



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Forebygging av underernæring hos eldre

Prevention of undernutrition among elderly

**Kandidatnummer: 141**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialfag

Innleveringsdato: 07/12/20

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, § 12-1.

## **Sammendrag**

**Tittel:** Forebygging av underernæring hos eldre.

**Bakgrunn for valg av tema:** Underernæring er et utbredt problem blant eldre sykehjemsbeboere. Det er kjent at underernæring fører med seg økt risiko for død og komplikasjoner. Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om ernæring og hvordan man kan forebygge underernæring.

**Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre som bor på sykehjem?».

**Metode:** Dette er en litteraturstudie der eksisterende forskning og faglitteratur er brukt for å svare på en problemstilling.

**Funn og konklusjon:** Ernæringskartlegging og regelmessig veiing er to gode tiltak for å forebygge underernæring. Dette fordi da kan man lettere oppdage de som er i ernæringsmessig risiko og sette i gang passende tiltak for å forebygge underernæring. Dette blir dessverre ikke alltid gjort i praksis. Mange sykepleiere begrunner dette med manglende kunnskap. Ved å løfte kunnskapsnivået om ernæring kan underernæring forebygges. I tillegg kan det å øke bevisstheten blant sykepleiere om de nasjonale retningslinjene for ernæringsarbeidet som Helsedirektoratet har utformet være et godt tiltak. Disse retningslinjene kan bidra til at arbeidet blir mer systematisk gjennomført og være til god hjelp i praksisen.

Det er viktig at sykepleier har kunnskap om den enkelte sitt behov og om hvordan aldersforandringer spiller inn på måltidsituasjonen, slik at pasientene får den maten og hjelpen de trenger. Det å imøtekomme pasientene sine ønsker om hva de skal spise er et viktig tiltak som kan være med på å øke matinntaket.

**Nøkkelord:** Underernæring, ernæringskartlegging, eldre, sykehjem og forebygge.

## **Abstract**

**Title:** Prevention of undernutrition among elderly.

**Background:** Undernutrition is widespread among elderly nursing home residents. It is well known that undernutrition leads to increased risk of death and complications. The purpose of this study is to gain more knowledge about nutrition and how to prevent undernutrition.

**Research question:** “How can a nurse help prevent undernutrition in the elderly living in nursing homes?”.

**Method:** This is a literature review where existing research and literature were used to answer the problem to be addressed.

**Findings and conclusion:** Nutritional assessment and regular weighing are good measures to prevent undernutrition. This is because it is easier to detect those who are at nutritional risk and initiate proper measures to prevent undernutrition. Unfortunately, this is not always done in practice. Many nurses justify this with a lack of knowledge. It will be easier to prevent undernutrition by raising the level of knowledge. In addition, raising awareness among nurses about the national guidelines for nutrition work that the Norwegian Directorate of Health has formulated, may be a good measure. These guidelines can contribute to the work being carried out more systematically and be of great help.

It is important that nurses have knowledge about the individual patients needs and about how age changes affect the meal situation, so that patients get the food and help they need. Meeting patient’s wishes about what to eat is an important measure that can help increase food intake.

**Key words:** Undernutrition, nutritional assessment, elderly, nursing home and prevention.

# Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	1
1.1.	Bakgrunn for tema. ....	1
1.2.	Hensikt.....	1
1.3.	Problemstilling .....	2
1.3.1.	Avgrensning av problemstilling.....	2
1.4.	Definisjon av begreper .....	2
1.5.	Disposisjon i oppgaven .....	2
2.	Metode .....	3
2.1.	Litteraturstudie som metode .....	3
2.2.	Søkeprosess .....	3
2.3.	Valg av litteratur .....	4
2.4.	Kildekritikk .....	5
3.	Teori. ....	6
3.1.	Virginia Henderson .....	6
3.2.	Aldringsprosessen .....	6
3.3.	Sykepleiernes ansvar i ernæringsarbeidet .....	7
3.4.	Ernæringskartlegging.....	8
3.4.1.	Mini nutritional assesment.....	8
3.4.2.	Regelmessig vektmåling .....	8
3.4.3.	Kostregistrering. ....	9
3.4.4.	Kostanamnese. ....	9
3.5.	Miljøet .....	10
3.6.	Retningslinjer og lovverk.....	10
3.6.1.	Retten til mat.....	10
3.6.2.	Nasjonale retningslinjer. ....	11
3.6.3.	Helsepersonelloven.....	11
3.6.4.	Yrkesetiske retningslinjer .....	11
3.6.5.	Forskrift om en verdig eldreomsorg .....	12

3.6.6.	Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester for tjenesteyting .....	12
3.6.7.	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester .....	12
4.	Funn .....	13
4.1.	Verktøy ved screening av risiko for underernæring .....	13
4.2.	Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. ....	13
4.3.	Insufficient nutritional knowledge among health care workers? .....	14
4.4.	Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary workforce. ....	14
4.5.	Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses	15
4.6.	Exploring residents experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study.	15
5.	Drøfting .....	15
5.1.	Kunnskap om ernæring hos sykepleiere; en viktig forutsetning. ....	16
5.2.	Barrierer- et hinder for ernæringsarbeidet .....	17
5.3.	Ernæringskartlegging .....	18
5.4.	Måltid .....	20
6.	Konklusjon .....	22
7.	Bibliografi .....	24
	Vedlegg 1- Søkeprosess .....	26

# 1. Innledning.

## 1.1. Bakgrunn for tema.

For eldre er underernæring mer utbredt enn blant befolkningen ellers (Thoresen et al., 2019, s. 19). En stor andel av den eldre befolkningen anslås å være underernært der forekomsten på sykehjem varierer mellom 20 og 71%. I tillegg anslås det at 20-78% er i ernæringsmessig risiko (Senter for omsorgsforskning, 2019). Grunnene til at underernæring er såpass utbredt blant eldre kan være blant annet normale aldersforandringer, funksjonssvikt og sykdom (Brodtkorb, 2014, s. 301).

Det å være dårlig ernært byr på større risiko for død og komplikasjoner (Thoresen et al., 2019, s. 19). Blant annet kan underernæring føre til dårligere mental funksjon, redusert lungefunksjon og økt infeksjonshyppighet (Thoresen et al., 2019, s. 101). I tillegg blir mange trøtt og risikoen for fall øker. Postoperative komplikasjoner forekommer oftere og mange har økt antall liggedøgn på sykehus, noe som kan ha økonomiske konsekvenser for samfunnet (Sortland, 2015, s. 166).

Som sykepleier vil du ha et ansvar for å opprettholde god ernæringsstatus blant pasienter. Arbeidet i henhold til ernæring vil bestå av å identifisere, fremme, forebygge og bedre ernæringstilstanden. En god ernæringsstatus vil bidra til en bedre helse (Brodtkorb, 2014, s. 301).

I praksis har jeg opplevd at fokuset på ernæring er begrenset og at pasienter ofte ikke har blitt kartlagt for ernæringsstatus. Jeg har sett at de pasientene som hadde blitt kartlagt til å være i ernæringsmessig risiko ikke hadde en klar og tydelig plan for mat og måltider. Dette gjør at jeg ønsker å få mer kunnskap om ernæring og eldre slik at jeg selv kan nytte kunnskapen i praksis.

## 1.2. Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om ernæring og hvordan sykepleier kan forebygge underernæring ved hjelp av økt kompetanse, å kartlegge pasientene sine for

ernæringsrisiko og å gjøre enkle tiltak i henhold til miljø og måltid.

