



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 167

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6996

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 21

**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Førebygging av underernæring hos eldre
på sjukeheim

Kandidatnummer: 167

Henrik Frammarsvik Solheim

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse-
og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Bente Gunn Melheim

Innleveringsdato: 07.06.2019

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Samandrag

Tittel: Førebygging av underernæring hos eldre på sjukeheim

Bakgrunn for val av tema: Eg har sjølv arbeida på sjukeheim og sett pasientar som er underernært og kva konsekvensar dette har for deira helsetilstand. Noko som ofte går igjen er at pasientane er underernærte men det er lite som vert gjort for å førebygge problemet. Eg har i denne oppgåva sett på korleis sjukepleiaren kan førebygge underernæring og lettare fange opp dei pasientane som er eller står i fare for underernæring.

Problemstilling: «Korleis kan sjukepleiar førebygge underernæring hos eldre pasientar på sjukeheim?»

Metode: Oppgåva gjennomførast som ein litteraturstudie. Eg har brukt pensumlitteratur, fagbøker og forskingsartiklar for å svare på problemstillinga.

Oppsummering: Ved å kartlegge ernæringsstatus kan sjukepleiaren lettare identifisere underernæring og iverksette tiltak før problemet oppstår.

Fleire sjukeheimar har dårlege rutinar for ernæringskartlegging, og betre rutinar, kan bidra til å lettare identifisere underernæring.

Sjukepleiarar treng meir kunnskap om ernæringsarbeid og har eit sjølvstendig ansvar for eigen kompetanse, men leiinga har òg eit ansvar for å gi dei tilsette opplæring i ernæringsarbeid.

Underernæring kan ha mange årsaker og ei tverrfagleg tilnærming kan vere naudsynt for å løyse pasientens ernæringsproblem.

Å legge til rette for eit godt måltidsmiljø kan bidra til å fremme matlyst og at pasientane et meir. Tilrettelegging er òg viktig for å sikre at pasientane får eit tilstrekkeleg næringsinntak der dei ikkje klarar det sjølv. Energittett kost, næringsdrikkar og mellommåltid kan auke næringsinntaket.

Nøkkelord: Underernæring, eldre, førebygging, sjukeheim

Abstract

Title: Prevention of malnutrition for elderly nursing home residents.

Background: After working at nursing homes, I have seen patients suffering from malnutrition, and how this affects their health condition. I have experienced that many patients suffers from malnutrition, but little is done to prevent this problem. In this thesis, i have tried to find out how nurses can prevent malnutrition, and how to identify those patients who are either suffering from malnutrition or at risk of it.

Thesis statement: “How can nurses prevent malnutrition for elderly patients at nursing homes”

Methods: The thesis is a literature study. I have used curriculum literature, nutritional literature and research articles to answer the thesis statement.

Summary: Nutritional screening can make it easier for nurses to identify malnutrition and initiate measures before malnutrition occurs.

Many nursing homes have insufficient routines for nutritional screening and better routines can make it easier to identify malnutrition.

Nurses need more nutritional knowledge and they have an independent responsibility for their own competence, but the management also has a responsibility to provide nutritional training to their employees.

Malnutrition can have many causes and an interdisciplinary approach can be necessary to solve the patients’ nutritional problem.

Adaption of the mealtime environment can contribute to promote appetite and make patients eat more. This can make sure the patients who can’t do it themselves receive an adequate intake of food. Nutritional supplements, nutritional smoothies and snacks can increase the nutritional intake.

Keywords: malnutrition, elderly, prevention, nursing home

Innholdsfortegnelse

1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing	2
2 Metode	3
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Søkeprosessen	3
2.3 Kjeldekritikk	5
3 teori	6
3.1 Eldre og underernæring.....	6
3.2 Aldersforandringar og årsaker til nedsett matinntak hos eldre.....	6
3.3 Kartlegging av ernæringsstatus	7
3.4 Sjukepleiarens ansvarsområde og juridiske føringar.	8
3.5 Måltidsmiljøet.....	9
3.6 Virginia Henderson	10
4 Resultat.....	11
4.1 Artikkel 1.....	11
4.2 Artikkel 2.....	11
4.3 Artikkel 3.....	12
4.4 Artikkel 4.....	13
4.5 Artikkel 5.....	14
5 Drøfting.....	15
5.1 Korleis kartlegge ernæringsstatus?	15
5.2 Kva kompetanse trengs?	17
5.3 Korleis tilretteleggje?.....	19
6 Konklusjon	23
Bibliografi	24

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Ernæringsproblem er vanlege hos eldre. Underernæring er det største og vanlegaste problemet (Brodtkorb, 2016, s. 301). Førekomsten av underernæring varierer mellom 10% og 60% i sjukehus og sjukeheim og eldre er ei særleg utsett gruppe (Helsedirektoratet, 2010, s. 10). Det er mange årsaker til underernæring. Aldersforandringar, sjukdom og funksjonssvikt kan kvar for seg eller saman ha innverknad på den eldre si evne og lyst til å ete tilstrekkeleg og riktig samansett kost (Brodtkorb, 2016, s. 301).

Underernæring kan gje helsemessige konsekvensar for pasientane i form av auka risiko for komplikasjonar, redusert infeksjonsmotstand, forverring av fysisk og mental funksjon, forsinka rekonvalens, auka dødelegheit og redusert livskvalitet. Underernærte pasientar har inntil tre gongar så lang liggetid i institusjon som velernærte pasientar og er i fare for forverring av ernæringsstatus under institusjonsopphaldet. Dette kan føre til økonomiske konsekvensar for samfunnet i form av auka behov for heimetenester, reinnleggingar og fleire legebesøk (Helsedirektoratet, 2010, s. 11).

Eg har sjølv, som sjukepleiarstudent og assistent i sjukeheim sett kva konsekvensane av underernæring har å seie for helsetilstanden til allereie sjuke og gamle menneske. Ernæringsstatus og helse heng nøye saman, og optimal ernæringsstatus bidreg til å fremme vekst og utvikling, å oppretthalde god helse og daglege aktivitetar, samt å beskytte kroppen mot sjukdom og skade. Eit viktig forebyggjande arbeid for sjukepleiaren er derfor å oppretthalde god ernæringsstatus hos eldre (Brodtkorb, 2016, s. 301).

Eigne erfaringar frå praksis og arbeid er at underernærte er ei stor gruppe ein møter i alle delane av helsevesenet. Likevel opplev eg at oppfølginga av pasientens ernæringsstatus er eit behov som er vanskeleg å ivareta i kommunehelsetenesta og helsevesenet generelt, til tross for at Helsedirektoratet har utgitt *nasjonale faglege retningslinjer* (Helsedirektoratet, 2010) og *kosthandboka* (Helsedirektoratet, 2012) som gir føringar og anbefalingar om ernæringsarbeid.

Eg skal her skrive om korleis sjukepleiaren på sjukeheim, kan førebyggje underernæring hos eldre ved å identifisere og kartlegge ernæringsstatus, behov for kompetanse og samarbeid med andre fagpersonar, samt kva førebyggjande tiltak som kan gjerast for å auke næringsinntaket blant bebuarane og dermed førebygge underernæring.

