



**Eldre og ernæring**  
*Hvordan kan sykepleier forebygge  
underernæring hos eldre som mottar  
hjemmesykepleie?*

**HØYSKOLEN DIAKONOVA**

Bachelor i Sykepleie

**Modul 11: Bacheloroppgave**

**Kandidatnummer: 203**

**Antall ord: 8979**

**Dato: 26.05.2017**

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans.....	1
1.4 Avgrensninger.....	2
1.5 Begrepsavklaring.....	3
1.6 Oppgavens innhold.....	4
<b>2. Metode</b> .....	5
2.1 Beskrivelse av metode.....	5
2.2 Databaser og litteratursøk.....	6
2.3 Kildekritikk.....	6
<b>3. Teori</b> .....	8
3.1 Sykepleieteori: Orem og Travelbee.....	8
3.2 Presentasjon av forskningsartikler.....	10
3.3 Ernæring.....	12
3.4 Underernæring.....	13
3.5 Kartlegging av ernæringsstatus.....	14
3.5.1 Kartleggingsverktøy.....	15
3.6 Lovverk.....	16
3.6.1 Dokumentasjon.....	17
3.6.2 Sykepleieprosessen.....	18
3.7 Forebygging og helsefremmende arbeid.....	18
3.8 Kommunikasjon.....	19
<b>4. Drøfting</b> .....	20
4.1 Identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko.....	20
4.2 Forebygging av pasienter i ernæringsmessig risiko.....	21
4.2.1 Forebyggende tiltak - oppfølging/kontinuitet.....	22
4.2.2 Kommunikasjon og motivasjon.....	23
4.3 Bedring av ernæringstilstand hos underernærte pasienter.....	23
4.3.1 Individrettede tiltak.....	24
4.3.2 Sykepleiers oppgave i veiledning og oppfølging.....	25
<b>5. Konklusjon</b> .....	27

<b>6. Litteraturliste.....</b>	<b>28</b>
--------------------------------	-----------

# 1. Innledning

I dette kapittelet presenterer jeg bakgrunn for valgt tema, deretter formulere problemstillingen, før jeg videre snakker om oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans, mine avgrensninger og begrepsavklaring. Til slutt vil jeg beskrive oppgavens innhold og oppbygging.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt temaet ernæring og eldre fordi ernæringsstatus var noe jeg observerte hos pasientene i min praksis i hjemmesykepleien. Jeg har også hatt sommerjobb i hjemmesykepleien, og ernæring var da noe jeg reflekterte mye over og observerte i møtet med flere eldre og tilsynelatende underernærte pasienter.. Jeg opplevde at fokus på, og oppfølging av ernæringsbehovet til pasientene var til dels mangelfull. Et godt sammensatt kosthold legger grunnlaget for at kroppen holdes ved like. Jeg vil se på hvilke tiltak sykepleier kan bruke for å forebygge underernæring og hvordan man kan oppdage pasienter som er i faresonen. Det er mange negative følger av underernæring, bl.a. tapt kroppsmasse, nedsatt muskelkraft og økt fare for infeksjoner. Konsekvensen kan bli en økning i sykehusinnleggelseser og økt behov for behandling. Underernæring er en sykdomsfremmende tilstand som helsepersonell og pårørende vet noe om, og mange har ulike meninger om årsakssammenhenger rundt temaet. For meg er det interessant å se på hva som finnes av eksisterende forskning og hva som er vektlagt som viktig i forhold til hva som kan bidra til en positiv ernæringstilstand hos pasientgruppen. Jeg ser det derfor som et svært viktig potensiale i å forebygge og være i forkant i forhold til hva som kan gjøres for å unngå at dette forfallet utvikler seg. Jeg ønsker derfor å sette meg mer inn i denne problemstillingen.

## 1.2 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleieren forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmesykepleie?”

## 1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Sykepleieren har et viktig ansvar for å sørge for tilstrekkelig næringstilførsel til eldre pasienter. Målet for det sykepleiefaglige ernæringsarbeidet er tredelt:

- Å identifisere pasienter som har, eller er i ferd med å utvikle under- eller feilernæring.
- Å forebygge underernæring hos pasienter i risikozonen.

- Å bedre ernæringsstilstanden hos underernærte og feilernærte pasienter (Brodtkorb, 2008).

Formålet med oppgaven er å utvide min kunnskap om hvordan sykepleier kan legge til rette for en god omsorg og forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmesykepleie.

Videre vil jeg også bruke kunnskapen jeg oppnår i mitt fremtidige arbeid som sykepleier.

Temaet er sykepleiefaglig relevant fordi ernæringsstatus og god helse henger nøye sammen (Brodtkorb, 2008).

Underernæring vil trolig være et tema også i fremtiden, da denne pasientgruppen øker i omfang. Frem mot 2050 vil vi få en stor økning i antall eldre. I følge SSB vil folketallet fortsette å stige til 5,8 millioner i 2050. Antall personer over 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til ca. 500 000 i 2050 (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009 s. 24).

#### **1.4 Avgrensninger**

Jeg har valgt en problemstilling som tar for seg eldre som mottar hjemmesykepleie. Et vedtak om innvilget helsehjelp i hjemmet, forutsetter at den eldre har havnet i en helsemessig situasjon, som krever pleie og oppfølging. Årsakene kan være mange og ulike til at eldre 75 + har behov for midlertidig eller fast pleie, enten av fysisk eller psykisk art. Jeg velger å ikke kommentere hvilke tiltak som kan eller bør tilbys i forhold til den enkelte sykdomstilstand, men vil ha fokus på generell forebygging og oppfølging av eldre i risikogruppen for underernæring. Jeg velger å ikke ta med kroppens behov for væske og effekten av fysisk aktivitet har på ernæring i oppgaven. Når jeg omtaler forebygging av underernæring, vil jeg ha fokus på å forhindre at underernæring oppstår, men også beskrive hvordan underernæring forebygges, slik at utviklingen ikke forverres. Underernæring er et vidt begrep, og behandling i forhold til denne tilstanden krever ofte omfattende individuelt tilpassede tiltak. Jeg ønsker å ta for meg i oppgaven hvordan sykepleieren kan forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre ved hjelp av sykepleiefaglige observasjoner, kartlegging og oppfølgingstiltak. Jeg skiller ikke mellom menn og kvinner i oppgaven.

I teoridelen vil jeg presentere Dorothea Orems egenomsorgsteori og Joyce Travelbees sykepleieteori, da jeg anser at begge er relevante i forhold til oppgavens problemstilling.

## 1.5 Begrepsavklaringer

**Hjemmesykepleie:** Hjemmesykepleie er et omsorgstilbud som tilbys når helsen svikter eller livssituasjoner utløser behov for hjelp i kortere eller lengre perioder. Omsorgstilbudet skal ikke være begrenset til alder eller sykdom, men et tilbud til alle som får behov for nødvendig helsehjelp i hjemmet. Omsorg og pleie i hjemmet kan være et godt alternativ til omsorg i institusjon, avhengig av den enkeltes behov (Birkeland & Flovik, 2014). Et overordnet mål for hjemmesykepleiens arbeid er at den som mottar tjenesten, får hjelp til å mestre hverdagen, slik at livet kan leves godt i eget hjem. Med begrepet hjemmesykepleie velger jeg å fokusere på offentlig kommunal hjemmesykepleie, da det er her jeg har jobbet. Det finnes mange private aktører som jeg ikke har grunnlag for å uttale meg om.

**Eldre:** Uttrykkene gamle og eldre brukes om mennesker som nærmer seg 80 år. Vi skiller mellom *ynge* og *eldre eldre* (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010). Jeg har valgt at målgruppen i denne oppgaven er mennesker over 75 år, og disse vil jeg dermed omtale som eldre. De unge eldre, aldersgruppen 60-75 er gjerne selvhjulpne og har generelt lite behov for geriatrisk sykepleie.

**Pasient:** Personer som mottar hjelp i hjemmesykepleien, kan omtales som bruker, tjenestemottaker eller pasient. I Pasient- og brukerrettighetsloven §1-3(2011), defineres pasient slik: "En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle". Dette underbygger mitt valg i denne oppgaven om å omtale de eldre 75+ som mottar helsehjelp i hjemmet, som pasienter.

**Underernæring:** Hos mennesker oppstår denne tilstanden når man har et næringsinntak som er mindre enn behovet. En kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak over et tidsrom, vil føre til vektnedgang og eventuelt underernæring (Brodtkorb, 2010). Ernæringsstatus kan oppdages ved hjelp av kartleggingsverktøy, se teoridel.

I Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, kan vi lese denne definisjonen av underernæring: "Ernæringsstatus der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og kroppsfunksjon samt klinisk resultat" (Helsedirektoratet, 2010, s. 39).

**Forebygge:** Forebyggende arbeid har som mål å hindre at sykdom eller skade oppstår. Dette kan oppnås ved å tilrettelegge omgivelsene for best mulig helseutvikling i befolkningen og dermed bekjempe trusler som kan true helsetilstanden. Ved å stimulere menneskenes evner til mestring og kontroll, kan forebygging også bidra til økt livskvalitet (Mæland, 2010).

## **1.6 Oppgavens innhold**

Oppgaven er delt inn i kapitler. I første kapittel presenteres oppgaven, med innledning, bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemformulering med begrepsavklaringer. Andre kapittel tar for seg metodevalg, hvor jeg velger, undersøker og reflekterer over problemstillingen gjennom litteraturstudie og kildekritikk. I tredje kapittel gis det en innføring i teori som har relevans i forhold til sykepleieteori, samt teoretisk tilnærming til begrepene aldring, næringsbehov, forebygging, hjemmesykepleie og årsakssammenhenger. I fjerde kapittel inneholder drøfting av problemstilling sett i lys av teori, forskning og egne erfaringer fra praksis. Siste del inneholder en konklusjon.

## 2. Metode

I dette kapittelet skal jeg definere hva en metode er, og fremgangsmåtene jeg har brukt for å svare på min problemstilling. Jeg skal videre beskrive hva et litteraturstudie betyr, beskrive databaser jeg har brukt og litteratursøk. Kapittelet avsluttes med kildekritikk.

### 2.1 Beskrivelse av metode

En metode er en systematisk framgangsmåte, et valg av verktøy som presenterer hvordan man kan gå fram for å søke, finne og vurdere et utvalg av tilegnet kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode, er at man mener at den vil tilføre relevante og gode data og belyse spørsmålet eller problemstillingen på en god måte (Dalland, 2012).

Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2012, s.112) definerer metode slik: ”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”. Metoder kan både være kvalitative og kvantitative. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måles, mens den kvantitative metoden tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter og statistikk (Dalland, 2012).

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som utgangspunkt for min metode. Et litteraturstudie er basert på skriftlige kilder fra ulike hold. I følge Dalland (2012) skal kildene sammenfattes og diskuteres. I litteraturstudie benytter man seg av eksisterende forskning og litteratur om et valgt tema. Utfordringen med denne metoden er å finne relevant forskning og at forskningen er av nyere dato og god kvalitet. Ved å sette meg inn i teori og ulike kilder, kan jeg avklare elementene i problemstillingen og bidra til å få perspektiv på emnet. Gjennom arbeidet er målet å få innsikt i nyansene og oppdage at det finnes flere innfallsvinkler til hvordan god sykepleie kan utøves på dette feltet.

Litteraturstudier er kvalitative studier, og derfor en kvalitativ metode. Jeg skal fordype meg i temaene eldre, hjemmesykepleie, forebygging og behandling av underernæring, gjennom å innhente informasjon om nettopp disse temaene.



## 2.2 Databaser og litteratursøk

Litteraturen jeg har brukt fant jeg i relevante pensum- og fagbøker på biblioteket. Lovene jeg har brukt, fant jeg på lovdata.no. For å søke etter forskning brukte jeg i hovedsak SveMed+, Oria og Sykepleien forskning.

På SveMed+ brukte jeg brukte søkeordene “nutrition, elderly, malnutrition”, jeg fikk da 193 treff. Jeg spisset søket videre med ordene “elderly, malnutrition, screening”. Jeg fikk da 9 søketreff. Jeg fant “Nutritional Screening of Older Adults: Risk Factors for and Consequences of Malnutrition” (Söderström, 2016) her og valgte denne, da den er relevant for min problemstilling. På Oria brukte jeg søkeordene “behandling, underernæring”. Jeg fikk da opp 52 artikler. Videre huket jeg av for at artiklene skulle være fra fagfelleverderte tidsskrift. Da kom det 36 artikler, og jeg fant her “Behandling av underernæring hos eldre pasienter” (Mowé, 2002).

“Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien” (Meyer et al., 2017) og “Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien” (Aagaard & Grøndahl, 2017), fant jeg gjennom søkemotoren til sykepleien.no. Jeg fikk 26 søketreff med ordene “ernæring, eldre”. Ved å videre innsnevre søket med “ernæringsstatus, ernæring, eldre”, endte jeg opp med 8 søketreff. Jeg fant begge artiklene fra disse 8 treffene, og valgte å ta med begge to, da jeg så på innholdet i begge som relevant.

## 2.3 Kildekritikk

Jeg har gjennom oppgaven prøvd å kun bruke litteratur som er nyere enn 10 år gammel. Likevel er noe av litteraturen eldre enn ti år. Det dreier seg da hovedsakelig om Cavanagh (1999) som forklarer Orems sykepleieteori, Travelbee (1999) og Mowé (2002). Cavanagh beskriver Orems sykepleieteori på en god måte, og dermed er relevant den dag i dag. Den er sekundærlitteratur, siden det er Cavanagh som gjengir Orems sykepleieteori, og det kan derfor være rom for tolkning. Jeg har begrenset bruken av sekundærkilder til den boken, og har fokusert på å finne primærkilder. Travelbee (1999) er primærkilde som omhandler Travelbees sykepleieteori, den var derfor relevant i min oppgave. Mowés artikkel om underernæring er fra 2002, den er derfor også mer enn ti år gammel. Konklusjonene i artikkelen stemmer overens med den nyere litteraturen, og jeg ser derfor på hans artikkel som troverdig og relevant også i dag.

Söderström (2016) undersøkte en pasientgruppe eldre ved innlegges i sykehus, noe som gjør at gruppen endret status fra hjemmeboende eldre, til pasient i sykehus.. Likevel bodde 95% av de undersøkte i studien hjemme i utgangspunktet før innleggelse, noe som dermed gjør undersøkelsen relevant for oppgaven, da man ser at det uansett er en risiko for eldre hjemmeboende å bli innlagt på sykehus.

Meyer et al. (2017) baseres på svar fra 19 sykepleiere i to norske kommuner. Siden artikkelen er fagfellevurdert, er den kvalitetssikret. Selv om kvalitativ metode er brukt, er det vanskelig å generalisere sykepleieres holdninger rundt temaet, da det kun var 19 sykepleiere som var med i studien. Inklusjonskriteriet var 75% stilling. Dette gjør at vi ikke får vite noe om sykepleierne med lavere stillingsprosenters erfaringer rundt temaet. Det er mange sykepleiere som er tilsatt i lavere stilling enn 75%, og dette kan dermed være en mulig feilkilde.

Aagaard & Grøndahl (2017) fikk kun 59% av de aktuelle faglige ledere til å svare på sin undersøkelse, men disse var fra kommuner over hele landet. Det kan være en svakhet at det ikke var en høyere svarprosent, og resultatet kunne vært mer presist dokumentert ved en høyere deltagelse. Helsepersonellet i undersøkelsen representerte alle fem helseregionene. 74% av helsepersonellet deltok i besvarelsen om rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. En undersøkelse med høyere svarprosent i begge gruppene, kunne gitt en høyere validitet.

### 3. Teori

I dette kapittelet presenterer jeg Orem og Travelbees sykepleieteorier, forskningsartiklene jeg har valgt, deretter annen relevant teori.

#### 3.1 Sykepleieteori: Orem og Travelbee

Dorothea Orem har vært opptatt av å klargjøre hva som skiller sykepleiefagets særegne ansvarsområde fra andre yrkesgrupper. Hun setter de fire begrepene: *menneske, omgivelser, helse og sykepleie* i sammenheng med verdier og virkelighetsoppfatning. Hun slår fast at mennesket normalt sett har både ønske og evne til å ta vare på seg selv, og omtaler dette som evne til omsorg for seg selv eller andre. Mennesket har en iboende aktivitet som kan anvendes livet gjennom til utvikling og læring. Hun betrakter sykepleie som en av samfunnets hjelpetjenester, og framhever at sykepleiers profesjon må bygge på et solid teoretisk grunnlag (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011).

