i det som sjukepleiaren kan nytte seg av (Tveiten, 2008, s. 158). Informasjonen må gis på ein måte som er tilpassa den enkeltes læreføresetnader. Den må vere personleg og relevant, slik at pasienten ser eiga vinning i å lytte til sjukepleiaren. Å endre eit kosthald er å gripe inn i eit anna menneske sine vaner og levesett, og kan vere ei utfordring både for pasient og pleiar. Eldre menneske kan motiverast ved å oppleve at meir næring gir dei meir energi, slik at dei kan meistre dagleglivet betre (Aagaard & Bjerkreim, 2012, s. 196).

#### 4.3.2 Etikk i sjukepleieperspektiv

Somme gonger kan ein oppleve at pasienten nektar å ta til seg mat (Khalaf, Berggren, & Westergren, 2009). Dette gjeld særleg pasientar med ein demensdiagnose eller andre former for kognitiv svikt, som i utgangspunktet er utsett for underernæring på grunn av manglande evner til å lage i stand eller ta til seg mat (Helsedirektoratet, 2010). I slike tilfelle kan det vere utfordrande å utøve god

ernæringspleie, ettersom pasienten ofte nektar å ete fordi appetitten er dårleg, eller fordi han trur han nett har fått mat (Brodtkorb, 2008).

Eit av dei fire grunnleggjande etiske prinsippa innanfor sjukepleie er prinsippet om å gjere vel, som betyr å handle i pasientens beste interesse for å hindre uheldige konsekvensar av dårleg eller mangelfull pleie (Nortvedt, 2012, s. 96). Dette inneberer at sjukepleiaren må ha tilstrekkelig kompetanse til å identifisere og ivareta pasienten sine behov (Nortvedt, 2012, s. 20). Refleksjon over kva som er faglig og etisk forsvarleg, er nødvendig for at pasienten skal kunne få den beste helsehjelpa det er mogleg å gi i praksis (Nortvedt, 2012, s. 26).

Samtidig kan dette kome i konflikt med prinsippet om pasientautonomi, som blant anna inneberer at pasienten sjølv bestemmer i kva for grad han følgjer råd og rettleiing frå helsepersonell. Ein har derimot krav på grundig informasjon om kva konsekvensar avgjersla kan få for eiga helse. Retten til sjølvbestemming og informasjon er stadfesta i Pasient- og brukarrettslova § 3 og 4 (Nortvedt, 2012, ss. 133-136). I somme tilfelle kan sjukepleiaren nytte svak paternalisme, som skildra av Kari Martinsen, der ein aktivt trekk pasienten inn i avgjersler som vedkjem han, og brukar sin faglege meirforståing med hensikt å gagne den enkelte mest mogleg. Dette kan derimot også innebere å la være å presse pasienten inn i slike situasjonar. Sjukepleiaren må vise empati i samband med omsorg, og la pasienten få uttrykkje sine ønskjer og meiningar (Kristoffersen, 2011, ss. 253-254).

#### 4.4 Oppsummering av funn

Ekinci et. al skriv at eit peroralt kosttilskot av protein, vitamin D og kalsium har gunstig effekt på eldre ortopediske pasientar. I denne randomiserte, kontrollerte studien hadde intervensjonsgruppa signifikant kortare sårtilheling, og 81,3% var mobiliserte etter 15 og 30 dagar imot 26,7% av kontrollgruppa. I tillegg fann ein betre muskelstyrke i intervensjonsgruppa etter 30 dagar, utan at BMI var endra. Pasientane var kortare sengeliggjande, og hadde dermed mindre postoperative komplikasjonar (Ekinci, et al., 2016).

Holst et. al skriv i sin kvalitative studie at dei vanlegaste grunnane til dårleg matinntak var smerter, dårleg appetitt, dårleg smakssans og biverknader av medikament. Pasientane var anten aktive eller passive. Den passive gruppa var lite mottakeleg for motivasjon, og var for trøytte, ukonsentrerte og «apatiske» til å følgje ernæringsråd. Den aktive gruppa var motiverte til å forsøke å betre matinntaket, men tykte dei ikkje fekk nok rettleiing eller oppfølging av personalet til å klare dette. Dei gav uttrykk for at nokre av pleiarane var for travle og distanserte i matsituasjonen, og at det påverka matlysta negativt (Holst, Rasmussen, & Laursen, 2010).

