

RAPPORT RAPPORT

Hjemmesykepleieres erfaring med ernæringsarbeid og kartlegging av underernæring

Et deltagende aksjonsforskningsprosjekt i samarbeid med sykepleiere i Røyken kommune

Siri E. Meyer
Liv Helene Jensen



Rapporter fra Høgskolen i Buskerud

Nr. 92

Hjemmesykepleieres erfaring med ernæringsarbeid og kartlegging av underernæring

**Et deltagende aksjonsforskningsprosjekt
i samarbeid med sykepleiere i Røyken kommune**

Av

**Siri E. Meyer
Liv Helene Jensen**

Drammen 2012

Tekster fra HiBus skriftserier kan skrives ut og videreformidles til andre interesserte uten avgift.

En forutsetning er at navn på utgiver og forfatter(e) angis- og angis korrekt. Det må ikke foretas endringer i verket. Verket kan ikke brukes til kommersielle formål.

ISBN 978-82-8261-018-6 (online)

ISSN 1893-2312 (online)

Innledning

I juni 2009 lanserte Helsedirektoratet Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009). Retningslinjene er normative og slår fast at alle pasienter innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak. Prosjektet har til hensikt å få sykepleiere i hjemmesykepleien kjent med de nye nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, og å stimulere til refleksjon rundt egen ernæringspraksis.

Bakgrunn

Flere undersøkelser i sykehus både på kirurgiske og medisinske avdelinger viser høye tall på underernæring, og da særlig i kombinasjon med alder over 70 år (Beck et al., 2001; Bruun, Bosaeus, Bergstad, & Nygaard, 1999). Det er også vist at underernærte pasienter har lengre sykehusopphold, høyere dødelighet og høyere totale liggekostnader enn ikke-underernærte (Statens ernæringsråd, 1997; Stratton, Green, & Elia, 2003). Blant hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie har en studie blant 340 hjemme boende eldre i Oslo og Bærum vist at 30 % var underernærte og 20 % sto i fare for å utvikle underernæring (Sørbye, 2009). Statens Helsetilsyn har utarbeidet flere tilsynsrapporter fra kommuner i Norge der manglende dokumentasjon på ernæringsstatus påpekes (Statens Helsetilsyn, 2011).

Underernæring kan få alvorlige konsekvenser for pasientens allmenntilstand og livskvalitet. Økt falltendens, redusert bevegelighet, depresjon og apati, nedsatt immunforsvar og forsinket sårtilheling kan være noen av følgene av underernæring (Kyle, Genton, & Pichard, 2005; Mowé, Diep, & Bøhmer, 2008; Stratton et al., 2003; Sørbye, 2009; van Wayenburg, van de Laar, van Weel, van Staveren, & van Binsbergen, 2005).

Forebygging av under- og feilernæring må starte før pasientene når spesialisthelsetjenesten. Hjemmebaserte tjenester og andre tilbud innenfor pleie- og omsorgstjenestene blir derfor sentrale for å kunne iverksette tiltak som fanger opp personer i ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2007).

Anbefalingene i Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009) understreker at dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud. Viktig for hjemmesykepleien blir å kartlegge ernæringsstatus hos enhver pasient som henvises til hjemmesykepleien, på et vurderingsbesøk, samt og systematisk kartlegge de pasienter som ikke er kartlagt, men har et eksisterende tilbud fra hjemmesykepleien. Det anbefales videre i de Nasjonale faglige retningslinjene å anvende standardiserte kartleggingsverktøy for å vurdere ernæringsstatus. Et interessant aspekt i disse retningslinjene er at Helsedirektoratet har valgt kravet: ”skal” veies månedlig for pasienter som mottar hjemmetjenester, og ikke ”bør”. Retningslinjene er forankret i forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven §4.

Da de nye retningslinjene ble presentert i media var det spennende å følge med på i hvilken grad kommunene implementerte de normative retningslinjene fra Helsedirektoratet. I presentasjonen av de Nasjonale faglige retningslinjene vektla Guro Smedshaug fra Helsedirektoratet, at Norge er et av få land som ikke har data som følger vektutvikling over tid.