##### **Orems egenomsorgsteori:**

Sykepleieteorien deles inn i tre sentrale temaer: egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer. Til sammen utgjør dette Orems egenomsorgsteori (Cavanagh, 1999).

##### **Egenomsorg**

Mennesket har i utgangspunktet ønske om og evne til å ivareta seg selv, og følgelig føre en helsefremmende livsstil som bidrar til velvære og et godt liv. Ifølge Orem kan dette omtales som egenomsorg. I teorien om egenomsorg skiller Orem mellom terapeutiske egenomsorgskrav som kan ses på som egenomsorgens mål (Cavanagh, 1999) og begrepet egenomsorgskapasitet. Dette forklares som en persons egen evne til å gjenkjenne egne terapeutiske egenomsorgskrav, ved å ta beslutninger om handling og deretter utføre handlingen.

##### **Egenomsorgssvikt**

Dersom pasienten ikke har kapasitet til å ivareta egne egenomsorgsbehov, inntreffer egenomsorgssvikt. Dermed trenger pasienten sykepleie i større eller mindre grad (Kristoffersen et al., 2011). I sykepleiens tjeneste ligger det å ivareta det enkelte menneskes behov for egenomsorg gjennom handling, slik at liv og helse opprettholdes, at pasienten restitueres etter skader eller sykdom, og at videre livskvalitet opprettholdes optimalt ut fra

pasientens tilstand. Orem beskriver 8 universelle egenomsorgsbehov, der opprettholdelse av balanse mellom å være alene og å ha sosial kontakt er et av behovene. Hun omtaler dessuten behovet for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft, mat og vann som livsnødvendig. De ulike behovene påvirker hverandre på den måten at manglende tilfredsstillelse av et behov, vil få konsekvenser for tilfredsstillelsen av andre behov. Ved egenomsorgssvikt oppstår behovet for assistanse fra sykepleieren. Behovet for sykepleie er tilstede når verken pasient eller pårørende har mulighet til å møte pasientens egenomsorgskrav (Cavanagh, 1999).

I teorien skiller Orem mellom egenomsorgsbehov (målene) og kravene til handling (terapeutiske egenomsorgskrav). Terapeutiske egenomsorgskrav beskriver handlinger som pasienten selv eller sykepleieren må gjennomføre. Dersom kravene ikke innfris, vil menneskets funksjon, velvære og helse være i fare (Kristoffersen et al., 2011).

### **Sykepleiesystemer.**

Orem utdyper fem metoder som kan brukes i sykepleiesammenheng for å tilfredsstille de terapeutiske egenomsorgskravene:

1) Å handle for en annen.

Denne metoden innebærer at sykepleieren handler på vegne av pasienten når han ikke har mulighet til å delta i egenomsorg.

2) Å veilede en annen: Denne metoden kan brukes i situasjoner der pasienten må velge en bestemt handling for å nå et helsemål.

3) Å støtte en annen: Anvendelse av denne metoden er aktuell når pasienten trenger hjelp til å unngå ubehagelige situasjoner og beslutninger.

4) Å tilrettelegge for et utviklende miljø: Her kreves det at sykepleieren skaper et miljø som fremmer personlig utvikling hos pasienten.

5) Å undervise en annen: Dette er en metode som kan hjelpe pasienten når han har behov for å utvikle kunnskap om et spesielt tema som øker evne til egenomsorg. Flere av metodene kan brukes samtidig. Egenomsorgssviktens karakter og årsaker til denne vil legge grunnlaget for valg av hvilke av metodene som brukes (Kristoffersen et al., 2011).

### **Travelbees sykepleieteori**

Joyce Travelbee har i sin sykepleieteori fokus på relasjonen mellom sykepleier og pasient; *Etablering av menneske-til-menneske forhold*. Et annet sentralt punkt for Travelbee er beskrivelsen av hvordan sykepleieren kan assistere pasienten med å finne mening med sykdom og lidelse.

Sykepleieren og pasienten skal oppleve, og forholde seg til hverandre som unike personer, da det er det som kjennetegner et menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 1999).

Forholdet opprettes etter at pasienten og sykepleier går gjennom følgende faser:

### **1: Det innledende møtet.**

Den første fasen preges av gjensidig observasjon og vurdering av hverandre. Sykepleierens oppgave er å møte pasienten med et helhetlig menneskesyn og som et unikt menneske.

### **2: Framvekst av identitet.**

Den andre fasen består av sykepleierens evne til å opprette en relasjon til pasienten.

### **3: Empati.**

I den tredje fasen oppnås evnen til å forstå det andre menneskets psykologiske tilstand.

Sykepleieren forstår pasientens atferd ved hjelp av observasjon.

### **4: Sympati.**

I denne fasen deler sykepleierens pasientens følelser. Ifølge Travelbee er sympati et ønske om å lindre lidelse. Sykepleierens oppgave i fasen er først og fremst å utføre sykepleietiltak.

### **5: Etablering av gjensidig forståelse og kontakt.**

Når de fire første fasene er gjennomført, opprettes et menneske-til-menneske forhold.

Gjensidig kontakt og forståelse oppleves av sykepleieren og pasienten i denne fasen (Kristoffersen et al., 2011).

### **Travelbee om kommunikasjon:**

Kommunikasjon gjør at sykepleieren kan opprette et mellommenneskelig forhold til pasienten, og videre nå målet for sykepleien. Det er sykepleierens oppgave å planlegge og styre en målrettet interaksjon med pasienten. Sykepleieren skal snakke og handle på en bevisst måte slik at pasienten motiveres og endring fremmes. Målene for kommunikasjonen er å bli kjent med pasienten, tilfredsstillende hans behov for sykepleie og oppnå hensikten med sykepleien (Kristoffersen et al., 2011).

## **3.2 Presentasjon av forskningsartikler**

### **Nutritional Screening of Older Adults: Risk Factors for and Consequences of Malnutrition**

Söderström har undersøkt forekomst av underernæring hos hjemmeboende og sykehjemsbeboere ved innleggelse på sykehus. Metoden som er brukt er screening ved innkomst til sykehus med ernæringsverktøyet MNA (Mini Nutritional Assessment). Av de 1685 hjemmeboende som ble undersøkt med MNA var 55% i faresonen for underernæring,

8% var underernærte mens kun 37% hadde tilfredsstillende ernæringsstatus. Studien undersøkte også overlevelsesraten til deltakerne over en periode på 3,5 år. Overlevelsesraten var betraktelig større hos de med god ernæringsstatus. Underernærte eldre hadde 4 ganger større risiko for død i løpet av perioden. De som var i risikogruppen for underernæring, hadde 56% større sjans for død sammenlignet med velernærte.

### **Behandling av underernæring hos eldre pasienter**

Mowé (2002) artikkel i Tidsskrift for Den Norske Legeforening er en oppsummering og redegjøring av forskning rundt underernæring hos eldre pasienter.

Metoden som blir brukt er et litteraturstudie der kvalitativ og kvantitativ forskning oppsummeres. Artikkelen konkluderer med at underernæring blant eldre som blir innlagt i sykehus er vanlig, og at ernæringstilskudd bør gis til alle som ikke har et tilfredsstillende næringsinntak. De underernærte pasientene har vist å ha gjennomsnittlig 2 dager lenger liggetid, og høyere kostnader i forbindelse med perioden de var innlagt.

### **Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien**

Meyer et al. (2017) skriver om utfordringene i hjemmesykepleien som helsearbeiderne møter når ernæringsmessig risiko skal kartlegges. Hensikten var å se hvordan helsepersonell i hjemmesykepleien utøver faglig forsvarlig ernæringspraksis i forhold til kravene i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Det er en kvalitativ studie hvor det ble gjennomført bl.a. tolv gruppesamtaler med nitten sykepleiere, derav to ledere. Kriterium for deltakelse var 75-prosentstilling eller mer. Hjemmesykepleierne mente det var utfordrende med systematisk kartlegging av ernæringsstatus, fordi det var vanskelig å gjennomføre slike observasjoner og kartlegging hos hjemmeboende, sammenliknet med i institusjon. Funn i studien viser viktigheten av kritiske spørsmål om de nasjonale faglige retningslinjene tar godt nok hensyn til konteksten i hjemmesykepleien.