Anita Khalaf m. fl intervjuar sjukepleiar om kva dei sjølv tykte om ernæringspleie. Tre ulike syn vart identifiserte, der pleiarane opplevde frustrasjon, glede og meistring, og at underernæring er tabubelagt. Frustrasjonen oppstod der pleiarane følte tidspress, manglande kunnskap, støtte og tverrfagleg samarbeid, samt motvilje til å tvinge pasientar til å ete. Dei opplevde glede og meistring når dei oppretta god kontakt med pasienten, som dermed følgde råda dei fekk, og når dei kunne respektere vaner og livstil knytt til mat. Nokre opplevde at underernæring var tabubelagt, og knytt til skamkjensle. Det er viktig å identifisere personalets kunnskap og haldningar til mat og ernæring for å kunne setje i verk god nok pleie (Khalaf et al., 2009).

I ein kvantitativ studie gjort av Preben Pedersen er resultatet at individualisert pleie i forhold til ernæring, samt aktiv involvering av den eldre pasienten gjev auka energi og proteininntak allereie etter første postoperative dag. Ved å opplyse pasientane om sin eigen ernæringsstilstand og om kor stort energibehov kroppen faktisk har etter eit kirurgisk inngrep, kan det dermed verke som pasientane blir meir motiverte til å auke matinntaket. Dei vel meir energitett mat frå sjukehusmenyen, og held fram med dei gode matvanene sjølv etter utskriving (Pedersen, 2005).

I ein systematisk oversiktsstudie gjort av Joanna Briggs Institute finn dei at perorale kosttilskot har best effekt for å hindre underernæring hos eldre på sjukehus, samanlikna med andre intervensjonar. Det er yttarst viktig at sjukepleiaren gjennomføring av intervensjonen som er ordinert, og implementerer retningslinjer (Joanna Briggs Institute, 2008). Det viser seg derimot at ernæring har låg prioritet, mellom anna på grunn av tidspress (Hamirudin, et al., 2013), og dette fører til at ein unnlét å setje i verk tiltak (Khalaf et al., 2009).

## 5.0 Drøfting

Ut ifrå den forskinga eg har funne om emnet, er det fire hovudkategoriar av sjukepleietiltak som peikar seg ut som effektive. Dei viktigaste tiltaka er kartlegging av ernæringsmessig risiko, involvering av pasienten, individualisert ernæringspleie, samt engasjement, kunnskap og tverrfagleg samarbeid blant helsepersonell.

### 5.1 Kartlegging av risiko for underernæring

Ein opplever i praksis at ernæringscreening ikkje alltid blir utført. Khalaf et al. skriv at sjukepleiarane har størst fokus på sjølv brotskaden før pasienten er operert, medan smertelindring og mobilisering er første prioritet postoperativt. Dette fører til at ernæringscreening ofte blir utsett eller gløymt (Khalaf et al., 2009). Nasjonale retningslinjer slår derimot klart fast at alle pasientar skal kartleggast

for ernæringsmessig risiko ved innkomst, og det er derfor svært viktig at sjukepleiarane prioriterer dette. Helst bør det gjerast så snart som mogleg etter at pasienten er komen til avdelinga (Helsedirektoratet, 2010).

Ei løysing er at ein gjer det til rutine å ta med seg skjema for ernæringscreening med ein gong ein tek i mot pasienten. Det gjer det lettare å hugse på denne oppgåva, og det kan vere gunstig å få det unnagjort når ein likevel innhentar mange andre opplysningar om pasienten. Dessutan tilbyr ein ofte mat og drikke dersom vedkomande ikkje skal faste omgåande, og i den samanheng kan det vere naturleg å ta opp temaet om ernæring (Hamirudin, et al., 2013).

Det kan derimot vere problematisk å måle vekt og høgde av ein pasient med lårhalsfraktur som ikkje kan stå på beina. Då kan ein ta utgangspunkt i overarmsmål for å kartlegge kroppsmasseindeks, sjølv om resultatet er mindre påliteleg (Houghton & Smith, 2011). Det gir om ikkje anna eit startverdi for å vurdere ernæringsstatus, og saman med eit godt klinisk blick kan sjukepleiaren vurdere om pasienten treng særskilt ernæringspleie (Mowé, 2002). Sjukepleiaren kan også vurdere pasienten sine blodprøver, spesielt med tanke på serumkonsentrasjon av albumin, samt kalsium, vitamin D og jern. Desse prøvene kan vere med på å understøtte mistanke om ernæringsmessig risiko, og bidra til spesielle omsyn i kostsamansetjinga (Mowé, 2002). I samråd med lege kan sjukepleiaren då legge inn i ernæringsplanen at pasienten til dømes treng ekstra tilskot av protein eller særskilde mikronæringsstoff. Dermed kan alle som gir mat til pasienten ta ekstra omsyn til dette, og anbefale pasienten å ete matvarer som inneheld desse næringsstoffa.

