

Liv Wergeland Sørbye
Evelyn Jakobsen



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE |

RAPPORT 2012/5

Folkehelsearbeid Matlyst gir Livslyst - de gode tiltak

Et samarbeidprosjekt mellom Utviklingscenter for hjemmetjenester i Bærum kommune og Diakonhjemmet høgskole.

FORORD

”Pasienten fortalte meg at hun hadde så trangt spiserør at hun ikke klarte å svelge vanlig mat. I samtalen vi hadde, fokuserte hun ikke på at hun fikk for lite næring eller at sultfølelsen ikke kunne dekkes. Hennes største savn var det sosiale rundt måltidene, det som hun hadde mistet.”

For å kunne gi gode råd angående eldre og ernæring, er det nødvendig å møte de eldre i deres hjemmesituasjon. Det finnes mye forskning og erfaring blant fagpersonell om hva som fremmer god ernæringsstatus. Likevel er underernæring og risiko for underernæring en alvorlig utfordring i Norge i dag. Sykepleierstudenter kan ofte møte de eldres situasjon med et åpnere sinn og mindre skråsikre løsninger enn sykepleiere med lang yrkeserfaring.

Denne rapporten er en videreføring av en kartleggingsstudie som ble foretatt høsten 2011. Her beskrives møtet mellom de eldre og studentene. Studentene har skrevet ned sine refleksjoner og erfaringer og prosjektleder har gitt kommentarer. Disse fortellingene danner så grunnlaget for praktiske råd og veiledning som kan benyttes i til å fremme helsen til eldre. Siden dette materialet er hentet fra hjemmesykepleien, brukes både begrepene pasient, hjemmeboende og den eldre.

En stor takk til sykepleierstudentene samt veiledere og ansatte i Bærum, Åfjord og Ålesund kommune.

Takk for økonomisk støtte fra legat til fremme av folkehelsen, som gjorde dette arbeidet mulig.

Liv Wergeland Sørbye
Oslo 30. juli 2012

INNHold

Forord.....	3
Sammendrag.....	5
Innledning	6
Metode	6
Hensikt og mål	7
Pasientutvalg og personvern	7
Resultater	8
Utvalgte iplosdata.....	9
Studenters møte med den eldre	12
Studentenes kvalitetsutviklingsprosjekt	20
Tannstatus	25
Prosjektets betydning som folehelsearbeid	27
Referanser	31
Aktuell litteratur	32
Vurderingsskjema.....	35

SAMMENDRAG

Finansiering

Prosjektet har fått støtte fra Legat til fremme av folkehelsen

Samarbeidspartnere

Diakonhjemmet høgskole ved Liv Wergeland Sørbye, Bærum, Ålesund og Åfjord kommune, sykepleierstudenter fra høgskolene: Diakonhjemmet, Ålesund og Sør-Trøndelag

Bakgrunn for prosjektet

Det finnes i dag mye kunnskap både nasjonalt og internasjonalt om ernæringssvikt hos eldre. I Norge skal det være lett å få tak i variert og næringsrik kost. De fleste eldre mennesker vet hva som er sunn kost. Likevel har mange eldre for lav kroppsvekt. Det er ulike grunner til at eldre personer går ned i vekt. Redusert matlyst kan føre til redusert livslyst. Økt matlyst kan også gi økt appetitt på livet.

Hensikt og mål

- Å skape engasjement hos sykepleiestudenter i møtet med eldre som var i risiko for underernæring. I samarbeid med pasienten skulle studentene finne frem til realistiske tiltak som kunne bedre pasientens ernæringsstatus
- Erfaringene fra prosjektet skulle gi grunnlag for folkehelsearbeid relatert til forebygging av ernæringssvik
- Utvikle en brosjyre «Matlyst gir livslyst» til eldre hjemmeboende

Gjennomføring og resultater

Studentene vurderte aktuelle funksjonsvariabler i IPLOS relatert til en lav kroppsmasse indeks (KMI) hos 151 eldre mottakere av hjemmesykepleie. Kvinnene utgjorde 62 % og de var i snitt 6 år eldre enn mennene (83,4 versus 77,6 år). Det var 40 % av de eldre som hadde en KMI på mindre enn 22. Studentene kom med forslag til tiltak for å øke ernæringsstatus. Studentene fulgte opp sine pasienter i ca. 8 uker. Ved å benytte objektive mål som KMI, fikk de konkrete effektmål. Studentene erfarte at eldre som har avvik i ernæring status slet med sammensatte problemer. Ethiske utfordringer som autonomi og det å ikke påføre skade måtte vurderes. De eldres rett til å bestemme over eget liv kunne gjøre det vanskelig for studentene å oppfordre dem til å endre matvaner. Flere eldre ga uttrykk for sosial isolasjon, nedstemthet og mangel på livsgnist. Flere hadde gode råd å dele til andre i lignende situasjon

Konklusjon

Eldre som mottar hjemmetjenester har dårlig ernæringsstatus. Respekt for den enkeltes integritet må ivaretas. Erfaringer fra møtet med eldre viser at mellommenneskelige relasjoner og god faglig oppfølging er viktig i forhold til både matlyst og livslyst. Dette går utover det en kan forvente at hjemmetjenesten kan mestre. Brosjyren som er bygget på erfaringer fra dette prosjektet, kan bidra til generelt folkehelsearbeid om ernæring til hjemmeboende eldre.

INNLEDNING

Høsten 2011 ble det gjennomført et samhandlingsprosjekt mellom Bærum kommune og Diakonhjemmet høgskole angående hjemmeboende eldre sin ernærings situasjon. Studentene skulle lære seg til å tolke funksjonsvariabler relatert til pasientens kroppsmasseindeks. Hensikten var sammen med den eldre å sikre god ernæringsstatus. Studentene skulle vurdere kognitive, fysiske og sosiale forhold som hindret et tilfredsstillende næringsinntak. Erfaringer fra dette prosjektet ble videreført våren 2012, med fokus på folkehelsearbeid.

METODE

Alle utviklingsentre for hjemmetjenester ble kontaktet pr brev. Rapporten fra 1. del av prosjektet ble lagt ved. Informasjon ble også lagt ut elektronisk på Utviklingssentrets hjemmeside (Sørbye og Jakobsen 2012)¹. Vi antok at dersom praksisfeltet var interessert, ville sykepleierstudentene følge det opplegget som praksis la opp til. Samtidig var det viktig at ansvarlig lærer for aktuelle praksisoppfølging fra høgskolene godkjente prosjektet. Lærer måtte være villig til å motivere og følge opp studentenes fokusering på ernæring. Dette viste seg å være komplisert. De fleste høgskoleansatte har sine egne opplegg og studentene hadde klare læringsmål for hver enkelt praksisperiode.

