



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Underernæring hos eldre på
sykehjem

Jaleel Karim Saleh

Bachelorutdanning i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt
for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie i
Førde

Veileder: Anne Marie Sandvoll

01.06.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning og avklaring av begreper i problemstillingen	2
2. Metode	3
2.1 Søkeprosess	3
2.2 Kildekritikk	5
3. Teori	7
3.1 Ernæring og underernæring	7
3.2 Eldre og ernæringsbehov	7
3.3 Fysiologiske årsaker til redusert matinntak hos eldre	9
3.6 Verktøy for screening	10
4. Presentasjon av forskning	12
4.1 Artikkel 1	12
4.2 Artikkel 2	12
4.3 Artikkel 3	13
4.4 Artikkel 4	13
5. Drøfting - hvordan forebygge underernæring?	15
5.1 Kartlegging av ernæring	15
5.2 Behov for kompetanse og rolleavklaring	17
5.3 Økt oppmerksomhet rundt grunnleggende behov	19
6. Konklusjon	21
7. Bibliografi	22

Sammendrag

Tittel:

Underernæring hos eldre på sykehjem

Bakgrunn for valg av tema:

Jeg har valgt å ta for meg dette temaet siden jeg selv har jobbet på sykehjem og vært vitne til underernæring hos eldre i flere tilfeller. Målet mitt for denne oppgaven er å øke fokuset på hvor viktig det er å følge med på pasienter og dermed kunne kartlegge risikoen for underernæring tidlig nok, slik at tiltak for å unngå underernæring hos en pasient kan igangsettes.

Problemstilling:

Hvordan kan en sykepleier forebygge underernæring hos eldre på sykehjem?

Fremgangsmåte:

I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. Oppgaven skrives ut fra pensumlitteratur, forskningsartikler og annen litteratur.

Oppsummering:

Sykepleierens arbeid er viktig når det gjelder kartlegging og vurdering av ernæringsstatus hos eldre pasienter på sykehjem. Det forutsetter at sykepleieren har både teoretiske og praktiske kunnskaper om utøvelse av ernæringsrelatert arbeid. Sykepleieren er i tillegg avhengig av å ha et tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper for å kunne forebygge underernæring.

1. Innledning

I denne oppgaven har jeg valgt å skrive om hvordan en sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre på sykehjem. Underernæring defineres som en tilstand der personens inntak av energi eller essensielle næringsstoffer ikke dekker vedkommendes behov (Aagaard & Bjerkreim, Væske og ernæring, 2011, s. 182). Jeg har valgt å ta for meg både menn og kvinner og velger å ikke forholde meg til en spesifikk aldersgruppe, men heller å skrive om geriatrike pasienter generelt. Ifølge Verdens helse organisasjon (WHO) betegnes alle pasienter fra 60 år til over 100 år som gamle pasienter (Ranhoff, 2013, s. 75). Det finnes mye forskning om temaet underernæring, men likevel er det mange som blir underernærte eller risikerer å utvikle underernæring. På landsbasis er cirka 50 % av beboerne på sykehjem, som er over 67 år eller eldre, vurdert som underernærte eller ligger på grensen til å bli underernært (Helsenorge, 2017).

Alle som mottar hjelp fra helse- og omsorgstjenesten skal få vurdert sin ernæringsstatus som en del av en klinisk undersøkelse og behandlingstilbud, og de som står i fare for å utvikle underernæring skal ha en ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, matinntak og målrettede tiltak (Helsedirektoratet, 2010). Til tross for at retningslinjene er klare og tydelige er det likevel mange som blir underernærte av ulike årsaker. Dette er noe jeg kommer nærmere inn på videre i oppgaven. Sykepleiere er pliktige til å ha kjennskap til, samt å holde seg oppdatert på, nasjonale retningslinjer knyttet til underernæring. Dette er viktig for å lett kunne oppdage og ta tak i problemet før det er for sent. Jeg mener at dersom man virkelig holder seg innenfor rammene og følger retningslinjene kan vi minske faren for underernæring. I Helsepersonelloven § 4 heter det at: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.» (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg velger dette temaet fordi jeg selv jobber på sykehjem og har vært vitne til underernæring hos eldre i mange tilfeller. Målet mitt for denne oppgaven er å få fram viktigheten av å følge med på pasienter, slik at man kan kartlegge risikoen for å utvikle underernæring tidlig nok og dermed unngå at pasientene utvikler dette. Dersom en eldre pasient først blir underernært er det vanskelig å reversere denne prosessen (Brodtkorb, 2013, s. 254). For å få dette til kreves det kunnskap, lang tid og mange ressurser. Jeg personlig har ikke tilstrekkelig med kunnskaper om dette temaet. Det er derfor jeg har valgt å skrive om underernæring på sykehjem, slik at jeg i framtiden stiller mer forberedt og med riktige kunnskaper for å kunne håndtere problemet og i tillegg vite hvilke tiltak som bør iverksettes dersom dette er tilfelle hos én eller flere pasienter. Underernæring er ikke noe som plutselig oppstår, det skyldes ulike faktorer og årsaker (Brodtkorb, 2013, s. 255). For å kunne rette opp i denne tilstanden kreves det et tverrfaglig samarbeid, som utgjør et av punktene jeg ønsker å belyse i denne oppgaven. Jeg ønsker også å lære mer om hvilke ulike verktøy som kan bli tatt i bruk for å identifisere underernæring.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan en sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter på sykehjem?

1.3 Avgrensning og avklaring av begreper i problemstillingen

Jeg har valgt å fokusere på underernæring hos eldre på sykehjem. Det er fordi at man, i motsetning til sykehuspasienter, har tid til å bli kjent med og til å følge opp denne pasientgruppen over lengre tid. Underernæring er et svært bredt tema og for å gjøre oppgaven overkommelig velger jeg å fokusere på eldre som bor på sykehjem. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) utgjør den eldre pasienten en svært heterogen gruppe, som vil si at det er store forskjeller innad i gruppen, og at generalisering gir et feilaktig bilde. Aldersspennet er fra 60 til over 100 år, noe som naturligvis gir svært ulike grader av aldersforandringer. De unge eldre, som betegnes som de som er mellom 60-75 år, er i dag som regel spreke og selvhjulpne og har sjeldent behov for geriatrisk sykepleie eller geriatriske legetjenester. Mennesker over 75 år betegnes som gamle, og mange av disse har aldersforandringer som er av betydning for sykdom, diagnostikk, behandling, forløp og prognose. (Ranhoff, 2013, s. 75). Jeg velger derfor å ikke holde meg til en spesifikk aldersgruppe, men heller sette sammen begrepene *den unge eldre* og *den eldre*, og danner en felles betegnelse som jeg i denne oppgaven omtaler som *eldre*. Jeg skal i det følgende drøfte metoder for screening av underernæring, grunnleggende behov for ernæring hos eldre og behov for kompetanse.