### 1.3. Problemstilling

Problemstillingen til denne bacheloroppgaven er som følger: «Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre som bor på sykehjem?».

#### 1.3.1. Avgrensning av problemstilling

Problemstillingen avgrenses til eldre over 65 år som har langtidsplass på sykehjem. Jeg har valgt å ikke inkludere diagnoser eller legemidler som vil være med å påvirke matsituasjonen. Fokuset på oppgaven vil være kunnskap om ernæring, ernæringskartlegging og hvordan det kan nyttes for å forebygge underernæring og enkle tiltak i henhold til miljøet og måltid.

### 1.4. Definisjon av begreper

I det følgende vil jeg kort definere sentrale begreper som er brukt i oppgaven:

**Eldre:** WHO definerer eldre som mennesker over 65 år (Sortland, 2015, s. 139).

**Underernæring:** Underernæring innebærer at inntak av næring er mindre enn det en trenger noe som fører til vekttap og redusert muskelmasse (Thoresen et al., 2019, s. 156). Grunnene til at underernæring forekommer er enten fordi behovet for næring øker eller at inntaket minker (Brodtkorb, 2014, s. 306–308). Underernæring utvikler seg over lengre tid der behovet for næring ikke blir oppnådd (Brodtkorb, 2014, s. 302).

**Forebygging:** Å forebygge betyr å hindre sykdom, skade og tidlig død. En skal også bevare helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2014, s. 162).

**Sykehjem:** Sykehjem er en institusjon som har heldøgns helse- og omsorgstjenester. Her oppholder pasientene seg hele døgnet (Hauge, 2014, s. 265).

### 1.5. Disposisjon i oppgaven

Denne bacheloroppgaven består av 6 kapitler; innledning, metode, teori, funn, drøfting og konklusjon. I kapittel 1 har jeg gjort rede for bakgrunn for valg av tema, problemstilling med avgrensning, og definert viktige begrep. I kapittel 2 redegjøres metoden som er benyttet, prosessen for valg av litteratur og forskning, og kildekritikk. I kapittel 3 blir teorigrunnlaget for oppgaven lagt frem. Teorigrunnlaget er litteratur og lovverk. I kapittel 4 fremstilles valgte forskningsartikler som skal nyttes i drøftingen. I kapittel 5 drøftes det i henhold til funnet litteratur og forskning. Oppgaven avsluttes med en konklusjon.

## 2. Metode

### 2.1. Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven vil være en litteraturstudie som vil være basert på allerede eksisterende litteratur og forskning. En metode er en måte å komme frem til ny kunnskap gjennom å løse problemer. Metoden som blir valgt bør være den som best tar for seg problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51). I min oppgave vil jeg bruke relevant teori, forskning og egne erfaringer for å svare på oppgavens problemstilling.

### 2.2. Søkeprosess

For å finne forskningsartikler som var relevante tok jeg i bruk databasene Pubmed og Oria. Dette er databaser som Høgskulen på Vestlandet anbefaler. Oria er en søketjeneste tilhørende universitetene sine bibliotek. Pubmed er en database som blant annet tar for seg sykepleie og medisin. For å finne gode søkeord har jeg tatt i bruk PICO-modellen. Jeg valgte å bruke både engelske og norske søkeord for å få flere relevante funn. For å finne gode alternative søkeord på engelsk, har jeg tatt i bruk Swemed+. Jeg har også etter hvert som oppgaven har utformet seg, brukt søkeord som jeg har sett var gode utfra hvor jeg ville ta oppgaven.

Søkeprosessen tok sted mellom 30/09-20 og 31/10-20. Jeg leste gjennom flere utdrag til å begynne med. Deretter valgte jeg flere artikler som jeg leste igjennom. Videre valgte jeg 6 artikler som jeg ønsket å inkludere i oppgaven.



I Oria brukte jeg søkeordene «eldre» og «underernæring». Her krysset jeg av for fagfellevurderte tidsskrift. Jeg fikk totalt 23 treff, og valgte treff 1; «Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre» (Gjerlaug et al., 2016).

Ved neste søk i Oria benyttet jeg søkeordene «mat» og «sykehjem». Denne gangen krysset jeg også av for fagfellevurderte tidsskrift. Jeg fikk totalt 78 treff hvor jeg valgte treff nummer 2; «Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse» (Aagaard, 2010).

I Pubmed søkte jeg på «nutrition» og «nursing home». Jeg fikk totalt 3943 treff og valgte treff 2: «Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary workforce» (Håkonsen et al., 2019).

Neste søk i Pubmed ble søkeordene «mealtime», «experience» og «nursing home» brukt. Her fikk jeg 86 treff og valgte treff 17: «Exploring residents experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study» (Watkins et al., 2017).

Videre i Pubmed ble søkeordene «insufficient knowledge», «nutrition» og «healthcare worker» nyttet. Det var totalt 89 treff der treff 1 ble valgt: «Insufficient nutritional knowledge among health care workers?» (Mowe et al., 2008).

Siste søk ble også gjennomført i Pubmed. Søkeordene som jeg benyttet meg av var «barriers», «nutritional care» og «older people». Totalt fikk jeg 130 treff og treff nummer 12 ble valgt: «Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses» (Eide et al., 2015).

Vedlegg 1 viser selve søkeprosessen min. Jeg har her inkludert dato for søk, database, søkeord, avgrensninger, antall treff og hvilket treff som ble valgt.

### 2.3. Valg av litteratur

Til å begynne med leste jeg igjennom pensum til både bacheloroppgaven og andre fag jeg har hatt i løpet av studie, og som jeg anså som relevant for oppgaven. Pensumlitteratur er litteratur som er anbefalt til sykepleierutdanningen. Jeg valgte litteratur som er fra nyere dato. I tillegg til å ta i bruk pensumlitteratur søkte jeg på biblioteket sine nettsider for å finne

bøker som omhandlet ernæring. Dette gjorde jeg da mange av pensumbøkene omhandlet mange forskjellige tema og hadde kun et lite kapittel om ernæring.

I tillegg til faglitteratur har jeg tatt i bruk Lovdata som referanse. Dette fordi lovverk er svært relevant i helse- og omsorgssektoren. Jeg har benyttet meg av nettsider som Helsebiblioteket og Regjeringen for å få frem det fagpolitiske med oppgaven.

#### 2.4. Kildekritikk

Kildekritikk handler om å finne litteratur som best belyser problemstillingen din og å gjøre rede for litteraturen som har blitt brukt. En må grunngi hvorfor en har valgt litteraturen og hvordan man har kommet frem til litteraturen (Dalland, 2017, s. 152).

Jeg har brukt pensumlitteratur og fagbøker som jeg har funnet frem til på biblioteket sine nettsider. Jeg har valgt et bredt utvalg av bøker da jeg mener dette vil være med på å besvare problemstillingen min best mulig.

Forskningsartikler har jeg funnet frem til ved å bruke databaser som høyskolen anbefaler, og jeg anser de dermed som troverdig. Forskningsartiklene er fagfellevurdert og nytter IMRAD-strukturen. Dette er en struktur som er mye brukt i forskningsartikler og som består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon. En slik struktur gjør det enklere å få oversikt over artikkelen (Dalland, 2017, s. 163).

