



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 13.10.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 5

Antall ord: 7297

Sykepleie til eldre underernærte pasienter



Illustrasjonsbilde hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/peker-pa-risiko-omrader-ved-ernaering-i-sykehus>

Bacheloroppgave i sykepleien

Haugesund 2016

Kull 2013

Sammendrag

Tittel: Sykepleie til eldre underernærte pasienter.

Bakgrunn: Underernæring rammer mellom 10-60% eldre pasienter på sykehus. Demente, enslige, funksjonshemmede og pasienter med kroniske lidelser er i særlig risiko.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre personer innlagt på sykehus?

Hensikt: Jeg ønsker i denne studien å få mer innsikt i hva sykepleier kan gjøre for å forebygge at underernæring oppstår hos eldre innlagt på sykehus.

Metode: Litteraturstudie. For å finne svar på problemstillingen min, har jeg anvendt faglitteratur og forskning om underernæring blant eldre.

Funn: Felles funn viser at sykepleier kan forebygge underernæring gjennom kartlegging av risikopasienter, kompetansebygging og veiledning av pasienter, ha mer fokus på teamarbeid, skape sosialt miljø ved måltider, bedre organisering rundt ernæringsomsorg og bedre holdninger omkring ernæring.

Konklusjon: Funnene peker på at underernæring kan relateres til mangler i struktur og organisering på sykehus. Sykepleier må kunne tilrettelegge matsituasjonen, slik at pasienten får i seg næring.

Abstract

Title: Nursing the elderly, malnourished patients.

Background: Malnutrition affects about 10-60% of the elderly patients in hospitals. Demented, lonely, disabled people and patients with chronic conditions are particularly at risk.

Research question: How can nurses help to prevent malnutrition among elderly, hospitalized patients?

Purpose: The aim for this study is to gain more knowledge about how nurses can prevent the occurrence of malnutrition in hospitalized elderly patients.

Methods: Literature review. I have used scientific literature and research about malnutrition among elderly to answer the research question.

Findings: Common findings shows that nurses could prevent malnutrition through identifying risk patients, competence building and patient counselling, more focus on teamwork, create social environment at mealtimes, better organization of nutritional care and better attitudes regarding nutrition.

Conclusions: The findings suggest that malnutrition can be related to deficiencies in the structure and organization of hospitals. Nurses must be able to facilitate food situation so that the patient manage to ingest food.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Valg av tema	1
1.2 Formål	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensning og presisering	2
2.0 Teoretisk perspektiv	2
2.1 Underernæring blant eldre på sykehus	2
2.2 Sykepleierens forebyggende funksjon	4
2.3 Virginia Hendersons sykepleieteori	5
2.3.2 Hendersons syn på ernæring	6
3.0 Metode	7
3.1 Hva er metode	7
3.2 Litteraturstudie som metode	8
3.3 Litteratursøk.....	8
3.3.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	9
3.4 Kildekritikk.....	9
3.5 Forskningsetikk.....	9
4.0 Resultat	9
4.1 Presentasjon av artiklene	10
4.2 Oppsummering av hovedfunnene	11
5.0 Drøfting	12
5.1 Kartlegging av risikopasienter	12
5.2 Kompetansebygging og veiledning	13
5.3 Teambasert arbeid	14
5.4 Sosial kontakt i spisemiljø	15
5.5 Svikt i organisering rundt ernæringsomsorg	16
5.6 Å bedre holdninger omkring ernæring	18
6.0 Oppsummering	18
7.0 Konklusjon	19
Referanser:	19
Vedlegg I Artikler	22
Vedlegg II Søkehistorikk.....	23

1.0 Innledning

1.1 Valg av tema

I denne oppgaven skal jeg se på hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter på sykehus. Jeg har valgt temaet ernæring og eldre fordi det er et relevant og interessant tema, som det er behov for økt oppmerksomhet rundt. Ifølge Helsedirektoratet (2013, s. 11) anslås omkring 10-60% av eldre mennesker innlagt på sykehus å være underernært, avhengig av hvilken gruppe som undersøkes. Hele 70% av pasientene har lavere vekt enn da de ble innlagt. Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2013, s. 18) er det lite fokus på ernæring i sykehus. Ernæringsstatus blir ikke tilstrekkelig dokumentert. Blant eldre som mottar helsetjenester er det fremdeles et betydelig behov for forbedring i helsetilbudet med hensyn til vurdering av ernæringsstatus, nattlig faste, kunnskap om ernæring for å unngå, identifisere og behandle underernæring.

Helsedirektoratet (2013, s. 10) skriver at eldre, demente, enslige, funksjonshemmede og pasienter med kroniske lidelser er i særlig risiko. Konsekvenser dette har for pasienten er lengre liggetid på sykehus, forsinket sårheling, forvirringstilstander, nedsatt immunforsvar, generell svekkelse og infeksjonsrisiko. I tillegg er det assosiert med økt sykkelighet, økt dødelighet og redusert livskvalitet, skriver Helsedirektoratet (2013, s. 11).

Etter å hatt geriatrik sykehuspraksis og helgejobb på sykehjem ønsket jeg å utforske underernæring blant eldre mennesker nærmere. Jeg så at flere eldre slet med dårlig matlyst, men ved enkle tiltak og tilrettelegging kunne de likevel få i seg litt næring. Denne problematikken er aktuell i dag, fordi vi blir eldre enn før. Utviklingen skyldes blant annet bedre medisiner og behandlingsmetoder. Forskning viser at behandlingsaspektet på sykehuset av og til kan overskygge våre grunnleggende behov, slik som ernæring (Helsedirektoratet, 2013, s. 12). Ifølge Brodtkorb (2013, s. 259) er en viktig sykepleieroppgave arbeid med å bedre ernæringsstatus hos pasienter som er i risiko. Vi mennesker vil ikke fungere like godt dersom vi ikke greier å ivareta dette behovet.

Det offentlige sitt fokus på ernæring er forankret i et pasient og samfunnsøkonomisk perspektiv. Målet er å iverksette tiltak som ligger på et lavt kostnadsnivå (Helsedirektoratet, 2013, s. 19). Innsatsområdene omfatter i hovedsak underernæring, veiing og måling. Disse er nedfelt i fire anbefalte tiltak; 1) vurdere ernæringsmessig risiko, 2) gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling, 3) dokumentasjon av ernæringsstatus

og –tiltak i epikrise, og 4) videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå (Helsedirektoratet, 2013, s. 3).

1.2 Formål

Oppgaven har til hensikt å belyse hva sykepleier kan gjøre for å unngå at underernæring oppstår hos eldre innlagt på sykehus. Jeg ønsker å oppnå mer kunnskap om dette temaet, for å kunne bidra til forebygging av underernæring i praksis.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen min ble som følgende; «Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre personer innlagt på sykehus?».

1.4 Avgrensning og presisering

Oppgaven avgrenses til Europa, fordi praksisen er relativt lik i disse landene. Oppgaven vil ta for seg tiltak som har til hensikt å forebygge underernæring, med fokus på eldre pasienter. Jeg vil også se nærmere på hva sykepleiere opplever som utfordrende og trekke frem pasientens perspektiv.

2.0 Teoretisk perspektiv

I det følgende vil jeg presentere teori som skal belyse valgt tema.

2.1 Underernæring blant eldre på sykehus

Underernæring innebærer at en person har et utilstrekkelig inntak av næring. Brodtkorb (2013, s. 259) definerer underernæring slik; «underernæring oppstår når næringsinntaket er mindre enn behovet, enten fordi behovet øker, eller fordi inntaket reduseres».

Helsedirektoratet (i Sortland, 2015, s. 165) definerer underernæring «som en situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og funksjon, samt klinisk resultat».

Her vil jeg gjøre rede for årsaker til at eldre pasienter er i særlig risiko for å utvikle underernæring.