1.2 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiar førebyggje underernæring hos eldre pasientar på sjukeheim»

1.3 Avgrensing

Målgruppa er eldre innlagd i sjukeheim. Sjukeheimsbebuarar kjenneteiknast med at dei fleste er over 67 år og om lag 77% er over 80 år, dei er multisjuka, har sterkt nedsett funksjonsevne, 70% er kvinner og 80% har ein demenssjukdom. (Hauge, 2016, s. 266). Eg tek ikkje utgangspunkt i nokon spesiell pasientgruppe eller type diagnose, men kjem til å beskrive pasientgruppa eldre generelt med ein alder frå 65 år og opp.

Det er tre hovudpunkt eg tek utgangspunkt i for å svare på problemstillinga: Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus, sjukepleiarens kompetanse og samarbeid med andre fagpersonar, og tilrettelegging i måltidssituasjonen. Sidan underernæring kan ha fleire årsaker som aldersforandringar, sjukdom og funksjonssvikt er det viktig å ha gode rutinar og verktøy for å kartlegge desse årsakene. Dette krev også at sjukepleiaren har kunnskapar om ernæring, og kan samarbeide med andre fagpersonar. Eg har òg tatt for meg måltida og kva faktorar som er viktige for å fremme matlyst og tilstrekkeleg næringsinntak hos pasientane.

2 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Metode kan forklarast som ein framgangsmåte eller eit middel til å løyse problem og komme fram til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 51).

Oppgåva gjennomførast som ein litteraturstudie. I ei litterær oppgåve hentar ein data frå eksisterande fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2017, s. 207). Eg har brukt forskingsartiklar og fagbøker i sjukepleie og ernæring for å svare på problemstillinga.

2.2 Søkeprosessen

Eg har brukt databasane Oria, ESBCOhost, svemed+, medline, academic search elite og cinahl. Eg har også brukt nettstaden sykepleien.no/forskning. Eg har brukt engelske og norske søkeord, dette for å finne mest mogleg resultat frå Noreg og internasjonalt. Eg har brukt søkeorda både som enkeltord og i kombinasjon. Eg har og avgrensa søka på artiklar mellom 2009 og 2019 for å ikkje bruke forskning som er eldre enn ti år.

Ved søk i databasane har eg brukt PICO modellen til å finne forskingsartiklar. PICO er eit verktøy som hjelper med å gjere problemstillinga eller spørsmålet presist og tydeleg. PICO er ein forkorting for element som ofte er ein del av spørsmålet og PICO gir struktur når ein søker etter litteratur. PICO står for:

PATIENT/PROBLEM: Kva pasientgruppe dreier det seg om?

INTERVENTION: Kva er vi interessert i med denne pasientgruppa?

COMPARISON: Ønsker vi å samanlikne eit tiltak mot eit anna?

OUTCOME: Kva endepunkt er vi interessert i?

(Helsebiblioteket, 2016)

Eg har ikkje brukt alle delane av PICO som for eksempel å samanlikne ulike tiltak, men eg har brukt metoden for å finne forskingsartiklar med å bruke søkeord som beskriv pasientgruppa, kva problem eg ønsker å jobbe mot og kva tiltak som kan hjelpe med å finne ut av eller løyse problemet.

Først brukte eg Svemed+, her brukte eg søkeorda «måltider» og «sykehjem», eg kryssa av for «peer reviewed tidsskrifter» og «läs online» og avgrensa søket på artiklar frå 2009-2019.

Dette ga 8 resultat. Eg las gjennom abstrakta på artiklane før eg valde ut artikkelen: «*Mat og måltider på sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse*» skrevet av Heidi Aagaard (2010). Eg valde denne då denne beskriv korleis sjukeheimsleiarane vurderte rutinar for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet og funna viste behov for meir ernæringskompetanse blant personalet og betre rutinar for ernæringskartlegging.

Videre brukte eg *sykepleien.no*, og gjekk inn på søkefeltet på nettstaden. Der kryssa eg av «*Forsking*» og gjorde eit enkelt søk med søkeordet «*ernæringsstatus*», dette gav meg 22 resultat.

Her fant eg to av mine artiklar: «*Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast.*» skrevet av Melheim og Sandvoll (2017). Denne er skrevet frå eit heimetenesteperspektiv, men eg meiner har overføringsverdi då den tek for seg ulike kartleggingsverktøy for ernæringsstatus, og den får fram viktigheita av å kartlegge ernæringsrisiko for å kunne tidleg fange opp og førebygge ernæringsproblem.

I det same søket fant eg òg artikkelen «*Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter*» skrevet av Kuven og Giske (2018). Denne var relevant for oppgåva då den tek for seg fordelane med eit godt samarbeid mellom sjukeheimslege og sjukepleiar for å sikre god ernæringspleie i avdelinga.

Eg brukte databasen Oria for å finne fram til den fjerde forskingsartikkelen. Her brukte eg søkeorda «*elderly*» and «*mealtime*» and «*experience*». Eg brukte desse søkeorda for å finne forskning om måltidsmiljøet og tilrettelegging. Eg kryssa av for artiklar som ikkje var eldre enn 10 år og frå fagfelleverderte tidsskrift. Dette gav meg 883 resultat, eg leste gjennom abstraktet til nokon av dei første artiklane i søket men etter å ha lest litt meir i ein av artiklane valde eg: «*Assisted-living elderly and the mealtime experience*» (2014). Dette var den første artikkelen som kom opp i søket. Denne var relevant for oppgåva då den fekk fram kva faktorar som bidrog til velvære i måltidssituasjonen og korleis dei eldre opplevde måltida.

Ved å bruke databasen ESBCOhost fann eg min femte forskingsartikkel. Eg brukte søkeorda «*malnutrition*» and «*elderly*» and «*nurse*» and «*BMI*»(*body mass index*). Eg kryssa av for «*peer reviewed*» og «*linked full text*» og avgrensa søket frå perioden 2009 til 2019. Dette gav meg 2 resultat. Eg fant artikkelen «*How well do nurses recognize malnutrition in elderly*

patients?» (2009). Denne er skrevet ut frå eit sjukehusperspektiv, men eg syns den var relevant då den beskriv at sjukepleiarane var dårlege på å identifiserte ernæringsproblem hos pasientane samanlikna med resultat av KMI(*Kroppsmasseindeks*) og MNA(*Mini nutritional assessment*), og den viser behova for auka ernæringskompetanse og bruk av kartleggingsverktøy.

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr at ein skal vurdere i kva grad litteraturen ein har funne, kan brukast til å belyse problemstillinga ein har valt (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Ein må kunne overtyde lesaren om at kjeldene er tilstrekkeleg til å svare på problemstillinga når det gjeld relevans og pålitelegheit (Dalland & Trygstad, 2017, s. 159).

Eg har vald å bruke bøker frå pensum og bøker frå høgskulebiblioteket. Søk etter forskning har eg gjort gjennom databasar tilgjengeleg frå høgskulen og eg har henta artiklar frå nettstaden sykepleien.no/forskning. Eg har valt artiklar frå 2009 til 2019, med hensikt om å ha nyare og oppdatert forskning. Artiklane er henta frå fagfelleverderte tidsskrift.

Eg har gjort bakgrunnsjekk på fleire av forfattarane i forskinga eg har valt. Mange av desse er sjølv sjukepleiarar og fleire driv med fagutvikling og forskning i sjukepleie. Artiklane eg har valt omfattar sjukepleiefaglege utfordringar og visar funn som eg meiner er relevante til å svare på problemstillinga.