Jeg har brukt artikler som både er nasjonale og internasjonale. Ved å gjøre dette får jeg et bredere perspektiv. Ved å bruke artikler som er skrevet på engelsk er det en mulighet for at det har vært noen mistolkninger av det som er skrevet. For å få forståelse av enkelte termer som er brukt har jeg tatt i bruk en ordbok for å oversette. Det er også mulig at jeg har tolket norske artikler og fagstoff feil sammenlignet med det som var intendert.

Under søk etter forskningsartikler var jeg helst ute etter forskning som var gjort på sykehjem. Jeg har valgt en forskningsartikkel som tar utgangspunkt på et sykehus. Dette fordi jeg syntes den kan være med på å besvare min problemstilling. Forskningsartikkelen fokuserer en del på generelle oppfatninger blant sykepleiere som kan bli videreført på tvers av arena.

Jeg har valgt en forskningsartikkel som tar for seg både sykepleiere og leger, og deres kunnskap i henhold til ernæringspraksisen. Det finnes ikke et klart skille i resultatet for sykepleiere og leger, men det er presentert samlet. Det er derfor en svakhet i og med at min bacheloroppgave tar utgangspunkt i sykepleier.

En artikkel jeg har valgt har tatt i bruk sykehjemslederne sine meninger om maten som blir servert til pasientene. Det kan være en svakhet i og med at man ikke kan være helt sikker på at svarene var pålitelige da de kan ha svart mer strategisk enn det den faktiske situasjonen er.

I hovedsak ønsket jeg forskning som var maksimum 10 år gammel. Allikevel gjennomførte jeg noen søk uten denne begrensningen. Jeg kom da over en artikkel som er skrevet i 2008 og som jeg anså som svært relevant for min oppgave. Denne forskningsartikkelen støttet opp under annen forskning jeg allerede hadde funnet, og jeg valgte derfor å inkludere den i oppgaven til tross for at den var 12 år gammel.

### 3. Teori.

Her presenteres teoretiske og faglige bidrag som er lagt til grunn for videre drøfting.

#### 3.1. Virginia Henderson

Virginia Henderson definerte sykepleieren sin funksjon som å bestå av å hjelpe både syke og friske mennesker til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (Holter, 2011, s. 142–143). Hun mente at formålet til sykepleierne er å ivareta grunnleggende behov. Sykepleier skal hjelpe pasienten med helsefaglige utfordringer de måtte ha, samt at en skal tilrettelegge for at pasienten best mulig klarer seg selv. Hun har satt opp 14 komponenter som hun mener beskriver de grunnleggende behovene, hvor et av de innebærer det å spise og drikke tilstrekkelig (Mathisen, 2011, s. 155–166).

#### 3.2. Aldringsprosessen

Etter hvert som man blir eldre, vil man oppleve det man kaller aldersforandringer. Dette innebærer forskjellige biokjemiske og fysiologiske endringer som kan være med på å påvirke hvor mye man spiser og behovet man har for energi og næringsstoffer. Noen av disse aldersforandringene er deriblant at mange får dårlige tenner og tannproteser. I tillegg vil smaks- og lukteceller reduseres slik at mat vil lukte og smake mindre. Mange vil ha vansker med å svelge grunnet at spyttsekresjonen minsker. Tørstefølelsen vil reduseres noe som resulterer i at eldre vil drikke for lite. Ensomhet eller nedstemthet er vanlig å kjenne på for eldre. Dette påvirker matlysten negativt (Thoresen et al., 2019, s. 99–100).

De fleste eldre har redusert energibehov imens behovet for vitaminer, mineraler og fiber vil være det samme. Man må dermed spise mindre, men allikevel tilstrebe å få nok næringsstoff (Thoresen et al., 2019, s. 100). Eldre bør ha høyere kroppsmasseindeks enn yngre. Dette handler om at de har mer fettvev. KMI mellom 24 og 27 anses som normale verdier for eldre (Brodtkorb, 2014, s. 304).

### 3.3. Sykepleiernes ansvar i ernæringsarbeidet

Som sykepleier vil man ha et stort ansvar i ernæringsarbeidet. En skal kartlegge og forbedre ernæringsstatusen til pasientene sine. Man har også ansvar for å veilede andre helsefaglige grupper slik at det daglige arbeidet med matserving blir gjennomført på en god måte (Brodtkorb, 2014, s. 304). En del av sykepleierens arbeid handler om å samle data for hvor mye pasienten får i seg av mat og drikke. Ut ifra det en finner fra datasamlingen skal man deretter ta ansvar for at pasienten sin ernæring er god nok. Videre skal man fortsette å følge med på dette samt dokumentere det. Sykepleier skal ernærings kartlegge pasientene sine og om nødvendig lage en ernæringsplan (Thoresen et al., 2019, s. 20–21).

På sykehjem vil sykepleieren ha ansvar for at hver beboer får ernæring som er tilpasset dem. Dette innebærer å kunne tilpasse måltidsrytmen, mengden, bestille spesialkost, å endre konsistens eller å hjelpe pasienten under måltid (Thoresen et al., 2019, s. 27).

En viktig faktor for at behovene til pasientene skal bli dekket, er tilstrekkelig kunnskap. Når det gjelder ernæringsarbeidet handler dette om å ha kunnskap om ernæringsbehov, konsekvenser av underernæring, komponenter i ernæringen til pasientene og det å

administrere ernæring. Det er viktig at sykepleieren forstår og har innsikt i det at ernæring er utrolig viktig og at det er en oppgave som sykepleier er ansvarlig for (Stubberud et al., 2016, s. 18).

### 3.4. Ernæringskartlegging

Ernæringskartlegging vil si å finne ut av hva ernæringsstatusen til pasienten er ved å samle inn data og analysere dem (Thoresen et al., 2019, s. 131). Ernæringsstatus er summen av tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer. Når man kartlegger, vil man finne ut om en pasient er i fare for eller har utviklet et ernæringsproblem. Ernæringskartlegging bør være rutine på institusjoner som har eldre som pasienter, og det skal være en del av inntakets. For å identifisere pasienter som er i ernæringsmessig risiko eller som er underernærte kan man bruke forskjellige verktøy (Brodtkorb, 2014, s. 303–304). Deriblant er MNA et godt validert verktøy. Formålet til kartleggingen er å finne ut hvilke problemer som krever oppfølging og mer kartlegging (Senter for omsorgsforskning, 2019).

#### 3.4.1. Mini nutritional assesment

Mini nutritional assesment, MNA er et verktøy som ofte brukes for å kartlegge eldre over 65 år sin ernæringsstatus. Dette verktøyet nyttes for å kartlegge årsaker til underernæring. Noe av det en bruker for å kartlegge er vekt og høyde (Brodtkorb, 2014, s. 304). Verktøyet består av to deler. Første del inneholder noen spørsmål der svarene vil utgi en viss poengsum. Om poengsummen på del 1 er 11 eller under må man gjennomføre del 2 også. Spørsmålene på del 2 innebærer blant annet boforhold, medisiner og matinntak. En total poengsum på under 17 tilsier at pasienten er underernært. Poengsum mellom 17 og 23,5 vil si at pasienten er i ernæringsmessig risiko (Thoresen et al., 2019, s. 163). MNA-SF er kortversjonen til dette verktøyet der man bare tar for seg første halvdel av skjemaet. MNA-SF-CC er et alternativ i tilfeller der det ikke er mulig å regne ut BMI. Da måler man leggkretsens til pasienten istedenfor å ta vekten (Gjerlaug et al., 2016).