Den 20. januar 2012 hadde Sørbye et møte med seniorrådgiver Ingvild M. Svendsen ved avdeling omsorgstjenester i Helsedirektoratet. Her ble det bekreftet at ernæringsstatus hos hjemmeboende er et satsningsområde. Opplegget med å satse på å bevisstgjøre sykepleierstudenter til å vurdere sammenhengen mellom funksjonsvariabler i IPLOS (Helsedirektoratet 2008 og kroppsmasseindeksen (KMI) 2009), ble sett på som viktig. I tillegg ville en utfordre fremtidige sykepleiere på sitt helseopplysningsansvar.

I utgangspunktet var det sju kommuner som var interessert i å delta. Dette måtte vurderes som bra i konkurranse om mange andre gode formål. Det viste seg imidlertid at når det kom til praktisk gjennomføring, var det bare to kommuner utenom Bærum som deltok. I tillegg var det tre studenter som valgte å initiere et kvalitetsutviklingsprosjekt i et annet distrikt i Bærum enn der vi allerede var inne. Studentene tok utgangspunktet i opplegget for «Matlyst gir Livslyst». Studentene hadde ulike innfallsvinkler til sine beskrivelser av utvalgte pasienter som var i risiko for underernæring. Enkelte utformet arbeidskrav eller refleksjonsnotat. Andre hadde konkrete forslag til

¹<https://www.baerum.kommune.no/Organisasjonen/Pleie--og-omsorg/Utviklingscenter/Fagutviklingsprosjekter/Ernaring-1/Matlyst-gir-livslyst/>

endring av matvaner bygget på dialog med den hjemmeboende. Her var den eldre sin funksjonssvikt og psykososiale situasjon utgangspunktet for hva som ville være viktig å få endret.

Totalt ble 151 brukere av hjemmetjenesten vurdert i forhold til funksjonsvariablene i IPLOS og ernæringsstatus. Dataene ble registrert og bearbeidet i SPSS. Dataene ble presentert i frekvens og krysstabeller. T-test dannet grunnlag for signifikanstesting. Det ble foretatt en innholdsanalyse av kvalitative data. Til sist ble det gjort en helhetlig vurdering av det foreliggende materialet. Råd og utsagn ble systematisert og samlet i en brosjyre, teksten følger som vedlegg til rapporten.

Tidsramme og plassering

Prosjektet skulle gjennomføres i vårsemesteret 2012. Hvert enkelt praksissted organiserte prosjektet slik at det var sammenfallende med tiden for den enkelte gruppe av studenter sine praksisperioder. Prosjektet avsluttes 1. august 2012.

Prosjektet ble plassert geografisk i tre kommuner Bærum, Akershus; Ålesund, Møre og Romsdal og Åfjord, Sør-Trøndelag.

HENSIKT OG MÅL

- Å skape et engasjement hos sykepleiestudenter i møte med eldre som var i risiko for underernæring. I samarbeid med pasienten skulle studentene finne frem til realistiske tiltak som kunne bedre pasientens ernærings situasjon
- Erfaringene fra prosjektet skulle gi grunnlag for folkehelsearbeid relatert til forebygging av ernæringssvik
- Å lage brosjyren «Matlyst gir livslyst» til eldre hjemmeboende

PASIENTUTVALG OG PERSONVERN

Pasientene som skulle inkluderes i ernæringsprosjektet var alle brukere av hjemmetjenesten. De skulle ha besøk av hjemmesykepleier minst en gang pr. uke. Studentene skulle ikke utføre andre tjenester enn det som burde være normal prosedyre. Det at pasientene skulle veies og måles ble ikke vurdert som ekstra ordinære tiltak. Dette var et kvalitetssikringsprosjekt. Et eget aidentifiserbart papirskjema ble benyttet for dataanalysen, uten muligheter for å kobles til andre opplysninger.

RESULTATER

I dette utvalget er inklusjonskriteriet hjemmeboende pasienter som får hjemmesykepleie minimum en gang i uken. Våre tall kan derfor ikke automatisk sammenlignes med hjemmeboende som generelt får hjemmetjenester eller er har vedtak om hjemmesykepleie. Vi ønsket et utvalg som hadde et medisinsk/sykepleiefaglig faglig anliggende som trengte ukentlig oppfølging.

Vårt hovedfokus var ernæringsstatus målt ved hjelp av KMI og de aktuelle opplysninger fra IPLOS. I denne rapporten blir resultatene presentert samlet, men den enkelte kommune får tilbakemelding på hvordan deres data ligger an i forhold til hele materialet.

Bakgrunnsdata

Her omtales alder, boforhold og andel med for lav kroppsmasseindeks.

Tabell 1. Bakgrunnsdata; N=151. Angitt i prosent.

	Kvinner N=93	Menn N=58	Totalt N=151
Alder (år, SD)	83.4 (49-98) Sd 8,8	77,6 (43-99) Sd 12.3	81.2 (43-99) Sd 10.6
Bor alene	79	57	70
Bor med andre	21	43	30
Ordinær bolig	78	74	77
Omsorgsbolig	22	26	23
KMI < 20.5	35	19	28

Totalt deltok 151 brukere av hjemmesykepleie, 93 (62 %) kvinner og 58 (38 %) menn. I Norge er forventet levealder for kvinner 83,5 år og for menn 79,0 år (SSB 2011). Kvinner som får hjemmetjenester er i snitt 6 år eldre og bor langt oftere alene, enn menn. Dette kan tolkes slik at kvinner tar pleieoppgaver i forhold til menn, som hjemmetjenesten ellers ville vært involvert i. En større andel kvinner enn menn har en lav KMI (<20,5) enn menn (p=0,04).

UTVALGTE IPLOSDATA

IPLOS-data gir informasjon om brukerne av hjemmetjenesten i forhold til kognitiv fungering, sosiale aktiviteter, ivaretagelse av egen helse og hygiene samt ivaretagelse av dagliglivets aktiviteter (ADL). En skiller ofte mellom instrumentelle aktiviteter (IADL) og fysiske aktiviteter (PADL). IADL omfatter husarbeid, handling og transport. Lerdal og Grov (2011) påpeker at PADL-aktiviteter omfatter kjerneområder innen sykepleiernes funksjons- og ansvarsområder. Tuntland (2012) legger vekt på at det å være selvhjulpen i forhold til fysiske gjøremål (PADL), skaper langt større muligheter for deltakelse i sosiale aktiviteter. I forarbeidet med første trinn av prosjektet høsten 2011 hadde vi hadde forventet at brukerens evne til å bevege seg ute, skaffe seg mat og tjenester ville være viktige bakgrunnsvariabler. Vi mente også at det å kunne bevege seg inne og det å lage mat selv burde ha sammenheng med grad av ernæringsstatus. Da vi startet ut på Rykkinn, var det svært få av brukerne som hadde registrert høyde og vekt i hjemmetjenestens dokumentasjon. Dette til tross for faglige nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet 2009). Resultatene fra den første kartleggingen viste imidlertid ingen signifikant sammenheng mellom lav KMI reduksjon i ADL eller PADL funksjoner (Sørbye og Jakobsen 2012). Vi ønsket derfor våren 2012 å se om det å inkludere data fra flere kommuner (distrikt) ville gi andre sammenhenger.