Sykdom er den viktigste årsaken til vekttap og underernæring, ifølge Sortland (2015, s. 165). Gamle pasienter med redusert allmenntilstand og nedsatt appetitt, tygge- eller svelgeproblemer, demens, eller de som trenger assistanse ved måltidene er mest utsatt for feil- og underernæring, dette sier Fermann og Næss (2013, s. 208). For lavt kalori- og proteininntak, kan være en medvirkende årsak. Dette resulterer i tap av fett og muskelvev

skriver Brodtkorb (2013, s. 259). Mowe (2002) beskriver i en forskningsartikkel årsaker til at underernæring oppstår blant eldre i sykehus og konsekvenser dette har. For samfunnet fører underernæring hos eldre til lengre liggetid på sykehus, økt hjelpebehov og dermed større utgifter.

Underernæring er ofte ikke diagnostisert ved sykehusinnleggelse skriver Mowe (2002). Redusert smak og luktesans, ensomhet, depresjon, demens, tannproblemer, problemer med å svelge, alvorlig somatisk sykdom, stort medisinforgbruk og diaré er ifølge Brodtkorb (2013, s. 259) disponerende faktorer for å utvikle underernæring på sykehus.

Brodtkorb (2013, s. 260) utdyper at nedsatt smak- og luktesans hos eldre gir ofte nedsatt appetitt. Maten smaker mindre og er mindre appetittvekkende. Flere får også problemer med å spise som følge av fysiologiske aldersforandringer i munn og mage-tarm-kanalen. Redusert spyttproduksjon og lite hydrering kan skade tennene. Viktige årsaker til at eldre får vansker med å spise er munntørrhet, dårlig tannstatus og nedsatt evne til å tygge (Brodtkorb, 2013, s. 261). Svinn av mage-tarm slimhinnen gjør at maten fordøyes dårligere. Tarmperistaltikken reduseres også med alderen, slik at maten passerer tregere. Aktivitetsnivået blir gjerne lavere med økende alder, og sammen med lavt væskeinntak, kan obstipasjon oppstå.

Brodtkorb (2013, s. 262) skriver at spise miljøet kan ha stor betydning og at en hyggelig atmosfære rundt måltider kan bidra til at den gamle spiser mer og får dekket sine psykososiale behov. Mindre grupper, bestående av pasienter med tilnærmet lik funksjonsevne og tilsvarende hjelpebehov bør sitte sammen.

Ifølge Brodtkorb (2013, s. 262) er slagpasienter utsatt for å utvikle *dysfagi*, svelgebesvær og *hemiplegi*, halvsidig lammelse. Dysfagi sees også ved nedsatt spyttproduksjon. Personer med somatisk sykdom, for eksempel Parkinsons kan ha vansker med å komme i gang med måltidet. Demente pasienter kan bli stresset ved for mye stimuli. Sortland (2015, s. 140) skriver også at demens kan føre til at mange eldre har begrenset evne til å ta hensiktsmessige valg når det gjelder sitt eget matinntak.

Nedsatt matlyst kan være induert av legemidler, for eksempel diuretika. Nedsatt næringsinntak kan også være en følge av depresjon. Eldre mennesker har gjerne opplevd tap av familie og venner, noe som kan føre til depresjon, skriver Brodtkorb (2013, s. 263).

2.2 Sykepleierens forebyggende funksjon

Mæland (2010, s. 13) definerer forebyggende helsearbeid som arbeid som har til hensikt å hindre sykdom, skade og tidlig død, samtidig som det handler om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet.

Mæland (2010, s. 18) hevder at forebygging og sykepleie henger tett sammen. Siden jeg anvender forebygging som begrep i min oppgave, vil jeg komme med en begrepsavklaring for forebygging i et sykepleieperspektiv. Forebyggende helsearbeid dreier seg om helsevern, helseopplysning og politikk (Mæland, 2010, s. 18). Sykepleierens funksjon i det forebyggende helsearbeidet er gjennom helsevern, beskytte folk mot helsetrusler, som vaksinasjoner, til regler for et trygt arbeidsmiljø (Mæland, 2010, s. 18). Helseopplysning betegner alle former for kommunikasjon om helse, fra konkrete anbefalinger til åpne diskusjoner.

Det helsefremmende arbeidet forutsetter en mer likeverdig samarbeidsrelasjon mellom initiativtakeren og den som involveres ifølge Mæland (2010, s. 76). Innledningsvis bør sykepleier finne ut hvordan pasienten har det. Det innebærer å lytte og lære gjennom kontakt med pasienten. En viktig strategi i dette arbeidet er samarbeid, for at pasienter kan settes i stand til å ta vare på sin egen helse («*enabling*»). Dette innebærer å mobilisere menneskelige og materielle ressurser gjennom kunnskapsformidling og å utvikle folks helsefremmende ferdigheter. Mæland (2010, s. 103) beskriver sammenhengen mellom menneskers handlinger, vaner og levestil og hvordan dette har innflytelse på helsen. Ikke bare vil sunne levevaner forlenge livet, men de øker også antall år uten plagsomme sykdommer. I det forebyggende arbeidet er det derfor viktig å formidle et konsistent budskap om sammenhengen mellom levevaner og helse.

Salutogenese og empowerment er ifølge Mæland (2010, s. 74-75) viktige ideologiske prinsipper helsepersonell bør ha kjennskap til. *Salutogenese* (Mæland, 2010, s. 74), teorien til Antonovsky handler om at forebyggende arbeid må fokusere på å styrke helsen og dermed motstandskraften mot de negative faktorene, *salutogenese*, i stedet for å fokusere ensidig på sykdomsfremkallende forhold, *patogenese*. Den helsefremmende ideologien bak begrepet «*empowerment*» (Mæland, 2010, s. 75) bygger på at enkeltindividet og fellesskapet må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen. Dette innebærer at folk må få mer kunnskap om disse forholdene, kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen, og delta aktivt for et sunnere samfunn.

2.3 Virginia Hendersons sykepleieteori

Jeg har valgt å bruke teoriene til den amerikanske sykepleieteoretikeren Virginia Henderson for å belyse min oppgave. Henderson (i Knustad, 2010, s. 24) har vært sentral i arbeidet med å beskrive sykepleierens funksjon i samfunnet. Hun hevder at sykepleiens grunnleggende formål er å fremme selvstendigheten til pasienten gjennom å sørge for at deres 14 grunnleggende behov ivaretas, blant disse er behovet for å spise og drikke inkludert. Videre mener Henderson (1964, s. 62) at sykepleie handler om å observere, ta vare på og veilede pasienten og samarbeide med annet helsepersonell. Hun la vekt på at sykepleieren skulle ha en mer selvstendig funksjon enn tidligere.

Henderson (i Knustad, 2010, s. 24) fokuserte på menneskers grunnleggende behov og satte uavhengighet og selvstendighet som mål for sykepleien. Hun var den første som beskrev det spesielle ved sykepleiens fagområde. Hennes (1966, s. 10) definisjon av sykepleierens særegne funksjon er *«å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utføringen av alle gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse, noe de selv ville ha gjort dersom det hadde tilstrekkelig med krefter, vilje eller kunnskaper»*.

Henderson hevder at sykepleie springer ut ifra grunnleggende menneskelige behov. Ut i fra behovene skisserer hun 14 generelle sykepleiekomponenter. Disse skal sykepleieren alltid prøve å tilgodese, uavhengig pasientens medisinske diagnose. Ifølge henne (i Knustad, 2010, s. 39) er målet med all sykepleie bedre helse eller helbredelse. Her kommer sykepleieren inn i bildet. Sykepleier bør finne ut hva pasienten trenger og hvordan behov kan ivaretas.

Sykepleier kan vurdere hva som må gjøres og iverksette tiltak for å bedre situasjonen til pasienten.