#### 3.4.2. Regelmessig vektmåling

Underernæring er en tilstand som vil utvikle seg over tid. Ofte kan det være vanskelig å oppdage at pasienten er i ernæringsmessig risiko før det har gått så langt som at pasienten er underernært. En god metode for å følge med på pasienten sin ernæringsstatus er å måle vekten til pasienten jevnlig. Om pasienten har gått ned i vekt, må man vurdere vekttapet i forhold til opprinnelig vekt. Man kan godt regne ut hvor mange prosent pasienten har gått ned i vekt. En bør også vurdere tiden det har gått mellom målingene, altså hvor raskt pasienten har tapt vekt. På sykehjem bør pasienter måles minimum en gang i måneden. Om pasienten er kartlagt til å være i ernæringsmessig risiko bør en vurdere hyppigere målinger (Brodtkorb, 2014, s. 302–303).

#### 3.4.3. Kostregistrering.

Kostregistrering vil si å registrere alt pasienten spiser og drikker. Denne registreringen kan skje over en eller flere dager. Alt som pasienten får i seg både ved måltid og som mellommåltid må tas med. For at den skal ha en verdi må den bli gjennomført nøyaktig, noe som innebærer at man må beskrive presist hva pasienten spiser. I etterkant av registreringen skal opplysningene vurderes og summeres. Energi- protein- og væskeinntak skal tas med i denne summeringen. En må vurdere summen opp mot det som er beregnet at pasienten trenger (Helsedirektoratet, 2016, s. 87).

#### 3.4.4. Kostanamnese.

Kostanamnese er en samtale med pasienten der man skal kartlegge hva pasienter får i seg av mat og drikke en vanlig dag. En tar også med i beregningen om det har skjedd endringer den siste tiden. Man kartlegger måltidsrytme, matvarevalg og hvor store porsjoner pasienten spiser. Det er foretrukket å bruke åpne spørsmål slik at pasienten kan fortelle selv. For pasienter som ikke klarer å gi tilstrekkelige svar kan familie supplere. Meningen med kostanamnesen er å sikre seg relevante opplysninger slik at man kan best mulig tilrettelegge måltidene. I tillegg kan det bli nyttet som bakgrunnsinformasjon for å gjennomføre kostrådgivning og ernæringsterapi (Helsedirektoratet, 2016, s. 87).

### 3.5. Miljøet

En del av det å spise handler om miljøet rundt matbordet. Det spiller en rolle hva vi spiser, hvem vi spiser med og hvor vi spiser. Om måltidene innehar en god atmosfære kan dette bidra til at man spiser bedre. På en institusjon vil det være sykepleier eller annet helsepersonell sin oppgave å skape et godt miljø rundt matbordet. Da må man tenke over hvilke pasienter som skal sitte sammen. Det er viktig at pasientene skal få være med å påvirke her. I enkelte tilfeller kan man heller velge å ha mindre grupper og plassere sammen pasienter som har tilnærmet likt funksjonsnivå. Enkelte pasienter har et ønske om å spise alene eller inne på rommet sitt noe som en bør respektere. Hos de som kjenner seg ensom kan det å spise sammen med andre øke matlysten. Morgenstell bør gjennomføres før frokost om mulig, da det for mange spiller en rolle å kjenne seg stelt ved frokostbordet. De som har tannproteser, må få disse inn før mat. Det bør vurderes å gi de som er plaget med kvalme kvalmestillende før måltid (Brodtkorb, 2014, s. 308–309).

Mennesker har ofte en preferanse når det kommer til mat og måltider. I en institusjon blir det lagt opp til at måltidene skal være næringsrike. Det er allikevel viktig at man tar høyde for de ønskene pasienten selv har. Det kan være aktuelt å la de få være med på å tilberede maten og å kunne få komme med ønsker til menyen. Under måltid kan det å få forsyne seg selv være appetittøkende. Det å få noe valgfrihet kan være med på å øke næringsinntaket. Å hjelpe pasientene opp i en god sittestilling er utrolig viktig. Dersom de sitter fremoverlent kan dette gi en ureell metthetsfølelse (Sortland, 2015, s. 146–147).

### 3.6. Retningslinjer og lovverk

#### 3.6.1. Retten til mat

I Norge skal alle som mottar offentlige tjenester få nødvendig hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov. Retten til mat innebærer nok og trygg mat. Myndighetene skal legge til rette for at institusjonaliserte mennesker skal få et fullgodt kosthold. Den som har ansvar for mattilbud, måltider og oppfølging av ernæring skal gjøre seg kjent med målgrupper og hver enkelt pasient (Helsedirektoratet, 2016, s. 17).

### 3.6.2. Nasjonale retningslinjer.

Helsedirektoratet har kommet med noen nasjonale retningslinjer i henhold til forebygging og behandling av underernæring. Dette for å sikre at det er god kvalitet på ernæringsarbeidet. De viser til at det er fire tiltak som vil hjelpe mye i arbeidet med forebygging og behandling av underernæring. Disse fire tiltakene er å vurdere pasienter sin ernæringsstatus, å gi personer målrettet ernæringsbehandling, dokumentere ernæringsstatus og tiltak, og å videreformidle til neste omsorgsnivå. Det er viktig med kompetanse, ledelsesforankring, definerte ansvarsforhold og samhandling (Helsedirektoratet, 2009, s. 3).

Retningslinjene viser til at pasienter på sykehjem skal kartlegges for ernæringsmessig risiko ved innleggelse. Etter dette skal det foretas en ny kartlegging månedlig eller oftere/sjeldnere dersom det er faglig begrunnet. De anbefaler deriblant ernæringsverktøyet MNA (Helsedirektoratet, 2009, s. 8). Dersom en pasient blir kartlagt til å være underernært eller i ernæringsmessig risiko så skal det utarbeides en ernæringsplan. Det skal dokumenteres ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Ernæringsplanen skal vurderes en gang i måneden på sykehjem (Helsedirektoratet, 2009, s. 24).

### 3.6.3. Helsepersonelloven

Helsepersonelloven er med på å gi sikkerhet til pasienter og sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Den skal være med på å skape tillit til helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell. Arbeidet skal gjennomføres med faglig forsvarlighet og være omsorgsfull. Om pasienten har særlige behov, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999, §1, 4).

### 3.6.4. Yrkesetiske retningslinjer

Norsk sykepleieforbund har utarbeidet noe som kalles yrkesetiske retningslinjer. Tillit, respekt, integritet, menneskeverd og ansvar er grunnlaget til disse retningslinjene. Retningslinjene tar for seg både samspillet til sykepleier med for eksempel pasienter, pårørende, arbeidsstedet og kollegaer (Brodtkorb, 2011, s. 314–315). Sykepleie skal være kunnskapsbasert og bygge på elementer som barmhjertighet, omsorg og respekt for



menneskerettighetene (Brodtkorb, 2011, s. 315). Noen av punktene sier noe om at arbeidet skal være helsefremmende og forebygge ytterligere sykdom. En sykepleier har ansvar for å utforme og gjennomføre en praksis som er faglig forsvarlig, god og omsorgsfull (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

De yrkesetiske retningslinjene trekker også frem at som sykepleier har man et ansvar for at praksisen er faglig forsvarlig. Som sykepleier skal man holde seg oppdatert når det kommer til det faglige, og bidra til at ny kunnskap blir brukt i praksis. I tillegg har ledere ansvar for å tilrettelegge for fagutvikling (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

#### 3.6.5. Forskrift om en verdig eldreomsorg

Eldreomsorgen skal legges til rette slik at alderdommen skal være verdig, trygg og meningsfull. Dette gjelder eldreomsorg som blir utøvd i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven. Det skal bli tilrettelagt for et variert, tilstrekkelig kosthold, og eldre skal få tilpasset hjelp ved måltider (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, § 1, 3).