Alle IPLOS variablene skal registreres på en skala fra 1 – 5

- 1 = Utgjør ingen problem/utfordring,
- 2 = Ikke behov for bistand/assistanse,
- 3 = Middels behov for bistand/assistanse,
- 4 = Store behov for bistand/assistanse,
- 5 = Fullt bistands-/assistansebehov,
- 9* = Ikke relevant

I forhold til syn og hørsel var verdiene således 1. ingen problem, 2. redusert 3. dårlig, 4. svært dårlig og 5. blind eller døv.

Vi valgte å dele skalaen som gikk fra 1-5 i to. Vi analyserte resultatene fra brukerne som hadde blitt vurdert til 1-2 på IPLOS-skalaen "ingen problem og ikke behov for bistand" vs. brukere som hadde blitt vurdert til å ha 3-5 "middels til fullt bistands-/assistanse behov".

Tabell 2. IPLOS-data: Oversikt over gradering av funksjonsvariabler ≥ 3 .
N=151. Angitt i prosent.

Funksjonsvariabler	Høst 2011 % (N=100)	Vår 2012 % (N=51)	Totalt % (N=151)
Sosial deltakelse	45	24	37
Varer og tjenester	82	67	77
Beslutninger i dagliglivet	47	35	43
Ivareta egen helse	94	88	92
Bevege seg innendørs	32	37	34
Alminnelig husarbeid	84	84	84
Personlig hygiene	60	53	57
På og avkledning	41	45	42
Lage mat	50	59	53
Spise	7	8	7
Toalett	27	29	28
Bevege seg utendørs	56	55	56
Syn	15	10	13
Hørsel*	17	16	17
Hukommelse**	39	33	37
KMI < 22	40	42	40

*Syn: Sansse lys og farge, se størrelse, form og avstand.

1. Ser godt / har ingen problemer.
2. Har noe redusert syn.
3. Har dårlig syn.
4. Har svært dårlig syn
5. Blind
6. Ikke relevant.

**Hørsel: Sansse lyd og skille mellom lyders tonehøyde, styrke, egenart og sted. Skille mellom ulike lyder, steds- og sidebestemmelse av lyd, talegjenkjenning.

1. Hører godt/har ingen problemer
2. Har noe redusert hørsel.
3. Har dårlig hørsel.
4. Har svært dårlig hørsel.
5. Døv
6. Ikke Relevant

Tabell 2. Andel pasienter i ulike KMI-grupper. N=151. Angitt i %.

KMI-grupper	Prosent
< 20,5 Undervektige	28.7
20,5-21,9 Risiko for underernæring	11.3
22,0-27,9 Normalvekt	40.0
28,0-29,9 Fedme	8.0
30,0-40 Overvekt	12.0
Totalt	100

Vi kjørte samme analysene for hele materialet, slik vi hadde gjort for de 100 første informantene fra høsten 2011². Resultatene var svært sammenfallende. Det var ingen signifikant sammenheng mellom noen av funksjonsvariablene i IPLOS og KMI < enn 20,5 eller i et utvalg med KMI < 22. Det kan tolkes slik at eldre med kognitive eller fysisk funksjonssvikt som har hjemmesykepleie minst en gang i uken, får like mye, evt. like lite hjelp til å møte sin ernæringsstatus. Det kan også vurderes slik at det er andre forhold enn hjelp til basale behov som påvirker ernæringsstatus.

² Totalt ble det registrert 108 brukere på Rykkinn høsten 2011, men de 8 siste vurderingsskjemaene inngikk ikke i den første rapporten.

STUDENTERS MØTE MED DEN ELDRE

For flere av de eldre var lav vekt ikke noe som var oppstått i løpet av noen få måneder. Mange hadde alltid vært slanke, andre hadde gradvis gått ned i vekt. Redusert muskelmasse og beinstruktur gir lavere vekt. Utfordringen blir at dersom det skjer en sykdomssituasjon eller en skade for eksempel et hoftebrudd, så har disse eldre lite underhudsfett å tære på.

I den første rapporten høsten 2011 ble det gjengitt eksempler fra studentenes arbeidskrav (2. studieenhet). Her var hensikten å vurdere problemer relatert til dårlig ernæringsstatus, sett i lys av den Eldres mestringssevne og relevante tiltak. I vårsemesteret 2012 ble studentene (2. studieenhet) utfordret på å skrive refleksjonsnotater ut fra møte med de hjemmeboende som hadde lav kroppsmasse indeks. I tillegg benyttet studenter fra 3. studieenhet modell "Matlyst gir Livslyst" som bakgrunn for ledelsen av et kvalitetsutviklingsprosjekt i et annet distrikt av hjemmetjenesten enn der 2. studieenhetsstudentene var (Neby, Ruud og Østenfor 2012).

Prosjektleder har gjort mindre redigeringer i studentenes tekster, satt inn overskifter og avslutter hvert notat (case) med en kommentar.

Refleksjonsnotat 1 "Mat mer enn fysisk mette"

Gjennom min snart åtte uker lange praksis i hjemmesykepleien har jeg støtt på mange forskjellige pasienter med ulike vaner og rutiner. Noe jeg virkelig har sett store forskjeller på er forholdet til mat. De fleste av oss spiser fordi vi er sultne, har lyst på mat, eller kanskje av ren rutine. Andre sliter med å få ned en brødskive, mangler matlyst, glemmer å spise eller tvinger seg til å spise kun fordi de vet at det er nødvendig med energi til kroppens celler. Gjennom møtene med alle disse forskjellige pasientene og deres forhold til mat har jeg gjort mang en refleksjon og ettertanke i ettertid. Men det er spesielt en pasient som virkelig satte tankene og følelsene mine i gang hos meg.

Det var en av de første praksisukene, og jeg skulle alene inn til en pasient for å smøre legger og bein og dryppe øyedråper. Da jeg kom inn til pasienten og begynte å utføre oppdraget mitt kom vi i prat, og temaet skiftet fort om til mat. Jeg skjønnte at dette var noe hun ville snakke om, og det virket som om dette hadde gått å gnaget lenge på innsiden.