### **Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien**

Aagaard & Grøndahl (2017) sin hensikt med artikkelen er å beskrive ledere og helsepersonells rutiner i hjemmesykepleien. Studien ble delt opp i to delstudier, med kvantitativ spørreundersøkelse. Én studie der 273 ledere i hjemmesykepleien svarte med en svarprosent på 59 og 212 helsepersonell svarte med en svarprosent på 74. De fleste av lederne var sykepleiere, mens ca. halvparten av helsepersonellet var sykepleiere.

Det viste seg at kun en av fem faglige ledere og en av fem av helsepersonellet svarte at å veie pasientene ved innskriving i hjemmesykepleien var vanlig praksis.

Kun 30% av helsepersonellet svarte ja på at det var tydeliggjort hvem som er ansvarlig for at pasientene får sine ernæringsbehov tilgodesett. 35,6% svarte at kommunen hadde bærbare personvekter som kunne benyttes hos pasienten. 36,8% av helsepersonellet i studien kjente til "Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring".

Både lederne og helsepersonellet mente at det var behov for mer ernæringskunnskap, spesielt knyttet til det å vurdere pasientenes ernæringsstilstand. De fleste svarte at ernæringsstatus ble godt ivaretatt, men likevel svarte 17% av lederne og 27% av helsepersonellet at oppfølgingen til ernæringsstatus ble dårlig ivaretatt. Studiet konkluderer med at det er å veie pasientene i hjemmesykepleien er en utfordring. De nasjonale retningslinjene må gjøres kjent og helsepersonellet må få opplæring i disse. Prosedyrer for kartlegging og vurdering av ernæringsstatus må også implementeres i alle kommuner.

### **3.3 Ernæring**

Ernæring er sammenhengen mellom mat, næringsstoffene og helse (Helsedirektoratet, 2012). For å opprette kroppens basale funksjoner må kroppen produsere energi. Energi kan måles i kilokalorier (kcal). Tilføringen av energi skjer ved å forbrenne de tre energigivende næringsstoffene: karbohydrater, fett og proteiner. Dersom energibalansen er mindre enn energibehovet, vil kroppsvekten minske. Det er nødvendig med kunnskap om ernæringsbehovet til pasienten for å kartlegge om det blir dekket (Aagaard & Bjerkreim, 2011) 50-60% av energi blir anbefalt å komme fra karbohydrater. De viktigste karbohydratene i kostholdet er sukkerarter, stivelse og kostfiber (Pedersen, Müller, Hjartåker & Anderssen, 2009). Fett er en viktig kilde til energi. Fett blir lagret i fettceller i fettvevet, og dette finnes primært i underhuden. A, D, E og K-vitaminene er fettløselige, som vil si at de tilføres gjennom fett i maten. Vitaminene transporteres også rundt i kroppen sammen med fett. Proteiner er en samlebetegnelse for stoffer som er sammensatt av ulike aminosyrer. Tjue forskjellige aminosyrer brukes som byggesteiner for proteiner.

Proteiner er nødvendig for oppbygging og vedlikehold av alle kroppens celler, og det virker som byggemateriale, bl.a. i muskler, sener, beinmarg, bindevev, negler og hår (Pedersen et al., 2009). Det anbefales at mat- og energiinntaket fordeles gjennom dagen med god

ernæringsmessig kvalitet i alle måltider: Frokost 20-25%, lunsj /middag 25-35%, middag/kveldsmat 25-35 og 1-3 mellommåltider 5-30% (Sjøen & Thoresen, 2012).

Hos eldre bør ikke nattfasten være mer enn 11 timer, da kroppen settes i en katabol tilstand, altså forbrenner mer enn den bygger opp. Energibehov kan regnes på følgende måte:

- For sengeliggende: 29 kcal per kg
- For oppegående: 33 kcal per kg
- For oppbygging: 40 kcal per kg

Dersom pasienten er over 70 år, trekkes 10% fra for alderen (Sjøen & Thoresen, 2012).

### **3.4 Underernæring**

“Underernæring defineres som en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og – funksjon” (Helsedirektoratet, 2010, s. 14)

Ca 10% av de syke eldre som bor hjemme anslås å være underernært, men undersøkelser viser at opp mot 46% av pasienter som mottar hjemmesykepleie, er underernærte eller i risikogruppen for underernæring (Birkeland & Flovik, 2011).

Appetitten blir dårligere, smakssansen avtar og stoffskiftet reduseres. De eldre mister gradvis muskelmasse og får mer fettvev pga. mindre fysisk aktivitet. Selv om matbehovet synker, har eldre like stort behov for vitaminer, mineraler og næringsrik mat som yngre.

Ved å øke innholdet av proteiner og fett, sikrer en at pasienten får tilstrekkelig næringsrik kost. Desto mindre mat pasienten får i seg, jo viktigere er det at den er næringstett.

For underernærte pasienter og de som evt. er i risikosonen, bør karbohydrater utgjøre 35-40%, fett 35-40% og 15-20% komme fra proteiner (Sortland, 2015).

I artikkelen til Mowé (2002), kommer det fram at et tilskudd av 400 kalorier og 25g protein til pasienter som var underernærte eller i ernæringsmessig risiko, førte til vektøkning og bedre resultat på MNA-undersøkelsen. Effekten av næringsdrikk er størst hos pasienter med lav KMI. Appetitten påvirkes i liten grad av næringsdrikker.

Noen pasienter med dårlig appetitt kan synes det er lettere å drikke enn å spise, derfor er det et nyttig tilskudd. Industrifremstilte næringsdrikker med forskjellige smaker kan kjøpes reseptfritt på apoteket. De ernæringsmessig beste valgene er de med høyest energiinnhold, men høyt innhold av vitaminer, mineraler og proteiner er også gunstig (Sortland, 2015).



Årsaker til vektnedgang kan være sammensatte og mange. Blant eldre finnes det dessuten flere grupper som er ekstra utsatt for feil- og underernæring. De eldste over 80 år, aleneboende, enker og enkemenn, funksjonshemmede, demente, alkoholmisbrukere, de med høyt medisinforbruk, personer på venteliste til sykehjem og personer hjemsendt fra sykehus. Det kan være rent fysiologiske årsaker til underernæring, som bl.a. forskjellige sykdomstilstander. Å spise er en komplisert nevrologisk prosess med flere steg. Man må føle sult og tørst, vite hva som er spiselig, og kunne utføre handlingene tilknyttet spisingen. Forskjellige sykdommer kan gi funksjonssvikt som rammer disse stegene på ulike måter (Brodtkorb, 2008). I tillegg kan plager i munnhulen kan skape besvær for tygging og svelging, bivirkninger av legemidler, alderdomssvekkelse eller psykososiale forhold også spille inn.

Konsekvensene av underernæring er mange og kan føre til mentale endringer hos pasienten, nedsatt livskvalitet med økte komplikasjoner, stort behov for pleie og økt dødelighet.

Underernæring ledsages av tretthet, svakhet, sløvheter, svekking av immunsystemet pga. manglende næringsstoffer og anemi. Infeksjoner som urinveisinfeksjon og lungebetennelse oppstår raskt (Sortland, 2015).

Underernæring kan også føre til trykksår gjennom ulike mekanismer. Næringsstofftilførselen minker og muligheten for reparasjon av vevet nedsettes. Underernæring gir også svakhet, som i sin tur fører til nedsatt mobilitet og større risiko for belastning på et punkt. Videre kan også underernæring føre til ødemdannelse, nedsatt blodgjennomstrømming og iskemi (Sortland, 2015).

### **3.5 Kartlegging av ernæringsstatus**

Enhver vurdering og datasamling skal inkludere undersøkelse av ernæringsstatus.

Undersøkelsen omfatter å finne ut og stadfeste om pasienten får i seg adekvate mengder mat, og om maten pasienten får i seg har et tilfredsstillende næringsinnhold. Det sier noe om inntak og forbruk er i balanse, og om det er overskudd eller underskudd på næringsstoffer. En vurdering av ernæringsstatus kan i første tilfelle skje gjennom observasjon og samtale. Her skal alle ernæringsmessige forhold berøres:

- Måling av høyde og vekt og utregning av kroppsmasseindeks (KMI).
- Vekttap siste måned/år?

- Problemer i forhold til tenner, munn og svelg?
- Kvalme, oppkast, forstoppelse eller diare?
- Evne til å spise (Birkeland & Flovik, 2011).

En kan spørre pasienten direkte om matvaner og næringsinntak, hva han liker og har spist tidligere. Eldre kan være ute av stand til å gi tilstrekkelige opplysninger hvis de har redusert hukommelse. Det kan også være at pasienten bagatelliserer eller unnlater å fortelle om sine spiseproblemer som følge av skamfølelse (Brodtkorb, 2008).