#### 3.6.6. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester for tjenesteyting

Forskriften sitt formål er at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester skal få ivaretatt grunnleggende behov. Arbeidet skal gjennomføres med respekt for autonomi, egenverd og livsførsel. Forskriften gjelder alt av pleie- og omsorgstjenester gjennomført av kommunen, og er gjeldende uavhengig av hvilken arena man er i. Et av de grunnleggende behovene som pasientene skal få dekket er behov i forhold til ernæring. Pasientene skal få tilstrekkelig mat og drikke. Kosten skal være variert og helsefremmende, og det skal være mulighet for å velge selv hva man vil spise. De skal få tilpasset hjelp ved måltid og tid og ro til å spise (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1, 2, 3).

#### 3.6.7. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Loven sier blant annet noe om at helse- og omsorgstjenester innad i kommunen skal fremme

helse og forsøke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemene. I tillegg skal de ulike arenaene som utøver helse- og omsorgstjenester, bli tilrettelagt slik at det er tilstrekkelig fagkompetanse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3, 4-1).

## 4. Funn

Her presenteres forskning som vil være med på å bidra til å besvare min problemstilling.

### 4.1. Verktøy ved screening av risiko for underernæring

Denne studien er en kvantitativ litteraturstudie der hensikten var å identifisere verktøy som kan benyttes for å oppdage ernæringsmessig risiko hos pasienter på langtidsavdeling på sykehjem og i hjemmesykepleien.

Forskningen fant fire ulike verktøy for å kartlegge ernæringsstatus; MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI. Det verktøyet som var validert flest ganger var MNA-SF. Forskningen kom frem til at det verktøyet som viste seg å være det beste for å identifisere ernæringsmessig risiko på langtidsavdeling på sykehjem og i hjemmesykepleien, var MNA-SF (Gjerlaug et al., 2016).

### 4.2. Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse.

Denne studien er en kvantitativ tversnittundersøkelse der alle lederne på sykehjem i Norge fikk invitasjon til å være med på å besvare et spørreskjema med svaralternativer. 64% av sykehjemsledere svarte på spørreskjemaet. Hensikten til studien var å beskrive hvordan ledere av sykehjem vurderer maten som beboerne får servert, antall måltider, tidspunkt for servering og rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet.

De fleste lederne som svarte, var i stor grad fornøyd med maten som ble servert. Studien påpeker at det er nødvendig med nasjonale retningslinjer for kartlegging av ernæringsstatus. Kun 15% av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for kartlegging av ernæringsstatus, og det er tydelig at lederne mener at personalet trenger mer kunnskap om ernæring på sykehjem (Aagaard, 2010).

#### 4.3. Insufficient nutritional knowledge among health care workers?

I denne studien ble det benyttet en spørreundersøkelse som tok for seg forskjellige aspekter av ernæringspraksisen. Hensikten var å studere leger og sykepleiere sin selvrapporterte kunnskap i ernæringspraksis med fokus på ESPEN retningslinjer i ernæringskartlegging, evaluering og behandling.

Forskningen kom frem til at den mest vanlige årsaken til utilstrekkelig ernæringspraksis var mangel på kunnskap om ernæring. 25% svarte at de syntes det er vanskelig å identifisere underernærte pasienter, 39% manglet teknikker for å identifisere underernærte, 53% synes det var vanskelig å finne ut hva energibehovet til pasienten var og 66% svarte at det var mangel på nasjonale retningslinjer for klinisk ernæring. De som svarte at ernæringskunnskapen deres var god, hadde også bedre ernæringspraksis (Mowe et al., 2008).

#### 4.4. Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary workforce.

Denne studien er en studie der 14 helsepersonell ble intervjuet i to fokusgrupper. Intervjuene ble analysert ved å bruke en kvalitativ tilnærming. Hensikten til forskningen var å undersøke hvordan forskjellige helsepersonell ser sin egen kompetanse i henhold til ernæring og dokumentasjon, og hvordan organisatoriske strukturer påvirker deres daglige arbeid og kvaliteten på den.

Det ble identifisert seks kategorier. Disse seks kategoriene er som følger: mangel på ensartet og systematisk kommunikasjon, erfaringsbasert kunnskap kan påvirke avgjørelser, forskjellige holdninger, forskjeller i organisatorisk kultur, mangel på tydelig ernæringsmessig omsorgsansvar og mangel på prioritering av ernæringsarbeidet. Disse seks kategoriene gjør at det blir ulikheter i kvaliteten på arbeidet som blir gjort. Fra helsepersonellens synspunkt ville det vært enklere å gjennomføre dersom de har ressurser og tid til det. I tillegg vil avgjørelser bli kompromittert grunnet upresist og uklart språk, samt mangel på retningslinjer for utførelsen (Håkonsen et al., 2019).

#### 4.5. Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses

Denne studien ble gjennomført ved at 16 sykepleiere som jobbet på et stort universitetssykehus i Norge ble intervjuet i fire fokusgrupper. Sykepleierne ble rekruttert fra syv somatiske avdelinger der mange pasienter var over 70 år. Hensikten var å identifisere hva sykepleiere opplevde som barrierer til å sikre adekvat ernæringsmessig pleie for underernærte hospitaliserte eldre.

Studien identifiserte fem tema som skapte barrierer for å kunne gi adekvat ernæringspleie til underernærte eldre. Disse fem temaene var ensomhet i ernæringsarbeidet, behov for økt kompetanse, lite fleksibilitet i matservering, systemmangel i ernæringspleie og at ernæringspleie blir ignorert. Resultatene tilsier at ernæringspraksisen blir begrenset grunnet struktur og organisasjon av sykehuset, men at det også handler om kompetansen til sykepleierne. Barrierene bidrar til at de pasientene som er underernært ikke blir identifisert og derav ikke behandlet ordentlig (Eide et al., 2015).

#### 4.6. Exploring residents experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study.

Denne studien er en kvalitativ studie der det ble gjennomført intervjuer med 11 beboere fra 4 sykehjem sørvest i England. Intervjuene ble supplert med forskernes observasjoner rundt måltidet. Hensikten til studien var å oppnå innsikt i pasienter sin opplevelse ved matsituasjoner og utforske problemer som kan påvirke fornøyelsen ved måltid.

Studien kom frem til at måltidsituasjoner er viktig i livet som sykehjemsbeboere. Om vi forstår hvordan beboerne kommuniserer med hverandre og tilpasser oss deres preferanser samt fokuserer på pasientens autonomi, kan dette bidra til å forsterke deres opplevelse ved måltid. Det kan også bidra til å gjøre overgangen fra å bo hjemme til å bo på sykehjem enklere (Watkins et al., 2017).

## 5. Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte teori og forskning i lys av min problemstilling; Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre som bor på sykehjem. Jeg vil ta for meg noen hovedelementer; kunnskap, ernæringskartlegging, barrierer og måltid.

### 5.1. Kunnskap om ernæring hos sykepleiere; en viktig forutsetning.

Helt siden 1970 har politiske dokument her i Norge trukket fram at det er nødvendig med økt kunnskap om ernæring i helsesektoren. Det menes at det er mangel på ordentlig undervisning om ernæring på studier som sykepleien. Det er alarmerende at ernæring får så lite fokus. Dette begrunnes med at det er bevist at ernæring henger sammen med behandlingsutfall (Eide et al., 2015).