Pasienten fortalte meg at hun hadde så trangt spiserør at hun ikke klarte å svelge vanlig mat, hun klarte ikke en gang å svelge suppe med mindre den var blitt silt flere ganger. Det eneste hun klarte å få ned var en eller to

næringsdrikker om dagen og drikke av ulike typer som melk og saft. Hun fortalte hvor grusomt hun synes dette var, fordi hun var glad i mat og elsket å lage og spise god mat. Hun sa at savnet etter smaken av mat og fellesskapet rundt matbordet var det verste, og at hun nå følte hun manglet en viktig del av det som gav henne livsglede og livsmot.

Jeg vet ikke hva som gjorde at denne pasienten ikke klarte å svelge, om det var sykdom eller hva som gjorde spiserøret hennes så trang, men jeg forsto at det hadde vært slik i noen år i hvert fall. Det vistes også klart at denne damen ikke fikk i seg tilstrekkelig med mat, hun sa selv at hun hadde gått ned i vekt og jeg kunne se at klærne hennes var for store.

I etterkant av besøket har jeg tenkt mye på denne damen. Jeg har tenkt på hvor grusomt det må være når en så viktig del av hverdagen og et slikt viktig grunnleggende behov ikke blir møtt. Det som har gått opp for meg i ettertid er at denne damen ikke fokuserte på at hun fikk for lite næring eller at sultfølelsen ikke kunne dekkes, hennes største savn var det sosiale rundt måltidene, det som hun hadde mistet.

Vi har lest om og hatt undervisning om at det er mer knyttet til måltider enn bare det å få i seg mat, men jeg har aldri før virkelig tenkt over hvor viktig settingen rundt et måltid kan være. Denne damen følte hun hadde mistet en sosial arene og mistet en del av rutinen i hvordan hun pleide å legge opp hverdagen sin. Mat er ikke bare noe man må ha for å dekke det grunnleggende behovet, nemlig å skape energi. Det å lage et måltid for så å spise det selv eller sammen med andre kan gi mestringsfølelse og en følelse av kontroll i eget liv. Det at man kan selv bestemmer hvilken type mat man vil ha har med seg en følelse av kontroll. Når man lager mat til gjester, og de liker maten de får servert, vil denne tilbakemeldingen føre til mestringsfølelse og en følelse av å ha betydning. Måltider har så absolutt mye mer å si og flere funksjoner enn å bare dekke et fysisk behov og fylle en sulten mage.

Mang en gang har mine tanker gått til denne damen jeg møtte en av de første ukene i praksis. Jeg har ikke møtt pasienten igjen, og vet ikke hvordan det går med henne. Jeg håper hun har fått tilbud og tips om forskjellig og variert type mat som kan være aktuelt for henne. Og at hun har funnet nye arenaer for å kunne ha det sosialt og oppleve kontroll og mestring. Jeg tror ikke hun vet det selv, men hun var med på å vekke tanker og refleksjoner i meg som jeg kan ta med meg videre i yrket som sykepleier, og helt sikkert vil få bruk for i fremtiden.

Kommentar

”Måltider har så absolutt mye mer å si og flere funksjoner enn å bare dekke et fysisk behov og fylle en sulten mage,” skriver studenten. Mat skaper fest, utvikler sosiale relasjoner og skaper nytelse. Matens symbolske verdi blir synliggjort gjennom gamle tradisjoner knyttet til høytider og merkedager. Da jeg leste denne studentfortellingen ble jeg minnet om en enkel bordbønn:

«Noen kan spise, men har ikke mat. Andre har mat, men kan ikke spise. Vi har mat og vi kan spise derfor bør vi Herren prise!» I Norge har de fleste rikelig med mat, likevel er det 40 % av disse eldre i dette materialet som har lav vekt og er i risiko for underernæring. Denne studenten var tilfeldigvis innom den aktuelle pasienten bare en gang. Hun hadde ikke noe ansvar utover den tjenesten hun var bedt om å utføre der og da. Det er alt for mange pleiere som bare er tilfeldigvis innom. Hva gjør slike møter med dem? Hvem har ansvaret for å gi dem veiledning slik at de er bedre i stand til å møte denne typen pasienter på en god måte. Vår student kunne ikke glemme møtet med denne pasienten og skriver: "Jeg tror ikke hun vet det selv, men hun var med på å vekke tanker og refleksjoner i meg som jeg kan ta med meg videre i yrket som sykepleier, og helt sikkert vil få bruk for en gang i fremtiden."

Denne eldre kvinnen hadde formidlet til studenten viktig kunnskap, en kunnskap som hun ikke hadde tilegnet seg gjennom pensumbøker.

Refleksjon 2 "Grå mat, grå hverdag"

«Ola T» er 84 år og enslig. Han har ingen nære pårørende, og etter et fall i jula trenger han hjelp fra hjemmetjenesten til matlaging og personlig stell. I tillegg vasker hjemmehjelpen hos Ola T annenhver uke og kjøper inn maten for han ukentlig.

En dag var jeg tilfeldigvis til stede da hjemmehjelpen skulle kjøpe inn mat. Han og hjemmehjelpen gjennomgikk hva slags middager han skulle ha for uka. Jeg hørte blant annet at hun foreslo å kjøpe en pose tomatsuppe, og den skulle holde til to av middagene. Det første jeg tenkte var at dette kan umulig være en fullverdig middag for Ola T. Han har dårlig matlyst og er lite i aktivitet om dagene. Etter jul har han knapt vært utenfor leiligheten. Han spiser maks en skive med margarin og kjøtt/fiskepålegg til frokost. Utenom middagen (han spiser maks ½ vanlig porsjon) tror jeg ikke han spiser stort mer i løpet av dagen. Jeg reagerte altså på at en halv porsjon posetomatsuppe skulle regnes som middag for Ola T. Vi diskuterte litt hva som kan være en grei middagsmeny. Konklusjonen ble denne gangen at hjemmehjelpen kjøpte inn en pakke skinkebiter for å gjøre suppemiddagene mer næringsrike, tilføre ekstra proteiner i alle fall. Selv om Ola T er lite i aktivitet, trenger han et visst minimum kalorier pr dag for å fungere/ få tilstrekkelig ernæring. Når man spiser lite, er det jo også viktig at man får i seg nok av alle viktige næringsstoffer, særlig proteiner, vitaminer og proteiner.