Dersom pasienten har pårørende, vil de være en viktig samarbeidspartner for tilleggsopplysninger. Det bør foretas en rolleavklaring med pårørende, slik at f. eks. pårørende handler inn mat, mens helsepersonellet i hjemmesykepleien utfører tilberedningen. Ved ernæringsmessig risiko bør vekten kontrolleres hver uke. Dersom pasienten er i risikogruppe for underernæring, skal det følges opp jevnlig fra fastlege.

Pasienter som vurderes som underernærte eller i faresonen har tre prioritetsområder:

- Iverksetting av tiltak som sørger for ivaretagelse av pasientens ernæringsbehov.
- Dokumentasjon av ernæringsstatus og tiltak i pasientens journal.
- Videreformidling av status og tiltak til evt. institusjon dersom pasienten skal overføres dit (Birkeland & Flovik, 2011).

### **3.5.1 Kartleggingsverktøy**

Det er utviklet flere verktøy for identifisering av pasienter som står i fare for å bli underernært. For vurdering av ernæringsmessig risiko i hjemmetjenesten, anbefales screeningverktøyene MUST eller MNA (Helsedirektoratet, 2010).

MUST ble utviklet i Storbritannia og kan brukes på pasienter i sykehus, sykehjem eller i hjemmesykepleien. Det følger et skjema med score for KMI-verdi, akutt sykdom og vekttap (Sjøen & Thoresen, 2012). MUST (Malnutrition universal screening tool) er godt egnet for bruk på sykehus og i hjemmesykepleien, men MNA anbefales hos pasienter eldre enn 65 år (Helsedirektoratet, 2010).

MNA (Mini nutritional assessment) er et kartleggingsverktøy spesifikt utviklet for bruk innenfor geriatrien og er ment for å oppdage underernæring hos eldre over 65 år.

MNA består av to deler, den innledende delen er 6 spørsmål, der det gis poeng. Dersom poengscoren blir 11 eller lavere, går man videre til del to, som består av 12 supplerende spørsmål, Undersøkelsen tar for seg bl.a.

- Nedgang av matinntak pga. appetitt.
- Vekttap de 3 siste månedene.

- Mobilitet.
- Psykologisk stress eller akutt sykdom.
- Nevrologiske lidelser.
- Måltider per dag.
- Eget syn på ernæringsstatus (Sjøen & Thoresen, 2012)

Kroppsmasseindeks (KMI) er et redskap som kan brukes for å finne ut forholdet mellom høyde og vekt. KMI fungerer hovedsakelig som et supplerende verktøy til annen kunnskap om ernæringsstatus hos pasienten (Helsedirektoratet, 2015). KMI beregnes ved dividering av høyde<sup>2</sup>.

Minst ett av disse kriteriene må oppfylles for at en person skal defineres som underernært;

- Matinntak under halvparten av beregnet behov siste uke.
- KMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup> ved alder 70 år og yngre; KMI < 20 kg/m<sup>2</sup> ved alder over 70 år.
- KMI < 20,5 kg/m<sup>2</sup> og samtidig ufrivillig vekttap på mer enn 5% siste 6 måneder; eller KMI < 22 kg/m<sup>2</sup> ved alder over 70 år og samtidig ufrivillig vekttap på mer enn 5%.
- Ufrivillig vekttap på mer enn 10% siste 3-6 måneder eller enn 5% siste 12 måneder (Helsedirektoratet, 2010).

### 3.6 Lovverk

Hjemmesykepleien ble i 1984 en lovpålagt tjeneste, hjemlet i lov om helsetjenester i kommunene. Denne loven ble i 2011 erstattet med “lov om kommunale helse- og omsorgstjenester”. Denne harmoniseringen av lovverket har større grad av samhandling som formål. I helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 står det følgende: “kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- omsorgstjenester”.

Videre beskriver den hvilke tjenester og oppgaver kommunen forplikter seg til. Hvordan oppgavene og tjenestene skal utføres står ikke.

Lov om pasient- og brukerrettigheter ble innført i 2001, og senest endret i 2016. Den beskriver pasienters rettigheter til å stille krav til helsetjenestene, og gir bl.a. rett til medvirkning, lov til innsyn i journal og styrket rett til selvbestemmelse.

Rett til individuell plan fastslås i flere lover, bl.a. lov om pasient- og brukerrettigheter og kommunehelsetjenesteloven. Det økte behovet for samarbeid og samhandling har gjort at pasienter har krav på individuell plan (Fjørtoft, 2012).

Pasienten skal også få hjelp til å dekke sine grunnleggende behov, fra fysiologiske behov, som tilstrekkelig næring og personlig hygiene til psykososiale behov, som opplevelsen av trygghet, respekt og forutsigbarhet (Gjevjon & Glavin, 2016).

All helsehjelp skal utøves i forhold til et sett med regler, prinsipper og rammer. Kommunen skal bl.a. bidra til at helsepersonellens fagkompetanse er tilstrekkelig til å gi faglig forsvarlig helsehjelp. I helsepersonelloven §4 kan vi lese “helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. For sykepleier betyr dette at de ikke bare skal gi riktig sykepleie til rett tid, men også at sykepleien skal utføres på riktig måte. Kompetanse, kunnskap, holdninger og mellommenneskelige egenskaper legger grunnlaget for faglig forsvarlighet (Gjevjon & Glavin, 2016).

### **3.6.1 Dokumentasjon**

Den som yter helsehjelp skal føre journal, og journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Helsepersonelloven, 2011). For hver pasient må det foretas en konkret vurdering av hva som skal nedtegnes i journalen, og også opplysninger knyttet til undersøkelser, funn og behandling av ernæringsstatus kan være relevante og nødvendige opplysninger. All sykepleie som utføres til pasienter til enhver tid dokumenteres. Det skal foretas en konkret vurdering om hva som skal beskrives i journalen, opplysninger rundt undersøkelser og behandling av ernæringsstatus er relevant å dokumentere (Helsedirektoratet, 2010). Vedtaket om hjelp til pasient inneholder nødvendig dokumentasjon om pasientens status fra det tidspunkt vedtaket ble påbegynt. Det er vanlig å bruke et vurderingsskjema og skriftlige notater når pasientens hjelpebehov skal kartlegges (Birkeland & Flovik, 2014). Ved å dokumentere planlagt og gjennomført sykepleie samt resultatet, blir det lettere å vurdere kvaliteten av de utførte handlingene. Dokumentasjonen sørger også for synliggjøring av at faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ivaretas. God dokumentasjon bidrar til bl.a. økt pasientsikkerhet, sikrer kvalitet og kontinuitet. Det synliggjør faglig ansvar og fungerer som et kommunikasjonsmiddel mellom helsearbeidere, pasient og pårørende (Dahl & Skaug, 2011).

IPLOS-registeret (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk), er et verktøy for å øke kunnskapen om pasientens ressurser og behov for bistand. Det er en del av den elektroniske pasientjournalen. Kommunen og staten får dermed bedre muligheter for planlegging,

tilrettelegging og kvalitetssikring av helsetjenestene. IPLOS gir også grunnlag for forskning (Helsedirektoratet, 2007).

### 3.6.2 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen, også kalt den problemløsende metoden, er en systematisk framgangsmåte for å utøve sykepleie. Den består av fem faser, og hver fase bygger på den forrige, men fasene kan også overlappe hverandre. Fasene danner grunnlaget for sykepleieplanen og behandling til pasienten (Dahl & Skaug, 2011).

**Datasamling** - kravet er at dataene er relevante, nødvendige, gyldige og tilstrekkelige. Det skal tas utgangspunkt i pasienten og den aktuelle situasjonen.

**Problemidentifisering** - en vurdering av datasamlingen og hvor årsak og konsekvens av problemet formuleres.

**Identifisering av mål** - en beskrivelse av hensikten med sykepleien. Det kan beskrives hovedmål og delmål. Målene må være individuelle og konkrete.

**Gjennomføring av sykepleietiltak** - utførelse av konkrete handlinger for pasienten.

Handlingene gjennomføres for å nå målet, med utgangspunkt i sykepleiediagnosen. Tiltakene skal bygge på anerkjent kunnskap og erfaring. Tiltakene er resultat av en vurdering om hva som *bør*, *må* og *kan* gjøres for å nå målet.