2. Metode

Det er viktig å følge en bestemt metode i skriveprosessen for å lettere kunne finne studier som er relevante i forbindelse med oppgaven som skal skrives. Jeg velger i denne oppgaven å følge en metode som bygger på å bruke litteraturstudie og bruker pensumbøker og forskningsartikler for å begrunne og besvare problemstillingen. En metode sier noe om fremgangsmåten for å anskaffe eller prøve frem kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet defineres som en metode. Litteraturstudium er en metode som benyttes ved fordypning, systematisering og vurdering av kunnskap (Dalland, 2017, ss. 51-54).

2.1 Søkeprosess

Høgskolen på Vestlandet bruker Oria.no som sitt elektroniske bibliotek og jeg har tatt i bruk denne søkemotoren for å finne forskningsartikler. Jeg delte opp problemstillingen min i: *hvordan forebygge/underernæring/eldre/sykehjem*. Jeg har også oversatt min problemstilling til engelsk og søkt opp: *How to prevent/malnutrition/elderly patients/weightloss/low BMI*.

Faglitteraturen jeg bruker i denne oppgaven er den samme som brukes på sykepleierutdanningen ved Høgskolen på Vestlandet (HVL). Jeg har også hentet inspirasjon fra tidligere bacheloroppgaver, som er publisert på HVL sin nettside, for å få et innblikk i hvordan andre studenter har tatt for seg temaet om underernæring blant eldre på sykehjem. Jeg har også utført et manuell søk på *sykepleien.no* for å finne fram til forskningsartikler og ved å klikke i referanselisten på noen av artiklene fant jeg fram til andre gode artikler.

De ulike databasene jeg har benyttet for å finne fram til forskningsartikler er: *Google Scholar*, *Swemed+*, *Academic Search Elite*, *Cochrane*, *Sykepleien.no* og *Medline*. Jeg har også tatt i bruk *Pico* som et hjelpemiddel for å finne søkeord. *PICO* er et hjelpemiddel for å finne søkeord og defineres som en måte å dele opp spørsmål på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver av bokstavene i *PICO* betegner bestemte elementer som ofte er med i formuleringen av kliniske spørsmål. (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2013).

Initialene i *PICO* står for følgende:

- P*: Patient/problem Hvilken type pasient eller pasientgruppe gjelder spørsmålet?
- I*: Intervention Hvilket tiltak eller intervensjon er det vi ønsker å vurdere? Det er viktig at ordet intervensjon tolkes vidt her. Det kan for eksempel være råd vi gir pasienter, forebyggende tiltak eller andre tiltak vi til daglig tar i bruk i arbeid med pasienter.
- C*: Comparison Skal det tiltaket vi satte opp over sammenlignes med et annet? I så fall setter vi det opp her. I noen tilfeller ønsker vi å sammenligne den praksisen vi fører i dag med et annet tiltak.
- O*: Outcome Hvilke utfall eller endepunkter er vi interessert i? Hva er det vi ønsker å vurdere eller å oppnå med dette tiltaket?

Da jeg startet arbeidet med å finne forskningsartikler brukte jeg databasen *Academic Search Elite*. Jeg huket av for «*Cinahl*» og «*Medline*» og brukte deretter følgende søkeord: *malnutrition, older people, nursing home*. Dette resulterte i 159 treff. Jeg la merke til at flere av artiklene var gamle og siden jeg ikke ønsket å bruke artikler som var publisert for mer enn ti år siden endret jeg søket mitt ved å avgrense til artikler utgitt i perioden fra 2008-2018. Jeg huket i tillegg av for «*fulltekst*» og resultatet ble da 29 treff. Det var slik jeg fant fram til artikkelen '*Transit of the food trolley' - malnutrition in older people and nurses' perception of the problem* skrevet av Bonetti, Bagnasco, Aleo og Sasso (2013), som utgjør en av mine forskningsartikler.

I tillegg til databasen som jeg nevnte over, benyttet jeg meg også av nettsiden *Sykepleien.no*. Jeg søkte på «*Ernæringsstatus*» og fikk tilsammen 61 ulike treff. Det var slik jeg fant min neste forskningsartikkel: *Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleierfaglig ansvar i hjemmesykepleien* skrevet av Meyer, Velken og Jensen (2017). Av nysgjerrighet bestemte jeg meg for å se hvilke artikler som var oppnevnt i litteraturlisten til artikkelen av Meyer et al. Artikkelen *Vekt, dokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre på sykehjem* skrevet av Sortland (2013) fattet min interesse og jeg fant denne artikkelen i databasen til *Swemed+*. Den fjerde og siste artikkelen som utgjør mine forskningsartikler er: *Ernæringskartlegging kan bedres i hjemmesykepleien*. Denne artikkelen er skrevet av Melheim og Sandvoll (2017) og den fant jeg på nettsiden til *Sykepleien.no*.

2.2 Kildekritikk

Det er viktig å være kildekritisk til de kildene som benyttes. Kildekritikk er en metode som brukes for å finne ut om kilden er troverdig eller ikke, det vil si å vurdere og karakterisere kildene som benyttes. Ifølge Dalland er kildekritikk en felles betegnelse for metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Kildekritikk handler om å finne hjelpemidler til litteratursøking eller å gjøre rede for litteraturen du viser til i oppgaven (Dalland, 2017, s. 152).

IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt et al., 2013, s. 69). I søket mitt etter relevante forskningsartikler lette jeg etter artikler som var bygget opp etter *IMRAD*-strukturen. Dette gjorde jeg fordi artikler oppbygget med denne strukturen kan anses som mer troverdige og kvalitetssikre (Nortvedt et al., 2013, s. 78). I tillegg til at artiklene bør være etter *IMRAD*-modellen, har jeg som tidligere påpekt, valgt å ikke inkludere artikler som er mer enn ti år gamle. Dette valget har jeg tatt for å være sikker på at kildene jeg har tatt i bruk inneholder relevant og oppdatert forskning.