Karbohydrater og fett er vanligvis relativt billig i forhold til kjøtt/fisk/frukt og grønt. En minstepensjonist vil vel kanskje være fristet til å holde matbudsjettet nede med å kjøpe billigst mulig mat. Mat som ofte vil kunne gi et utilstrekkelig og ubalansert kosthold. Et problem når eldre med liten matlyst skal få hjelp til matinnkjøp og planlegging, er vel ofte at den som handler ikke har satt seg inn i hva som kan være et godt, fristende og tilstrekkelig kosthold for pasienten. Det er viktig at de som hjelper pasientene med matinnkjøp og

tillaging har gode retningslinjer for eksempel for hvilke typer mat som bør kjøpes inn for å gi pasienten et fullverdig kosthold. Et samarbeid mellom f. eks sykepleier, ernæringsfysiolog, lege, hjemmehjelp og eventuelt pårørende er viktig i hjemmetjenesten, for å se helheten i pasientens situasjon. Kanskje kan man ha en «standard» handleliste for typer og mengder mat som bør handles inn for en person for en uke? Slike lister finnes vel allerede, så da er det også viktig at de blir brukt. Jeg tenker at det er viktig at det blir satt fokus på utfordringen det er i at f. eks eldre/enslige hjemmeboende skal ha et bra kosthold og dermed forebygge mange helseplager og sykdommer.

Kommentar

I denne fortellingen kunne denne mannen, Ole T, spise, men han hadde tilsynelatende et sparsomt matbudsjett. En bør ikke automatisk godta at grunnen til lite mat er lite penger. Andre årsaker kunne være mangel på kreativitet, overskudd eller evne til å skaffe seg noe bedre. Han var sjelden ute av leiligheten. Det å være bundet til leiligheten er en risikofaktor i seg selv for utilsiktet vekttap. Om mulig burde Ola T få følge til butikken slik at han selv kunne velge ut det han ønsket av ferskvarer det være seg duftende bakverk, fisk og kjøtt. For ansatte hjemmetjenesten burde det vært mer fristende å tilberede mat av god råvarer. Dessverre er det ikke alle unge hjelpere som har tilstrekkelig med erfaring fra matlaging. Ofte blir suppeposer og oppvarmet ferdigmat den enkleste løsningen. Studenten foreslår et tverrfaglig samarbeid. Det er ikke alltid nødvendig at mange forskjellige faggrupper oppsøker pasienten. En viktig begynnelse er at en pleier som kjenner vedkommende, beskriver situasjonen for aktuelle fagpersoner og samtaler med pasienten om ulike forslag til endring.

Refleksjon 3 – "Autonomi"

En enslig kvinne, er ca. 80 år gammel. Hun er plaget av rygg smerter og tapt muskelmasse etter brudd. Hun har nedsatt matlyst og drikker alkohol, ernæringsstatus er dårlig. Hjemmesykepleie besøker henne fire ganger om dagen. Kvinnen skal ha hjelp til måltider, men ønsker sjelden noen form for mat. Hun er plaget av kvalme. Hun klager på tannpine men ønsker verken å stelle eller pusse tenner. Hun gir uttrykk for at hun ønsker å ligge i sengen hele døgnet. Studentene som har vært hjemme hos denne pasienten synes det er vanskelig å vite hva de skal gjøre. Det er tydelig at pasienten trenger hjelp for å bedre sin dårlige ernæringsstatus. De drøfter situasjonen seg imellom og satt igjen med følgende spørsmål:

- Er det tilstrekkelig sykepleie å gå i fra en pasient som har vedtak på mer enn man får lov til å utføre?
- Hvor går grensene for privatliv?

- Hvordan kan man kommunisere med pasienten om risikofaktorer ved utilstrekkelig kosthold versus autonomi?
- Er det ok å servere to glass rødvin til frokost når pasienten kun ønsker dette til frokost?

Kommentar

Denne kvinnen hadde vedtak på hjemmesykepleie fire ganger om dagen til hjelp ved måltider. Et vedtak som hun tilsynelatende ikke var interessert i. Studenter engasjerer seg ofte i vanskelige situasjoner og kan ha mange ideer til nytenkning. Ofte blir de møtt av negative kommentarer fra pleiere som har jobbet med samme pasient over lengre tid. Uttalelser som "Det har ingen hensikt", "Vi har prøvd det før", "Vil hun ikke ta i mot hjelp, så er det hennes sak." Slike reaksjoner behøver nødvendigvis ikke pasifisere studentene, kanskje heller inspirere dem til å finne nye innfallsvinkler. Erfaringer viser også at tiltak som ble forsøkt for et år siden, kan virke positivt når en introduserer det et år senere.

I Norge står respekt for pasients autonomi sterkt. Ingen kan påtvinge en mentalt tilregnelig person behandling mot ens vilje, uten at det er foretatt en grundig vurdering etter særs strenge kriterier. Når det gjelder tvang i den somatiske helsetjenesten gjelder dette bare i akutte, livstruende situasjoner Pasientrettighetsloven § 4 A-4 (1999). Hjemmesykepleien skal derfor være på tilbudssiden og ikke benytte tvang. Ved hjelp av gode kunnskaper om kommunikasjon, pedagogikk og psykologi kan en finne nye innfallsvinkler. Det er viktig å søke råd hos mer erfarne sykepleiere. Samtale med pasienten sammen med nærmeste pårørende kan gi nye opplysninger om hva som kan motivere til endret holdning. Det grunnleggende er ofte at pasienten opplever at hun blir sett og hørt og at en forsøker å sette seg inn i hennes situasjon. Det kan vise seg at hovedproblemet ikke utilstrekkelig kosthold, men noe helt annet. En kan ikke tilføre næringstett kost, før en vet årsaken til hvorfor en ikke ønsker slik mat.

Prinsipielt bør ikke ansatte i hjemmesykepleien servere pasienten alkohol, men det kan være visse situasjoner at dett kan være etisk forsvarlig. Det er også mulig å bruke alkohol som et ledd i en avtale. "Jeg smører på to kjeks med ost, prøv om ikke det kan smake sammen med et ½ glass rødvin.

En annen pasient i lignende situasjon, spiste minimalt og drakk mye alkohol. Situasjonen forverret seg da mannen døde. Hjemmesykepleien forsøkte ulike tilnærminger, men pasienten ønsket bare å ligge til sengs. Alkoholkonsumet var høyt. Hun stelte seg minimalt. Til sist fikk hjemmesykepleien motivert henne til å flytte til sykehjem. Her blomstret hun opp, fikk venner, spiste godt. Hun kjøpte nye klær, gikk til frisøren og slutt å drikke alkohol.

I låste situasjon kan det være nyttig å bryte helt opp, for enkelte kan det å flytte til et sted med høyere omsorgstilbud være det rette.