Prosjektet kom i gang etter en gjennomført pilotundersøkelse utført av sykepleierstudenter fra Høgskolen i Buskerud i praksis i Røyken kommune, høsten 2009 og vår 2010. Sykepleierne i praksis kom med tilbakemeldinger fra pilotprosjektet, der de gav tydelig uttrykk for at de ikke ønsket å gjennomføre veiing. Dette gjorde meg nysgjerrig på hva de tenkte rundt de nye kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. For å få svar på dette har vi i denne studien valgt et deltagende aksjonsforskningsdesign, der sykepleierne er aktive deltagere i forskningsprosessen.

Målsettingen med prosjektet har både vært å skape kunnskap hos sykepleierne om de nye nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, og å få frem hva sykepleierne tenker rundt sin praksis i dag omkring tema underernæring.

Design og metode

Studiens design er inspirert av deltagende aksjonsforskning i egen organisasjon (Coghlan & Brannick, 2010). Designet er kvalitativt i form av planlagte gruppesamtaler der erfarne sykepleiere deler sine erfaringer, og vurderer i fellesskap hvordan de kan anvende Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av underernæring i sin praksis. Sykepleierne oppfordres til å legge frem sine erfaringer, dele de i fellesskapet, og om mulig finne fram til hensiktsmessige måter å ivareta de nasjonale kravene for forebygging av underernæring i praksis med respekt for pasientens ønsker og hans/hennes pårørende. I gruppesamtalen vil det være viktig å la sykepleierne selv få en opplevelse av eierforhold til ulike argumenter og løsninger de kommer frem til. Deltagende aksjonsforskning dreier seg om å kombinere handling og datagenerering (Hummelvoll, 2008). Samtaler og refleksjoner over egne erfaringer omkring eldre hjemme boende pasienter, som sykepleierne vurderer å være underernærte, er viktig. Det kan bidra til økt bevissthet, og skape grunnlag for å prøve ut nye intervensjoner som de kommer frem til i fellesskap. I gruppesamtalen vil forskerne bidra med spørsmål, kunnskap og styrke deltagerens utforskning av tema.

Metode

Kommunens ledelse ble først kontaktet for å få tillatelse til å gjennomføre gruppesamtaler med sykepleierne i hjemmesykepleien for å finne ut hvordan de tenkte rundt sin ernæringspraksis. Det ble gitt tillatelse til å gjennomføre studien. Så kontaktet jeg førsteamanuensis Liv Helene Jensen ved Høgskolen i Buskerud som sa seg villig til å delta i gruppesamtalene. Jensen har bakgrunn fra flere aksjonsforskningsprosjekter (Jensen, 2009) og er for tiden også engasjert ved Utviklingssenteret for sykehjem i Buskerud..

Det har i prosjektperioden fra 03.02. – 31.10. 2011 vært avholdt åtte gruppesamtaler. Fire i distrikt A, et stort distrikt med totalt 9 sykepleiere som deltagere, og fire gruppesamtaler i distrikt B, et mindre distrikt med totalt 5 deltagere. Til sammen har antall sykepleiere som har deltatt vært 14. Alle deltagerne har gitt informert skriftlig samtykke til deltagelse i studien. Deltagelsen er frivillig og hver samtale har vart i ca. 1,5 timer. Samtalen som er gjennomført er tatt opp som lydopptak. Mellom hver samling har Siri og Liv sendt ut et notat, basert på lydopptak og egne notater, med en oppsummering av det som har vært diskutert. Mot slutten av hver gruppesamling var det en oppsummering der vi sammen kom frem til hva som skulle gjøres videre for eksempel spre informasjon på neste personalmøte, eller henge opp BMI skjema på vaktrommet. Notatene ble sendt til alle som var til stede på gruppesamtalene per e-

post. Hensikten var at de skulle komme med innspill, oppklaringer eller spørsmål. Notatet ble gjennomgått i begynnelsen av hver gruppesamtale, slik at tiltak ble fulgt opp og tema som ikke var ferdig diskutert ble fulgt opp videre. Da gruppene var åpne, fungerte notatet også som informasjon til de som ikke kunne være med hver gang.

I analysene av gruppesamtalene kom det frem fem sentrale temaer. Analysene er gjort på tvers av sonene, og separat.