Studien til Mowe (2008) viste at den mest vanlige årsaken til utilstrekkelig ernæringspraksis var mangel på kunnskap om ernæring. I studien til Aagaard (2010) kom det frem at hele 80% av lederne ved sykehjem mente at personalet hadde for lite kunnskap om ernæring. Spesielt ble det trukket frem at de hadde for lite kunnskap om hvilken mat og hvor mye som bør serveres til eldre og syke, særlig til de som spiser lite. I studien til Mowe (2008) kommer det frem at kunnskap og ernæringspraksisen henger sammen. Blant de som rapporterte at de hadde lite kunnskap om ernæring, kom det hyppigere frem at de syntes det var vanskelig å identifisere underernærte pasienter, at det var mangel på teknikker eller verktøy, og at det var vanskelig å organisere ernæringspraksisen.

På et sykehjem er det ikke bare sykepleiere som arbeider, men også assistenter og helsefagarbeidere. Forskningen til Aagaard (2010) viser til at personal på sykehjem på generell basis ikke har nok kunnskap om ernæringsarbeidet. Det er da viktig at sykepleieren ser sitt ansvar med å veilede andre helsefaglige grupper slik at matservingen blir gjennomført på en god måte (Brodtkorb, 2014, s. 304).

Det er nedskrevet i lovverk at arbeidet i helsetjenestene skal utføres med faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §4). Som sykepleier er man pliktig til å holde seg faglig oppdatert, samtidig som at ledere av sykehjem har et ansvar for å tilrettelegge for muligheten til faglig utvikling (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det er derfor viktig at

kunnskapen om ernæring blant sykepleiere bli styrket slik at ernæringspraksisen utøves faglig forsvarlig.

Det at tjenestene skal være faglig forsvarlig, innebærer at sykepleiepraksisen skal være kunnskapsbasert. I ernæringsarbeidet betyr det at praksisen skal ta utgangspunkt i nasjonale retningslinjer (Thoresen et al., 2019, s. 29). I 2009 kom Helsedirektoratet med nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009). Allerede i 2008 så Mowe (2008) behovet for nasjonale retningslinjer. Det er derfor positivt at Helsedirektoratet kom med disse retningslinjene året etter denne artikkelen ble skrevet. Disse retningslinjene skulle bidra til å sikre god

kvalitet i ernæringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2009). Til tross for dette påpeker Aagaard (2010) i en artikkel som kom etter retningslinjene var publisert, at det var behov for nasjonale retningslinjer. Nyere forskning viser at retningslinjene ikke alltid blir nyttet i praksis, der mange utgir at de ikke kjenner til disse retningslinjene (Eide et al., 2015). Dette viser bare at det er nødvendig å implementere retningslinjene i de ulike helsetjenestene, og å gjøre sykepleiere oppmerksom på at de eksisterer.

## 5.2. Barrierer- et hinder for ernæringsarbeidet

Sykepleiere gir uttrykk for at de kjenner seg ensom i ernæringsarbeidet, og at de opplever mangel på støtte fra andre kollega som leger og ernæringsfysiologer. De mente at det ikke var klart definert hvem ansvaret for ernæring stod på (Eide et al., 2015). Teori trekker gjentatte ganger frem at sykepleierne er de som er nærmest pasientene, og at de derfor har et stort ansvar for ernæringsarbeidet (Thoresen et al., 2019, s. 20). Virginia Henderson mente også det at å kunne spise og drikke tilstrekkelig er et av de 14 grunnleggende behovene et menneske har og som sykepleier er ansvarlig for å ivareta (Mathisen, 2011, s. 156). En mangel på tydelige ansvarsoppgaver vedrørende ernæring betyr egentlig at det er ingen som er ansvarlig for pasienten sin ernæring. Dette resulterer i at det er større sjanse for at underernæring ikke blir oppdaget og forblir ubehandlet (Eide et al., 2015). Det er derfor viktig at sykehjem klargjør hvem ansvaret ligger på og at sykepleiere er bevisst på sitt ansvar i ernæringspraksisen slik at arbeidet blir gjennomført hensiktsmessig.

Systemmangel i ernæringspleie er en stor barriere for arbeidet. Dette går ut på at systematisk ernæringskartlegging er ikke godt nok innlemmet i daglige rutiner, og ernæringsbehandling blir kun innledet innimellom. Det blir ifølge forskning oftere nyttet kliniske observasjoner enn verktøy for å identifisere underernærte. Dette gjorde at ofte ble kun de som var tydelig underernært eller de med lavt matinntak, identifisert (Eide et al., 2015). Dette viser til at det er nødvendig for ledelsen å klargjøre hvordan ernæringsarbeidet skal gå frem. Nasjonale retningslinjer er et godt verktøy som bør tas i bruk som en veileder for ernæringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2009). Retningslinjene kan være med på å sikre at den beste praksisen blir gjennomført (Eide et al., 2015).

Ernæring får ofte lite oppmerksomhet i en hektisk hverdag (Eide et al., 2015). Manglende oppmerksomhet blant helsepersonell kan være med på å bidra til at underernæring får utvikle seg (Senter for omsorgsforskning, 2019). I forskningen til Eide (2015) kom det frem at sykepleiere synes det er vanskelig å prioritere ernæring grunnet stor arbeidsmengde. Det har også kommet frem at mange ignorerer underernæring. Dette til tross for at det er bevist at underernæring øker risikoen for død og komplikasjoner (Thoresen et al., 2019, s. 19). Det er derfor nødvendig at sykepleiere få kunnskap om hvor viktig ernæring er slik at det blir mer prioritert i hverdagen.

### 5.3. Ernæringskartlegging

På helsebiblioteket sine nettsider blir det nevnt noen tiltak som kan forebygge underernæring. Deriblant er det nevnt kartlegging av ernæringsstatus, der MNA blir trukket fram som et godt verktøy. I tillegg blir individuelle tiltak som for eksempel ernæringsplan og å tilpasse etter individuelle forhold ved måltid trukket frem (Senter for omsorgsforskning, 2019).

I henhold til de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring som Helsedirektoratet har utarbeidet, skal alle pasienter som innlegges på sykehjem vurderes for ernæringsmessig risiko. Dette skal gjennomføres ved innskriving, og deretter månedlig (Helsedirektoratet, 2009, s. 8). Retningslinjene er satt opp for å sikre at det er god kvalitet på arbeidet med å forebygge og behandle underernæring. Forskning viser derimot til at det ikke er rutiner for gjennomføring av ernæringskartlegging eller regelmessig

vektttaking til tross for at disse retningslinjene spesifikt trekker frem at pasientene skal ernærings kartlegges (Aagaard, 2010). Generelt sett er underernæring eller ernæringsmessig risiko lite identifisert på sykehjem. Dette har vært med på å bidra til at forekomsten av underernæring har økt (Håkonsen et al., 2019, s. 2).

Som sykepleier vil man være ansvarlig for å følge opp pasienten sin ernæring. Dette ansvaret innebærer deriblant å kartlegge og identifisere pasienter sin ernæringsstatus og deretter sette i verk passende tiltak (Brodtkorb, 2014, s. 301). Det burde derfor være mer fokus på ernæring i praksis, men forskning viser dessverre til at ernæringspraksisen ikke er så god som den burde være. Grunnen til dette er deriblant mangel på kunnskap blant de ansatte (Mowe et al., 2008).