Nokre av dei ortopediske pasientane har svekka korttidshukommelse eller ein demensdiagnose som gjer at dei ikkje kan svare for seg når ein samlar inn data (Mowé, 2002). Dette kan gjere det utfordrande og tidkrevjande for sjukepleiarane å kartleggje ernæringsmessig risiko, samt hjelpe pasienten i matsituasjonen (Khalaf et al., 2009). Då er det viktig å hugse at denne gruppa er særst utsett for underernæring, ettersom dei ofte er lite og i utgangspunktet er skrøpelege (Brodtkorb, 2008, ss. 77-79). Fleire studiar viser ein samanheng mellom svekka kognitiv funksjon og redusert næringsinntak, og derfor kan ein i mange tilfelle hjelpe pasienten til å bli meir aktiv om ein legg litt ekstra arbeid inn i ernæringspleia. Pasienten vil kunne få betre fysisk og psykisk funksjonsevne, som igjen vil føre til at han kan ta meir informerte val om den helsehjelpa han får (Holst et al., 2010).

Khalaf et. al skriv at mange av pleiarane såg det som meiningslaust å setje i verk tiltak mot underernæring, når dei visste at det ikkje vart følgt opp etter sjukehusopphaldet. Anten reiser pasienten heim til dei gamle matvanane sine, eller så blir ikkje tiltaka vidareført på ein eventuell institusjon. Det er heller ingen ernæringsfysiolog som har kontakt med pasienten etter utskriving.

Opphaldet varer som regel ikkje lenge nok til at ein ser tydelege resultat av intervensjonane, og arbeidet som blir gjort på sjukehuset bli til inga nytte (Khalaf et al., 2009).

Sjølv om ein ikkje alltid vil klare å oppnå optimal ernæringsstatus under sjukehusopphaldet, kan det likevel vere nyttig å kartlegge risikopasientar. Utsetjing av tiltak kan føre til at pasientens ernæringsstatus blir forverra, ettersom dei katabole prosessane i kroppen er svært uttalte i samband med sjukdom og kirurgisk inngrep. Allereie etter få dagar kan tilstanden forfalle ytterlegare som følge av inadekvat næringstilførsel (Mowé, 2002). Forsking viser også at ikkje berre pasientar som allereie er underernærte ved innkomst har gunstig effekt av ernæringspleie. Ein registrerte ei auke i feittfri muskelmasse hos intervensjonsgruppa, utan at KMI kvart påverka, samt raskare mobilisering og dermed redusert antal postoperative komplikasjonar (Ekinci, et al., 2016). Dette talar for at alle eldre ortopediske pasientar kan ha gunstig effekt av god ernæringspleie.

## 5.2 Individualisert ernæringspleie

Ein viktig sjukepleieoppgåve er å kartlegge individuelle behov hos den enkelte pasienten. Holst et. al skriv at passive pasientar er meir apatiske og likegyldige i forhold til eigen helsetilstand, og mange av dei er kognitivt svekka. Her må sjukepleiaren kunne vurdere kven som er aktive og kven som er passive, og det er gjerne den passive gruppa som har mest bruk for tilpassing av måltid (Holst et al., 2010).

Omstenda rundt måltidet kan ha mykje å seie for matopplevinga, og det å skape ro og hyggje rundt maten kan ha ei positiv innverknad på appetitten. Det er til dømes lurt å tilby pasienten hjelp til stell før frukost, samt eventuelt tannpuss og toalettbesøk. Ei kjensle av velvære før måltidet kan vere viktig for å stimulere appetitten (Aagaard & Bjerkreim, 2012). Det kan derimot vere ei utfordring å hjelpe alle før frukost, men eit minimum bør vere at pasienten får vaske seg i ansiktet og på hendene med ein fuktig klut. Nokre pasientar kan derimot bli svært trøytte etter morgonstellet, og det kan medføre smerter som øydelegg appetitten. I slike tilfelle vil det vere meir omsynsfullt å utsetje delar av stellet til etter måltidet, slik at pasienten har krefter til å ete. Mange eldre pasientar har tilleggdiagnosar som gjer stellet meir energikrevjande, som til dømes KOLS. Sjukepleiaren må ta omsyn til dette når ho planlegg måltidet, og i samråd med pasienten finne ut kva for rekkjefølgje som er best å gjere ting i (Oksholm, 2013, s. 242).