Sentrale temaer:

Tilrettelegging av måltider er viktig i hjemmesykepleien

I de første møtene var det samtaler rundt spisesituasjonen. Sykepleierne fortalte at de var opptatt av tilrettelegging av måltider, og at dette ble snakket om ofte i de daglige i rapportene. Samtalene har kretset rundt hvordan det best kan legges til rette for at pasienter kan få i seg den maten de behøver. Her er gruppen på distrikt A enige i at det å spise sammen er mye bedre enn å spise alene, og savner et dagsenter som fantes tidligere, der pasienter i hjemmesykepleien kunne komme sammen å få servert middag.

Veining

Sykepleierne har frem til nå ikke veid pasientene systematisk ved vedtak slik anbefalingene i retningslinjene krever. I løpet av samtalene i gruppene kom sykepleierne frem til at praksis bør endres i forhold til veining. Kanskje allerede fra vedtak? Andre pekte på at dette burde gjøres mer skjønnsmessig der det var tydelig behov for vurdering av ernæringstilstanden. Gjentagende ganger i samtalene kom det frem at noen sykepleiere vegret seg for å veie pasienten hjemme, og begrunnet dette med pasientens verdighet. En sykepleier sa: ”du forteller ikke en gammel husmor at hun ikke kan ivareta sitt matinntak”. For noen av sykepleierne handlet det om deres egen aversjon mot å gå opp på en vekt, mens andre var opptatt av bruk av skjønn, og å se hver pasient for seg selv. Da blir vekt bare en del av bildet, slik sykepleierne gav uttrykk for. Det var enighet blant sykepleierne om at det ikke skrives avvik på ernæring selv om det er et grunnleggende behov som må ivaretas. Gruppene gav flere eksempler fra egen praksis hvor pasienten spiste svært lite eller feil, og de etterspurte samarbeid med legene og deres rolle i ernæringsarbeidet. Som eksempel på avvik kan nevnes at en pasient ikke fikk innvilget dekning av ernæringsdrikker fordi hjemmesykepleien ikke hadde sittevekt slik at BMI kunne utregnes.

Personer med demens

En pasientgruppe som sykepleierne var særlig opptatte av var eldre personer med demens, som glemmer å spise. Utfordringen var også at pasienten kunne si at han/hun har spist og at det er vanskelig å kontrollere i hjemmesituasjonen. Matlaging har for mange eldre kvinner vært viktig, og sykepleierne mente derfor det var vanskelig å ta opp. Sykepleierne fortalte at de observerte vekttap, og at de kunne være bekymret for matinntaket.

Personalet savnet aktive tilbud for denne gruppen som dagsenter og mulighet for medspising.

Tiden er en stressfaktor

Flere i gruppen opplevde at det var en negativ stressfaktor at Bestillerenheten definerer tiden som skal brukes hos hver pasient. På den annen side gav flere uttrykk for at de selv må gi tilbakemelding om behovet til bestillerenheten og at det da trolig ville kunne settes av mer tid.

Vanskelige ord?

Ved gjennomgang av de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (Helsedir, 2009) fant vi sammen ut at det var flere ord og uttrykk som hjemmesykepleien ikke er vant til å bruke, som: ”ernæringsstatus” og ”ernæringsplaner” hva betyr det? Underernæring er et ord sykepleierne ikke er vant til å bruke, man snakker heller om hva pasienten spiser, hvor mye og hvordan de kan tilrettelegge mat praktisk i hjemmet. Når vi fant frem til definisjoner og forklaringer i retningslinjene, hvor underernæring er for lavt matinntak i forhold til behovet, var ikke ordene så vanskelige og fremmedgjørende som de først virket.