Refleksjon 4 "Noe å spise sammen med"

Gjennom min praksisperiode har jeg lagt merke til hvor mange som sier at det å spise alene er leit og trist. Et måltid er ofte forbundet med at man setter seg ned og spiser sammen med familie eller ektemann. Når man spiser alene kan selve måltidet forsterke følelsen av å være ensom. Jeg har vært regelmessig hos en pasient kontinuerlig gjennom denne praksisperioden. Fru P bor alene og ligger i risikozonen for underernæring. Hun sier at det hun savner er å ha noen å spise sammen. Selv om datter besøker henne ofte, har hun mye tid for seg selv. Fru P lager frokost og kveldsmat, Fjordland middag varmer vi pleiere opp for henne.

Jeg forsøkte å kartlegge årsaken til at fru P gikk ned i vekt. For fru P var det ensomhet som hun selv trodde gjorde utslag. Jeg forsøkte å motivere henne til å dra på dagsenter et par dager i uka. Jeg fulgte en annen pasient på dagsenteret en dag. Der satt alle de eldre rundt et langbord med to pleiere. Lys var tent og det var pålegg av alle slag. Jeg opplevde dette som svært positivt og kunne se at pasientene hygget seg. Pleieren sa at frokosten på dagsenteret var en av de viktigste aktivitetene og noe de brukte lang tid på.

Kommentar

Det er behov for ulike tiltak om utilsiktet vekttap skyldes ensomhet, sykdom eller dårlig ernæring. Det er viktig å være realistisk i forhold til hva som er mulig å endre. Enkle små grep kan gjøre en forskjell. Det kan være veiledning, informasjon om hvilke matvarer som er gunstig, ta med matpakka til en pasient og spise sammen med vedkommende. En del personer kvier seg for å takke ja til en dagsenterplass. De gir uttrykk for at dagsenteret er for eldre som er langt skrøpeligere enn dem. I enkelte kommuner er ikke dagsenterplassene godt nok utbygd.

Refleksjon 5 "Når hukommelsen svikter"

«Hilde H» er enke, 92 år og begynnende aldersdement. Ved IPLOS vurderingen skåret hun "4" på hukommelse og "3" på om å ta beslutninger i dagliglivet. I samtale med sykepleierstudenten forteller hun at hun føler mye utrygghet. Hun falt og brakk lårhalsbrudd for et år siden og har ustø gange. En høyde- og vektkontroll viste seg at hun hadde en KMI på 18kg/m^2 . Hilde H hadde hatt god matlyst hele livet, frem til hun ble enke for noen år siden. Hun selv opplevde ikke det ikke som noen problem at hun nå hadde lav vekt

Hjemmesykepleien besøkte henne tre ganger om dagen og forberedte måltider.

Sykepleiestudenten startet med å informere henne om fordelene ved å legge på seg. Gjennom samtaler kartla hun Hilde H sine kostvaner og hva hun syntes var godt å spise. Studenten hadde også kontakt med datteren for å drøfte hva som ville være kaloririk mat som var fristende for moren. Datteren kjøpte ofte mat som var rik på kullhydrater og fett, men innhold lite proteiner.

Det var vanskelig for studenten å planlegge hva som Hilde H var motivert til å gjøre samt hva hun ønsket å spise. På grunn av hennes kognitive svikt kunne dette endre seg fra dag til dag. Studenten ble nødt til å revurdere tiltakene for hver gang hun var hos henne. Studenten vektla god informasjon og samtale slik at Hilde H ikke blir usikker på noe som skulle skje. Gjentakelse av informasjon blir en viktig måte å skape tillit og forutsigbarhet på.

Studenten erfarte at de psykososiale faktorer var viktige sykepleiefaglige utfordringen knyttet til ernæring for. Hun valgte derfor å vektlegge og øke matgleden like mye som kravet om vektøkningen.

Hilde H hadde fortalt at hun likte å ha mennesker rundt seg. Tiltakene studenten foreslo ble som følgende:

- Tilby å spise sammen med pasienten når hun var på besøk
- Tilby pasienten å komme på dagsenter 1 gang i uken
- Kontakte frivillighetsorganisasjon om besøksvenn

Kommentar

Det er en vanskelig fase når den eldre starter med kognitiv svikt. På mange områder kan vedkommende fungere svært bra. Det er ofte en kan legge merke til små endringer i den Eldres daglige aktiviteter som får en til å undre seg, men lar det bli med det. Der det er mange ulike omsorgspersoner som kommer ut og inn i hjemmet, vil slike endringer ikke så lett bli observert. Studentene hadde sitt fokus på ernæring og besøkte henne ofte i de ukene de hadde praksis. Dette gjorde at de lærte seg å tilpasse seg til hennes daglige behov. Samtidig forstod de at her var det viktig med mer oppfølging enn det som var inkludert i vedtaket hun hadde fra kommunen. Hjelp til å tilberede mat er viktig, men i mange tilfeller er det også behov for å sette av tid til å spise med vedkommende.

Refleksjon 6 «Matlyst gir livslust eller livslust gir matlyst?»

Studenten beskriver et møte med en enke 92 år som bor hjemme alene etter at mannen døde for flere år siden:

Det er flere ting i møte med henne som gjør at jeg umiddelbart ser på henne med mine sykepleiefaglige utfordringsbriller: Hun er sosialt isolert, ustø til

beins og undervektig. I samtale med pasienten forteller hun at hun store deler av livet har hatt normalvekt. Det er først i de aller siste årene at vekten er gått ned. Hun har hatt god matlyst, ja - hun sier til og med at hun har vært litt lubben/småtjukk før. Dette bekreftes ved å se på gamle bilder av henne som henger oppe - jeg ser at hun er både tynnere og lavere nå.

I møte med denne pasienten har jeg prøvd å få til flere ting: økt frekvens på måltider, økt sosial stimuli under måltider og økt/varierte kosthold så langt kjøleskapet har latt det gjøre. Likevel står jeg igjen med et resultat som viser at pasienten verken har lagt på seg eller viser økt interesse for å legge på seg. Det kan se ut som et mislykket prosjekt.

Sett i et annet lys: Pasientens subjektive matglede. Å se denne pasientsituasjonen i dette lyset, gir meg et noe annet perspektiv. Når jeg har hatt god tid hos pasienten har satt meg ned og tatt en kopp kaffe, mens hun har spist frokost. Til tross for at pasienten da heller ikke har valgt å spise eller drikke mer mens jeg har vært der - har det tilsynelatende hatt en god effekt på «smaken». Kommentarer som « Åh, så godt» eller « Dette var nydelig», har kommet flere ganger mens jeg har vært der under måltidene.