Pasientane i Holst et al. sin studie sette pris på å få servert snacks og mellommåltid (Holst et al., 2010). Å tilby hyppige, små måltid kan vere ein god måte å auke næringstilførselen på, ettersom store porsjonar i seg sjølv kan verke uappetittlege for mange eldre (Aagaard & Bjerkreim, 2012). Ein ulempe med dette er derimot at ein risikerer at pasienten et mindre til dei ordinære måltida. Ein bør derfor i tillegg velje energitett mat til pasientar som et lite, slik at mindre porsjonar framleis inneheld



nok næring (Mowé, 2002). Konsistensen på maten kan også tilpassast den enkelte, og gjere det lettare å ete for dei som har tyggje- eller svelgvanskar (Aagaard & Bjerkreim, 2012). Etter mi erfaring, er det samstundes mange pasientar som set meir pris på dessert og kaker i staden for brødsiver og middagsmat. Somme gonger kan det vere det einaste som vekker matlysta hos pasienten, og ein kan dermed argumentere for at det er betre å servere slike freistingar enn å presse pasienten til å ete større porsjonar til hovudmåltida.

Sjukepleiaren kan tilby pasientane næringsdrikkar som er spesielt rike på protein og kalsium. Slike drikkar har vist å ha ein svært gunstig effekt på å fremje sårtilheling, mobilisering og redusere postoperative komplikasjonar (Ekinci, et al., 2016), og bør brukast meir ein dei kanskje blir i dag. Når ein gir drikkane, er det viktig å passe på at den ikkje berre blir ståande på nattbordet (Joanna Briggs Institute, 2008), noko eg sjølv har observert fleire gonger. Forsking viser også at pasientane tykkjer ernæringsdrikkane blir uappetittlege dersom dei blir ståande lenge, og derfor er det lurt å hjelpe pasienten med å få den i seg relativt raskt (Joanna Briggs Institute, 2008). Dessverre er det etter mi erfaring mange pasientar som tykkjer næringsdrikkane er for søte og kvalmande, og dei klarar ikkje å få i seg alt. Somme institusjonar lagar då spesielt næringsrike smoothiar, som ofte fell betre i smak.

### 5.3 Aktiv involvering av pasienten

Det heiter at *«sjukepleiaren er ekspert på sjukdomen, og pasienten er ekspert på seg sjølv»*. Virginia Hendersons omsorgsteori talar for at sjukepleiaren skal kunne gi pasienten den kunnskapen han treng for å ivareta eiga helse best mogleg (Kristoffersen, 2011, ss. 224-226). Ifølgje Pedersen kan det vere gunstig med rutinemessige samtalar med pasienten om ernæringsstilstand og behov, helst så tidleg som mogleg etter innkomst. Å observere pasientens næringsinntak, og spørje kva som kan vere grunnen til eit redusert inntak er ei viktig sjukepleieoppgåve. Dette treng ikkje vere svært tidkrevjande, ettersom ein til dagleg ikkje behøver å utføre omfattande kosthaldsintervju. Det vil likevel kunne føre til at pasienten blir meir motivert til å aktivt gjere noko for å betre sin eigen ernæringsstatus (Pedersen, 2005), og følgjer ernæringsråda som blir gitt over lenger tid. Sjukepleiaren opplever dessutan glede og meistring når dei oppnår god kjemi med pasienten, noko som igjen er viktig for å skape ein hyggjeleg atmosfære under måltidet (Khalaf et al., 2009).

Sjukepleiaren kan også drøfte pasientens ernæringsstatus under previsitten, for så å ta det opp når lege og sjukepleiar snakkar med pasienten. Forsking tyder på at anbefalingar frå lege har høg status hos pasientane. Det viktigaste er likevel at pasienten opplever at helsepersonellet bryr seg, og at det blir tydeleg at ernæring er så viktig at det ofte er eit samtaleemne. Det kan gi pasienten håp om at noko kan bli gjort med situasjonen, og at det vil føre til betre generell livskvalitet (Holst et al., 2010).