Jeg har foretatt en bakgrunnsjekk på mange av forfatterne av artiklene som jeg har valgt å bruke i denne oppgaven. Mange av dem viser seg å være utdannede sykepleiere og har i tillegg skrevet andre gode artikler som omhandler underernæring. Dette forteller meg at innholdet i artiklene jeg har valgt er troverdig og oppdatert, da forfatterne har forsket på dette emnet gjentatte ganger og har mye kunnskap om temaet. Noen av artiklene jeg bruker er systematiske oversiktsartikler og jeg har sammenliknet funnene i disse artiklene med andre liknende artikler som bekrefter de samme resultatene. Dette øker troverdigheten til kildene mine. Jeg har i tillegg brukt sirkelen med 6 trinn i kunnskapsbasert praksis:

1. Refleksjon over egen praksis
2. Spørsmålsformulering
3. Litteratursøk
4. Kritisk vurdering
5. Anvende kunnskapsbasert praksis
6. Evaluere praksis

Punkt 1-4 handler om hvordan vi skal finne og vurdere forskningsbasert kunnskap, mens punkt 5-6 gjennomføres i praktiske situasjoner og er preget av erfaringsbasert kunnskap, pasientens ønsker og settingen vi arbeider i (Nortvedt et al., 2013, s. 22).

En svakhet ved valget mitt av artikler kan være at de artiklene jeg bruker som er skrevet på engelsk kan være misvisende med tanke på at engelsk ikke er morsmålet til disse forfatterne, og de kan ha formulert seg eller ordlagt seg på en måte som gir mening på deres morsmål, men som ikke gir like god mening på engelsk. Når det er sagt, så er engelsk heller ikke min sterkeste side og det kan skape en konflikt i forbindelse med tolkning av innholdet i artiklene. En annen mulig svakhet ved de artiklene jeg har valgt er at forskningen er relatert til hjemmesykepleien og sykehus, men etter min erfaring er mange av funnene i disse artiklene like relevante for sykehjem. Dalland sier at kildekritikk har som hensikt å vise at jeg som skribent evner å holde meg kritisk til materialet jeg bruker i oppgaven, dette er fordi leseren skal få ta del i de refleksjonene jeg har gjort og hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen og at kritikken hele tiden skal sees i forhold til det kildene har som hensikt å belyse (Dalland, 2017). Når det gjelder litteraturen jeg viser til i pensumbøkene er ulempen at noe av stoffet bygger på forfatterens tolking av en annen teoretikers verk. Dette kan føre til at teorien blir noe endret, da den er omtolket.

3. Teori

3.1 Ernæring og underernæring

Behovet for væske og ernæring er et grunnleggende behov som må dekkes for å ivareta helse og velvære. Men mat og drikke er mye mer enn det som ligger på tallerken. Den er en substans og et symbol på samme tid, og våre matvaner er også knyttet til andre behov som identitet, trygghet, felleskap og tilhørighet. (Aagaard & Bjerkheim, 2012, s. 161).

Internasjonale og skandinaviske studier tilsier at 20-50 % av eldre i institusjon er underernærte og Helse- og omsorgsdepartementet understreker en nødvendighet for økt fokus på underernæring og at sykepleiere har et økt ansvar når det gjelder å sørge for at eldre pasienter får i seg tilstrekkelig med næring. Målet for dette arbeidet er tredelt:

- Identifisere pasienter som har eller er i ferd med å utvikle feil eller underernæring.
- Fremme ernæringstilstanden og forebygge underernæring hos risikopasienter.
- Bedre ernæringstilstanden hos feilernærte og underernærte pasienter (Brodtkorb, 2013, s. 254).

Underernæring er en tilstand som oppstår dersom næringsinntaket er mindre enn behovet enten fordi behovet øker eller fordi inntaket reduseres. Hos eldre skyldes underernæring en kombinasjon av lavt protein- og kaloriinntak, noe som resulterer i både tap av muskelvev og fettvev (Brodtkorb, 2013, s. 259). Underernæring kan være en medvirkende årsak til sykdom, noe som kan føre til ytterligere underernæring, som igjen kan påvirke den underliggende sykdommen. Det oppstår da en negativ sirkel som reduserer både helsetilstand, funksjonsnivå og livskvalitet, økt fare for infeksjoner, dårlig sårheling og kan i verste fall være en dødsårsak (Brodtkorb, 2013, s. 263).

3.2 Eldre og ernæringsbehov

Av fysiologiske årsaker forventes et visst vekttap i 70 årsalderen. Kroppsvekten er høyest i 50-70 årsalderen og vil i løpet av de neste 20 årene avta med opptil 10 kilo. Det tilsvarer cirka en halv kilo per år etter fylte 70 år (Brodtkorb, 2013, s. 255). Eldre mennesker har et kaloribehov som er 20-30 % mindre enn behovet til unge voksne. Etter hvert som vi blir eldre vil sammensetningen av kroppsmasse endres, det vil si at andelen av væske og muskelvev reduseres, mens fettinnholdet derimot øker og kroppens basalstoffsifte vil synke. Det er først og fremst behovet for fett og

karbohydrater som minker, proteinbehovet vil derimot i mindre grad minke. Behovet for vitaminer og mineraler holder seg stabilt gjennom livet, det er derfor veldig utfordrende å dekke næringsbehovet til eldre som spiser for lite (Brodtkorb, 2013, s. 255).

De energigivende næringsstoffene er karbohydrater, proteiner og fett. En god ernæringsstatus forutsetter at disse næringsstoffene inntas i tilstrekkelige mengder og at det er balanse mellom dem. Det anbefales at ca. 50-60 % av det daglige energibehovet kommer fra karbohydrater. Karbohydrater kan deles inn i de som er fordøyelig for mennesker og de som ikke er det. De fordøyelige karbohydratene er vår viktigste energikilde; 1 gram karbohydrater tilsvarer 17 KJ (4 kcal) (Aagaard & Bjerkheim, 2012, s. 164). Proteiner er kroppens byggesteiner og er nødvendig for normal cellevekst. De aller fleste enzymene i kroppen vår er bygget opp av proteiner, og enzymer er livsnødvendige fordi de fungerer som biologiske katalysatorer for flere viktige reaksjoner som foregår i cellene. Proteiner spiller også en stor rolle ved transportering av for eksempel oksygen, jern, vitamin A og vitamin D i blodet. Energiinnholdet i proteiner er som følger: 17,2 KJ (4 kcal) per gram. Det anbefales at 10-20 % av det daglige energiinntaket i kosten skal komme fra proteiner. Proteiner er også viktig for sårtilheling ved for eksempel operasjoner og ved vevskader, som for eksempel brannskader. Dersom vi ikke tilfører kroppen nok proteiner vil kroppen bryte ned muskler og vev. Proteinmangel vil også medføre fall i osmotisk blodtrykk og væske vil sive ut i vevet som ødem. (Aagaard & Bjerkheim, 2012, s. 165).