Eg har vald ein forskingsartikkel frå sjukehus (Suominen, Sandelin, Soini, & Pitkala, 2009) og ein ifrå heimeteneste (Melheim & Sandvoll, 2017), dette kan vere ein svakheit, då det hovudsakeleg er forskning frå sjukeheim eg er ute etter. Ein annan svakheit kan vere at artikkelen til Suominen et al. (2009) er skriven for ti år sidan og kunnskapen om ernæringsarbeid er truleg betre i dag. I tillegg er dette ein finsk artikkel og representerer situasjonen i eit anna lands helsevesen. Likevel meiner eg dei har relevans for oppgåva då begge artiklane tek for seg eldre pasientar og har funn som visar viktigeita av kartlegging og identifisering av underernæring, samt at begge artiklane visar til MNA som kartleggingsverktøy.

Ein annan svakheit kan vere at nokre av forskingsartiklane er på engelsk, dette gjer at eg må oversette det til norsk sjølv, og det kan medføre risiko for mistolkingar av innhaldet.

3 Teori

3.1 Eldre og underernæring.

Etter 70 års alderen kan eit visst vekttap reknast som fysiologisk, men kan òg indikere sårbarheit og auka risiko for skadar og sjukdommar (Brodtkorb, 2016, s. 302). Ved aldring endrar kroppssamansettinga seg, det relative feittinnhaldet aukar mens andel væske og muskulatur reduserast og kroppens basalstoffskifte reduserast. Redusert muskelmasse, basalstoffskifte og aktivitetsnivå gjer at energibehovet avtar. Eldre har eit kaloribehov som er 20-30% mindre enn unge vaksne. Redusert energibehov førar til at mange automatisk et mindre. Eldre har eit gjennomsnittleg dagleg energibehov på 25kcal/kg (Brodtkorb, 2016, s. 302).

Underernæring er når næringsinntaket er mindre enn behovet, dette kan oppstå ettersom behovet aukar eller inntaket reduserast. Hos eldre skyldast ofte underernæring ein kombinasjon av lavt inntak av protein og kaloriar og dette førar til tap av fett og muskelvev (Brodtkorb, 2016, ss. 306-308). Underernæring gir redusert muskelmasse, generell svekking, nedsett immunforsvar og auka infeksjonsfare. Underernæring kan medføre lågare toleranse for operativ behandling som auka komplikasjonsfare og seinare postoperativ sårtilheling. Ofte er manglande kartlegging ein årsak til underernæring og gode rutinar for å vurdere ernæringsrisiko kan førebygge problemet (Brodtkorb, 2016, s. 308).

Risikofaktorar for å utvikle underernæring er: Tannproblem, svelgvanskar, redusert smaks- og luktesans, einsemd, demens, depresjon, alvorleg somatisk sjukdom, medisinformbruk, sår og diaré (Brodtkorb, 2016, s. 308).

3.2 Aldersforandringar og årsaker til nedsett matinntak hos eldre

Smaks- og luktesansane blir dårlegare med åra, grunna reduksjon av smaksløkar og terskelen for smak endrast. Evna til å smake søtt påverkast ofte først. Sur og bitter smak forsterkast, og proteinrik mat som kjøtt smakar ofte bittert (Sortland, 2015, s. 141). Svekkasyn kan for mange eldre redusere gleda av å ete (Brodtkorb, 2016, s. 308).

Aldersforandringar i munnen kan medføre nedsett næringsinntak. Dette kan vere svelgvanskar, tap av tenner og dårlege tilpassa tannprotesar som gjer det vanskeleg å tygge (Sortland, 2015, s. 141). Redusert spyttsekresjon kan medføre utvikling av tannrøte og tannskadar. Munntørrheit, dårleg tannstatus og svakare tyggemuskulatur kan vere årsaker til

at eldre har problem med å ete (Brodtkorb, 2016, s. 309). Munntørrheit kan oppstå grunna lågare væskeinntak grunna endra tørsteoppleving hos eldre. Dette kan gjere det vanskelegare å tygge og svelge. Dårlig munnhygiene og matrestar som ligg igjen frå tidlegare måltid kan senke appetitten. Svelgvanskar kan medføre hoste og aspirasjonsrisiko. Desse faktorane kan ha innverknad på mengde og kva type mat den eldre et (Sortland, 2015, s. 142).

Atrofi av mage-tarm-slimhinna førar til dårlegare fordøying og nyttiggjering av maten og reduksjon av glatt muskulatur i tarmen kan føre til at maten passerar treigare. Låg fysisk aktivitet og lågt væskeinntak kan medføre obstipasjon hos eldre og det kan redusere matlyst og matinntak (Brodtkorb, 2016, s. 309).

3.3 Kartlegging av ernæringsstatus

Ernæringsstatus beskrivast som eit uttrykk på i kva grad det fysiologiske næringsbehovet oppfyllest. Ernæringsstatus er resultatet av tilførsel, tap og forbruk av næringsstoff (Brodtkorb, 2016, s. 303). Ved å kartlegge ernæringsstatus kan ein finne ut om pasienten har eller er i ferd med å utvikle eit ernæringsproblem (2016, s. 303). Helsedirektoratet (2010) skriv i nasjonale faglege retningslinjer at: *«alle bebuarar i sjukeheim/institusjon skal vurderast for ernæringsmessig risiko ved innlegging/vedtak og deretter kvar månad, eller etter eit anna fagleg begrunna individuelt opplegg»* (Helsedirektoratet, 2010, s. 8).

Sidan underernæring er noko som gradvis oppstår og dermed kan vere vanskeleg å oppdage, kan vektkontroll vere ein enkel metode å følgje opp pasientens ernæringsstatus.

Sjukeheimspasientar bør vegast kvar månad men særleg utsatte pasientar kan trenge hyppigare vektkontrollar (Brodtkorb, 2016, ss. 302-303).

Kroppsmasseindeks(KMI) uttrykker forholdet mellom høgde og vekt. Sjølv om det er eit lite nyansert mål, er det likevel kanskje den viktigaste metoden for vurdering av ernæringsstatus (Brodtkorb, 2016, s. 303). Eldre anbefalast å ha ein høgare KMI enn yngre då dei har ein høgare prosentdel feittvev på kroppen. Normalverdiane for vaksne ligg mellom 20-24,9 (Brodtkorb, 2016, s. 304). KMI mellom 24-27 er innanfor normalområdet hos eldre (Jacobsen & Bye, 2015, s. 640).

MNA er eit skjema som systematisk kartlegg årsaker til underernæring hos eldre i primærhelsetenesta. Grunnlaget for bruk av dette verktøyet er høgde og vektutvikling.

Vurderinga vil være relativt enkel å gjennomføre dersom ein kjenner høgda og vekta (Brodtkorb, 2016, s. 304). MNA er anbefalt å bruke på pasientar over 65 år (Jacobsen & Bye, 2015, s. 642), og Helsedirektoratet anbefaler bruk av MNA i kommunehelseteneste (Helsedirektoratet, 2010, s. 16). MNA består av ein innleiande screening og ein vurderingsdel på til saman 18 spørsmål. Det er viktig at KMI er rett utrekna og at alle spørsmåla blir svara på. Den innleiande screeninga er tilstrekkeleg dersom ein skårar over 11 poeng. Ved under 11 poeng går ein vidare på den meir grundige vurderinga på del 2. MNA kartlegg dei som er godt ernært, underernært og i risiko for underernæring (Jacobsen & Bye, 2015, s. 642).