Henderson (1966, s. 10) beskriver pasientens indre ressurser som krefter, kunnskaper og vilje. Videre sier hun (i Knustad, 2010, s. 39) at de ytre ressursene omfatter familie, sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomi, tilgjengelighet til helse og omsorgstilbud og sosiale- og trygdeordninger. Dette kan bidra til å styrke mestring og selvstendighet hos pasient ved hjemreise.

Mathisen (2011, s. 152) skriver at teoriene hennes er aktuelle for å belyse problemområdet underernæring hos eldre pasienter på sykehus. I dag er det ikke vanlig å definere livskvalitet ut i fra behov. Derimot vil nok de fleste være enig i at det å få tilfredsstilt grunnleggende behov er helt sentralt for å oppleve livet som godt å leve. Samtidig var Henderson ferdig utdannet sykepleier tidlig på 1920-tallet og publikasjonene hennes er av eldre dato. Bedret

helse trenger ikke være sykepleiens eneste mål i dag. Sykepleie i dag kan være mer enn behovstilfredsstillelse. Helse kan bli vurdert mot livskvalitet, lindret lidelse og økt velvære. Hennes prinsipper kan virke som et modell for sykepleieutøvelsen, men trenger ikke være en fasit.

2.3.2 Hendersons syn på ernæring

Her vil jeg si litt om hvordan Hendersons teorier kan integreres i sykepleieutøvelsen. Når sykepleier skal iverksette tiltak, bør hun eller han først vurdere hva pasienten har behov for.

Ernæringsintervensjoner kan gi underernærte pasienter vektøkning, økt fysisk aktivitet, redusert liggetid og redusert dødelighet. Mowe (2002) anbefaler at alle norske sykehus bør ha et ernæringsteam, som ivaretar de tverrfaglige utfordringene gjennom kartlegging og vurdering.

Henderson (1966, s. 29) skriver at legens forordning om endring i dietten, ekstraordinær tilførsel eller begrensning i dietten avhenger av sykepleiers observasjoner og rapport. Brodtkorb (2013, s. 266) mener at en viktig sykepleieroppgave er å identifisere ernæringsproblemer og utarbeide tiltaksplaner. Sykepleieren er den som er mest inne hos pasienten og har mulighet til å raskt se forandringer i tilstanden. Selv på sykehuset, der en kan få fatt i flere behandlere, er det sykepleieren som er hos den syke dag og natt, og som best kan oppmuntre den syke til å spise og drikke ifølge Henderson (1966, s. 26). Sykepleier kan ha ansvar for kartlegging og vurdering av pasienter ved bruk av skjemaer som Trygg pleie. Trygg pleie tar for seg risiko for de vanligste komplikasjonene ved et sykehusopphold, der eldre over 70 år er særlig utsatt. I forhold til ernæring skal alle pasienter veies ved sykehusinnleggelse og deretter minst en gang i uken. I tillegg må pasienten svare på standardiserte spørsmål om vekttap og matlyst.

Henderson (1966, s. 29) skriver at sykepleier må prøve å gi pasienten frihet til å spise når de er sultne. Ifølge Mowe (2002) bør gamle pasienter med lavere kroppsmasseindeks enn 23 bli tilbydd ekstramåltider under sykehusoppholdet og/ eller næringstilskudd. Pasienter som ikke klarer å spise selv, og som ikke er palliative, kan ha nytte av kunstig ernæring (Mowe, 2002). Brodtkorb (2013, s. 261 & 265) skriver at andre vanlige kosttiltak innebærer at eldre pasienter får hyppig tilbud om drikke og næringstettkost bestående av fett og proteiner.

Ved smerter og tannrøte kan konsultasjon hos tannlege være aktuelt, slik at personen greier å få i seg mat. Hos pasienter som har nedsatt tyggeevne bør matens konsistens tilpasses, for eksempel ved å servere most mat. Ved problemer med å svelge tyntflytende væske eller fast

føde, anbefaler Brodtkorb (2013, s. 262) å tilpasse konsistensen til det pasienten klarer å svelge.

Henderson (1966, s. 29) beskriver at sykepleieren har et ansvar for å hjelpe til å mate og oppmuntre den syke til å bli selvhjulpen. Brodtkorb (2013, s. 266) forteller om betydningen miljøet rundt måltidet har for matlysten til pasienten. De som trenger assistanse må få den hjelpen de trenger. Noen pasienter kan ha problemer med å spise selv, mens andre greier ikke å sitte oppreist. Dersom det er urolig ved måltidet har personalet ansvar for å formidle ro, verbalt og non-verbalt ifølge Brodtkorb (2013, s. 266).

Tverrfaglig samarbeid er sentralt i arbeidet ved å behandle underernæring skriver Brodtkorb (2013, s. 259). Lege, ernæringsfysiolog, logoped, tannlege eller tannpleier kan være viktige samarbeidspartnere. Legen kan hjelpe dersom medisinsk behandling virker inn på ernæringstilstanden. Ernæringsfysiologer kartlegger ernæringsstatus og vurderer enkeltpasienters ernæringsbehov. Logoped bidrar ved tygge- og svelgeproblemer. Brodtkorb presiserer (2013, s. 259) at ved munn- og tannproblemer bør tannlege eller tannpleier konsulteres.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

Vilhelm Aubert (1985) definerer metode som «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 110).

Metode er et redskap vi kan bruke i møte med noe vi vil utforske (Dalland, 2012, s. 110).

Metode trenger vi når vi samler inn data, altså det vi må vite til undersøkelsen vår. Det finnes flere typet metoder. Vi skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Hensikten med å anvende ulike metoder, er å oppnå bedre forståelse av samfunnet vårt og hvordan vi samhandler. Kvalitative metoder prøver å fange opp mening og opplevelse som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2012, s. 112). Kvantitative metoder gir opplysninger i form av målbare enheter, slik at vi kan foreta regneoperasjoner som gjennomsnitt og prosenter (Dalland, 2012, s 112).

3.2 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie benyttes allerede eksisterende forskning og litteratur om et emne. Dette innebærer at jeg samler inn, kritisk gjennomgår og sammenfatter teori og ulike perspektiver for temaet jeg har valgt (Dalland, 2012, s. 112).

3.3 Litteratursøk

Jeg har valgt å bruke databasene Cinahl og Pubmed fordi artiklene må komme fra relevante databaser som inneholder forskning. Begge databasene er pålitelige og inneholder fagfelleurdert forskning om helse og sykepleie. Søket ble gjennomført ved å først å finne artikler som beskrev miljøtiltak, siden dette var ett av problemområdene som ble trukket frem i artikkelen til Helsedirektoratet (2013, s. 9) og annen faglitteratur. Her anvendte jeg søkeportalen Cinahl. Fremgangsmåte ved søk er nærmere beskrevet i vedlegg II. I det første søket brukte jeg søkeordene elderly, medical ward og nutrition. Da fant jeg 23 artikler, der en var relevant og er med i min studie.

Det andre søket innledet jeg med søkeordene geriatric, patients perception og low food intake. Da fikk jeg opp tre artikler, men ingen var betydningsfulle for min studie. Jeg søkte videre på elderly people's, care experience, in hospitals og qualitative. Her fant jeg seks artikler, men jeg inkluderte ingen studier. Så søkte jeg på hospital food, reasons for, low intake og geriatric patients. Her fant jeg to artikler, men ingen var relevant for min studie. Videre søkte jeg på hospital food, geriatric patients, interview og qualitative study. Da fikk jeg to treff, men ingen passet til min studie.