Fett er det mest energirike næringsstoffet; 1 gram fett inneholder 39 KJ (9kcal), altså dobbelt så mye som et gram protein eller karbohydrater. Fett er en viktig energikilde, men også en viktig bestanddel i cellemembranen, og for danning av viktige signalmolekyler og vevshormoner. Fett spiller også en stor rolle ved transportering av fettløselige vitaminer som A, D, E, K rundt i kroppen og er med på å beskytte indre organer. Helsedirektoratet anbefaler 25-35 % av det daglige energiinntaket kommer fra fett (Aagaard & Bjerkheim, 2012, s. 166).

Måltidet skal være et avbrekk i hverdagen for pasientene på et sykehjem og skal være noe beboerne ser fram til og kan nyte (Aagaard & Bjerkheim, 2012, s. 186). Hva vi spiser, hvor og når vi spiser og hvem vi spiser sammen med er av betydning for alle mennesker. Den kulturelle og sosiale betydningen rundt måltider blir viktigere og viktigere jo eldre vi blir. En god atmosfære ved måltidene kan bidra til at eldre spiser bedre og får dekket psykososiale behov som tilhørighet, samhold og hyggelig samvær med andre. Eldre mennesker i institusjon evner ikke å skape dette på egenhånd, derfor vil ansvaret falle på personalet (Brodtkorb, 2013, s. 260). For at pasientenes matinntak skal øke er det gunstig med små og hyppige måltider. Det skal ikke gå mer enn tre timer

mellom hvert matinntak, bortsett fra om natten. I mange aldersinstitusjoner kan det gå tolv timer mellom dagens siste måltid og det første måltidet neste dag (Brodtkorb, 2013, s. 263).

3.3 Fysiologiske årsaker til redusert matinntak hos eldre

Underernæring hos eldre kan ha ulike og sammensatte årsaker, som for eksempel sykdom, medisinsk behandling eller som følge av aldringsprosessen. En annen betydelig medvirkende faktor er manglende interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og behov (Helsedirektoratet, 2010). Jo eldre vi blir desto mer vil smakssansen og luktesansen svekkes og dette vil føre til nedsatt matlyst ettersom den eldre ikke lengre kan få glede av å lukte den gode matlukten. I noen tilfeller vil nedsatt syn også ytterligere påvirke matgleden og de eldre vil derfor oppleve at maten smaker mindre enn før og dermed friste mindre (Brodtkorb, 2013, s. 261). Forandringer i munnen og tarmen kan ha en negativ påvirkning på matinntaket. Produksjon av spytt reduseres med årene, i tillegg drikker eldre lite. Redusert spyttsekresjon kan bidra til tannråte og skader på tennene. Munntørrhet, dårlig tannstatus og nedsatt evne til å tygge på grunn av svakere muskulatur er viktige årsaker til at eldre får spisevansker. En vanlig fysiologisk endring hos eldre er atrofi av mage-tarm-slimhinnen. Dette fører til at eldre mennesker fordøyer og utnytter næringen i maten dårligere enn da de var yngre.

Reduksjon av glatt muskulatur i tarmen fører til at maten passerer tregere. Lite fysisk aktivitet og utilstrekkelig inntak av væske bidrar til obstipasjon hos eldre, noe som kan redusere matinntak og matlysten ytterligere. I tillegg vil sykdommer som demens, dysfagi som følge sykdom, depresjon, ensomhet, medikamentelle bivirkninger også kunne være medvirkende årsaker (Brodtkorb, 2013, ss. 260-263).

3.4 Sykepleie

Når pasienter står i fare for underernæring er det en sykepleieroppgave å forebygge svikt i grunnleggende behov. Ifølge forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene skal pasientene få dekket grunnleggende behov som mat og drikke, samt ha nok tid og ro til å spise (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1-4). Henderson sin behovsteori er relevant i denne sammenheng. Henderson sier at sykepleiere har plikt til å hjelpe mennesker med å dekke grunnleggende behov på den måten de selv ville gjort dersom de hadde hatt krefter til det. Mat, klær, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av være til nytte og avhengig av andre mennesker er grunnleggende behov hos mennesker (Kristoffersen, 2012, s. 224).

3.5 Vurdering av ernæringsstatus

Ernæringsstatus og helse henger nøye sammen. Optimal ernæringsstatus bidrar til å fremme vekst og utvikling og bidrar i tillegg til å opprettholde god helse og daglige aktiviteter, som beskytter kroppen mot sykdom og skader. Derfor er det å opprettholde en god ernæringsstatus hos eldre et viktig forebyggende arbeid (Brodtkorb, 2013, s. 254). Ernæringsstatus er et resultat av tilførselen, forbruket og tapet av næringsstoffer. Ernæringsstatus sier noe om i hvilken grad det fysiologiske behovet for næringsstoffer oppfylles. Underernæring er en tilstand som utvikler seg over tid og kan være vanskelig å oppdage. Derfor er rutinemessig vektkontroll den mest effektive metoden for å fange opp og lettere indentifisere underernæring. Vekttap skal vurderes individuelt ut fra pasientens størrelse og skal regnes ut i prosentandel tapt vekt. Det vil si at en vektreduksjon på 5 kilo hos en pasient som veier 50 kilo tilsvarer 10 prosent og er dermed mer alvorlig enn den samme vektnevdgangen hos en pasient på 80 kilo, som vil ha en vektreduksjon på 6,3 prosent. Hvor raskt vekttap oppstår er avgjørende for alvorlighetsgraden for vurdering av vekttap. Derfor skal sykehjemspasienter veies hver måned, men for særlig utsatte pasienter er ukentlige veiinger nødvendig (Brodtkorb, 2013, s. 256).

3.6 Verktøy for screening

Det finnes forskjellige verktøy som kan benyttes til å vurdere pasienter som er i fare for å utvikle underernæring. Forholdet mellom vekt, høyde og vektutvikling danner et grunnlag for alle verktøyene. De forskjellige verktøyene egner seg i forskjellige avdelinger, noen fungerer best på sykehus, mens andre fungerer best på sykehjem eller i primærhelsetjenesten. *NRS 2000*, *MUST*, *SGA*, *MNA* og *Ernæringsjournal* er noen av de meste effektive og presise verktøyene som brukes (Aagaard & Bjerkheim, 2012, s. 179).