Eit anna viktig tiltak er å avdekke underliggjande årsaker til eit redusert matinntak under sjukehusopphaldet. Når ein set inn mat forventar ein ofte at pasienten et på eige initiativ. Dersom sjukepleiaren kjem att og ser at mykje av maten ligg urørt, tek ho somme gonger berre ut matbrettet utan å spørje kvifor pasienten ikkje hadde ete (Khalaf et al., 2009). Dårlig matlyst kan ha mange ulike årsaker, og ofte kan små tiltak som å lufte ut på rommet eller tilby pasienten hjelp til mobilisering gjere at appetitten aukar (Holst et al., 2010).

I Khalaf et al. sin studie kjem det fram eit etisk dilemma som sjukepleiarane må halde seg til, nemleg kva ein gjer dersom pasienten nektar å ete. Studiedeltakarane kjende seg makteslause når dei såg at pasienten var underernært, og at intervensjonane mislukkast (Khalaf et al., 2009). Dette blir eit spørsmål om pasientautonomi, ettersom pasienten i utgangspunktet har full rett til å avstå frå mat (Nortvedt, 2012). Det blir også opplevd som svært ubehageleg for pleiarane å «tvinge» pasientane til å ete mot sin vilje. Det var ikkje moralsk forsvarleg, meinte dei (Khalaf et al., 2009).

Likevel erfarte mange at når ein sette seg ned og forklarte kvifor det er viktig med mat, og prøvde å overtale med beste hensikt, kunne dei påverke matinntaket til pasientane (Khalaf et al., 2009). Frå eit konsekvensetisk synspunkt kan ein hevde at det ikkje er moralsk forsvarleg å la være å setje i verk tiltak mot underernæring, når ein ser at behovet er der (Nortvedt, 2012, s. 92). Underernæring kan ha så alvorlege følgjer for pasienten at sjukepleiaren bør prioritere førebyggjande og behandlande tiltak (Mowé, 2002). I somme tilfelle kan sjukepleiaren utøve svak paternalisme i tråd med Kari Martinsens sjukepleieteori (Kristoffersen, 2011, s. 253), ved å på ulike måtar oppmuntre og overtale pasienten til å auke næringsinntaket. I situasjonar der ein matar pasienten, må ein bruke god tid for å sikre at han et så mykje som mogleg (Aagaard & Bjerkreim, 2012, s. 193).

#### 5.4 Kunnskap, engasjement og tverrfagleg samarbeid blant helsepersonell

Mangel på kunnskap kan vere ein av grunnane til redusert matinntak, og med tilstrekkeleg kompetanse kan sjukepleiaren gi pasienten tilpassa informasjon om kva for næring som er gunstig for å fremje rehabiliteringsprosessen (Pedersen, 2005). Det er derfor viktig å informere pasienten om at dei har eit auka energibehov ved kirurgisk traume, og han bør få opplysningar om kva for konsekvensar ein dårlig ernæringstilstand kan medføre. Sjukepleiaren må formidle kunnskapen på ein pedagogisk og tilpassa måte, som gjev pasienten naudsynte ressursar til å ta informerte val om sitt eige næringsinntak (Holst et al., 2010). Når sjukepleiaren sikrar god nok informasjon, vil pasienten kunne kjenne seg meir involvert i pleia han får, noko som sikrar ivaretaking av prinsippet om pasientautonomi (Nortvedt, 2012, s. 136).

Forskning viser at ernæringsbehandling har låg prioritet blant sjukepleiarar. Somme meiner at det ikkje er eit problem, at det ikkje er deira ansvar, eller at det er ernæringsfysiologen si oppgåve å

behandle underernæring (Hamirudin, et al., 2013). For å kunne leggje til rette for individuell tilpassing av kosten, må ein derimot vite kvar ein finn dei viktige næringsstoffa som byggjer opp kroppen etter eit kirurgisk inngrep (Aagaard & Bjerkreim, 2012, s. 191). Kunnskap om innhaldet i maten vi serverar er dermed avgjerande for god ernæringspleie. I tillegg er det viktig å ha kunnskap om ulike sjukdomstilstandar som påverkar opptak og utnytting av næringsstoff i fordøyingssystemet, ettersom det kan krevje spesialtilpassa kost (Aagaard & Bjerkreim, 2012, ss. 183-186).