**Evaluering** - vurdering av sykepleiens effekt, og om handlingene fører til ønsket resultat. Vi kan dele inn evalueringen i formativ og summativ evaluering. Formativ evaluering foregår kontinuerlig i perioden mens pasienten får sykepleie utført. Summativ evaluering utføres når tiltakene er utført og en forventer at målene er nådd (Dahl & Skaug, 2011).

## 3.7 Forebygging og helsefremmende arbeid

Forebyggende arbeid kan tilrettelegge omgivelsene for best mulig helseutvikling i befolkningen og styrke motstandskraft mot forhold som kan true helsetilstanden. Ved å stimulere menneskenes evner til mestring og kontroll, kan forebygging også bidra til økt livskvalitet i befolkningen (Mæland, 2010). Gjennom forebyggende arbeid, søker man å begrense en uønsket utvikling ved å ha plan for tiltak på tre ulike nivå, primærforebyggende; før skade oppstår, sekundærforebyggende; tiltak for begrense skade, og tertiærforebyggende tiltak; tiltak som iverksettes for å behandle tilstanden (Mæland, 2010). I denne oppgaven vil jeg se på forebyggende tiltak som retter seg mot pasienter som lever under en kjent økt risiko for å utvikle problemer, ved at tiltakene har som siktemål å hindre at et helsesvikten varer

ved- og videreutvikles. Dette anses som sekundærforebyggende tiltak, mens tertiærforebyggende tiltak har som formål å motvirke en forverring i pasientens tilstand. Dette kan være aktuelt i behandling av en allerede underernært pasient, der man ser at tiltak kan begrense en negativ utvikling i pasientens helsetilstand (Kristoffersen et al., 2011). Helsefremmende arbeid defineres som “prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse” (Mæland, 2010, s. 15).

Det er klare forskjeller på sykdomsforebyggende arbeid og helsefremmende arbeid. Sykdomsforebyggende arbeid dreier som å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død, mens helsefremming primært omhandler det å styrke helsen til folk. Helsen kan ses på som en ressurs, som styrker mennesket til å fungere og til å stå imot påkjenninger gjennom livet. Både sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid er nødvendig (Mæland, 2008).

### **3.8 Kommunikasjon**

Aktiv lytting er den viktigste og mest grunnleggende ferdighet i den profesjonelle, hjelpende kommunikasjonen sykepleieren utøver til pasienten (Eide & Eide, 2007). Aktiv lytting kan videre deles i de to hovedgruppene; verbal- og nonverbal atferd.

De nonverbale ferdighetene utgjør bl.a. øyekontakt, kroppsholdning og berøring.

De verbale ferdighetene består av bl.a. spørsmålsstilling, oppmuntring og speiling av følelser.

Formålet med profesjonell, hjelpende kommunikasjon er å “fremme helse, forebygge sykdom og å gjenopprette helse og lindre lidelse” (Eide & Eide, 2007, s. 18).

Gode kommunikasjonsferdigheter hjelper sykepleieren med å forstå pasienten bedre, gi bedre hjelp og støtte, stimulere pasientens utvikling og til å skape et godt samarbeid der beslutninger tas sammen. Aktiv lytting og tydelig kommunikasjon er nødvendig for å identifisere pasientens behov for hjelp. Dårlig eller mangelfull kommunikasjon skaper fare for mangler og feil i behandlingsforløpet. God kommunikasjon vil derfor også sørge for en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet (Eide & Eide, 2007).

## 4. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte teorien fra forrige kapittel opp mot min problemstilling:

”Hvordan kan sykepleieren forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmesykepleie?”

Brodtkorb (2008) beskriver tre hovedfaser i sykepleierens ernæringsarbeid. Jeg tar utgangspunkt i disse for å drøfte min problemstilling :

- å identifisere pasienter som har, eller er i ferd med å utvikle under- eller feilernæring
- å forebygge underernæring hos pasienter i risikozonen
- å bedre ernæringstilstanden hos underernærte og feilernærte pasienter (Brodtkorb, 2008).

### 4.1 Identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko

Identifisering av eldre i ernæringsmessig risiko kan redde liv. Det er lovpålagt at alle som innskrives i hjemmesykepleien skal veies, og dette gir viktig dokumentasjon og utgangspunkt for videre oppfølging av vekt. Kartleggingsverktøy, som MNA og KMI, gir sykepleier et godt grunnlag for å kartlegge status og eventuell risiko. Samtidig er det avgjørende at sykepleier er bevisst betydningen av hva som kommer fram i observasjon og kommunikasjon med pasienten Travelbee (1999). Sykepleieren får et grunnlag til å forstå pasientens atferd ved hjelp av observasjon. Fokus på relasjonen mellom mennesker, og verdien av å “bli sett” kan bidra til bedre psykososiale forhold. Sykepleierens opplevelse av hjemmemiljøet til en pasient, bl.a. i forhold til matinntak, kan gi en pekepinn på hva som bør tilrettelegges eller forbedres for å motivere til endring. I realiteten kan dette være utfordrende, slik Aagaard & Grøndahl (2017) beskriver i sin studie rundt praksis i forhold til lovverk og rutiner.

Undersøkelsen forteller at både ledere og helsepersonell mente at det var behov for mer ernæringskunnskap, spesielt knyttet til det å vurdere pasientenes ernæringstilstand. Dette peker på at dokumentasjon og kartlegging ikke er godt nok implementert i alle kommuner. Underrapportering vil igjen føre til at oppfølgingen utelates, og evt tiltak må iverksettes i etterkant, istedenfor forebyggende. Søderstrøm (2016) sin studie understreker hvor viktig god ernæringsstatus er for eldre i risikozonen, og peker på hyppighet av dødelighet hos underernærte. Studien konkluderer med noe som kan virke åpenbart, men som vi likevel ser at i praksis er et problem i hjemmesykepleien. Jeg ser at tidspress kan være en avgjørende faktor som kan bidra til at en grundig kartlegging og dokumentasjon går ut, på bekostning av krav til effektivitet.

Meyer et al. (2017) sin artikkel viser dessuten at sykepleierne opplever utfordringer med systematisk kartlegging av ernæringsstatus i hjemmesykepleien, siden observasjon og kartlegging hos hjemmeboende oppleves mer krevende, sammenlignet med på institusjon. Artikkelen avdekker kritiske spørsmål om nasjonale faglige retningslinjer tar godt nok hensyn til konteksten i hjemmesykepleien. Systematikk krever oppfølging over tid, og det kan være vanskelig å få full oversikt over hva som er rutine for pasienter som tilbringer tid uten tilsyn mellom besøkene fra hjemmesykepleier. I institusjon vil personalet kunne føre full oversikt over matinntak, toalettbesøk mm. Dermed kan tiltak raskt iverksettes og tilpasses den enkeltes behov, når sykepleier har anledning til å legge merke til og notere endringer gjennom dagen. I hjemmesykepleie vil det stille andre krav til at presis observasjon og kartlegging foregår innenfor den tiden pasienten har besøk av sykepleier. Alle måltider inntas ikke med helsepersonell tilstede, det gir utfordringer i identifisering ved kostregistrering og observasjon. Kontinuitet og forutsigbarhet er viktige elementer i forholdet mellom sykepleier og pasient. Regelmessighet i hverdagen og faste avtaler bidrar til pasientens opplevelse av trygghet. Det er også gunstig for å utføre en ryddig kartlegging og regelmessig observasjon.

## **4.2 Forebygging av pasienter i ernæringsmessig risiko**

Forebyggende arbeid er viktig, men krevende. Det krever innsikt i hvilke tiltak som virker, og i hvilken grad de blir iverksatt og fulgt opp. Helsevesenet sin oppgave å forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre i risikogrupper, dermed er det viktig med rutiner for fortløpende tilbakemelding om hva som virker. Utfordringen til denne pasientgruppen, er at en negativ utvikling kan bremses, men aldri prosessen går sin gang. Pasientgruppen befinner seg i en fase av livet der målet er å opprettholde en best mulig livskvalitet ut ifra den enkeltes situasjon. Som beskrevet i teoridelen, er en viktig del av egenomsorgsteorien til Orem oppfattelsen av at mennesket fungerer og opprettholder helse, liv og velvære ved omsorg for seg selv, altså gjennom egenomsorg.