NRS 2000 er anbefalt å bruke på sykehus fordi dette verktøyet både kartlegger ernæringsmessig risiko og grad av sykdomsmetabolisme. *NRS 2000* har en primærvurdering som er enkel å bruke, samt at den raskt skiller ut pasienter som trenger en videre utredning. *MUST* er egnet både i spesial- og primærhelsetjeneste, mens *MNA* er anbefalt for eldre over 65 år. *Ernæringsjournal* er best egnet på sykehjem og i hjemmetjenestene (Helsedirektoratet, 2010).

KMI er en metode som tar utgangspunkt i forholdet av mellom høyde og vekt. Vi regner ut et individs *KMI* ved å dele pasientens vekt på kroppshøyden multiplisert med to.

Verdens helseorganisasjon plasserer grenseverdiene for *KMI* hos voksne menneske slik:

$KMI < 18,5$ = Undervekt

$KMI \ 18,5-24.9$ = Normalvekt

$KMI > 25$ = Overvekt

$KMI > 30$ = Fedme/ Kraftig overvekt

Det er ønskelig at eldre mennesker har en *KMI* på mellom 24 og 29, altså noe høyere enn hos yngre (Aagaard & Bjerkheim, 2012). Når det foretas registreringer av pasientforandringer med utgangspunkt i *KMI* er det viktig å ta hensyn til patologiske forandringer og normale vilkår. For eksempel vil en økning i muskelmasse eller ødemer gi et annet utfall av resultater og da kan man måle hudfortykkelse og omkrets på overarm (Aagaard & Bjerkheim, 2012, s. 180).

4. Presentasjon av forskning

4.1 Artikkel 1

Ernæringskartlegging i hjemmesykepleien kan bedres (Melheim & Sandvoll, 2017). Dette er et fagfellevurdert vitenskapelig essay.

Bakgrunnen for dette essayet er at halvparten av de eldre i hjemmesykepleien er underernært eller står i fare for å bli underernært. Alle pasienter skal få kartlagt sin ernæringsstatus med et jevnt mellomrom. Det kan være vanskelig å avdekke underernæring dersom det ikke foreligger gode kartleggingsrutiner og det å kartlegge ernæringsstatus er et tydelig sykepleieansvar. Nasjonale faglige retningslinjer legger opp til et tettere samarbeid og tydeligere ansvarsfordeling, men likevel så mangler flere kommuner skriftlige ansvarsfordelinger av ernæringsarbeid.

Hensikten med denne studien er finne fram til det beste kartleggingsverktøyet for underernæring blant eldre som mottar tjenester av hjemmesykepleien. Gode kartleggingsrutiner gjør det lettere å oppdage underernæring og overvekt med målrettet ernæringstiltak. Kartlegging legger grunnlaget for videre utgreiing og iverksetting av ernæringstiltak før det oppstår underernæring.

Resultater ved denne studien tilsier at *Ernæringsjournal*, *Screening av ernæringsrisiko (NRS 2002)* og *Subjective Global Assessment and Nutritional Status (SGA)* er gode verktøy når det gjelder kartlegging av ernæringsstatus, men de mangler vitenskapelig studie og støtte. Konklusjonen er derfor at *MNA* er det beste screeningsverktøyet og nasjonale faglige retningslinjer anbefaler *MNA* i kommunehelsetjeneste med støtte fra godt utformede og ikke randomiserte studier.

4.2 Artikkel 2

Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere - en pilotstudie (Sortland, Gjerlaug, & Harviken, 2013).

Bakgrunnen er at underernæring er en vanlig tilstand i norske sykehjem på grunn av manglende rutiner for vektkontroll, vektregistrering, få måltid og lang nattefaste.

Hensikten med denne studien er å utforske vekt dokumentasjon, vektendringer, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre beboere på sykehjem.

Resultatene og konklusjonen av denne studien tilsier at 33 % av beboerne var veid i henhold til retningslinjer, 26 % var veid mellom 1-12 måneder siden. 26 % hadde ikke hatt vektregistrering. 42 % hadde opplevd vekttap siden sist de ble registrert, mens 24 % hadde ingen vektendringer og 34 % hadde gått opp i vekt. Nattefasten oversteg 11 timer for 98 %. Det vil si at mer enn 50 % av beboerne ikke mottok vektmåling i samsvar med retningslinjer, vekttap er mer utbredt enn vektøkning.

4.3 Artikkel 3

'The transit of the food trolley' - malnutrition in older people and nurses' perception of the problem (Bonetti, Bagnasco, Aleo, & Sasso, 2013).

Dette er en kvantitativ studie, som tar utgangspunkt i en fokusgruppe på 33 sykepleiere som arbeidet med eldre på et sykehus i nord-vest Italia.

Bakgrunnen for studien er at underernæring hos eldre fremdeles er et utbredt problem. Sykepleiere spiller en strategisk rolle i det forebyggende arbeidet. Det å ha en sykepleiers synspunkt på problemet og hvordan sykepleiere møter problemet kan være til hjelp når det skal bearbeides en strategisk plan om å forebygge underernæring.

Hensikten er å utforske hvordan sykepleiere håndterer underernæring hos eldre i institusjoner.

Resultater ved denne studien sier at selv om sykepleiere mener at ernæring er et viktig og grunnleggende behov, så blir det ofte ansett som en sekundær oppgave for sykepleierne på grunn av underbemanning og mangel på tid.

4.4 Artikkel 4

Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter (Kuven & Giske, 2018). Dette er en kvalitativ studie med analyse av fokusgruppeintervjuer av sykepleiere som er involvert i direkte pleie.

Bakgrunnen for denne studien er at ernæringsarbeid i sykehjem er både nødvendig og en viktig del av helsehjelpen. Endringsarbeid skal være et samarbeid mellom flere faggrupper og fagpersoner.

Hensikten er å belyse hvordan sykepleiere samarbeider med lege mot et felles mål om å forebygge underernæring på sykehjem.