3.4 Sjukepleiarens ansvarsområde og juridiske føringar.

Sjukepleiaren har ein sentral rolle knytt til å kartlegge og betre den eldre sin ernæringsstatus. Ernæringsarbeidet krev ofte ein tverrfagleg og systematisk tilnærming. Sjukepleiaren på sjukeheimen har ansvar for å rettleie og leie helsefagarbeidarar, hjelpepleiarar og assistentar, og å koordinere matsserveringa (Brodtkorb, 2016, s. 304).

Sjukepleiaren kan samarbeide med andre fagpersonar i ernæringsarbeidet. Legen er ein god samarbeidspartner når sjukdom og medisinsk behandling verkar inn på ernæringstilstanden og legen har ansvar for å utgreie medisinske årsaker og konsekvensar av ernæringssvikt. Ved ernæringsspørsmål kan ernæringsfysiolog konsulterast, logoped ved svelg- og tyggevanskar, tannlege ved munn og tannproblem og fysio-/ergoterapeut ved motoriske problem og lammelsar (Brodtkorb, 2016, s. 306).

Kvalitetsforskrifta for pleie- og omsorgstenestene skriv at mottakarar av pleie- og omsorgstenester skal få ivareteke grunnleggjande behov og kommunen skal utarbeide skriftlege prosedyrar for å sikre blant anna tilstrekkeleg næring, valfriheit av mat, eit helsefremmande kosthald, tilpassa hjelp ved måltid og nok ro til å ete. (Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstenestene, 2003, s. §3).

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar seier at: «*Sjukepleiaren har eit personleg ansvar for at eigen praksis er fagleg, etisk og juridisk forsvarleg*» (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7). «*Sjukepleiaren held seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innan eige fagområde og bidreg til at ny kunnskap anvendast i praksis*» (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7)

Helsepersonellova §4 seier at «*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut frå helsepersonellets kvalifikasjonar, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*» (Helsepersonelloven, 1999, s. §4).

«*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglege kvalifikasjonar, og skal innhente bistand eller henwise pasientar vidare der dette er naudsynt og mogleg*» (Helsepersonelloven, 1999, s. §4)

3.5 Måltidsmiljøet

Sjuepleiaren har ansvar for å oppretthalde god atmosfære og eit helsefremmande miljø (Sortland, 2015, s. 147).

Ei god atmosfære ved måltida kan gjere til at den eldre et betre og det kan bidra til at den eldre får dekkja psykososiale behov som samhald, tilhøyrslø og hyggjeleg samvær med andre (Brodtkorb, 2016, s. 308). At personalet er til stades kan bidra til en trygg og positiv oppleving (Sortland, 2015, s. 147).

Ein må ta hensyn til kven av pasientane ein plasserer saman rundt bordet. Nokon pasientar kan ha ein spiseåtferd som går ut over andre pasientar si matlyst og trivsel (Brodtkorb, 2016, s. 308). Nokon eldre ønsker å ete aleine, noko som må respekterast (Sortland, 2015, s. 147).

Helsedirektoratet (2010) har laga ei ernæringstrapp som er ein modell for ernæringsbehandling. Ernæringstiltak og behandling som skal settast i gang bør vurderast i prioritert rekkefølge. Ut frå ernæringstrappa blir tidlege enkle tiltak som å legge til rette i måltidssituasjonen, men òg energiberika kost sett på som å kunne forhindre bruk av meir kostnadskrevjande behandling som intravenøs- og sondeernæring (Helsedirektoratet, 2010, s. 19). Måltidsmiljøet er òg omtalt i *Kosthandboka* (2012, ss. 99-100).

3.6 Virginia Henderson

«Sjuepleias særegne funksjon er å hjelpe individet, sjukt eller friskt, i utøvinga av de gjeremål som bidrar til god helse eller helbredelse, noko han ville ha gjort utan hjelp om han hadde hatt tilstrekkelege krefter, kunnskapar og vilje» (Henderson, 1993, s. 9).

Virginia Henderson har i sin teori fjorten behov ho meiner er beskrivande for menneskets grunnleggande behov. Blant desse er å kunne hjelpe pasienten til å ete og drikke tilstrekkeleg (Mathisen, 2015, s. 128). Ut frå desse fjorten komponentane observerer sjukepleiaren pasienten og vurderer om han manglar vilje, krefter eller kunnskapar til å ivareta grunnleggande behov. Pasienten treng hjelp av ein profesjonell sjukepleiar der han ikkje klarar å ivareta sine grunnleggande behov (Mathisen, 2015, s. 128).

Henderson (1993), trekk fram at å hjelpe pasienten til rette, bidra til at han kjenner seg vel og at måltidet er smakfullt og appetittvekkande kan hjelpe pasienten å ete betre og at å legge dette til rette for den sjuke er ein del av den generelle sjukepleie (Henderson, 1993, s. 32).

4 Resultat

4.1 Artikkel 1

«Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse»

(Aagaard, 2010)

Dette er ein kvantitativ tverrsnittundersøking. 570 leiarar ved sjukeheimar fekk tilsendt eit spørjeskjema med faste svaralternativ.

Hensikta med studien er å beskrive korleis leiar av sjukeheimen vurderer maten som blir servert bebuarane, antal måltid og måltidstidspunkt og rutinar for kvalitetssikring av ernæringsarbeidet i sjukeheim.

Resultata var at 62% svarte at maten var delikat og appetittvekkande. Berre 15% av sjukeheimane hadde skriftlege prosedyrar for å vurdere ernæringsstatus og 43% av respondentane svarte at det ikkje var standard prosedyre å veie bebuarane ved innskriving. 30% svarte at det heller ikkje var rutine for regelmessig veging. 4% berekna kroppsmasseindeks hos bebuarane. 94% svarte at dei registrerte matinntak hos bebuarar med dårleg ernæringsstatus og 68% svarte at vektregistrering vart utført ved mistanke om at ein bebuar åt lite.

Det kom og fram at 80% av respondentane meinte at personalet trengte meir kunnskap om ernæringsarbeid i sjukeheim. Den kunnskapen dei ønska var kosthaldsanbefalingar, berekning av ernæringsbehov til sjuke og eldre, mat ved demens og kva tiltak ein kan sette inn til bebuarar som et lite, og kost ved svelgproblem.

4.2 Artikkel 2

«Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast.»

(Melheim & Sandvoll, 2017)

Dette er eit fagfelleverdert vitenskapeleg essay.

Hensikta med studien er å finne ei god løysning som forenkler og systematiserer vurdering av ernæringsstatus, ved bruk av kartleggingsverktøy og betring av kartleggingsrutinar. Det kjem fram at gode kartleggingsrutinar lettar arbeidet med å førebygge underernæring med

målretta ernæringsiltak, og ei slik kartlegging kan danne grunnlag for vidare utgreiing og tiltak før underernæring oppstår.

Det kjem fram at nasjonale faglege retningslinjer anbefaler MNA i kommunehelsetenesta med støtte av godt utformar ikkje randomiserte studiar. Studien kjem fram til at kortversjonen av MNA er det beste alternativet samanlikna med andre verktøy då kartlegginga går raskare og avdekk ernæringsrisiko like godt som den fullstendige versjonen.

Studien konkluderer med at å gjere ernæringskartlegging til rutine bidrar til å lettare identifisere ernæringsproblem før det oppstår vekttap og sjukdom.