I forskning vises det til at flere ikke kjenner til retningslinjer og hvilke verktøy som anbefales for å kartlegge ernæringsstatus (Håkonsen et al., 2019, s. 2). Helsedirektoratet trekker i de nasjonale retningslinjene frem blant annet MNA som et godt verktøy for å kartlegge ernæringsstatus på sykehjem (Helsedirektoratet, 2009, s. 8). Forskning støtter dette verktøyet, men viser til at ofte kan MNA-SF være et enklere verktøy å bruke på sykehjem (Gjerlaug et al., 2016). Jeg har erfart at arbeidshverdagen på sykehjem ofte er travel. Derfor kan kortversjonen være mer gjennomførbar enn fullversjonen av MNA, da det er mindre tidkrevende. MNA har og en kortversjon som heter MNA-SF-CC. Her byttes BMI ut med leggomkrets (Gjerlaug et al., 2016). Denne kan være enda enklere å gjennomføre, da det i enkelte tilfeller kan være både vanskelig og tidkrevende å få foretatt en vektmåling av en pasient. Denne anbefales derimot bare i tilfeller der det ikke er mulig å måle BMI (Gjerlaug et al., 2016).

En del av det å kartlegge pasientene innebærer å måle vekten deres. Det å veie regelmessig er dessuten en god teknikk for å følge med på vekten til pasienten (Brodtkorb, 2014, s. 302). Studien til Aagaard (2010) viser til at 30% av sykehjemmene svarte at det ikke var vanlig å regelmessig veie pasientene. Underernæring forekommer over tid, og ved å regelmessig veie pasientene kan man oppdage at de er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem (Brodtkorb, 2014, s. 302). Underernæring er ofte ikke synlig før det har blitt et alvorlig problem. Ved å systematisk kartlegge for ernæringsmessig risiko kan man oppdage risiko før det har utviklet seg til å være synlig og alvorlig (Thoresen et al., 2019, s. 160). Dermed kan mangel på å veie



pasientene sin jevnlig, føre til at de utvikler et ernæringsproblem som ikke blir oppdaget i tide, og det kan dermed være vanskeligere å behandle og føre til økt risiko for komplikasjoner og død (Thoresen et al., 2019, s. 19).

Dersom man har kartlagt en pasient til å være i ernæringsmessig risiko skal det lages en individuell plan for ernæring (Sortland, 2015, s. 178). En individuell plan vil bidra til kontinuitet i ernæringsarbeidet vedrørende en spesifikk pasient, og er et godt veiledende verktøy. Som nevnt tidligere er ernæringsmessig risiko lite identifisert på sykehjem ifølge forskning (Håkonsen et al., 2019, s. 2). Dette støttes av en forskning der sykepleiere nevner at de synes det er vanskelig å identifisere eller estimere ernæringsstatus (Eide et al., 2015). Dette gjør at man ikke får satt i verk passende tiltak for pasienten og at individuell ernæringsplan ikke blir utarbeidet.

Det skal være vekt tilgjengelig på alle sykehjem (Sortland, 2015, s. 171). Forskning gjennomført i Norge viser at på 1 av 5 sykehjem må flere avdelinger dele på en vekt (Aagaard, 2010). Forskning viser også til at det er mangel på passende apparat for å måle vekt, og at dette resulterer i at det ble tidkrevende (Eide et al., 2015). Dersom vekt ikke er tilgjengelig på sykehjem, at det ikke finnes passende apparater og det er vanskelig å oppdrive vekt, kan dette føre til at vekten ikke blir tatt regelmessig, eller eventuelt ikke blir tatt i det hele tatt. Dette kan være med på å bidra til at pasienten utvikler et uoppdaget ernæringsproblem, da man ikke får fulgt med systematisk på utviklingen til vekten. Som nevnt tidligere er underernæring vanskelig å oppdage før det har blitt et alvorlig problem.

#### 5.4. Måltid

Det å kunne få velge i henhold til mat og måltid selv, er for mange svært viktig. Eldre har spist mange måltid i løpet av livet sitt og har gjort seg opp en preferanse om hva de foretrekker å spise (Sortland, 2015, s. 146). Derfor er det viktig at sykehjem åpner opp for at pasientene skal kunne få noe valgfrihet når det kommer til måltid. Dette støttes av Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3) der det nevnes at det skal være rimelig valgfrihet når det kommer til mat på blant annet sykehjem. Til tross for dette har det kommet frem at bare 16% av sykehjem har muligheter å velge mellom til middag (Aagaard, 2010).

Sykehjemsbeboere har gitt uttrykk for at de synes det er viktig med individuelle valgmuligheter. De satt pris på å kunne få bestemme hva, når og med hvem de spiste sammen med. Til tross for dette rapporterer de at valgmulighetene var få og at de innså at de ansatte ikke hadde tid nok til å imøtekomme alle beboerne sine behov (Watkins et al., 2017, s. 5). Forskning har vist til at de pasientene som fikk større valgmulighet når det kom til hva de skulle spise, hadde et høyere energiinntak (Aagaard, 2010).

Pasienten skal få variert mat utfra eget ønske (Sortland, 2015, s. 178). I praksis har jeg erfart at pasientene får lagd matkort ved innkomst på sykehjem. Utgangspunktet til disse kortene er det hver enkelt pasient formidler at de liker best. I mange tilfeller blir disse brukt som fasit fremfor å spørre pasienten hva de selv ønsker å spise det aktuelle måltidet. Dette kan føre til lite variasjon i maten, og at matinntaket dermed blir redusert som et resultat av dette.

Det sosiale rundt bordet er viktig (Sortland, 2015, s. 147). Beboere på sykehjem anser måltid som en mulighet til å være i kontakt med andre. Måltidet er grunnlaget for å etablere og vedlikeholde forholdene beboerne imellom. Til tross for dette byr det sosiale rundt bordet på en del problemer (Watkins et al., 2017, s. 4). Det er de ansatte på sykehjemmet som har ansvar for å plassere beboerne ved bordet (Brodtkorb, 2014, s. 309). Det er allikevel viktig at pasienten sine ønsker også blir tatt med til vurdering. I tillegg er det viktig at sykepleier forsøker å plassere de som passer best sammen slik at det gir grunnlag for å starte en sosial interaksjon (Watkins et al., 2017, s. 5).

Mange eldre føler seg ensomme og dette kan påvirke matlysten negativt (Thoresen et al., 2019, s. 100). Derfor kan det å spise sammen med andre bidra til et økt næringsinntak. Til tross for dette er det noen pasienter som selv ønsker å spise alene på rommet (Brodtkorb, 2014, s. 309). I slike tilfeller er det viktig at pasientene selv skal få velge hva de vil. Da bør man heller tilrettelegge slik at man best mulig kan fremme et godt næringsinntak for pasienten på rommet.

Forskning viser til at mange sykehjemsbeboere heller vil sitte sammen med andre beboere i spisestuen. Mange så frem til måltidene, og beskrev det som en opplevelse som ga en god følelse (Watkins et al., 2017). Det er derfor viktig at man tilstreber at flest mulig skal få spise måltidene sine sammen i spisestuen dersom de selv ønsker det. I praksis har jeg erfart at for lite bemanning og tidspress gjør at ikke alle pasientene får spise i spisestuen til tross for

uttrykt ønske om å få gjøre det. Dette fordi at personalet ser det nødvendig å la noen pasienter bli liggende i sengen til frokost eller å ligge noen før kvelds slik at de skal rekke rundt til alle oppgavene de har i løpet av en vakt.