Resultatene er at samarbeidet mellom sykepleiere og sykehjemslegen spiller en viktig rolle i ernæringsarbeidet på sykehjem. Pasientene og pårørende betrygges når legen på sykehjemmet tar opp ernæring ved innkomst, informerer om forventet utvikling underveis og samtidig har kjennskap til pasientens ønsker og behov. Samtidig har sykepleiere behov for en sykehjemslege som kjenner pasientene på et individuelt nivå og som etterspør ernæringsarbeidet i avdelingen.

Konklusjonen av denne studien tilsier at et godt samarbeid mellom sykepleiere og sykehjemslegen er viktig i ernæringsarbeidet på sykehjem og at et godt samarbeid fremmer faglig forsvarlig ernæringsarbeid for pasienter på sykehjem.

5. Drøfting - hvordan forebygge underernæring?

Underernæring er lettere å forebygge enn å behandle, spesielt hos eldre. Dersom de avtar noen kilo er det vanskelig å korrigere vekttapet (Sortland et al., 2013).

5.1 Kartlegging av ernæring

Til tross for bred faglig enighet blant leger og sykepleiere om fordelene med å oppdage og behandle ernæringsproblemer, er kartlegging av ernæringsstatus og identifisering av risikopasienter svært mangelfull (Brodtkorb, 2013, s. 259).

Ved å kartlegge ernæringsstatus får en bekreftet eller avkreftet om pasienten har utviklet eller er i ferd med å utvikle ernæringsproblemer. Ved å kartlegge danner vi grunnlaget for å bedre pasientens ernæringsstatus og det bør være en etablert rutine i institusjoner som arbeider med eldre pasienter (Brodtkorb, 2013, s. 256).

Kartlegging av pasientens inntak av mat og drikke er en standard prosedyre, som hører med i sykepleierens innkomstrapport ved innleggelse på sykehus og sykehjem. Dersom pasientens vekt eller matinntak endres er det nødvendig med ny kartlegging. Sykepleieren kan spørre direkte om matvaner, appetitt, næringsinntak og hva pasienten liker å spise til vanlig. Noen eldre kan unnlate å fortelle om matrelaterte problemer på grunn av skam eller redusert hukommelse. I slike tilfeller er pårørende personalets største samarbeidspartnere, siden de kjenner pasienten bedre og kan dermed bidra med tilleggsopplysninger (Brodtkorb, 2013, s. 257).

Evnen til å se betydningen av mat, måltider og vurdering av ernæringsstatus er en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet overfor beboere i sykehjem. Dette er i tråd med Sortland et al. (2013), som belyser viktigheten av at eldre pasienters vekt og vektendringer bør registreres jevnlig og følges opp over tid, slik at vekttapet kan forebygges. Sykepleiere har en sentral rolle i forbindelse med å indentifisere pasienter som er underernærte eller er i risiko for feilernæring. Dersom vekten til beboeren ikke måles ved innleggelse eller kontrolleres regelmessig har man ikke noe grunnlag for å kunne følge videreutviklingen.

Jeg mener at det er viktig å ta disse målingene og å følge med på utviklingen, men det er til ingen nytte hvis sykepleieren ikke handler raskt nok dersom det blir registrert avvik. Dette er i tråd med Melheim & Sandvoll (2017) som hevder at tidlig kartlegging kan forebygge utviklingen av underernæring. Sykepleiere kjenner til innholdet i nasjonale faglige retningslinjer, men mange har mangelfull kunnskap om ernæringsstatus, ernæringsplan og underernæring. Sykepleiere har kjennskap til mangler og hva som skal gjøres, men evner likevel ikke å endre praksis. Sykepleiere forventer at ledelsen skal innføre kartleggingsverktøy og sette ernæringskartlegging på dagsordenen (Melheim & Sandvoll, 2017). Dette er noe jeg er enig i; underernæring på lik linje med andre helserelaterte tilstander, krever tverrfaglig tilnærming og sykepleieren skal ikke stå alene med ansvaret.

Helsepersonell spiller en stor rolle i de eldre sin hverdag. Sykepleiere er noen av dem som tilbringer mest tid med pasientene og derfor er det viktig at de er kliniske observante når de er med pasientene.

Melheim og Sandvoll (2017) skriver at dersom underernæring ikke blir oppdaget tidsnok, kan det tyde på kunnskapsmangel om ernæring og kartleggingsverktøyene. Som tidligere påpekt er det mange ulike verktøy som brukes til å kartlegge og dette kan da by på vansker når det gjelder å velge riktig kartleggingsverktøy til riktig målgruppe.

Nasjonale retningslinjer anbefaler *MNA* i kommunehelsetjeneste ettersom det er mange vitenskapeligstudier som støtter *MNA* som det beste verktøyet for å kartlegge ernæring. Men det er avhengig av at helsepersonell har forståelse for hvor viktig det er med kroppsmålinger som en del av den kliniske vurderingen. *MNA* tar utgangspunkt i kroppsmasseindeks (KMI), som er et forholdstall mellom vekt og høyde (Melheim & Sandvoll, 2017).

KMI er omdiskutert som et verktøy for ernæringskartlegging av eldre. Mange eldre er skrøpelige og har en sammenpresset ryggstøyle, noe som kan by på vansker når sykepleiere skal måle høyden. Dersom man skal måle pasientens høyde, er det best å gjøre det på morgenen fordi da er kroppen utstruktet. Hos sengeliggende pasienter kan målebånd benyttes mens de helst ligger utstrakt i sengen (Aagaard & Bjerkheim, 2012, s. 179). Disse påstandene stemmer overens med erfaringene til Melheim og Sandvoll (2017) som viser hvordan underarmslengde og knehøyde også er målinger som man kan foreta med målebånd hos sengeliggende pasienter i forbindelser med KMI. Likevel er det mange sykepleiere som ikke kjenner til disse alternativene, selv om de er foreslått i kosthåndboken.

Dersom eldre tar av noen kilo går de ikke så fort opp i vekt igjen. Ergo er underernæring en vanskelig tilstand å rette opp i hos eldre. Videre kommer det fram at en KMI på under 24 hos eldre ikke er tilstrekkelig og kan være en indikasjon på undervekt eller at pasienten står i fare for å utvikle underernæring. Det kommer også fram at vekt og vektendringer hos eldre bør registreres jevnlig og følges opp over tid, slik at vekttap kan forbygges (Sortland et al., 2013). Disse funnene støtter Brodtkorb (2013) med å si at pasienter på sykehjem bør veies minst en gang i måneden. Men hvorfor er dette vanskelig å praktisere? Det kan ha mange underliggende årsaker, som for eksempel mangel på rutiner i det daglige arbeidet eller at ledelsen ikke er så pågående når det gjelder å sette kartlegging på dagsorden som del av det tverrfaglige arbeidet (Melheim & Sandvoll, 2017). De fleste er i stand til å måle vekt, så jeg tror ikke det går på kunnskapsmangel, men heller mangel på tydelig nok utforming av rutinen på avdelingen og prioritering av ernæringsrelaterte arbeidsoppgaver. Dette er i tråd med forskningen til Bonetti et al. (2013), som sier at det er nødvendig med økt fokus på ernæringsrelatert arbeid og rutiner blant sykepleiere i institusjon dersom underernæring skal kunne forebygges på den mest hensiktsmessige måten.