Så blir jeg sittende igjen, og jeg spør meg selv: Matlyst gir livslust eller livslust gir matlyst..?

Kommentar

Studenten har "ansvaret" for en gammel, enslig kvinne. Hun sier ingen ting om at kvinnen har problem med hukommelsen. Det denne fortellingen viser er at mange eldre bevarer positive assosiasjonene ved måltidsfellesskap. Utsagn som « Åh, så godt» eller « Dette var nydelig» kan virke klisjeaktige, ikke dess stord mindre gir det uttrykk for noe godt noe som skaper gode minner og en god stemning. Pasientens vekt har ikke endret seg, da har den heller ikke fortsatt å gå nedover. Livsstilsendring er et vanskelig prosjekt. For mange eldre hjemmeboende er kanskje det viktigste å få hjelp til å videreføre det beste av sine matvaner og aktiviteter så lenge om mulig.

STUDENTENES KVALITETSUTVIKLINGSPROSJEKTET

Studentene har skrevet en egen "rapport" om sine erfaringer med kvalitetsutvikling innen fag og ledelse.³ Totalt vurderte de 18 brukere av hjemmesykepleien som inngår i total materialet.

Når studenter kommer til et nytt praksissted får de tilgang til kommunen sitt elektroniske dokumentasjonssystem. Fokuset vårt var å se om det fantes kartlegging og registrering av vekt og høyde av brukerne som hadde hjemmesykepleie minst en gang i uken. Helios er et dokumentasjonssystem Bærum kommune bruker, og kartleggingen av brukerne blir registrert med IPLOS-variabler som kan begrunnes med fritekst. Flertallet av brukerne var registrert med IPLOS-variabler, men uten begrunnelse og dato for registrering. Det var derfor vanskelig å få oversikt over brukernes funksjonsnivå pr. dags dato. Når vi gikk igjennom IPLOS-variabler og så på punktet «spise selv» og «lage mat selv» kunne variablene være høye. Dette indikerer i følge IPLOS-registreringsskjemaet at bruker har et hjelpebehov, men det manglet utfyllende begrunnelse av variablene, og det var derfor vanskelig å få innblikk i brukernes utfordringer og ressurser. Ved å lete oss fram i epikriser fra sykehusinnleggelser samt meldeskjema fra bestillerkontoret kunne vi danne oss et bilde av tidligere sykdommer og aktuelle diagnoser.

Det var ikke registrert vekt og høyde på brukerne. Selv hos de pasientene som hadde vedtak om veiing var ikke vekten dokumentert i Helios, heller ingen begrunnelse for vedtaket. I dokumentasjon hos enkelte pasienter stod det f.eks. at pasienten har rast ned i vekt den siste tiden, men vekten var ikke registrert i dokumentasjonssystemet Helios. Vi spør oss: «Hvor blir det av kvalitetssikringen av sykepleien?». Og derfor ble en stor del av fokuset vårt å få kartlagt KMI hos flest mulige brukere under praksisperioden.

Etter å ha vært ute hos brukere første uken, fikk vi registrert vekt, høyde og KMI på 10 brukere. 8 av 10 brukere var allerede i følge Helsedirektoratets KMI-målinger, underernærte eller i risiko for underernæring. Vi registrerte dataene i Helios slik at avdelingen kunne få se resultatet av våre tidlige funn. Vi la frem dette for de ansatte med begrunnelse av hvorfor fokuset er viktig for å kunne kvalitetssikre deres arbeid i forhold til hjemmeboende eldre. Vi har møtt flere hjemmeboende eldre som allerede har tegn på underernæring og damen i denne kasuistikken er et av våre eksempler.

³ Ruud, IH, Østenfor, M og Neby, RR (2012). Kvalitetssikre ernæringsstatus til hjemmeboende eldre. Diakonhjemmet høgskole, juni 2012 (internt dokument upublisert).

Case

Eldre dame, ca. 80 år, nyutviklet progressiv demens, bor alene, bruker briller og har dårlig ernæringsstatus. Søknad om langtidsplass på sykehjem er under behandling. I møte med damen observerer vi at hun kan ha vanskeligheter med avstandsbedømming, siden hun plasserer kopper og fat helt på kanten av bordet og setter seg helt på kanten av stolen. Vi ser at bruker har tydelige tegn på underernæring i form av lite underhudsfett når vi hjelper til med dusj. Ved måling av KMI har bruker en KMI på 16,9. Andre tegn på underernæring som vi observerer er dårlig balanse og gripestyrke. I tillegg forteller hun at hun har nedsatt matlyst og føler seg ensom.

Hun har også vansker med å uttale seg og gjøre seg forstått på grunn av sin afasi. Hun har problemer med produksjon av språk, snakker sakte og mangler flyt. Hun har også problemer med å finne ord og problemer med å artikulere, men har tilsynelatende god forståelse. Vi opplever henne som kontaktsøkende og imøtekommende ved besøk.

Tiltak vi har gjennomført i løpet av praksisperioden:

- Spise frokost sammen med henne.
- Observere matinntak
- Gitt ernæringsveiledning
- Samarbeidet med demenssykepleier for råd og opplevelse av brukers situasjon
- Innkjøp av ernæringsdrikker
- Tilby ernæringsdrikke til alle måltider

Evaluerings:

- Når vi spiser sammen med henne observerer vi at hun spiser opp maten.
- Hun tilbyr oss mat og drikke.
- Vi opplever bruker som sosial, positiv og interessert. For eksempel: Hun tar initiativ til samtaler.
- Tar imot ernæringsveiledningen på en positiv måte og vil prøve ut ernæringsdrikkene i en periode.
- Bruker har gått opp 1 kg i løpet av praksisperioden

Kommentar

Disse studentene har klart å møte denne kvinnen som er i en vanskelig livssituasjon. Hun er begynnende dement, har problemer med å uttrykke seg, men har tilsynelatende god forståelse. Studentene har også observert synsproblemer som gjør at den eldre har problemer med å bedømme avstanden noe som kompliserer spisesituasjonen. Studentene besøker henne regelmessig. Hun får ernæringsveiledning, men studentene er også tilstede i spisesituasjonen og sørger for at det er næringstettkost i huset. De så at appetitten øker og hun begynner å legge på seg.

Erfaring fra ernæringsarbeid viser at sentrale suksesskriterier er samtaler og kartlegging av den eldres helhetlige situasjon. Det skal gis planlagt veiledning med fokus på ernæring. Praktiske råd og tiltak må ikke bare bli ord, men gjennomføres i handling slik disse studentene gjorde. Denne aktuelle kvinnen ventet på sykehjemsplass. Dersom en tidligere hadde oppfulgt hennes ernæringsstatus kunne en utsatt sykehjemssinnleggelsen. Hun hadde en KMI16,9, en ernæringsstatus som gir lite overskudd til å mestre hverdagen.