Et vesentlig mål i norsk helsepolitikk og eldreomsorg, er at alle skal få muligheten til å bo hjemme lengst mulig, og motta individuelle tilrettelagte tjenester den dagen det oppstår behov for støtte i den eldres egenomsorg. Tilpasning av tjenesten rundt pasientens egne funksjoner gir størst grad av mestring. For å få til dette, er det en forutsetning at kommunene har et koordinert og fleksibelt tilbud, slik at det bli tilrettelagt for et tilpasset opplegg for hver enkelt pasient. Det må da legges vekt på planlegging og forebyggende tiltak, slik at kvaliteten på tjenesten sikres (Fjørtoft, 2012).



#### **4.2.1 Forebyggende tiltak - oppfølging/kontinuitet**

Hvis pasienten er i risikosonen for underernæring, vil en utredning med en ernæringsplan være nødvendig. Denne skal være individuell, og inneholde dokumentasjon om nåværende status, behov, inntak og tiltak (Helsedirektoratet, 2010). Informasjon om ernærings situasjon og tiltak som evt er iverksatt, skal dokumenteres. I følge Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2010), skal samtlige innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko ved vedtak og deretter månedlig, eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg (Helsepersonelloven §4, 1999).

En utarbeidet ernæringsplan som en del av tiltaksplanen, vil kunne gi en indikasjon på kvaliteten i tjenestene og danne grunnlag for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid i kommunene. Vekt kontroll blir for lite brukt i hjemmesykepleien, og det er mangel på prosedyrer som sikrer god ernæringsoppfølging. Tiltak blir gjerne iverksatt først når de ansatte observerer at pasientens klær er blitt for store (Birkeland & Flovik, 2014).

Aagaard & Grøndahl (2017) understøtter dette i sin studie, der vi kan lese at kun 45% av helsepersonellet svarer at det er klare rutiner for kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus. Sykepleieren skal utvikle fleksible rutiner som gjør at pasientens individuelle ernæringsbehov blir ivaretatt på en god måte (Brodtkorb, 2008).

Ernæringsplan for den enkelte skal lages i så nært samarbeid med pasienten som mulig, og det skal dokumenteres med jevnlig evaluering. Dokumentasjonen danner grunnlaget for videre behandling av lege og ernæringsfysiolog. Tverrfaglig samarbeid er nødvendig for en god behandling av underernæring. Ved manglende rutiner og systemer for ernæringsarbeidet er legen og ernæringsfysiolog nyttige samarbeidspartnere (Brodtkorb, 2008). Det er også andre faggrupper innen hjemmesykepleien som kan bidra til forebygging av underernæring, bl.a. fysioterapeut og ergoterapeut. Det er tydelig at det er store utfordringer rundt forebygging av ernæring i hjemmesykepleien. Mangelfull kompetanse, ufullstendige rutiner og manglende avklaring rundt helsepersonellens arbeidsoppgaver, er noen av faktorene som spiller inn. Vi kan lese at hele 80,2 % av helsepersonellet i Aagaard & Grøndahl (2017) sin artikkel ønsker mer kunnskap om ernæringsarbeid. Faglig forsvarlighet avhenger av helsepersonellens kompetanse, ferdigheter og erfaring. Kommunene skal bidra til at helsepersonell får nok opplæring om ernæring (Helsedirektoratet, 2010). I mine erfaringer fra praksis og jobb i hjemmesykepleien har jeg opplevd at det er lite fokus rundt temaet ernæring blant de ansatte. Det har for eksempel ikke vært noen fagdag eller undervisning rundt dette.

Bakgrunn for, og årsak til dette kan ha med hver enkelt kommune å gjøre . Jeg har hatt praksis og jobb i forskjellige kommuner, og har opplevd forskjellig prioritering av internundervisning fra de to stedene. Det kommer klare meldinger fra staten om at primærhelsetjenesten har et stort ansvar i behandlingen av underernæring. “En målrettet identifisering og behandling av underernæring i primærhelsetjenesten vil sannsynligvis gi enda større helse- og økonomiske gevinster da flere kan behandles på et lavere og billigere tjenestenivå og dermed redusere behovet for spesialisthelsetjenester” (Helsedirektoratet, 2010, s. 13).

Nasjonale faglige retningslinjer har høye mål for helsehjelpen, og for å utøve en faglig forsvarlig hjemmesykepleie, er det behov for økt kunnskap og klarere prosedyrer blant de ansatte (Meyer et al. 2017).

#### **4.2.2 Kommunikasjon og motivasjon**

Det kan være en utfordring å motivere til tilstrekkelig næringsinntak dersom pasienten står i fare for, eller går ned i vekt. I prinsippet kan man si at om man følger en plan og anbefalinger fra fagpersonell, vil ernæringsstatusen bedres. I realiteten viser dette seg å ikke være like enkelt for alle. En pasient som av ulike årsaker gradvis mister sin evne til egenomsorg, opplever egenomsorgssvikt og utvikler dermed et egenomsorgsbehov, der omgivelsene må ta ansvar. Eventuelle pårørende er viktige observatører og aktører i forhold til oppfølgingen, f.eks. ved å se at den eldre trenger helsehjelp.

Det er dessuten ulike forhold som kan påvirke den enkeltes motivasjon for å spise tilstrekkelig. Dersom eldre bor alene, kan det være ensomt å innta måltidet uten det sosiale fellesskapet og gleden ved et felles måltid. Gode personlige forhold og et sosialt fellesskap, kan ofte være faktorer som bidrar til at appetitten blir bedre. Når eldre som bor alene, tilbys felles måltider f.eks. ved et dagsenter 1-2 dager i uken, kan dette oppleves som høydepunkt i deres sosiale liv. Dette erfarte også jeg, da mange av de eldre så fram til at de skulle på dagsenter, når jeg var innom på morgenbesøk. Jeg opplevde ikke at noen så på dagsenter som negativt.

#### **4.3 Bedring av ernæringstilstand hos underernærte pasienter**

Ved å øke innholdet av proteiner og fett,, kan en sørge for tilstrekkelig næringsrik kost for pasienten. Ekstra tilskudd av vitaminer og mineraler er generelt nødvendig hvis kaloriinntaket ligger under 1200 pr. døgn (Sjøen & Thoresen, 2012).

Jo mindre mat pasienten får i seg, desto viktigere er det at den er næringstett.

Som Mowé (2002) beskriver, kan ernæringsdrikker ha en stor innflytelse på ernæringsstatus, da både KMI øker og pasientens MNA-skår øker. Tilpasset og beriket kost, med ekstra tilsetning av f.eks fløte, helmelk eller smør, gjør at maten smaker bedre og kan bidra til vektøkning for dem som trenger det. Det finnes også spesifikke desserter som har økt næringsinnhold. Små og hyppige måltider er et positivt tiltak, da store porsjoner kan virke overveldende. Opplevelsen av måltidet gir også en positiv mental effekt, dersom maten smaker godt og pasienten ber om påfyll. Faktorer som har betydning for pasientens opplevelse av spisesituasjon og måltidet, kan være sittestilling, opplevelse av komfort ved bordet, for eksempel om pasienten klarer å bruke bestikk eller selv kan løfte glass/koppen til munnen. Utfordringen vil være at dette er tidkrevende arbeid, der sykepleier må være tilstede under hele måltidet, noe som gjerne ikke er praksis i dag om pasienten har spesielt vedtak på dette. Fra mine erfaringer har jeg opplevd et stort tidspress, og dårlig tid til hver enkelt pasient.

#### **4.3.1 Individrettede tiltak**

Etter kartleggingen av ernæringsstatus er gjennomført, skal det utarbeides en pleieplan. Denne planen skal utdype og konkretisere vedtaket til pasienten. Den skal bl.a. beskrive oppgavefordeling konkret. Den individuelle planen evalueres av sykepleier fortløpende, og revideres når vedtaket endres, evt. når pasientens behov- og funksjonsnivå forandrer seg (Fjørtoft, 2012). Det er en koordinerende enhet i kommunen som har det overordnede ansvaret for oppretting av individuell plan i samarbeid med fastlegen. Sykepleiers dokumentasjon brukes som grunnlag (Helsedirektoratet, 2015). Planen skal inneholde visse hovedpunkter; en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov. Den skal også gi informasjon om tjenesteytere, hvem som er koordinator og hva pasient, pårørende og tjenesteutfører skal bidra med i det videre arbeidet. Deretter skal det fremkomme en oversikt over tiltak, hvem som skal utføre disse og hvordan disse er tenkt gjennomført. En tidsramme der det står hvor lenge tiltakene varer og når de evt. skal endres, skal komme tydelig fram av planens varighet: Til sist skal planen ha med en oversikt over eventuelle samarbeidspartnere i form av andre tjenesteytere og pasientens samtykke (Helsedirektoratet, 2015).