5.2 Behov for kompetanse og rolleavklaring

Kartlegging av årsaker og planlegging av tiltak for å løse den enkelte pasients ernæringsproblem krever en systematisk og tverrfaglig tilnærming. Det er naturlig at sykepleieren leder det tverrfaglige samarbeidet i en institusjon (Brodtkorb, 2013, s. 261).

Det jobber en del ufaglærte på sykehjem. Dette kan være en mulig årsak til underernæring ettersom denne gruppen mangler ernæringskunnskap og ikke er klinisk kompetent nok til å legge merke til faremomentene som kan forårsake underernæring.

Studier viser at personalet på sykehjem har hverken kompetanse eller tid til å yte den hjelpen som trengs og at det er stor avstand mellom juridiske og faglige krav til tjenesten om hvordan ernærings situasjonen til pasienter på sykehjem skal ivaretas og hvordan den faktisk praktiseres. Dersom ufaglærte ansatte ikke får veiledning fra sykepleiere blir det brukt lite strategiske metoder blant de ufaglærte (Brodtkorb, 2013, s. 259).

Helsedirektoratet sier at sykdom er den viktigste årsaken til underernæring, men at manglende engasjement fra institusjonsledelsen, manglende pasientinnflytelse, manglende kunnskap om ernæring blant alle yrkesgrupper, uklare ansvarsforhold i planlegging og ledelse når det gjelder kost og ernæring, samt mangel på samarbeid mellom ulike grupper kan være medvirkende årsaker (Helsedirektoratet, 2010). Sykepleiere har også ansvar for å veilede og lede hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter og for å koordinere det daglige arbeidet med matservering og måltider. En annen viktig oppgave som sykepleiere har er å skape fleksible rutiner og systemer med formål om å ivareta ernæringsbehov på et individuelt nivå (Brodtkorb, 2013, s. 257).

Alle pasienter på sykehjem har en primærsykepleier. Det er viktig at primærsykepleiere lærer seg å kjenne pasienten, slik at de lettere kan oppdage forandringer og på den måten igangsette tiltak tidlig nok før tilstanden forverres. Men, også blant sykepleiere er det kunnskapsmangler knyttet til ernæring. Brodtkorb skriver at hver avdeling bør ha en kostansvarlig sykepleier og dersom kartlegging indikerer at den gamle har ernæringsrelaterte vansker skal det lages en plan rettet mot å bedre pasientens ernærings situasjon. Arbeidet skal være preget av brukermedvirkning fra de eldre og alle sykepleietiltakene skal dokumenteres og jevnlig evalueres. En individuell og systematisk tilnærming har vist seg å kunne forebygge underernæring hos pasienter i sykehjem (Brodtkorb, 2013, s. 259).

Samarbeidet mellom sykepleiere og sykehjemslegen spiller en viktig rolle i ernæringsarbeidet i sykehjem. Pasientene og pårørende betrygges når legen på sykehjemmet tar opp ernæring ved innkomst, informerer om forventet utvikling underveis og samtidig har kjennskap til pasientens ønsker og behov. Sykepleiere er avhengige av en sykehjemslege som kjenner pasientene på et individuelt nivå og som etterspør ernæringsarbeidet i avdelingen (Kuven & Giske, 2018).

Eldre mennesker er en sårbar gruppe og er veldig avhengig av trygget og de knytter lett bånd med ulike yrkesgrupper i helsevesenet. Min erfaring er at det ofte er utskiftninger av leger på sykehjem. Dette er noe som ikke kommer pasientene til gode ettersom den nye legen ikke har et helhetlig innblikk i pasientenes situasjon, noe som ofte resulterer i dårlig oppfølging og kvalitet av helsetjenester. Dette er i tråd med funnene i forskningen til Kuven og Giske (2018) som hevder at når sykehjemslegen snakket om ernæringstilstanden med pasientene lyttet pasientene til legens anbefalinger, ettersom legens ord ble oppfattet som viktigere enn det sykepleieren sa. Derfor er det vesentlig at legen har god kjennskap og kontakt med pasientene, men for å oppnå god pasientoppfølging var det viktig at det var en fast lege som kjente hver enkelt pasient (Kuven & Giske, 2018).

Dersom det dreier seg om tygge- og svelgeproblemer skal en logoped konsulteres, ved munn og tannproblemer skal tannpleier og tannlege kontaktes og dersom det dreier seg om lammelser og andre motoriske vanskeligheter kan ergoterapeut og fysioterapeut være aktuelle samarbeidspartnere (Brodtkorb, 2013, s. 259).

Brodtkorb skriver at det er gunstig med en rolleavklaring med den gamle selv og den gamles pårørende. I en institusjon kan pårørende involveres i en mer eller mindre aktiv rolle ved måltider. Bare det at de er tilstede kan bidra til en økt matlyst og en hyggelig atmosfære. De kan også bidra aktivt med mating, men dette krever veiledning fra sykepleieren. Det å inkludere familien i arbeidet er med på å opprettholde nær og tett kontakt mellom pasienten og pårørende (Brodtkorb, 2013, s. 257). Av tidligere erfaring kan jeg si at pårørende er en viktig ressurs i behandlingsprosessen og det er viktig at vi som helsepersonell får dem til å føle seg velkommen i avdelingen ved for eksempel å tilby en kopp kaffe, ettersom dette kan bidra til å styrke samarbeidsforholdet mellom personalet og pårørende, noe som vil komme den eldre til gode. Kuven og Giske (2018) skriver at dersom personalet på sykehjem satt av tid til pårørende for å snakke om temaet ernæring resulterte det i at de var mer forberedt og kunne være med delaktig i prosessen.