4.3 Artikkel 3

«Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter»

(Kuven & Giske, 2018)

Dette er ein kvalitativ studie, med analyse av fokusgruppeintervju av 15 sjukepleiarar frå sju sjukeheimar i Noreg.

Hensikten med studien er å belyse korleis sjukepleiar og sjukeheimslege samhandlar om å sikre god ernæringsstatus hos pasientar innlagt i sjukeheim.

Resultata i studien viste at samarbeid mellom lege og sjukepleiar er viktig i ernæringsarbeidet på sjukeheim. Pasientar og pårørande følte seg trygge når sjukeheimslegen tar opp ernæring ved innkost, informerer om forventa utvikling undervegs og kjenner ønska og behova til pasienten. Det kjem også fram at sjukepleiarane har behov for ein sjukeheimslege som kjenner behova og ønska til pasientane og etterspør ernæringsarbeidet i avdelinga.

Studien konkluderer med at eit samarbeid med sjukeheimslege og sjukepleiarar er ein viktig faktor i ernæringsarbeidet i sjukeheim. Eit godt samarbeid mellom lege og sjukepleiar bidrar til å fremme fagleg forsvarleg ernæringsbehandling for sjukeheimspasientar.

4.4 Artikkel 4

«Assisted-living elderly and the mealtime experience»

(Mahadevan, Feldman, Hartwell, Ruzsilla, & Raines, 2014).

Dette er ein kvalitativ studie med fokusgruppeintervju av 38 menn og kvinner i alderen >65år som budde i omsorgsboligar.

Hensikten med studien var å finne ut korleis bebuarane opplevde måltida ved institusjonen med tanke på det sosiale aspektet rundt måltida men òg faktorar som bidreg til følelse av velvære under måltida.

Funna visar at å ha moglegheit til å gjere sunne matval, sosialisere med bebuarar, familie, venner og tilsette, samt å kunne nyte eit smakfullt måltid i eit innbydande og varmt miljø var viktige faktorar. Bebuarane trakk fram at korleis måltidet var tilbereda, var viktig for å vekke appetitt. Bebuarane gav utrykk for at nedsette sansar og appetitt gjorde til at gleda av måltida var mindre. Einsemd og følelse av isolasjon blant bebuarane påverka deira matlyst og gjorde det vanskelegare å nyte måltida. Bebuarane ga utrykk for at informasjon og kunnskap om ernæring vil kunne hjelpe dei med å gjere gode matval i måltidssituasjonen. Bebuarane gav utrykk for at legen og sjukepleiaren var viktige kjelder til informasjon når dei hadde spørsmål om ernæring.

4.5 Artikkel 5

«*How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?*»

(Suominen, Sandelin, Soini, & Pitkala, 2009).

Dette er ein deskriptiv tverrsnittstudie der ernæringsstatusen til 1043 eldre pasientar blei vurdert ved hjelp av kartleggingsskjemaet MNA, måling av KMI og faktorar knytt til pasientens ernæringspleie, som vart førespurd ved bruk av eit strukturert spørjeskjema. 53 sjukepleiarar vart i tillegg spurd om dei vurderte pasientane sine til å være underernært.

Hensikta med studien var å undersøke kor godt sjukepleiarane identifiserte underernæring hos pasientane. Sjukepleiaranes vurderingar vart samanlikna med resultata av KMI og MNA.

Funna visar at sjukepleiarane vurderte 15,2% av pasientane til å være underernærte, sjølv om MNA viste at 56,7% var underernært. Av de pasientane med MNA <17 og kmi <20, meinte sjukepleiarane at berre ein tredjedel var underernært og av de med kmi >24 men MNA <17, blei berre 2% vurdert av sjukepleiarane til å vere underernært.

Studien konkluderte at sjukepleiarane ikkje tilstrekkeleg gjenkjente underernæring hos pasientane og at sjukepleiarane hadde behov for meir ernæringskunnskap.

5 Drøfting

5.1 Korleis kartlegge ernæringsstatus?

Å kartlegge ernæringsstatus er slik eg forstår grunnleggande for dei tiltaka sjukepleiar sett i verk i ernæringsarbeidet. På denne måten kan ein identifisere underernæring før det oppstår og raskt gjere tiltak. Ein må vite at det er eit problem og i kva grad det er eit problem for å vidare kunne sette inn tiltak mot problemet. Brodtkorb (2016) skriv at ved å kartlegge ernæringsstatus vil ein kunne avkrefte eller bekrefte om pasienten er i ferd med, eller allereie har utvikla eit ernæringsproblem og at ei slik kartlegging legg grunnlaget for å betre pasientens ernæringsstatus (Brodtkorb, 2016, s. 303).

Dette er i tråd med Melheim og Sandvoll (2017) som skriv at gode kartleggingsrutinar gjer det lettare å førebyggje underernæring og undervekt med målretta ernæringstiltak, og kartlegging legg grunnlaget for vidare utgreiing og iverksetting av tiltak før underernæring oppstår (Melheim & Sandvoll, 2017, s. 2).

Eigne erfaringar frå sjukeheim er at det er for dårlege rutinar for å fange opp underernæring. Dette kjem fram i studien til Aagaard (2010), som skriv at berre 15% av sjukeheimane hadde skriftlege prosedyrar for å vurdere ernæringsstatus. Og fleire sjukeheimar hadde heller ikkje rutinar for å veie pasientane ved innskriving eller regelmessig (Aagaard, 2010, s. 39).

Som det kjem fram i Aagaard (2010, s. 42) sin studie er rutiane for å vurdere ernæringsstatus for dårleg innarbeida. Eigne erfaringar frå sjukeheim er at dersom det ikkje føreligg rutinar for å vurdere ernæringsstatus, blir det heller ikkje gjort. Det er viktig at leiarane tek ansvar for ernæringsarbeidet avdelinga. Melheim og Sandvoll (2017) skriv at leiarane er sentrale for å betre kartleggingsrutinane. Sjukepleiarane forventar at leiinga vel kartleggingsverktøy og set kartlegging på dagsordenen (Melheim & Sandvoll, 2017, s. 3).

Eg meiner òg at leiarane har eit særleg ansvar då Helsedirektoratets (2010, s. 8) retningslinjer seier klart og tydeleg at sjukeheimsbebuarar skal vurderast for ernæringsmessig risiko og kvalitetsforskrifta for pleie- og omsorgstenestene skriv at kommunane skal utarbeide skriftlege prosedyrar for å sikre at brukarane får tilfredsstilt grunnleggjande behov (Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstenestene, 2003, s. §3).

Dersom sjukeheimane innfører gode rutinar for kartlegging trur eg det kan bli lettare for sjukepleiarane å vurdere pasientens ernæringsstatus. Som Brodtkorb (2016, s. 303) skriv er

det gjennom kartlegging ein kan finne ut om pasienten har utvikla eller er i risiko for underernæring. Eigne erfaringar er at å bruke kartleggingsverktøy som MNA, berekne KMI og kontrollere vekta kan gjere det lettare å oppdage underernæring. Helsedirektoratet (2010, s. 14) skriv at vektendring over tid og KMI aleine eller i kombinasjon er dei enklaste måla på endring i ernæringsstatus. Dei skriv og at kartleggingsverktøyet MNA er anbefalt til bruk i primærhelsetenesta (Helsedirektoratet, 2010, s. 16).