Dette sørger for at pasienten og evt. pårørende får innsyn i behandlingsforløpet, og det gir et godt utgangspunkt for brukermedvirkning. Individuell plan kan også virke motiverende, da den har tydelige mål og delmål for forebygging og helsefremming.

### 4.3.2 Sykepleierens oppgave og ansvar i veiledning og oppfølging

I teoridelen beskrev jeg Orems fem metoder som kan brukes i sykepleiesammenheng for å tilfredsstille de terapeutiske egenomsorgskravene: Jeg velger her å diskutere de to punktene som jeg mener har størst relevans for oppgavens problemstilling, da begrepene veiledning og undervisning handler om å stimulere til læring og utvikling gjennom kommunikasjon og opplysning. Flere av Orems metoder kan brukes samtidig.

**Å veilede en annen:** I det første møtet mellom sykepleier og pasient i hjemmet, er det sykepleiers ansvar å oppnå en god relasjon, slik at pasienten føler seg trygg i situasjonen. Ved å tilkjenne at man ser og forstår pasienten, skaper dette trygghet og tillit (Eide & Eide, 2012). Sykepleier kan sette opp en modell for en dialogbasert samtale, der pasientens egne behov prioriteres. Veiledning kan styrke pasientens opplevelse av mestring, og dette kan føre til en glede over å ha innflytelse i eget liv. Balansen mellom utfordring og støtte gir pasienten rom for å ta noen valg, dette kan oppleves godt for noen og vanskelig for andre. En pasient kan føle seg hjelpeløs og nedstemt, og kommunikasjonsferdighetene til sykepleier kan dermed bli satt på prøve. Veiledning vil i slike tilfeller være en vanskelig form for hjelp til egenomsorg. Et annet element er tid, fordi det tar tid å bruke veiledning som metode, siden målet er at den som veiledes, selv skal finne svar og gjøre valg.

**Å undervise en annen:** Å fremme motivasjon hos pasienten, er en sentral sykepleieoppgave. For å komme i en god dialog, kan sykepleier ta i bruk samtaler i form av motiverende intervju, der det gis rom for at pasienten får komme til orde og kan gi uttrykk for egne tanker og opplevelser. Ved å kommunisere tillit og ha tro på pasientens egne ressurser, vil pasienten stimuleres til mestring gjennom motivasjon. Pasienter har behov for konkrete råd så tidlig som mulig i forebyggende arbeid, råd som har som hovedformål å få til en bedre oppfølging av pasienten (Mæland, 2010).

En autoritetsstyrt samtale, der pasienten blir “undervist” av eksperten, kan føre til en passiv innstilling, og effekten er begrenset. Mæland (2010) bruker begrepet “økt compliance”, som betyr å gi etter eller føye seg. For å bidra til endring i en pasientens manglende fokus på ernæring, må pasienten selv oppleve dette som nødvendig (Kristoffersen et al., 2011).

En del ernæringsråd vil være generelle for et sunt og sammensatt kosthold. I tillegg har den enkelte pasient individuelle behov eller sykdomstilstander, som krever en individuelt tilpasset kostholdsplan med et strengere regime. I forebyggende arbeid for å unngå at eldre i risikozonen utvikler underernæring, er helseopplysning et viktig virkemiddel når det oppleves relevant og nyttig for pasienten.

Jeg velger å kommentere to av Orems universelle egenomsorgsbehov, punktene:

“Opprettholdelse av balanse mellom å være alene og å ha sosial kontakt” samt “behovet for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft, mat og vann som livsnødvendig.”

Sosial omgang med andre mennesker, enten det er på dagsenter eller besøk av familie/venner, bidrar etter min mening til økt livskvalitet. Såfremt man er i en god nok psykisk og fysisk tilstand, kan sosialt liv bidra til en bedre tilværelse for de eldre. Det er vanlig å oppleve frafall av jevnaldrende, som bidrar til ensomhet og nedstemthet, og dette kan føre til at egenomsorgsbehovet for sosial kontakt ikke blir dekket.

Behovet for tilstrekkelig luft, mat og vann anses som livsnødvendig, men dersom egenomsorgen svikter på et område, øker også risikoen for at pasienten utvikler apati.

Dermed kan både mat og væsketilførsel bli forsømt. Det vil da skapes behov for tiltak, og det er sykepleiers oppgave å bruke sykepleieprosessen som verktøy i behandlingen. Som sykepleier i hjemmesykepleien kan man ofte oppleve en kamp mot klokken. Samtidig er det viktig at vi er til stede for pasienten den tiden vi er hjemme hos hver enkelt (Fjørtoft, 2012). Travelbee peker også på verdien av god relasjon i etableringen av menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen et al., 2011). Sympati innebærer at sykepleier er klar for å hjelpe pasienten gjennom sin væremåte, både verbalt og nonverbalt. For at pasienten skal oppleve ektefølt sympati og relasjon, vil en stabilitet i bemanningsplan og turnus, være en viktig forutsetning.

## **5. Konklusjon**

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å få innsikt i og besvare problemstillingen

”Hvordan kan sykepleieren forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmesykepleie?”

Det finnes prosedyrer og teori for kartlegging og igangsetting av tiltak til alle pasientgrupper. Likevel er det ikke et fasitsvar på hvordan sykepleier gir omsorg og oppfølging til den enkelte pasient. Et tiltak kan virke på noen, mens det på andre pasienter trengs et annet tiltak. Det er viktig å ha et standardisert regelverk i forhold til prosedyrer, men viktigheten av samarbeidet mellom sykepleier og pasient må ikke undervurderes. God kommunikasjon og motivering bidrar mye.

I følge loven er sykepleieren forpliktet til å drive forebyggende arbeid. Helsedirektoratet legger vekt på at spise miljø og spisesituasjon er en viktig del av forebyggingen, og bør

tilrettelegges tidlig. Tilskudd av næring, gjennom bl.a. ernæringsdrikk vil også kunne bidra til at vektnedgang bremser. I situasjoner der pasienten spiser lite, kan sykepleier gi råd om bl.a å øke hyppigheten av måltidene, fra tre til fire-fem pr dag. Hyppige, små måltider kan virke mindre overveldende på eldre som strever med lav appetitt.

Veiledning om god ernæringspraksis og tett oppfølging kan bidra til at en dårlig spiral kan endres. Orens fem hjelpemetoder har tydeliggjort sykepleierens ansvarsområder og viser hvordan sykepleiers oppgaver og ansvar kan struktureres. Det klargjør at behovet for råd og veiledning kan kombineres med støtte til og involvering av pasienten. Dette kan bidra til økt energiinntak og dermed stabilisere, eller i beste fall øke vekt, og bidra til god egenomsorg for pasienten.

Det kan være lett å overse betydningen av forebygging av underernæring hos eldre, så lenge pasienten virker i bra form, Dette underbygges også av litteratur og forskning jeg har brukt. Ved å innarbeide gode rutiner rundt ernæringsarbeidet, og øke kunnskapen blant de ansatte i hjemmesykepleien, vil man kunne bidra til en raskere identifisering og forebygging av underernæring.

## 6. Litteraturliste

- Aagaard, H. & Bjerkreim, T. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (2. utg., s. 161-207). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aagaard, H. & Grøndahl, V. H. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 12, doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.61219
- Birkeland, A., Flovik, A. M. (2011). Sykepleie i hjemmet. Oslo: Akribe.
- Brodtkorb, K. (2008). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 255-266). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cavanagh, S.J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dahl, K. & Skaug, E-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (2. utg., s. 15-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gjevjon, E., Glavin, K. (2016). *Sykepleie i kommunehelsetjenesten - helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2007). *Informasjon om IPLoS-registeret*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

- Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 91-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., & Nortvedt, F. (2011). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.61797
- Mæland, J. G. (2010) *Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, J.I., Müller, H., Hjartåker, A., & Anderssen, S.A. (2009). *Grunnleggende ernæringslære* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Söderström, L. (2016). Nutritional Screening of Older Adults: Risk Factors for and Consequences of Malnutrition. *Acta Universitatis Upsaliensis*. Hentet fra <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:876410/FULLTEXT01.pdf>
- Thorsen, K. (2008). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 57-68). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.