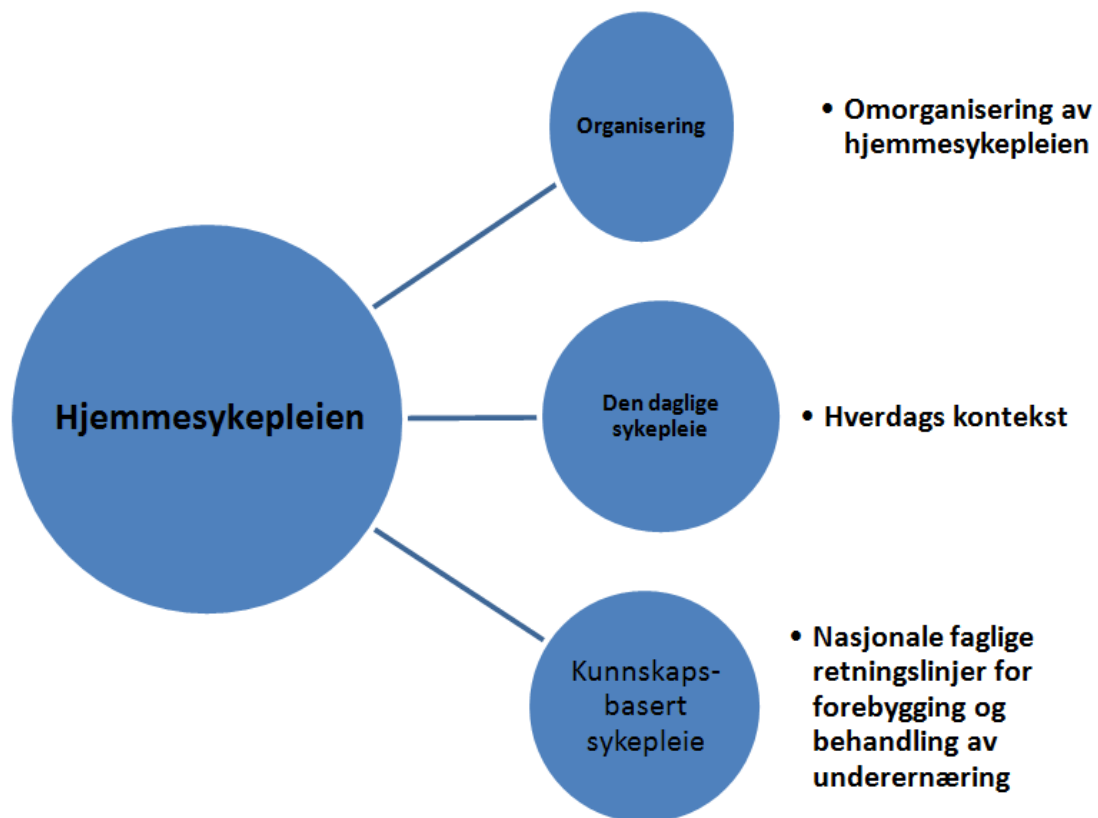
Tiltaksplaner om ernæring blir viktige fremover for dokumentasjon i Personlig digital Assistent (PDA). Det blir viktig med konkrete tiltaksplaner om ernæring.

Diskusjon

Hverdagen i hjemmesykepleien fremstår hektisk for samtlige deltagere. Det er mange daglige krav. Strukturelle endringer der den pågående omorganiseringen av kommunen tar mye fokus. Blant annet får det innvirkning på nye tiltak i ernæringsarbeidet som blir vanskelige å iverksette før omorganiseringen er på plass. Krav er det også i hverdagen der pasientene oppleves dårligere, for eksempel at pasienter med kognitiv svikt bor lengre hjemme, og at pasientene er somatisk sykere. I den profesjonelle utøvelsen av sykepleie øker kravene til å

ivareta pasienter med større kompleksitet. De Nasjonale faglige retningslinjene (Helsedir, 2009) oppleves som skrevet i et språk som ikke alle sykepleiere fant like tilgjengelig, men etter noe diskusjon kunne vi finne frem i retningslinjene. Slikt arbeid krever at det avsettes tid.

For å oppsummere kompleksiteten i dette utviklingsarbeidet kan det illustreres i følgende modell:



Modellen tar utgangspunkt i hverdagens praksis i hjemmesykepleien, og de samtidige kravene om effektiv organisering på den ene siden og krav om faglig forsvarlighet basert på nasjonale faglige retningslinjer på den andre siden. Kunnskap om retningslinjene og diskusjon om hvordan de kan implementeres i praksis er nødvendig både for ledere og praktikere.

Oppsummering;

Alle deltagere understreket at ernæring er et viktig tema i hjemmesykepleien, som det snakkes om hver eneste dag. Sykepleierne uttrykte at ernæring har blitt tatt opp i hele personalgruppen i denne perioden hvor gruppesamtalene har foregått våren og høsten 2011. Samtlige sykepleiere har fortalt om eksempler fra pasienter med problemer rundt mat og matinntak, som var svært kompliserte. Selv om temaet mat og måltider diskuteres daglig, fant vi sammen ufullstendig eller manglende dokumentasjon om ernæring i tiltaksplanene.