Senere foretok jeg et nytt søk på Pubmed for å finne noen kvalitative studier som beskriver hva sykepleierne anså som viktige årsaker til nedsatt matlyst hos eldre pasienter på sykehus. Her anvendte jeg søkeordene elderly, hospitalized, patients, food, experience og qualitative. Her fikk jeg ett treff som var relevant for min studie, som jeg inkluderte. Tilsvarende ønsket jeg å undersøke eldre pasienters erfaringer og opplevelser, med redusert appetitt i sykehus. Da søkte jeg på elderly patients, malnutrition og qualitative study. Her fikk jeg 70 treff, men jeg fant bare en artikkel som var relevant.

To av artiklene jeg valgte å benytte som resultater i oppgaven fant jeg i referanselisten til Helsedirektoratet (2013, s. 73-74). Den ene omhandler holdninger blant helsepersonell i Norden i forhold til ernæring (Mowe et al., 2006). Den andre viser hvordan bruk av kartlegging og vurderingsskjemaer kunne bidra til å fange opp pasienter som stod i fare for å

utvikle underernæring (Kruizenga et al., 2005). Totalt fant jeg 161 artikler i søkene mine. Oppgaven er basert på fem artikler, tre er kvantitative og to er kvalitative.

3.3.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Når det kom til gjennomføring av litteraturstudien laget jeg noen inklusjonskriterier for valg av faglitteratur og forskning. For å sikre at alle relevante studier ble identifisert, måtte jeg søke bredt, samtidig som irrelevante treff måtte fjernes. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er kriterier for studier som tas med og defineres ved hensyn på hvilke personer, intervensjoner, utfall og design man ønsker å dekke i oversikten, og hvilke man ikke er interessert i (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013, s. 145). Mye av relevant forskning som allerede fantes om tema var av eldre årgang. Også Helsedirektoratet (2013) baserte mye av nasjonale retningslinjer på eldre forskning. Dette gjør at forskningsartiklene som inkluderes er opptil 11 år gamle. En svakhet ved forskningen, var at pasienter som ikke var samtykkekompetente, ble unnlatt. Dette gjør at gruppen eldre, kognitivt svekkede personer ble ekskludert fra studiene.

3.4 Kildekritikk

Her skal jeg ta for meg valgt forsknings validitet og reliabilitet. Kildekritikk er et samlebegrep for metoder brukt for å vurdere om en kilde er sann og bedømme hva vi kan legge vekt på (Bertnes & Tuseth, 2012, s. 45). For å vurdere kildens relevans så har jeg sett på tittel og sammendrag, dette må omhandle eldre og underernæring på sykehus, eller hvordan sykepleiers holdninger kan bidra til å forebygge underernæring på sykehus. Hvis de inkluderte dette, egnet de seg for min studie. Studienes troverdighet styrkes fordi de er objektivt fremstilt. Videre er alle artiklene fagfellevurdert. Resultatdelen i studiene har flere liknende slutninger, noe som styrker validiteten og holdbarheten i funnene. To av artiklene er også gjengitt i Helsedirektoratets (2013) retningslinjer for ernæring.

3.5 Forskningsetikk

I denne studien har jeg anvendt forskning om eldre mennesker innlagt på sykehus. Når jeg har vurdert kvaliteten på forskningsartiklene har jeg lagt vekt på etikk, det vil si hvordan forskerne har vernet om personene som deltar, om de har ivaretatt anonymitet, taushetsplikt, og informert frivillig samtykke hos de som blir intervjuet. Alle studiene har blitt vurdert og godkjent av etisk komiteé. Studien til Kruizenga et al. (2005) inkluderer i tillegg informasjon om dette, kun personer som er myndige og samtykkekompetente er tatt med.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av artiklene

Artikkel 1. Wright, Hickson og Frost (2006)

Målet med denne kvantitative studien var å undersøke effekten av å spise på et fellesrom, relatert til næringsinntak og vekt hos eldre pasienter på en akutt medisinsk avdeling. Funnene viser at gruppen som spiste på et fellesrom hadde et høyere kaloriinntak, sammenlignet med kontrollgruppen, 489 kcal mot 360 kcal. Proteininntaket var forholdsvis likt, 18,9 g mot 17,7 g. Det var heller ingen signifikant forskjell i vektøkning mellom de to gruppene, men det var antydning til vektøkning i fellesromgruppen.

Artikkel 2. Kruizenga, Tulder, Seidell, Thijs, Ader og Schueren (2005)

Hensikten med denne kvantitative studien var å rapportere kostnader og effektivitet ved tidlig gjenkjennelse og behandling av underernærte pasienter, ved bruk av Short Nutritional Assessment Scale (SNAQ). Hovedfunnene i studien var at gjenkjennelse av underernæring økte fra 50% til 80% ved bruk av kartleggingsverktøyet SNAQ ved innleggelse på sykehus, og matinntaket økte i gjennomsnitt med 600 kcal og 12 g protein i forhold til kontrollgruppen. Tidlig screening og behandling av underernærte pasienter reduserte liggetid blant underernærte pasienter med lav styrke i håndgrepet (skrøpelige pasienter). Kostnadene ved ernæringsbehandling var lavere ved kortere liggetid, med personell, næringsdrikker, mellommåltider og konsultasjoner (76 euro), sammenlignet med et ekstra døgn på sykehus (400 euro).

Artikkel 3. Mowe, Bosaeus, Rasmussen, Kondrup, Unosson og Irtun (2006)

I denne kvantitative studien deltok leger og sykepleiere i Skandinavia i en spørreundersøkelse angående kunnskap, holdninger, praksis, rutiner og ansvar for ernæring i sykehus. Hensikten var å undersøke ernæringsrutiner på sykehus i forhold til standarder Europarådet (ESPEN) har utarbeidet for å forbedre kvaliteten i dagens utilstrekkelige og mangelfulle ernæringsbehandlinger (for eksempel screening av alle pasienter, vurdering av risikoutsatte pasienter). Imidlertid eksisterer det avvik mellom standardene ESPEN har utarbeidet og klinisk praksis. Målet var å styrke ernæringsmessig arbeid i praksis. Funn i studien viser at ernæringscreening var mer vanlig i Danmark (40%), sammenliknet med Sverige (21%) og Norge (16%). Å registrere kostinntak hos risikogrupper var mer vanlig i Danmark (46%), sammenliknet med Sverige (37%) og Norge (22%). Det var felles enighet om at ernæringscreening og kostregistrering var viktig, og at det burde være en prioritert oppgave av alle som jobber med pasienter.

Artikkel 4. Eide, Halvorsen og Almendingen (2014)

Mål og hensikt med denne kvalitative studien var å identifisere hva sykepleiere erfarer som barrierer for å sikre adekvat ernæring hos eldre, underernærte pasienter i sykehus. Studien identifiserte fem utfordringer sykepleierne opplevde i relasjon til ernæringsbehandling hos de gamle pasientene; ensomhet i ernæringsmessig omsorg, behov for kompetanse i ernæringspraksis, lite fleksibilitet i matservering i praksis, svikt i organiseringen rundt ernæringsomsorg og at ernæringsbehandling blir ignorert.

Artikkel 5. Haldemann-Jenni, Fierz og Frei (2016)

Pasientens opplevelse og erfaringer er hovedsakelig kjent fra samtaler. Målet med denne kvalitative studien var å utforske hvordan pasienter opplevde å være innlagt på sykehus i forhold til ernæringsbehandling.

Pasientene kategoriserte sin egen matlyst som «å ha lyst, men ikke være komfortabel med å spise». Pasienter i risiko møter barrierer på grunn av egen fysisk tilstand, som svelge- og tyggesmerter, kvalme og redusert smakssans. Systembarrierer var måltidsituasjon, som satte måltidstider, begrenset utvalg på menyen og smakløse kosttilskudd. Pasientene opplever at de blir overlatt til å ta vare på seg selv og må ta ansvar for eget kosthold.

4.2 Oppsummering av hovedfunnene

Funnene til Wright, Hickson og Frost (2006) viser at å spise i et sosialt fellesskap gav et økt kaloriinntak i forhold til pasienter som spiste alene. Inntak av proteiner var likt.