Melheim og Sandvoll (2017) angir kortversjonen av MNA som det beste verktøyet samanlikna med andre verktøy då ein med kortversjonen kan kartlegge raskare og avdekke ernæringsrisiko like godt som med den fullstendige versjonen, noko som kan vere positivt for sjukepleiaren i ein travel arbeidsdag. Dei understøttar òg kroppsmål som viktige supplement til den kliniske vurderinga. Vektutvikling er ofte ein indikasjon for utilfredstillande ernæring (Melheim & Sandvoll, 2017, ss. 4-5). Dei skriv òg at gradvis vekttap kan vere vanskeleg å oppdage før kleda vert for store og at å måle vekt jamt kan vere eit enkelt hjelpemiddel (Melheim & Sandvoll, 2017, s. 3). Noko som støttast av Brodtkorb (2016) som skriv at regelmessig vektkontroll er ein enkel metode å følgje pasientens ernæringsstatus på (Brodtkorb, 2016, s. 302).

Nytta av bruke MNA blir tydeleg i ein av forskingsartiklane eg har vald. Her blei eldre pasientar ved sjukehus i Finland målt KMI og kartlagt med MNA. Sjukepleiarar blei spurt om dei sjølv vurderte pasientane til å vere underernært og svara vart samanlikna med KMI og MNA resultatata (Suominen, Sandelin, Soini, & Pitkala, 2009, s. 293). Resultata av MNA viste at av alle pasientane var 56,7% underernærte og 40,7% var i risiko for underernæring. Sjukepleiarane vurderte berre 15,2% til å vere underernærte. (Suominen, Sandelin, Soini, & Pitkala, 2009, s. 294).

Funna i denne studien visar kor viktig bruken av kartleggingsverktøy er for å fange opp dei som er i risiko eller har utvikla underernæring. Funna visar at sjukepleiarane var dårlege på å oppdage underernæring. Studien beskriv og at til tross for auka merksemd om underernæring og at retningslinjer for screening er publisert, visar det seg at slike retningslinjer ikkje er implementert i praksis (Suominen, Sandelin, Soini, & Pitkala, 2009, ss. 294-295).

Dette visar at dersom sjukepleiaren har hjelpemiddel til å kartlegge vil han kunne oppdage ernæringsproblem betre enn om det ikkje føreligg slike hjelpemiddel eller rutinar for å vurdere ernæringsstatus.

I Aagaard (2010) sin studie kjem det fram at 68% registrerte vekta og 94% registrerte matinntak dersom dei mistenkte at ein bebuar åt lite eller hadde dårleg ernæringsstatus (Aagaard, 2010, s. 40). Likevel hadde fleire av sjukeheimane dårlege rutinar for ernæringskartlegging og veging ved innkomst og regelmessig (Aagaard, 2010, s. 39).

Eg meiner i utgangspunktet at det er positivt at sjukepleiarane er oppmerksame når dei mistenker ernæringsproblem hos ein pasient, men dersom pasientane hadde vore vurdert rutinemessig slik Helsedirektoratets retningslinjer seier, kunne ein ha førebygga problemet framfor å ta tak i det når ein mistenker at ein pasient et lite? Kan det hende at vekttapet då allereie har skjedd? Det kan vere vanskeleg å vite dersom det ikkje er rutine for veging ved innkomst. Dersom vekta ved innkomst hadde vore registrert hadde ein hatt eit utgangspunkt for å seie om det har vore vekttap. Å kartlegge ved MNA ved innkomst kunne sjukepleiaren allereie her ha avdekka ernæringsproblem og iverksett tiltak då MNA blant anna vurderer om pasienten er underernært eller i risiko for underernæring (Jacobsen & Bye, 2015, s. 642).

5.2 Kva kompetanse trengs?

Sjukepleiaren har ansvar for å kartlegge og betre den eldre sin ernæringsstatus, arbeidet kan krevje ei tverrfagleg og systematisk tilnærming. I institusjonar for eldre er det naturleg at sjukepleiaren leiar det tverrfaglege samarbeidet, og sjukepleiaren har ansvar for å rettleie og leie helsefagarbeidarar og assistentar samt koordinere matsserveringa (Brodtkorb, 2016, s. 304). Sjukepleiaren treng kunnskapar om kva rolle ernæringa har i aldringsprosessen og korleis høg alder har konsekvensar for ernæringsstatus og kosthald (Sortland, 2015, s. 139).

Likevel kjem det fram i forskinga at det er kompetansemangel blant sjukepleiarane. I studien til Aagaard (2010, s. 40) svarte 80% at personalet trengte meir kunnskap om ernæringsarbeid i sjukeheim. I studien til Suominen et al. (2009, s. 295) kjem det fram at sjukepleiarar treng meir kompetanse og utdanning i ernæring. Kuven og Giske (2018, s. 12) skriv at det er avdekka for låg ernæringskompetanse blant helsepersonell og norske sjukepleiarar. Legar og sjukepleiarar i Skandinavia har ikkje tilstrekkeleg ernæringskunnskap

og god ernæringspraksis har samanheng med god ernæringskunnskap (Kuven & Giske, 2018, s. 12).

Manglande kompetanse er ei medverkande årsak til at sjukeheimspasientar ikkje får den hjelpa dei treng (Brodtkorb, 2016, s. 306). Manglande interesse, merksemd og kunnskap om ernæringsbehov og ernæringsstatus blant helsepersonell er medverkande til at ernæringsstatusen til eldre forverrast ved innlegging i institusjon (Sortland, 2015, s. 142). Sjukepleiarar har derimot eit ansvar for eiga yrkesutøving i følge helsepersonellova (1999) som seier at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvar med krava til fagleg forsvarlegheit (Helsepersonelloven, 1999, s. §4). Sjukepleiaren bør ta ansvar for eiga kompetanse og oppdatere seg på ernæringsarbeid og eventuelle lovar og retningslinjer. Dette kjem fram i yrkesetiske retningslinjer som seier at sjukepleiaren skal helde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innanfor eige fagområde (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7).

Eg meiner òg at sjukeheimane har ansvar for å gi dei tilsette opplæring i ernæringsarbeid. Dette grunna at Helsepersonellova (1999, s. §16) seier at verksemd som yt helse- og omsorgstenester skal leggje til rette for at helsepersonellet blir i stand til å overhalde sine lovpålagde pliktar. Melheim og Sandvoll (2017, s. 6) skriv at leiinga må leggje til rette for opplæring i bruk av kartleggingsverktøy og gode kunnskapar om slike verktøy, kan gjere det lettare å innføre nye rutinar.

Helsepersonellova (1999) seier òg at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglege kvalifikasjonar og innhente bistand eller henvise pasientar vidare der det er naudsynt (Helsepersonelloven, 1999, s. §4). Underernæring kan ha fleire årsaker, og aldersforandringar, sjukdom og funksjonssvikt kan ha innverknader på pasientens matinntak (Brodtkorb, 2016, s. 301). Brodtkorb (2016) skriv at arbeidet med å løyse pasientens ernæringsproblem kan krevje ei tverrfagleg tilnærming (Brodtkorb, 2016, s. 304). Sjukepleiaren kan innhente bistand hos andre fagpersonar med spisskompetanse på ulike område. Ein kan konsultere ergo- og fysioterapeutar ved lammelsar eller motoriske problem, tannlege ved munn- og tannproblem, logoped ved tygge- og svelgproblem eller ernæringsfysiolog om ein treng hjelp til ernæringskartlegging eller berekning av næringsbehov (Brodtkorb, 2016, s. 306). Melheim og Sandvoll (2017) understøttar dette og

skriv at ved å trekke ernæringsfysiologar inn i kommunen får sjukepleiarane andre enn legen å rådføre seg med ved ernærings spørsmål (Melheim & Sandvoll, 2017, s. 5).