Sykepleierne i begge distrikter gav uttrykk for at våre samtaler har vært verdifull refleksjon rundt egen praksis. Kommunen er midt i en omorganiseringsprosess, noe som er utfordrende i hverdagen, men håpet er samtidig at det skapes rom for nye muligheter.

Veien videre med forslag til forbedringspunkter

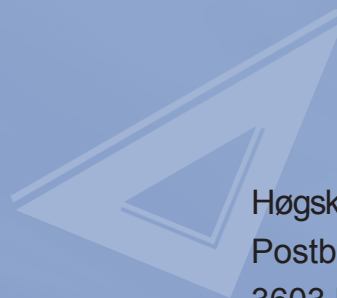
- I distrikt B er deltagerne innstilt på å lage nye konkrete tiltaksplaner og de opplever at veiling kan innføres sammen med eget område om ernæring på Gerica.
- I distrikt A har deltagerne tatt opp tema veiling på personalmøte. Noen ønsker at det innføres faste prosedyrer der pasienter veies, mens andre deltagere i gruppen er ukomfortable med å veie pasienter.
- I distrikt B er sykepleierne opptatt av at de kan få til hva de vil bare de kan begrunne det faglig. I distrikt A gir sykepleierne uttrykk for at de kunne hatt slike muligheter i teorien, men ser det ikke praktisk gjennomførbart i hverdagen.
- Ett neste skritt i utviklingsarbeidet kan være å involvere bestillerkontoret og lederne innen pleie og omsorg i kommunen i arbeidet med hvordan de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring kan implementeres i hele kommunen, og hvilke av de anbefalte kartleggingsverktøy man vil anvende.

Takk

Vi takker alle medvirkende som velvillig stilte ved gjennomføring av prosjektet.

Referanser:

- Beck, A. M., Balkn, U. N., FÜRst, P., Hasunen, K., Jones, L., Keller, U., . . . Ovesen, L. (2001). Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition—report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 20(5), 455-460. doi: 10.1054/clnu.2001.0494
- Bruun, L. I., Bosaeus, I., Bergstad, L., & Nygaard, K. (1999). Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation. *Clinical Nutrition*, 18(3), 141-147. doi: 10.1016/s0261-5614(99)80003-x
- Coghlan, D., & Brannick, T. (2010). *Doing action research in your own organization*. London: Sage Publications.
- Helsedirektoratet. (2007). Ernæring i helsetjenesten *Rapport* (pp. 67).
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hummelvold, J. K. (2008). The multistage focusgroup interview. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 10(1), 3-14.
- Jensen, L. H. (2009). *Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjeneste i sykehjem og hjemmebaserte tjenester - muligheter og begrensninger: en praktisk deltagende aksjonsforskningsprosjekt*. Dr. avhandling, Institutt for sykepleievitenskap, medisnisk fakultet, UIO, Oslo.
- Kyle, U. G., Genton, L., & Pichard, C. (2005). Hospital length of stay and nutritional status. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 8(4), 397-402.
- Mowé, M., Diep, L., & Bøhmer, T. (2008). Greater seven-year survival in very aged patients with body mass index between 24 and 26 kg/m². *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2), 359-360.
- Statens ernæringsråd. (1997). Ernæringsbehandling og kostrådgivning til kreftpasienter. In S. Ernæringsråd (Ed.), *Rapport* (Vol. nr 4/1997, pp. 26 s.). Oslo: Statens ernæringsråd.
- Statens Helsetilsyn. (2011). *Krevende oppgaver med svak styring: samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre* (Vol. 5/2011). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Stratton, R. J., Green, C. J., & Elia, M. (2003). *Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment*. Wallingford: CABI.
- Sørbye, L. W. (2009). *Frail homebound elderly: basic nursing challenges of home care : a comparative study across 11 sites in Europe*. University of Tromsø, Section for Nursing and Health Sciences, Tromsø.
- van Wayenburg, C. A. M., van de Laar, F. A., van Weel, C., van Staveren, W. A., & van Binsbergen, J. J. (2005). Nutritional deficiency in general practice: a systematic review. [Article]. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, S81-S88. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602178



Høgskolen i Buskerud
Postboks 235
3603 Kongsberg
Telefon: 32 86 95 00

www.hibu.no

ISSN 1893-2312 (online)