Organisatoriske tiltak som opplæringskurs og kampanjar som set fokus på ernæring kan bidra til å auke engasjementet blant sjukepleiarar. Det er for lite vektlegging av ernæring under utdanning og opplæring av sjukepleiarar (Helsedirektoratet, 2010), og det kan vere med på å hindre iverksetjing av tiltak. Ei felles forståing for kor viktig det er å sikre god ernæringsstatus, vil kunne føre til eit meir samstemt fokus og betre samarbeid om problemet (Hamirudin, et al., 2013). Dette vil vere gunstig i eit samfunnsperspektiv, ettersom ein må bruke mindre ressursar på å behandle postoperative komplikasjonar, samtidig som liggetida blir kortare (Mowé, 2002). Glede og engasjement i ernæringsbehandlninga vil også bli lagt merke til av pasienten, som kjenner seg tryggare på ein sjukepleiar med kompetanse og lidenskap for emnet (Khalaf et al., 2009).

God ernæringspraksis krev samarbeid på tvers av faggrupper, og sjukepleiaren har eit ansvar for å søkje kontakt med klinisk ernæringsfysiolog for å hente inn meir kompetanse dersom det er behov for dette (Helsedirektoratet, 2012, ss. 26-26). Det vil vere meir motiverande å vite at pasienten får oppfølging av kompetente fagfolk i etterkant av sjukehusopphaldet, og føre til betre langtidsverknader (Khalaf et al., 2009). Mangel på kliniske ernæringsfysiologar gjer det derimot utfordrande å opprette eit slikt samarbeid, og ein anbefalar derfor å opprette fleire stillingar for å dekke behovet (Helsedirektoratet, 2010, s. 35).

## 6.0 Konklusjon

Denne oppgåva tek føre seg korleis sjukepleiaren kan bidra til god ernæringsstatus hos eldre, ortopediske pasientar på sjukehus. Helsedirektoratet slår fast at alle pasientar bør kartleggjast for ernæringsmessig risiko ved innkomst, og sjukepleiaren bør utføre dette så raskt som mogleg. Det kan vere utfordrande å nytte kartleggingsverktøy på pasientar med kognitiv svikt, men desto viktigare ettersom denne pasientgruppa er spesielt utsett. Negative konsekvensar av underernæring kan uttale seg få dagar etter eit kirurgisk inngrep, og det er dermed ikkje meningslaust å starte ernæringsbehandling sjølv under eit kort sjukehusopphald. Dessutan har også pasientar som ikkje er i

risiko gunstig effekt av tilpassa ernæring, ettersom det fører til raskare mobilisering og færre postoperative komplikasjonar.

Sjukepleiar må kunne identifisere særskilte behov hos den enkelte, samt avdekke grunnar til eventuelt redusert matlyst. Det er viktig å sikre pasientens velvære for å auke appetitten, samt sikre ro i matsituasjonen og gi pasienten tilstrekkelig tid, hjelpemiddel og eventuell assistanse. Energi- og proteinrik kost, mellommåltid og næringsdrikkar gjev større næringsinntak hos pasientar som et lite.

Det kan oppstå eit dilemma dersom pasienten avstår frå mat, og det opplevast som umoralsk å tvinge pasienten til å ete. Sjukepleiaren kan, med bruk av svak paternalisme, med god hensikt oppmuntre pasienten til å auke matinntaket. Å skape ein god relasjon mellom pasient og sjukepleiar er derimot avgjerande for å aktivt involvere pasienten, og formidle tilpassa kunnskap. Dette vil gjere pasienten meir mottakeleg for råd og rettleiing, ivareta større grad av pasientautonomi. Pasienten vil kunne bli meir motivert dersom han får god informasjon om kva for positive verknader god ernæringsstatus vil medføre, og sjansen blir større for at han held på dei gode matvanene etter utskriving.

Oppgåva talar for at problemstillinga bør vektleggjast i større grad på ortopediske avdelingar. God ernæringsbehandling kan ha store fordeler både i eit pasientperspektiv og i eit samfunnsøkonomisk perspektiv, og sjukepleiaren bør fange opp fleire eldre pasientar som kan dra nytte av dette. For å auke kunnskap og engasjement blant sjukepleiarar, bør det fokuserast meir på ernæring i utdanninga, samt opprettast kurs og kampanjar med vekt på emnet. Det er også behov for betre tverrfagleg samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog, for å sikre betre oppfølging av pasientane.