Sjukeheimslegen har det overordna ansvaret for utgreiing, diagnostisering og behandling samt ansvar for det medisinske tilsynet til pasientane. Sjukepleiaren har ansvar for å iverksette tiltak og sørge for tilstrekkeleg mat- og drikkeinntak for pasientane (Kuven & Giske, 2018, s. 3).

Dette er i tråd med Melheim & Sandvoll (2017) som skriv at legen skal følgje opp med utgreiing av diagnose og ernærings tiltak, dersom sjukepleiaren oppdagar at ein pasient er i fare for underernæring. Legen er ansvarleg for medisinsk behandling og sjukepleiar for kartlegginga og vurdering av ernæringsstatus (Melheim & Sandvoll, 2017, s. 3).

I studien til Kuven & Giske (2018) kjem det fram at samarbeidet mellom legen og sjukepleiarane har betydning for pasientens ernæringsstilstand. Sjukepleiarane har behov for ein fast sjukeheimslege som kjenner dei ernæringsmessige behova og ønska pasienten har og at legen er interessert i og etterspør ernæringsarbeidet i avdelinga. Sjukepleiarar, pårørande og pasient vart tryggare når sjukeheimslegen samhandlar med sjukepleiarane og diskuterer forventa utvikling med pårørande og pasient (Kuven & Giske, 2018, s. 15).

Eigne erfaringar frå praksis og arbeid i både kommune- og spesialisthelsetenesta understøttar dette. Legen er medisinsk ansvarleg og frå eit sjukepleiarperspektiv er legen ein nøkkelperson i ernæringsarbeidet. Legen har autoritet i kraft av si stilling og det å ha ein lege som er opptatt av ernæringsstatusen til pasienten aukar merksemda om oppfølging av ernæringsstatus blant pleiepersonalet. I tillegg har eg erfaringar med at både pårørande og pasientar ofte er meir opptatt av kva legen seier enn kva sjukepleiaren seier då legen ofte blir sett på som den med høgast kompetanse. Dette kjem og fram i studien der sjukepleiarane svarte at pasientane oppfatta legens ord som «viktigare» enn det sjukepleiarane sa (Kuven & Giske, 2018, s. 6).

5.3 Korleis tilretteleggje?

Å skape eit godt måltidsmiljø meiner eg kan vere eit enkelt tiltak for å førebyggje underernæring. Tiltak rundt spisesituasjonen er det første trinnet i ernæringstrappa til Helsedirektoratet (2010). Dei skriv at delikat mat i eit hyggeleg måltidsmiljø er grunnleggande for god matlyst og trivsel (Helsedirektoratet, 2010, s. 19). Brodtkorb (2016)

skriv at ei god atmosfære ved måltida kan gjere at den eldre et betre samtidig som han får dekkja psykososiale behov gjennom hyggjeleg samvær med andre. Sidan eldre i institusjon ofte ikkje sjølv er i stand til å skape eit slikt miljø har personalet eit særleg ansvar for å bidra til eit godt måltidsmiljø (Brodtkorb, 2016, s. 308).

Dette understøttast av Sortland (2015) som skriv at sjukepleiaren har ansvar for å oppretthalde ei god atmosfære og eit helsefremmande miljø. Ei hyggjeleg atmosfære rundt måltida kan auke appetitten, stimulere fordøying og opptak av næringsstoff og føre til velvære hos den enkelte. At personalet er til stades kan bidra til ei trygg og positiv oppleving. Måltidet kan vere viktig for å førebyggje einsemd og for oppleving av glede, tilhøyrslø og tryggleik (Sortland, 2015, s. 147).

Dette støttast av Mahadevan et al. (2014) sin studie der bebuarane svarte at å føle seg sosialt isolert påverka evna til å nyte måltidet, og at å ete saman med bebuarane symboliserte følelse av samhøyr, helse, tryggleik og glede. Bebuarane trakk og fram at å ha kyndig personale til stades som hjelpte dei var ein faktor som gjorde måltida spesielle (Mahadevan, Feldman, Hartwell, Ruzsilla, & Raines, 2014, ss. 156-158).

Sjølv om eit fellesskap rundt måltida kan vere bra er det nokon eldre som ønsker å ete aleine, noko dei må få lov til (Sortland, 2015, s. 147). Enkelte pasientar kan og ha ei spiseåtferd som kan verke negativt inn på matlysta og trivselen til medpasientar. Dette bør takast hensyn til og ei mogleg løysning kan vere å plassere bebuarar med tilsvarande hjelpebehov og funksjonsevne saman (Brodtkorb, 2016, ss. 308-309).

Sortland (2015) skriv at ved dårleg appetitt er spisemiljøet enda viktigare. Interiør, tekstilar, lys, lydar og fargar påverkar måltidet. Å sette av tid til måltida og sørge for ro og god belysning er viktig. Dugar, stearinlys, blomar og frisk luft skjerpar appetitten (Sortland, 2015, s. 147). Dette kjem og fram i studien til Mahadevan et al. (2014) der bebuarane svarte at det fysiske miljøet hadde betydning for måltidsopplevinga, blant anna lokalets plassering, utforming og oppdekking av bord, men òg kvaliteten på maten, matens presentasjon, fargar, porsjonsstørrelse og riktige kombinasjonar av mat og temperatur (Mahadevan, Feldman, Hartwell, Ruzsilla, & Raines, 2014, s. 158).

Mahadevan et al. (2014) skriv òg at bebuarane hadde med alderdommen mista gløda av å ete grunna tap av sansar og redusert appetitt. Tap av lukte- og smakssans gjorde at

appetitten var redusert (Mahadevan, Feldman, Hartwell, Ruzsilla, & Raines, 2014, ss. 156-157).

Sortland (2015) skriv at lukte- og smakssansane blir dårlegare med alderen grunna mindre smaksløkar og endra terskel for smak. Evna til å smake søtt påverkast og sur og bitter smak forsterkast. Her kan ein servere mat med meir konsentrert smak, og bruk av krydder kan bidra til at den eldre får den same smaksopplevinga som yngre (Sortland, 2015, s. 141). Dette understøttar Brodtkorb (2016) som skriv at mat med utprega smak og lukt kan betre næringsinntaket (Brodtkorb, 2016, s. 308).

Brodtkorb (2016) skriv at aldersforandringar i munnen kan ha uheldig innverknad på matinntaket. Her nemnast nedsett tyggeevne, munntørrheit og dårleg tannstatus som faktorar som påverkar spiseevne (Brodtkorb, 2016, s. 309). Sortland (2015, s. 141) skriv at dårleg tilpassa tannprotesar kan føre til tyggeproblem. Her kan sjukepleiaren konsultere tannlege, tilpasse matens konsistens og hyppig tilby drikke (Brodtkorb, 2016, s. 309). Sortland (2015, s. 142) skriv at svelgproblem kan medføre hoste og risiko for aspirasjon. Her kan sjukepleiaren òg tilpasse matens konsistens slik at pasienten lettare kan svelge (Brodtkorb, 2016, s. 309).