Kruizenga et al. (2005) viser at bruk av kartleggingsverktøy for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko virker. Matinntaket økte hos intervensjonsgruppen i forhold til kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen oppnådde kortere liggetid og flere pasienter ble fanget opp. I tillegg var kostnadene for ernæringsintervensjoner lavere enn ved ett ekstra døgn på sykehus. Mowe et al. (2006) sin studie handler også om kartlegging av pasienter. Funnene viser at ernæringscreening og registrering av kostinntak hos risikogrupper var mer vanlig i Danmark, enn Sverige og Norge. Norge kom dårligst ut. Pasientene ble sjeldent veid, næringsinntaket hos pasienter i ernæringsmessig risiko ble sjeldnere registrert og ernæringsplaner manglet. Hovedårsaken var mangel på retningslinjer og hjelpemidler til å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko.

Studien til Eide, Halvorsen og Almendingen (2014) identifiserte fem utfordringer sykepleierne trakk fram som sentrale i forhold til ernæringspraksis; ensomhet i ernæringsmessig omsorg, behov for kompetanse i ernæringspraksis, lite fleksibilitet i

matsservering i praksis, svikt i systemet ved ernæringsomsorg og at ernæringsbehandling blir ignorert. Anbefalingene i nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ble heller ikke fulgt. Funnene i studien kan sees i sammenheng med funnene til Wright, Hickson og Frost (2006).

Studien til Haldemann-Jenni, Fierz og Frei (2016) viser at pasienter har lyst til å spise, men klarer ikke. Smerter, kvalme og redusert smakssans, er barrierer eldre pasienter opplever relatert til ernæring på sykehus. Måltidsutfordringer er lite fleksibilitet rundt måltider, dårlig utvalg og kosttilskudd som ikke smaker. Løsningen som foreslås er målrettet trening for helsepersonell. Pasienter må følges opp individuelt og institusjonelle barrierer må fjernes.

5.0 Drøfting

Jeg vil i denne delen av oppgaven drøfte funnene jeg har gjort fra valgt litteratur, opp mot funnene fra forskningsartiklene og egne erfaringer, sett i lys av teoriene til Henderson. Hun tolker funksjonen til sykepleier som å iverksette tiltak for å kompensere for at pasienten ikke greier å ivareta behovene sine, i denne sammenheng ernæring. Innledningsvis vil jeg gjenta problemstillingen som jeg vil finne svar på; «Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre personer innlagt på sykehus?».

Funnene i resultatdelen viser at dette er et aktuelt og økende problem som henger sammen med samfunnsutviklingen, siden vi blir eldre enn før.

I oppgaven min fant jeg seks temaer som jeg vil diskutere i forhold til eldre og ernæring. Det er kartlegging av risikopasienter, kompetansebygging og veiledning, teamarbeid, sosial kontakt i spisemiljø, svikt i organiseringen av ernæringsomsorg og sykepleiers holdninger omkring ernæring.

5.1 Kartlegging av risikopasienter

Noe av det første sykepleier foretar seg ved innleggelse av nye pasienter på sengepost kan være kartlegging av funksjonsnivå, herunder også om det foreligger underernæring. Hensikten med dette er å finne ut om pasienten har ekstra risiko for å utvikle komplikasjoner under sykehusoppholdet. Studien til Eide, Halvorsen og Almendingen (2014) viser at det er behov for kompetanse i ernæringspraksis. Mowe et al. (2006) påpeker at pasientene sjeldent blir veid, næringsinntaket hos risikopasienter blir lite registrert og ernæringsplaner mangler. Ifølge Eide, Halvorsen og Alemendingen (2014) er en årsak til underernæring uklare retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, og derfor blir ikke disse fulgt. Dette

vanskeliggjør beregning av ernæringsbehov og identifisering av risikopasienter. Sortland (2015, s. 169) sier at alle pasienter som innlegges i sykehus skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Henderson (1966, s. 26) beskriver at sykepleier har en viktig funksjon i forhold til kost og ernæring hos pasienter, det er sykepleieren som er mest inne hos pasienten, og som best kan oppmuntre pasienten til å spise og drikke.

Mowe et al. (2006) trekker fram at en annen årsak til at underernæring oppstår, er mangel på hjelpemidler til å identifisere pasienter i risiko, og at det er et problem at risikogrupper ikke blir registrert. Ved bruk av kartleggingsskjema, så kan sykepleier foreta vurderinger av pasienter effektivt og relevante tiltak kan iverksettes. Kruizenga et al. (2005) beskriver funksjonen til kartlegging ved bruk av screeningverktøy. I studien kom det frem at ved bruk av kartleggingsskjemaet (SNAQ) og individuell veiledning av ernæringsfysiolog, oppnådde pasientene større kaloriinntak, flere risikopasienter ble fanget opp og de oppnådde kortere liggetid på sykehus, enn om pasientene ikke hadde blitt kartlagt. For å anvende dette i praksis, og øke tidlig gjenkjennelse og oppmerksomhet rundt underernæring, kan sykepleier bruke ulike screeningverktøy, der en på under fem minutter kan kartlegge pasienter. Fordelen med slike metoder, er at det lett kan integreres i sykepleiernes evaluering av pasienter under sykehusoppholdet.

5.2 Kompetansebygging og veiledning

Veiledning og undervisning kan være viktige sider ved yrkesutøvelsen viser funnene i studien til Kruizenga et al. (2005). Haldemann-Jenni, Fierz og Frei (2016) skriver også at målrettet trening for helsepersonell er sentralt for å kunne støtte pasientene individuelt i deres mestring av ernæring. Ifølge Mæland (2010, s. 18) handler forebyggende helsearbeid om å beskytte folk mot helsetrusler. En del av den forebyggende funksjonen sykepleier har, er gjennom helseopplysning. Mæland (2010, s. 18) skriver at dette gjelder alle former for kommunikasjon om helse, fra konkrete anbefalinger til åpne diskusjoner. Studien til Kruizenga et al. (2005) illustrerer at ernæringsintervensjoner som veiledning og tilrettelegging av kost, bidrar til styrke ernæringsstatus hos innlagte pasienter. Resultatene i studien viser at kaloriinntaket økte med 600 kcal og proteininntaket økte med 12 g. Proteiner kan bidra til fortgang sårheling, og bør derfor være en sentral del av kostholdet. Studien konkluderte også med at en slik ernæringsintervensjon ville være kostnadsbesparende for sykehus ved å iverksette tiltak, slik at en oppnådde en dag kortere liggetid. Kruizenga et al. (2005) estimerte kostnadene for å oppnå kortere liggetid til å være på 76 euro, mot 400 euro som var antatte kostnader for ett

ekstra døgn på sykehus. Mitt syn på ernæring blant eldre er at det må bli fokusert mer på. De som skal jobbe med dette bør få mer kunnskap om kartleggingsverktøy og hvor ofte det skal utføres. Av egen erfaring vet jeg at Trygg Pleie ikke alltid blir tatt av risikopasienter, selv om vekt i hvert fall bør registreres ofte. Videre mener jeg at andre kartleggingsverktøy som kostregistreringsskjemaer, der en fører inn daglig kaloriinntak må føres inn i avdelingens system for dokumentasjon for å kontinuerlig kunne sammenligne og overvåke næringsinntaket hos risikopasienter. Slik kan en identifisere risikopasienter tidlig, og tverrfaglig samarbeid kan iverksettes.