5.3 Økt oppmerksomhet rundt grunnleggende behov

Som sykepleierstudent og assistent på sykehjem har jeg merket at ernæring er et tema som får for lite oppmerksomhet og jeg synes det er veldig rart at et så grunnleggende behov blir lite belyst. Det burde settes mer fokus på ernæring både i utdanning og i praksis for å sikre faglig ivaretagelse av de eldre sitt ernæringsbehov på sykehjem (Sortland et al., 2013).

Henderson skriver i sin behovsteori at sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe mennesker, syke eller friske med å gjenvinne selvstendighet med ivaretagelse av de grunnleggende menneskelige behovene som god helse og helbredelse. Dersom gjenvinning av selvstendighet ikke er et realistisk mål å oppnå, som ved kronisk eller langvarig funksjonssvikt, må sykepleieren hjelpe pasienten med å dekke de grunnleggende behovene, slik at pasienten kan ha en optimal helse (Kristoffersen, 2012, s. 225).

Av erfaring kan jeg si at vi mennesker knytter oss til de med samme interesser som oss, det gjelder også eldre mennesker. Jeg har ved flere anledninger vitnet til eldre som ikke kommer overens med hverandre ved matbordet. Det er viktig at sykepleiere fanger opp de som faller utenfor og går aktivt inn for å involvere dem i en samtale rundt bordet. Bare et lite tiltak som det kan føre til en hyggeligere atmosfære rundt spisebordet og alle vil få en bedre matopplevelse. For å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunalhelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov, har Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet forskriften: Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene.

I denne forskriften, som trådte i kraft 1. juli 2003, står det nedskrevet at kommunen skal etablere prosedyrer som har som formål å sikre for eksempel «sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet» (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1-4).

Dette understreker hvor viktig det er at personalet fremmer et godt sosialt miljø blant brukere av pleie- og omsorgstjenester. Pasientens behov for hjelp og avdelingens bemannings situasjon bør være styrende for hvordan måltidene planlegges, ledes og gjennomføres.

Det er mer hensiktsmessig at hver pleier har ansvar for bestemte pasienter enn for spesielle rom eller bord, dersom det er mulig burde den enkelte pleieren mate eller assistere maksimalt 2-3 pasienter i løpet av måltidet. Det anbefales å sette av minst en halv time til å hjelpe pasienter med svelgeproblemer og omfattende kognitiv og funksjonell svikt (Brodtkorb, 2013, s. 259).

Det burde videre være mulig å legge til rette for at pasienter skal kunne få tilgang til mat utenom den organiserte matserveringen på sykehjem og pasienter som har behov for det bør ha mulighet til å spise når appetitten er god.

Å utvide måltidsdøgnet kan i mange tilfeller være et godt tiltak for at matinntaket skal øke, er det gunstig med små og hyppige måltider.

Det skal ikke gå mer enn tre timer mellom hvert måltid, bortsett fra om natten. I mange aldersinstitusjoner, kan det gå tolv timer mellom dagens siste måltid og neste dags første måltid (Brodtkorb, 2013, s. 263). Sortland et al. (2013) skriver at for å sikre tilstrekkelig inntak av energi og ernæring kan det være nødvendig å endre både måltidsrytme og antall hoved- og mellommåltider, i tillegg bør et kveldsmåltid innarbeides som fast rutine til alle på sykehjem.

6. Konklusjon

Sykepleiere har en strategisk rolle i arbeidet med å forebygge underernæring hos eldre i sykehjem. Når det gjelder arbeid relatert til underernæring, så svikter systemet de eldre allerede fra ledernivå og til de som jobber aktivt på pleienivå. Det er meget viktig at ledere er med på å innføre ernæringsarbeid i den daglige driften av avdelingen og kan legge til rette for kurs og undervisning, slik at personalet er bedre rustet til å håndtere utfordringene som kommer med underernæring både teoretisk og praktisk.

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan en sykepleier kan forebygge underernæring hos eldre i sykehjem. Litteraturen og forskningen jeg har brukt i forbindelser med denne oppgaven viser at underernæring er lettere å forebygge enn å behandle og dersom problemet identifiseres tidnok og det forbyggende arbeidet iverksettes tidlig, er mye av jobben gjort. Systematisk og tverrfaglig tilnærming er alfa og omega for å kunne kartlegge og planlegge tiltak for å løse den enkelte pasientens ernæringsproblem. I institusjoner for eldre er sykepleieren den naturlige lederen av det tverrfaglige arbeidet. Sykepleiere har også ansvaret for å veilede og lede hjelpepleiere og ufaglærte (Brodtkorb, 2013, s. 257).

For å oppsummere mitt svar på problemstillingen, så mener jeg at en sykepleier kan forebygge underernæring ved å innføre gode rutiner for kartlegging, vektregistrering, dokumentasjon av endringer og gjennomføring av tiltak som blir iverksatt. Det er svært viktig at sykepleieren tilrettelegger for at alle involverte parter i forebyggingsprosessen får et helhetlig perspektiv for den gitte situasjonen til hver enkelt pasient.

Dette vil gjøre det enklere for de involverte å kunne handle i tråd med strategien som er lagt for å kvalitetssikre behandlingen av underernæring hos pasienter i sykehjem.

7. Bibliografi

- Aagaard, H., & Bjerkheim, T. (2012). Væske og ernæring. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 2* (2. utg.) (s. 162-203). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bonetti, L., Bagnasco, A., Aleo, G & Sasso, L. (2013), 'The transit of the food trolley' - malnutrition in older people and nurses' perception of the problem. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 440-448. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01043.x
- Brodtkorb, K. (2013). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 254-273). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2012). Metode. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Veileder IS-1580/2010). Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- Helsenorge.no. (2017, 29. juni). Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem. Hentet fra
<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/oppfolging-av-ernaring-hos-beboere-pa-sykehjem#Om-indikatoren>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (2. utg.) (s. 208-277). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kuven, B. M., & Giske, T. (2018, 22. januar). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter. Hentet fra
<https://sykepleien.no/forskning/2017/12/samhandling-mellom-sykepleier-og-lege-er-viktig-ernaeringstilstanden-til>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Melheim, B. G., & Sandvoll, A. M. (2017, 20. desember). Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/12/ernaeringskartlegginga-i-heimesjukepleien-kan-betrast>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2013). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe As.

Ranhoff, A.H. (2013). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie* (s. 75-76). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sortland, K., Gjerlaug, A. K., & Harviken, G. (2013, 1. mars). Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjembeboere - en pilotstudie. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(1) 41-45. doi: <https://doi.org/10.1177/010740831303300109>