Det å føle seg velstelt betyr mye for mange. Innad i dette inngår det at det er for mange viktig å få gjennomført morgenstell før frokost. Det bør derfor så langt som mulig tilstrebes at pasientene får fullført morgenstell før de skal innta frokost. Dette kan være et tiltak som kan bidra til økt inntak av mat under måltidet (Sortland, 2015, s. 146–147). Tidspress gjør at opptil flere pasienter ikke får gjennomført morgenstellet før frokost.

I retten til mat kommer det frem at fagpersoner som har ansvar for måltid og servering, skal gjøre seg kjent med målgruppe og hver enkelt pasient (Helsedirektoratet, 2016, s. 17). Munn og tenner endrer seg etter hvert som man blir eldre. Mange får dårligere tenner eller færre tenner. Dette gjør at det ikke alltid er like enkelt å spise normal mat. I tillegg må mange få tannprotese. I noen tilfeller er ikke disse godt nok tilpasset (Thoresen et al., 2019, s. 99). Den eldre skal ha kost som er tilpasset deres behov i forhold til tyggefunksjonen. Derfor er det viktig at sykepleieren har den nødvendige kunnskapen om aldringsprosessen og hvilken mat som best egner seg de ulike problemområdene, slik at pasientene får i seg det de trenger av energi, næringsstoff og væske (Helsedirektoratet, 2016, s. 132). Til tross for at Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2016) viser til at fagpersoner skal ha kunnskap om målgruppen, trekker forskning frem at sykepleiere ikke innehar den kunnskap som er nødvendig å ha for å tilpasse mat og måltider til den eldre pasienten (Aagaard, 2010).

Det er viktig at maten som serveres ser god ut og at den er appetittvekkende (Aagaard, 2010). Dette er et viktig tiltak slik at de med dårlig matlyst også har større sjanse til å ønske å spise maten. Forskning viser til at ledere på sykehjem rundt i Norge mener at maten som blir servert er appetittvekkende (Aagaard, 2010).

## 6. Konklusjon

Ernæringskartlegging kan bidra til å forebygge underernæring. Dette fordi ved hjelp av en kartlegging kan man klare å lettere identifisere de som er i risiko for underernæring og

dermed sette i gang passende tiltak. Dessverre viser forskning til at det i praksis ikke alltid blir foretatt en slik kartlegging. Mange sykepleiere begrunner dette med manglende kunnskap og at det ikke finnes skriftligere prosedyrer for gjennomføringen. Mange vet ikke hvilke verktøy som er aktuelle. Ved å løfte kunnskapsnivået på sykehjem i henhold til ernæring ved hjelp av kurs og undervisning, kan underernæring forebygges. Ved å øke bevisstheten om de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring kan dette bli benyttet mer systematisk og være en hjelp til å få gjennomført arbeidet. I tillegg bør enhver institusjon klargjøre hvem ansvaret for ernæring ligger på, slik at arbeidet blir gjennomført hensiktsmessig.

Underernæring forekommer over tid. Det er derfor viktig at man tar seg tid i en travel hverdag til å få gjennomført regelmessig veiing. Dette kan bidra til at risiko for underernæring blir oppdaget og at tiltak blir satt i verk før pasienten er alvorlig underernært og har økt risiko for død og komplikasjoner.

Sykepleier har også et ansvar når det kommer til tilrettelegging av miljøet. Det er viktig at miljøet er innbydende og at atmosfæren er god. Det er viktig at sykepleier har kunnskap om den enkelte sitt behov og om hvordan aldersforandringer spiller inn på måltidsituasjonen, slik at pasientene får den maten og hjelpen de trenger. En bør forsøke å la pasienter på sykehjem få mest mulig valgfrihet. Dette gjelder særlig om hva de skal spise. Ønskene deres bør imøtekommes så fremt det går an, da dette kan bidra til økt næringsinntak. Det å spise sammen med andre kan være et viktig tiltak da det kan bidra til økt næringsinntak.

## 7. Bibliografi

- Brodtkorb, K. (2011). Yrkesetikk. I *Sykepleieboken: 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 306–327). Akribe.
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301–315). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 267). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5–6), 696–706. <https://doi.org/10.1111/jocn.12562>
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 2, 148–156. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265–283). Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)—Lovdata (LOV-2020-06-19-78)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (s. 74). Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* ([Rev. utg.], s. 278). Fagbokforl.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-2019-04-10-11)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Holter, I. M. (2011). Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse. I *Sykepleieboken: 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg., Bd. 1, s. 139–148). Akribe.
- Håkonsen, S. J., Pedersen, P. U., Bygholm, A., Thisted, C. N. & Bjerrum, M. (2019). Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: The self-perceived views of the primary care workforce. *BMC Health Services Research*, 19(1), 642–642. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4450-1>

- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? I *Sykepleieboken: 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg., Bd. 1, s. 149–168). Akribe.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., Irtun, Ø. & The Scandinavian Nutrition group. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 27(2), 196–202. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2007.10.014>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 162–173). Gyldendal akademisk.
- Senter for omsorgsforskning. (2019). *Underernæring og pasientsikkerhet*. Helsebiblioteket.no; Senter for omsorgsforskning. [/omsorgsbiblioteket/pasientsikkerhet/underernaering-og-pasientsikkerhet](https://helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/pasientsikkerhet/underernaering-og-pasientsikkerhet)
- Sortland, K. (2015). *Ernæring: Mer enn mat og drikke* (5. utg., s. 304). Fagbokforl.
- Stubberud, D.-G., Kondrup, J. & Almås, H. (2016). Ernæring ved sykdom. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., Bd. 2, s. 17–50). Gyldendal akademisk.
- Thoresen, L., Borchsenius, C. & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5. utgave.). Gyldendal.
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg* (FOR-2020-06-19-1238). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>
- Watkins, R., Goodwin, V. A., Abbott, R. A., Hall, A. & Tarrant, M. (2017). Exploring residents' experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 141–141. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0540-2>
- Aagaard, H. (2010). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 1, 36–43. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0023>

## Vedlegg 1- Søkeprosess

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Valgt treff
30/09/20	Oria	Eldre + underernæring	2010-2020, fagfelleverderte tidsskrift	Totalt 23 treff, valgt treff nr.1	Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre
30/09/20	Oria	Mat + sykehjem	2010-2020, fagfelleverderte tidsskrift	Totalt 78 treff, valgt treff nr. 2	Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse
07/10/20	Pubmed	Nutrition + nursing home		Totalt 3943 treff, valg treff nr. 2	Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workface.
07/10/20	Pubmed	Mealtime + experience + nursing home		Totalt 86 treff, valgt treff nr. 17	Exploring residents experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study.
31/10/20	Pubmed	Insufficient knowledge + nutrition + health care worker		Totalt 89 treff, valgt treff nr.1	Insufficient nutritional knowledge among health care workers?

31/10/20	Pubmed	Barriers + nutritional care + older people		Totalt 130 treff, valgt treff nr. 12	Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses.
----------	--------	---	--	---	---





# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-12-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 HØST
<b>Sluttdato:</b>	07-12-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2020 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	Terese Bjordal		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	141
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7613
----------------------	------

Kan eksamensbesvarelsen gjøres til gjenstand for utlån?:

Egenerklæring \*: Ja

Jeg bekrefter innlevering til biblioteket \*: Ja

Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?: Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt 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

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