Renolen (2008, s. 22) trekker fram helsepsykologi som en måte å undervise på, der hensikten er å fremme helseatferd og forebygge sykdom i befolkningen. Da anvender sykepleieren teorier og metoder innen helsepsykologi i sitt arbeid med mennesker med helserelaterte problemer og utfordringer. Med grunnlag i funnene fra Kruizenga et al. (2005) og de formidlingsstrategier Mæland (2010, s. 18) og Renolen (2008, s. 22) omtaler, ser jeg det som nødvendig at sykepleier kan formidle kunnskap til pasienter på en pedagogisk måte. På en annen side legger Henderson (i Knustad, 2010, s. 39) også vekt på at pasienten har ytre ressurser, som sykepleier bør spille på; familie, helse- og omsorgstilbud og sosialt nettverk, for eksempel venner. Dersom pasienten er kognitiv svekket, kan det være lurt å ha samtale om veien videre med pasienten og familien tilstede. For å fremme kunnskap, skriver Henderson (1966, s. 26), bør sykepleier gi råd og oppdragelse til et sunt kosthold til pasienter som trenger det. Eventuelt søke om sykehjemsplass eller hjemmesykepleie. Her kan pasienten få individuell oppfølging av helsepersonell og ernæringstilstanden blir kontinuerlig overvåket.

5. 3 Teambasert arbeid

Eide, Halvorsen og Almendingen (2014) fant at flere sykepleiere opplever ensomhet i ernæringsmessig omsorg. Tverrfaglig samarbeid kan i mange tilfeller være en forutsetning for faglig, godt arbeid i velferdsstaten, for eksempel innen helsetjenesten. Ifølge Brodtkorb (2009, s. 293) vil det alltid være saksområder der tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å sikre klienters, pasienters eller brukers rett til en helhetlig behandling. På en annen side finnes det ingen garanti for at det tverrfaglige samarbeide skal fungere bra, dette gjelder også på sykehus, for eksempel i forhold til ernæring. Eide og Eide (2007, s. 400 & 404) beskriver behovet for teamarbeid ved at det vil bidra til hardt arbeid, deltakerne vil være preget av større åpenhet for hverandre og lytte mer til hverandre. Sykepleier bør altså jobbe aktivt for å unngå å arbeide for isolert. Samarbeid i ernæringsomsorgen kan være vesentlig for å forebygge at underernæring oppstår. Eide og Eide (2007, s. 400) omtaler funksjonen til samarbeidet; «*som*

profesjonell hjelper kan man samarbeide i avdelinger, skift eller team knyttet til avgrensede oppgaver. Hensikten med samarbeid i grupper er gjerne å gjennomføre noe og nå mål».

Mæland (2010, s. 76) legger også vekt på en likeverdig samarbeidsrelasjon mellom partene. Å lytte til og lære av andre kollegaer kan være grobunn for et godt samarbeid.

Resultatene i studien til Mowe et al. (2006) viser at norske sykepleiere kom uheldig ut i forhold til kartlegging og vurdering, dette bidrar til at det tverrfaglige samarbeide blir vanskelig å utføre, når det ikke er noe å rapportere. Funnene til Eide, Halvorsen og Alemendingen (2014) støtter dette med å skrive at ernæringspraksis i sykehus for å forebygge underernæring hos eldre trenger å forbedres, for å identifisere og behandle pasienter rett. Funnene i studiene til Mowe et al. (2006) og Eide, Halvorsen og Alemendingen (2014) samsvarte ved å vise at struktur og organisering hadde forbedringspotensialet på sykehus. Ut i fra funnene ser jeg behov for bedret samarbeid mellom sykepleiere, også i det tverrfaglig arbeidet relatert til ernæring. Bedre samarbeid kan være nødvendig for å kunne behandle underernæring på et tidlig tidspunkt. Ut i fra egne observasjoner på sykehus, er det mye ansvar som hviler på sykepleieren. Dette kan være overveldende, særlig for de som er nyutdannet. I tillegg kan det kan være vanskelig å prioritere ernæringsomsorg når mye annet venter. Eldre pasienter har generelt sett ofte et mer komplekst og sammensatt sykdomsbilde enn yngre pasienter, som kan være vanskelig å behandle. At sykepleiere føler seg alene i ernæringsarbeidet kan også tyde på at det tverrfaglig samarbeidet fungerer dårlig. Som sykepleier skal en ikke være alene om behandling av pasienter, og det bør alltid være mulig å rådføre seg med andre. Et fungerende tverrfaglig samarbeid kan være viktig i arbeidet ved å behandle underernæring. Ifølge Brodtkorb (2013, s. 259) er lege en viktig samarbeidspartner når legemidler bidrar til nedsatt matlyst. Ernæringsfysiologer kan konsulteres dersom sykepleier har spørsmål om kartlegging av ernæringsstatus og vurdering av pasienters ernæringsbehov. Brodtkorb (2013, s. 259) sier også at logoped kan bidra ved tygge- og svelgeproblemer. Av egen erfaring vet jeg at pasientene ofte må vente lenge på vurdering av lege og ernæringsfysiolog. Dessverre er ikke hjelpen alltid lett tilgjengelig, legene har ofte mye å gjøre og ernæringsfysiologene på sykehuset er ofte ansatt i lave stillingsprosent.

5.4 Sosial kontakt i spisemiljø

Spisemiljøet rundt måltider er viktig ifølge Wright, Hickson og Frost (2006). Pasienter spiser mer og har et høyere kaloriinntak når de sitter sammen med andre. Studien deres viser at pasienter som spiste på et fellesrom inntok i gjennomsnitt 129 kcal mer enn de som spiste alene på rommet og 1,2 g mer proteiner. Brodtkorb (2013, s. 262) støtter denne påstanden,

ved å skrive at atmosfæren rundt måltider kan bidra til at den gamle spiser mer og får dekket sine psykososiale behov. Henderson (1966, s. 28) anbefaler at pasienter bør bli oppmuntret til å bruke sykehusets kafeteria. Der kan de velge den maten de har lyst på, og en slik frihet hjelper pasienten til å komme over følelsen av å være «innelukket» i sykehuset og skilt fra de friske. Om ikke annet, vil det gi ham anledning til å treffe andre mennesker, og det vil være en variasjon i ensformigheten på sykehuset. Brodtkorb (2013, s. 262) utdyper at mindre grupper, bestående av pasienter med tilnærmet lik funksjonsevne og tilsvarende hjelpebehov bør sitte sammen. Ifølge Henderson (1966, s. 27) bør sykepleier ha intuitiv eller ervervet kunnskap om spisingens psykologi, så hun kan forstå hvordan psykiske forhold kan påvirke appetitten, og hvilke virkninger dette kan få i det lange løp. Eksempelvis kan ensomhet og depresjon være medvirkende faktorer til at eldre får mindre matlyst. I jobbsammenheng har jeg erfart den positive effekten et såkalt «treningskjøkken» har. Pasienten trenger ofte litt oppmuntring av sykepleier for å gå ut dit, men tallerkenen er stort sett tom når måltidet er avsluttet. Motsatt, dersom pasienten sitter alene på rommet og spiser, vil kaloriinntaket være lavere ifølge Wright, Hickson og Frost (2006). Samtidig påpeker Brodtkorb (2013, s. 262) at dersom det er mye støy og uro rundt måltidet vil dette også bidra til lavere inntak. Erfaringsmessig vet jeg at demente pasienter ikke greier å motta mange ulike stimuli på en gang, og en bør derfor prøve å unngå at dette oppstår. Sykepleier kan eventuelt prøve å skjerme pasienten på rommet sitt, eller plassere han eller henne ett stykke fra de andre, slik at den gamle ikke blir helt isolert.