## Litteraturliste

- Aagaard, H., & Bjerkreim, T. (2012). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, Grunnleggende sykepleie, bind 2: Grunnleggende behov (ss. 162-203). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- American Society of Registered Nurses. (2008). Essentials Of Orthopaedic Nurse Care. (A. Palmer, Redaktør) Henta 05 19, 2016 frå <http://www.asrn.org/journal-nursing/314-essentials-of-orthopaedic-nurse-care.html>
- Brodtkorb, K. (2008). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (1. utgave, 5. opplag 2013. utg., ss. 254-273). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bøhmer, H., Fagermoen, M. S., & Fretland, T. (2009, Mars 11). Akutt forvirring hos eldre, ortopediske pasienter. doi:10.4220/sykepleiens.2002.0005
- Che-Sheng, C., Chih-Kuang, L., Ming-Yueh, C., Yu-Te, L., Chien-Jen, H., Po-Han, C., & Chin-Liang, C. (2015, August 26). Short-FormMini Nutritional Assessment as a useful method of predicting the development of postoperative delirium in elderly patients undergoing orthopedic surgery. General Hospital Psychiatry(vol 38), ss. 15-20. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.08.006>
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving (5 opplag 2015. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekinci, O. M., Yanik, S. M., Bebitoğlu, B. T., Akyüz, E. Y., Dokuyucu, A., & Erdem, Ş. M. (2016). Effect of Calcium  $\beta$ -Hydroxy- $\beta$ -Methylbutyrate (CaHMB), Vitamin D, and Protein Supplementation on Postoperative Immobilization in Malnourished Older Adult Patients With Hip Fracture: A Randomized Controlled Study. Nutrition in Clinical Practice. doi:10.1177/0884533616629628
- Forskrift om pasientjournal. (2000). Forskrift 21. desember 2000 nr 1385 om pasientjournal. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385?q=forskrift%20om%20pasientjournal>
- Gjerland, A. (2012). Eliminasjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & S. (. E., Grunnleggende sykepleie, bind 2 (ss. 210-267). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hamirudin, A. H., Charlton, K., Walton, K., Bonney, A., Albert, G., Hodgkins, A., . . . Dalley, A. (2013, Mai). "We are all time poor" - Is routine nutrition screening of older patients feasible? Australian Family Physician(vol 42, no 5), ss. 321-326. Henta 05 22, 2016 frå <http://www.racgp.org.au/afp/2013/may/time-poor/>
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Avdeling ernæring. Oslo: Direktoratet. Henta 04 09, 2016 frå <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 i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2015, 09 1). Om nasjonale faglige retningslinjer. Henta 05 25, 2016 frå <https://helsedirektoratet.no/nfr/om-nasjonale-faglige-retningslinjer>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Holst, M., Rasmussen, H. H., & Laursen, B. S. (2010, April 30). Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? (N. C. Science, Red.) *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2011(25), 176-184. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00808.x
- Houghton, J. R., & Smith, S. (2011). The accuracy of mid upper arm circumference as an estimate of body mass index in healthy female adults. *Malnutrition Matters, Joint BAPEN and Nutrition Society Meeting*. Haarrogate: Proceedings of the Nutrition Society. doi:doi:10.1017/S0029665111003454
- Joanna Briggs Institute. (2008, 06 18). Nursing interventions to minimise undernutrition in older patients in hospital. *Nursing Standard* (vol 22 no 41), ss. 35-40. Henta 04 05, 2016
- Kaasa, L. (2013). Sykepleie til pasienter som skal opereres. I U. (. Knutstad, Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3 (ss. 36-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Khalaf, A., Berggren, V., & Westergren, A. (2009, Januar 16). Caring for undernourished patients in an orthopaedic setting. *Nursing Ethics*, ss. 5-18. doi:10.1177/0969733008097986
- Kirkehei, I., & Ormstad, S. S. (2013). Litteratursøk. *Norsk Epidemiologi*, ss. 141-145. Henta 04 30, 2016 frå <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1635/1523>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E.-A. Skaug, F. Nortvedt, & N. J. Kristoffersen, *Grunnleggende sykepleie, Bind 1* (2 utgåve, 2 opplag 2012. utg., ss. 208-277). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mensen, L. (2008). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 51-73). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Meyer, H. E., & Sødgaard, A. J. (2015, Februar 22). Folkehelseinstituttet. (H. Hånes, Redaktør) Henta 04 17, 2016 frå Fakta om osteoporose og osteoporotiske brudd: <http://www.fhi.no/artikler/?id=45548>
- Ming, L., Jing, Y., Xi, Y., Xiao, H., Vaidya, S., Fugou, H., & Zhou, X. (2015, oktober). The role of perioperative oral nutritional supplementation in elderly patients after hip surgery. *Clinical Interventions in Aging*. Henta 04 05, 2016
- Molven, O. (2012). Dokumentasjon og journal. I O. Molven, *Sykepleie og jus* (ss. 182-189). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasientar. *Tidsskrift for den norske legeforening*(8). Henta 04 7, 2016