Eg meiner at å hjelpe pasienten med munnhygiene er viktig då matrestar som ligg igjen frå tidlegare måltid kan senke appetitten (Sortland, 2015, s. 142). Å hjelpe pasienten med munnhygiene og sørge for at tannprotesar blir reingjort meiner eg er viktig då eg har egne erfaringar om at sjukeheimstilsette ofte gløymer dette.

På bakgrunn av egne erfaringar frå sjukeheim meiner eg tilrettelegging i måltidssituasjonen og det å fremme eit godt måltidsmiljø er enkle tiltak sjukepleiaren kan gjere for å betre ernæringsstatus. Virginia Henderson (1993) skriv i hennar definisjon av sjukepleie at sjukepleiaren skal hjelpe individet med dei gjeremåla som bidreg til god helse, noko pasienten ville gjort sjølv om han hadde hatt dei tilstrekkelege kreftene, viljen og kunnskapen (Henderson, 1993, s. 9). Ho skriv at å hjelpe pasienten til å ete og drikke er ein komponent i den generelle sjukepleien (Henderson, 1993, s. 27). Sjukepleiaren har ansvar for å bøte på appetittmangel og sørge for tilstrekkeleg næringsinntak. Ho trekk fram viktigheita av tilrettelegging. At pasienten blir hjelpt til rette, at han følar seg vel og at

måltidet er smakfullt og appetittvekkende, bidreg til at pasienten et meir (Henderson, 1993, ss. 32-33).

Eg trur at mykje er gjort dersom ein legg til rette for eit godt måltidsmiljø, men for nokon pasientar kan det vere nødvendig med næringstett kost eller næringsdrikkar. Brodtkorb (2016) skriv at pasientar i ernæringsrisiko bør få energiberika kost og at mellommåltid som frukt, supper, kaker til kaffien eller næringsdrikkar kan auke pasientens næringsinntak (Brodtkorb, 2016, s. 311). Helsedirektoratet (2010) skriv at mellommåltid og næringsdrikkar kan gis til dei som et lite til måltida. Næringsdrikkar kan vere bra då det for nokon er lettare å drikke enn å ete, og næringsdrikkar mellom måltida kan auke inntaket av næringsstoff og energi (Helsedirektoratet, 2010, s. 20). Kosthandboka (2012) skriv at nattefasten ikkje bør vere lengre enn 11 timar og at fleire måltid enn hovudmåltida kan vere naudsynt for å få eit godt næringsinntak i løpet av dagen (Helsedirektoratet, 2012, s. 100). Dei skriv òg at feittholdige matvarer er egna til å berike mat då dei har høgast energitettleik per gram. Ved sjukdom vil proteinbehovet auke og bruk av kjøtt, egg, fisk og meieriprodukt kan gjere maten meir proteinrik. Det er og mogleg å få kjøpt berikingspulver ved apotek (Helsedirektoratet, 2012, s. 101).

Ved ein sjukeheim eg arbeida på hadde dei eit måltidsprosjekt der fokuset var å fremme eit godt måltidsmiljø. Før prosjektsstart var måltida servert ferdig tillaga på serveringsbrett. Dei meir hjelpetrengande pasientane var hjelpt med måltida på romma sine eller på daglegstover åtskilt frå matsalen. I det nye prosjektet fekk dei fleste pasientane ta del i fellesskapet og pasientane sat ilag og hjelpte kvarandre med å sende mat og drikke dei sjølv ville ha og slik vart det ei hyggjeleg atmosfære i måltidssituasjonen, då dei måtte hjelpe kvarandre og lettare kom i prat med kvarandre. Pasientane ga utrykk for at det var hyggelegare stemning rundt bordet og pleiepersonalet opplevde at mange pasientar åt betre. Dette visar at å leggje til rette for eit godt spisemiljø er eit enkelt tiltak, men kanskje det som skal til for å betre næringsinntaket.

6 Konklusjon

Eg har i denne oppgåva sett på korleis sjukepleiaren kan førebygge underernæring hos eldre pasientar innlagd i sjukeheim.

Å kartlegge og vurdere ernæringsstatus, samarbeide med anna helsepersonell og fagpersonar samt å fremme eit godt måltidsmiljø og leggje til rette for bebuarane i måltidssituasjonen er viktige føresetnader for at ein skal kunne førebygge underernæring i sjukeheimane.

Ved å kartlegge ernæringsstatus kan ein identifisere ernæringsrisiko og iverksette tiltak før underernæring oppstår. Det kjem fram at sjukeheimar manglar gode rutinar for vurdering av ernæringsstatus og at sjukepleiarar ikkje er flinke nok til å identifisere underernæring. Her har leiarane eit ansvar for å sørge for gode rutinar for ernæringskartlegging då ei slik kartlegging gjer det lettare for sjukepleiaren å identifisere underernæring.

Det er òg manglande kompetanse blant helsepersonell om ernæringsarbeid. Her har sjukepleiarane eit ansvar for eigen kunnskap men òg leiinga har eit ansvar for å leggje til rette for opplæring då god kunnskap om kartleggingsverktøy kan gjere det lettare å innføre nye rutinar. Sjukepleiaren kan innhente kompetanse hos andre fagpersonar og det kjem fram av oppgåva at eit tverrfagleg samarbeid med lege, ernæringsfysiolog, tannlege og andre fagpersonar kan vere naudsynt for å løyse pasientanes ernæringsproblem.

Energitett kost, næringsdrikkar og mellommåltid kan auke næringsinntaket for dei som et lite. Sjukepleiaren må òg leggje til rette for eit godt måltidsmiljø og leggje til rette for den enkelte pasient i spisesituasjonen. Miljøet rundt måltida har betydning for pasientens matlyst og næringsinntak og at sjukepleiarane legg til rette for dette kan gjere at pasientane et betre og samtidig får tilfredsstilt sosiale behov. Å legge til rette for pasientane i måltidssituasjonen er òg viktig for dei som har aldersforandringar som gjer det vanskeleg for dei å ete.

Bibliografi

- Aagaard, H. (2010, mars 26). Mat og måltider på sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien forskning*, 5(1), ss. 36-43. doi:10.4220/sykepleienf.2010.0023
- Brodtkorb, K. (2016). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 301-315). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). Den litterære oppgaven. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 206-215). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 50-61). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 148-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Grov, E. K., & Holter, I. M. (Red.). (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 265-283). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 03). PICO. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering>
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. (1993). *ICN Sykepleiens Grunnprinsipper*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Jacobsen, E. L., & Bye, A. (2015). Ernæring. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 619-673). oslo: Cappelen Damm AS.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2016). *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den geriatriske pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kuven, B. M., & Giske, T. (2018, Januar 22). *Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringsstilstanden til sykehjemspasienter*. doi:10.4220/Sykepleienf.2017.64510
- Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Mahadevan, M., Feldman, C. H., Hartwell, H. J., Ruzsilla, J. A., & Raines, E. R. (2014). "Assisted-living elderly and the mealtime experience". *Journal of human nutrition and dietetics*, 27(2), ss. 152-161. doi:10.1111/jhn.12095
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 119-141). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Melheim, B., & Sandvoll, A. (2017, Desember 20). *Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast*. doi:10.4220/Sykepleienf.2017.64708
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Sortland, K. (2015). Eldre og ernæring. I K. Sortland, *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5. utg., ss. 139-152). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Suominen, M. H., Sandelin, E., Soini, H., & Pitkala, K. H. (2009). How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European journal of clinical nutrition*, 63(2), ss. 292-296. doi:10.1038/sj.ejcn.1602916