5.5 Svikt i organisering rundt ernæringsomsorg

Lite fleksibilitet rundt matservering i praksis trakk sykepleierne frem som et utfordrende område i forhold til ernæring på sykehus ifølge Eide, Halvorsen og Almendingen (2014). I Haldemann-Jenni, Fierz og Frei (2016) sin studie svarte pasientene at måltidstider, begrenset utvalg på menyen og smakløse kosttilskudd hadde mest å si for om de spiste lite i løpet av sykehusoppholdet. Ifølge Brodtkorb (2013, s. 261) fører naturlige aldersforandringer til nedsatt appetitt og redusert smaks- og luktesans hos eldre. Sett i et slikt lys, så kan faste måltidstider være mindre fordelaktig for pasientene, og det samme gjelder mat som ikke smaker så mye. Henderson (1966, s. 27) forteller at det er vanligvis sykepleiers ansvar å viderefordre legens diettforordninger til sykehuskjøkkenet. Hvis de som skal lage maten ikke har gjort dette før, må sykepleier forklare hva pasienten må ha, eller kanskje hjelpe til med tilberedningen. Sykepleieren er mer sammen med pasienten enn noen annen medarbeider i behandlingsgruppen. Derfor er hun eller han den som best kan få vite hva pasienten har lyst på, både av mat og drikke. Hun er den som best kan gjøre mest ut av de gode helsevanene til

pasienten, og som lettest kan motarbeide de dårlige. Ut i fra egne erfaringer i praksis og på jobb har jeg sett at hvor viktig det er å tilberede mat, slik at det ser appetittvekkende ut. I tillegg kan pasienter med lite matlyst få et tilpasset tilbud, for eksempel ønskekost, eller ved at de kan ringe på senere for å få mat. Jeg har opplevd at dersom måltidene tilpasses behovene de eldre pasienter har, så bidrar dette til mer selvstendighet. Sykepleier kan skrive på matkortet til pasienter med nedsatt tyggefunksjon at de bør få tyntflytende føde, og de med redusert svelgfunksjon kan få most mat. I tillegg kan flere retter, for eksempel grøt, berikes slik at personen får i seg mer kalorier.

Ved sykdom kan forskjellen mellom pasientens behov og det han er i stand til å innta, få alvorlige konsekvenser dersom det ikke blir oppdaget og satt i verk nødvendige sykepleietiltak. Ifølge Sortland (2015, s. 166) er risikogrupper demente, som glemmer å spise, pasienter med kronisk sykdom, kreft, traume, diaré, dårlig tyggefunksjon og tannstatus, soppinfeksjon i munnen og pasienter med et vekttap på 5-10 % de siste fem-seks månedene. Eide, Halvorsen og Alemendingen (2014) forteller at svikt rundt organiseringen av ernæringsomsorgen er en viktig årsak til at pasienter blir underernært på sykehus. Dette kan tyde på manglende standarder innen ernæringsomsorgen, eksempelvis at pasienter blir glemt under matservering eller at pasienten ikke får den hjelpen de trenger. Eldre, kognitivt svekkede pasienter kan også selv glemme å spise, derfor kan det være gunstig at sykepleier observerer matinntak ved måltider. I studien til Kruizenga et al. (2005) viser funnene at skrøpelige pasienter oppnådde vesentlig kortere liggetid på sykehus, fra 13,5 til 9 dager ved oppstart av tilpassede intervensjoner. Mowe (2002) skriver også om behovet for subjektiv vurdering, sykepleieren ser pasienten fra dag til dag og har anledning til å oppdage endringer i dagsformen. For det første er det samfunnsøkonomisk å oppnå kortere liggetid, og for det andre er det positivt for pasienten. Henderson (1966, s. 26) skriver at sykepleier kan iverksette kostnadsbesparende intervensjoner som å gi råd om normal vekt i forhold til høyde og alder, ernæringsmessige behov og hvordan maten bør tilberedes. Dette kan være med å styrke ernæringstilstanden hos pasienter.

Fra pasientens ståsted er svelge- og tyggesmerter, kvalme og redusert smaksans sentrale årsaker til redusert matinntak, ifølge Haldemann-Jenni, Fierz og Frei (2014). Pasientene uttalte i studien at det ikke var matlysten det var noe galt med, men de klarte ikke å spise. Funn i studien viser at måltidsutfordringer som lite fleksibilitet i matservering, dårlig utvalg, og smakløse kosttilskudd bidro til at pasientene ikke spiste. Henderson (1966, s. 27) sier at det er viktig at sykepleier gjør seg kjent med vaner og skikker hos den enkelte pasient. Det

sykepleier kan gjøre, er å høre med pasienten hva han eller hun liker å spise og skrive det på matkortet. Eide, Halvorsen og Almendingen (2014) peker på behov for kompetanse i ernæringspraksis på sykehus, og trekker frem at ernæringsarbeid blir ignorert. Funnene i studien til Haldemann-Jenni, Fierz og Frei (2014) kan tyde på nettopp dette, at sykepleierne mangler kunnskap om ernæring og at ernæringsarbeidet blir ignorert, selv om pasientene ikke trekker dette frem.

5.6 Å bedre holdninger omkring ernæring

Holdninger blant sykepleiere kan også påvirke synet på ernæring. Eide, Halvorsen og Almendingen (2014) trekker fram at ernæringsbehandling blir ignorert på sykehus. Dette uttaler også Mowe et al. (2006), ved å beskrive at det eksisterer stort avvik mellom ernæringsmessige holdninger, ernæringsrutiner og praksis. Resultatene i studien viser at ernæring er et nedprioritert område og problem i Skandinaviske sykehus og at helsepersonell ikke prioriterer ernæringsarbeid i særlig stor grad. Norge kom verst ut av landene i Skandinavia, både ved kostregistrering og ernæringscreening. Et av de underliggende problemene er at ernæringspraksis i skandinaviske sykehus ikke er tilfredsstillende i forhold til Europarådets anbefalinger. Kanskje må holdninger blant sykepleiere endres for at ernæringstilstanden hos eldre innlagte pasienter skal bli bedre. Renolen (2008, s. 207) definerer en *holdning* som «en generell og varig positiv eller negativ følelse overfor en person, et objekt eller tema». Holdningsdannelse oppstår ifølge Renolen (2008, s. 208) gjennom direkte eller indirekte erfaring. Renolen (2008, s. 207-208) sier at en holdning kan forstås ut ifra trekomponentmodellen, *ABC-modellen*. *A* står for «*affect*» (følelser), *B* står for «*behavior*» (atferd) og *C* står for «*cognition*» (tanker). Mæland (2010, s. 76) skriver at helsefremmende arbeid bør baseres på en likeverdig samarbeidsrelasjon mellom initiativtakeren og den som involveres. Dette innebærer å bli kjent, finne ut hvordan pasienten har det gjennom å lytte.

Helsedirektoratet (2013, s. 12) skriver at fokus på behandling overskygger grunnleggende behov som ernæring hos pasienter. Holdningsendringer kan være vanskelige å få til blant helsepersonell sier Slettebø (2013, s. 177), med faste rutiner på avdelingene og holdningene til de ansatte påvirkes og overføres til hverandre. Samtidig trekker flere av studiene fram at retningslinjene for ernæring ikke blir fulgt. Dette kan skyldes at retningslinjene er vanskelig å forstå, eller at de er vanskelige å integrere i praksis.

6.0 Oppsummering

Sykepleier kan drive forebyggende arbeid gjennom formidling av helsefremmende informasjon, lage og oppdatere ernæringsplaner, kartlegge og veilede pasienter, bli kjent med pasientenes matvaner og tilrettelegge måltidsituasjon.

Ernæringsarbeid på sykehus bør bli prioritert i større grad viser felles funn i studiene. Det er avvik mellom ernæringsmessige holdninger og praksis. Bedre holdninger blant sykepleierne kan bidra til at ernæringsarbeid ikke blir ignorert, viser funn i studiene til Eide, Halvorsen og Almendingen (2014) og Mowe et al. (2006). Mowe et al. (2006) viser at det er forbedringspotensialet blant sykepleiere i forhold til screening og vurdering av risikoutsatte pasienter og det var enighet om at å utføre dette ville bidra til å identifisere flere risikopasienter. Kruiženga et al. (2005) viser at ernæringsintervensjoner som kartlegging og individuell veiledning nytter, og at dette reduserer liggetid for pasientene. Sykepleier bør bruke kartleggingsskjemaer for å identifisere pasienter i risikogrupper og iverksette relevante tiltak etter dette.