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke - en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Oksholm, T. (2013). Sykepleie til pasienter med lungesykdom. I U. Knutstad, *Utøvelse av klinisk sykepleie - Sykepleieboken 3*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2015, 06 19). I trygge hender. Henta 05 19, 2016 frå Fire nye innsatsområder i programmet:  
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Nyheter/fire-nye-innsatsomr%C3%A5der-i-programmet>
- Pedersen, P. U. (2005, November 13). Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *Journal of Clinical Nursing*(17), 247-255. Henta 04 12, 2016
- Pettersen, T. (2015, 01 13). Fortolkning. Henta 05 26, 2016 frå Store Norske Leksikon:  
<https://snl.no/fortolkning>
- Ranhoff, A. H. (2008). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til en gamle pasienten* (ss. 75-86). Oslo: Gyldedal Norsk Forlag AS.
- Russel, R. M. (2001, April 1). Factors in Aging that Effect the Bioavailability of Nutrients. *Journal of Nutrition*, vol 131(4). doi:359S-1361S
- Samson, H., & Strand, G. V. (2008). Munnhelse. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 267-273). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- O. Sand, E. Haug, J. G. Bjåle, & Ø. V. Sjaastad, *Menneskekroppen: anatomi og fysiologi* (2 utgåve, 5 opplag. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skauli, S. H. (2010-2011). (N. A. AS, Redaktør) Henta 04 19, 2016 frå Norsk opplysningskontor for helsekost: [www.helsekostopplysningen.no](http://www.helsekostopplysningen.no)
- Skotnes, L. H., Omli, R., Einarsen, E. K., & Dahlhaug, L. (2013). Eliminasjonsproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (1 utgåve, 5 opplag. utg., ss. 274-286). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2005). Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Henta 04 17, 2016 frå  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/268/Nasjonal-faglige-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-osteoporose-og-osteoporotiske-brudd-IS-1322.pdf>
- SSB. (2016, april 14). Nøkkeltall for befolkning 2016. Henta frå Statistisk Sentralbyrå:  
<https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/befolkning>
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (3 utgåve 2013. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

## VEDLEGG 1: LITTERATURSØK

PICO-skjema for søkjeprosessen:

Patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Eldre innlagt på ortopedisk avdeling	Tiltak for betre ernæringsstatus	Standard pleie	Betre sårtilheling, mindre infeksjonar, førebygge akutt delir, kortare liggetid

Oversikt over søkjeord og databasar:

Dato	Søkemotor	Søkeord	Antal treff	Antal relevante artiklar
05.04.16	Cochrane Library	Hip fracture AND nutrition OR nutritional supplement	58	0
05.04.16	PubMed	Orthopaedic patients AND nutrition  10 years back	261	2
05.04.16	Pubmed	Orthopaedic surgery AND nutritional supplement AND wound healing	7	1
	Academic Search Elite	Orthopaedic patients AND nutrition  2005-2016, engelsk og norsksprålege artiklar	19	2
05.04.16	Oria	Orthopaedic OG nutrition OG elderly	53	1
12.04.16	Academic Search Elite + Cinahl + Medline	Orthopaedic patients AND nutritional care AND nursing interventions  Full Text; Published Date: 20060101-20161231; Age Related: Aged: 65+ years	401	2
22.05.16	Pubmed all databases	Nutrition screening[Title] AND time, 10 years back	9	1