Mer fleksibilitet rundt måltider ønsker både pasienter og sykepleiere. Pasientene må få oppleve at måltidet blir tilpasset etter deres behov. Bedre utvalg, mer smak og fleksible måltidstider er viktig her ifølge Haldemann-Jenni, Fierz og Frei (2016). Funnene fra studien til Wright, Hickson og Frost (2006) viser at pasienter ønsker å spise sammen. Dette bidrar til økt matlyst, slik at pasientene spiser mer.

Sykepleierne etterlyser behov for kunnskap om ernæringspraksis, og trekker frem at de føler seg ensomme i ernæringsmessig omsorg ifølge Eide, Halvorsen og Almendingen (2014). Mer fokus på teamarbeid og bedre tverrfaglig samarbeid kan bidra til mer sikkerhet i yrkesutøvelsen for sykepleierne.

7.0 Konklusjon

I studien min fant jeg at det eksisterer generelt mye forskning om underernæring og eldre, men mindre om hva sykepleiere og pasienter opplever som problematisk i forhold til ernæring på sykehus. Ut i fra funnene kom det fram at det er mangel på forskning som tar for seg dette. Det er behov for mer forskning om forebygging av underernæring blant eldre på sykehus, med særlig fokus på tilpasning av behandling til den enkelte pasient.

Referanser:

Bertnes, P.A., & Tuseth, B.S. (2012). *Faglig informasjon på internett: kvalitet og kildekritikk*. (3. utg.). Oslo: Abstrakt forlag

- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (Red.). (2009). *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Brodtkorb, K. (2013). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg, s. 254-266). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Fermann, T. & Næss, G. (2013). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg, s. 208). Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide, H. D., Halvorsen, K., og Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 696-706. doi: [10.1111/jocn.12562](https://doi.org/10.1111/jocn.12562)
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haldemann-Jenni, E., Fierz, K., og Frei, I. A. (2016). Between intent and inability-management of malnutrition on medical wards of a centre hospital in Switzerland: patients' experience and perceptions. *Pflege*, 29(3), 115-123. Hentet 5. september 2016 fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27213226>
- Helsedirektoratet.no (04.2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet 2. september 2016 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-undererenering-IS-1580.pdf>
- Henderson, V. (1966). *ICA: Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Henderson, V. (1964). The Nature of Nursing. *The American Journal of Nursing*, 64(8), 62. Hentet 19. september 2016 fra: http://www.jstor.org/stable/3419278?seq=1#page_scan_tab_contents
- Knustad, U. (2010). *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (3. utg.). Oslo: Akribe.
- Kruizenga, H. M., Tulder, M. W. T., Seidell, J. C., Thijs, A., Ader, H. J., og Schuere, M. A. B. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(5), 1082-1089. Hentet 1. september 2016 fra: <http://ajcn.nutrition.org/content/82/5/1082.long>
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4. utg. s. 152). Oslo: Akribe
- Mowe, M. (2002). Behandling av underernæring av eldre pasienter. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 02(8), 815-818. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/2002/03/tema-geriatri/behandling-av-underernaering-hos-eldre-pasienter>
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., & Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3), 524-532. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2005.11.011>

- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Slettebø, Å. (2013). Juridiske rammer og etiske utfordringer. Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg, s. 177). Oslo: Gyldendal akademisk
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization (2013). *Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition 2007-2011*. Hentet 5. september 2016 fra:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/192882/Evaluation-of-the-Norwegian-nutrition-policy-with-a-focus-on-the-Action-Plan-on-Nutrition-20072011.pdf?ua=1
- Wright, L., Hickson M., & Frost, G. (2006). Eating together is important: using a dining room in an acute elderly medical ward increases energy intake. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 19, 23–26. Hentet 05. september 2016 fra:
<http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/detail/detail?sid=3da09f74-4398-4a9f-ac29-a0efed6f30cb%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4209&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106425023&db=ccm>

Vedlegg I Artikler

Forfatter, år, land	Utvalg	Metode	Analyse	Konklusjon
1. Wright, Hickson og Frost (2006) Storbritannia	Kontrollgruppe N = 18 Eksperimentgruppe N = 30	Prospektiv undersøkelse	Data analyse; Kroppsvekt og registrering	Matinntak kan økes ved å anvende et fellesrom ved måltidene, og dette vil potensielt føre til vektøkning og samsvarende forbedring i ernæringsstatus og rehabilitering.
2. Kruizenga, Tulder, Seidell, Thijs, Ader og Schueren (2005) Nederland	Kontrollgruppe N = 291 Eksperimentgruppe N = 297	Case studie	Data analyse; ekskluderte pasienter med sykehusopphold som oversteg 40 dager	Screening med SNAQ og tidlig standardisert ernæringsbehandling øker gjenkjennelsen av underernærte pasienter og gir mulighet til å starte behandling på et tidlig stadium av sykehusoppholdet. Merkostnadene for tidlig ernæringsbehandling er lave, særlig hos skrøpelige underernærte pasienter, i forhold til at sykehusoppholdet deres reduseres fra 13 til 9,5 dager.
3. Mowe, Bosaeus, Rasmussen, Kondrup, Unosson og Irtun (2006) Norge	N = 1753 leger og 2759 sykepleiere	Komparativ studie	Data analyse av spørreskjematadata i SPSS	Det er et stort avvik mellom ernæringsmessige holdninger, ernæringsrutiner og praksis. Ernæringspraksis i norske sykehus er ikke tilfredsstillende i forhold til Europarådets anbefalinger.
4. Eide, Halvorsen og Almendingen (2014) Norge	N = 16	Fokusgruppeintervju	Data analyse av sykepleiernes selvforståelse, fornuft og teoretisk forståelse.	Ernæringspraksis på sykehus er begrenset i forhold til struktur og organisering, men også når det gjelder sykepleiernes kompetanse. I tillegg blir ikke anbefalingene i nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring fulgt. Ernæringspraksis i sykehus for å forebygge underernæring hos eldre trenger å forbedres, for å identifisere og behandle pasienter rett.
5. Haldemann-Jenni, Fierz og Frei (2016) Tyskland	N = 8, 1 mann og 7 kvinner	Induktiv studie	Data analyse: innholdsanalyse av veiledede intervjuer	Målstrengning for helsepersonell er sentralt. De må kunne støtte pasientene individuelt i deres mestring av ernæring. Samtidig må institusjonelle barrierer bli fjernet.

Vedlegg II Søkehistorikk

Jeg har brukt databasene Cinahl og Pubmed.

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert som hovedartikler i oppgaven	Relevans for oppgaven
1.	elderly + medical ward + nutrition	Full tekst	23	2	1	Studien er relevant fordi den omhandler tiltak helsepersonell kan iverksette for å øke appetitten til pasienter.
2.	geriatric + patients perception + low food intake		3	1	0	
	elderly people's + care experience + in hospitals + qualitative		6	1	0	
	hospital food + reasons for + low intake + geriatric patients		2	2	0	
	hospital food + geriatric patients + interview + qualitative study		2	2	0	
	elderly patients + malnutrition + qualitative study	Full tekst	70	1	1	Studien tar for seg de vanligste årsakene til at eldre pasienter blir underernært i løpet av et sykehusopphold.

	elderly + hospitalized + patients + food + experience + qualitative	Full tekst	1	1	1	Handler om sykepleiers perspektiv på hvorfor eldre pasienter ikke får i seg nok næring når de er innlagt på sykehus.
--	--	------------	---	---	---	--