Case 2 "Utilsiktet vekttap, men "gammel og mett av dage"

Pasienten var en 93 år gammel dame som bor hjemme alene, hun er klar og orientert, selvstendig, og det eneste vi i hjemmesykepleien gjør hos henne er å gi medisiner, handler inn mat ut fra handlelisten hennes hver torsdag, samt utfører tilsyn.

Pasient har ut i fra journaler aldri vært glad i middagsmat, dessuten har noen av de faste på avdelingen nevnt at hun alltid har vært opptatt av vekten og det å ikke legge på seg. Samtidig, som nevnt, handler vi i hjemmesykepleien inn mat til pasient hver torsdag. Alt fra grovbrød, til smør, kjøttpålegg, laksepålegg, egg, frukt osv. er med i kostholdet hennes, altså sunt og variert.

I det vi to studenter kommer inn døra til pasient, møter vi ei lita, flott dame med fin skjorte og bukse på. Ei skjorte og bukse som hun nærmest svømmer i. Damen er ganske så innhul i kinnene, og frem av de store bluse-ermene stikker beinede hender frem. Damen er kvikk og rask, og virker glad for å få folk inn døra. Vi introduserte etter vært ernæringsprosjektet for henne, forklarte litt hva det omhandler, at vi kom til å måle hennes KMI, og sparte om dette var noe hun kunne tenke seg å være med på. I det spørsmålet kom ble det litt stille. Så svarte fru. Hun forklarte at hun var tilfreds med livet slik det var, og fortrolig med at om dagen hennes for å gå bort kommer i morgen, var hun klar for den dagen. Hun hadde hatt et fint langt liv, og hun vil avslutte det slik hun selv ønsker, med de rutinene hun er vant til, og med den maten hun selv måtte ønske. Jeg opplevde at vi begge forsto hva hun ønsket, og ikke ville annet enn å respektere det, men, jeg kan bare prate for meg selv da.

Pasient begynte så å si at hun kunne veie seg bare for å se hva vekten hennes lå på. Hun dro frem sin egen vekt som lå under en kommode. Tallet den viste etter hun gikk på var lite: 45 kg. Vi så alle at vekta var litt gammel, og jeg foreslo at hun kunne få prøve den vi hadde med. Jeg hentet den, og på den gikk hun. Tallet var likt: 45 kg. Pasient ble litt overrasket, så sa hun at normalvekta hennes i yngre dager hadde vært på rundt 65 kg. Men, med den vekten mente hun det var noen kilo for mye da hun ikke er en høy dame. Tall eller ikke tall, bak klærne hennes er det nok en ganske avmagret dame, og om vi hadde målt høyde i tillegg ville nok KMI- målingene sagt sitt. Men, som hun selv sa, hun spiser når hun har lyst på mat, og da spiser hun mat

hun liker, og slik, ja slik ønsker hun å fortsette til hennes dag er kommet. Vi studentene så på hverandre idet vi var gått ut av leiligheten hennes. "Det ønsket respekterer jeg". "Ja, helt enig, jeg og".

Kommentar

Studentene møter her en reflektert eldre dame som er tilfreds med det livet hun har levd. Hun er fortrolig med at hennes liv snart er slutt. Hun var litt skeptisk til å veie seg og ble overrasket over at vekten viste 20 kg mindre enn det som engang hadde vært hennes normalvekt. Studentene fikk ikke kvinnens høyde men de observerte en "ganske avmagret dame". Dersom en ikke kjenner til tidligere vekt så må en vurdere om den eldre virker alvorlig underernært. Når vi vurderer vektendring, er det viktig å vite om dette har skjedd over en 5-10 års periode, eller i løpet av kort tid. Det er vanlig å vurdere utilsiktet vekttap som 5 % eller mer de siste 30 døgn eller 10 % eller mer de siste 180 døgn. Skjer vekttapet over kortere tid, kan det ofte være en alvorlig sykdom som ligger til grunn. En sykdom som ikke alltid nødvendigvis skal behandles, men dersom en kan unngå unødvendige plager må riktige lindrende tiltak tilbys.

Hos denne kvinnen som studentene har beskrevet, var det sannsynligvis en gradvis vektendring. Ved å få sosialstimulering og god veiledning økte appetitten og også vekten.

Oppsummering av studentenes prosjekt

Disse studentene gjennomførte dette kvalitetsutviklingsprosjektet sitt som den siste læringsoppgaven de hadde i løpet av sykepleierutdanningen. De startet prosjektet med stort pågangsmot, men opplevde fort hvor vanskelig det er å komme med nye innspill i en travel hverdag. En av tilbakemeldingene de fikk fra de ansatte var at de syntes de gikk over privatlivets grenser ved å spørre om vekt og høyde hos brukerne. Flere avskrev seg ansvaret ved kommentarer som; "Jeg ville ikke latt noen komme hjem til meg for å registrere vekten min." og "Jeg har ingen brukere som er undervektig.", eller "Jeg har ingen brukere på listen min som er aktuelle."

Dette tok vi opp med vår veileder og avdelingens fagsykepleier. Vi konkluderte med at dette kunne skyldes at de ansatte hadde mangelfull kunnskap om ernæringsmessig risiko og påpekte viktigheten av å drive pedagogisk undervisning til de ansatte samt brukere som har hjemmesykepleie minst en gang i uken.

Hjemmetjenesten hadde ingen vekter, og det var ikke noe budsjett for innkjøp av dette. Selv om en del av de eldre hadde egne vekter, var det ikke alle som var like funksjonelle. Studentene var fortvilte og følte at arbeidet med prosjektet deres stanset opp. Heldigvis kontaktet de høgskolen, og en vekt var tilgjengelig.

Da studentene startet med å drøfte sine funn, ble de ansatte engasjert. Ved hjelp av samtaler med de eldre ble deres viktighetsområde prioritert. I løpet av de åtte ukene hadde ingen gått ned i vekt, men fått en vektøkning fra 0 -1 kg. Dette studentprosjektet hadde vært med på å øke bevissthet til de ansatte i hjemmesykepleien. En økt bevissthet som stadig må fornyes slik at eldre i risikogruppen kontinuerlig får veiledning og konkret hjelp til å endre en uønsket utvikling.

TANNSTATUS

I IPLOS-data skal det fylles ut når pasienten har hatt tannlegetilsyn, men det er ellers liten systematisk dokumentasjon om munn og tannhygiene. Pasienter som mottar hjemmesykepleie en gang eller mer pr uke i mer enn 3 måneder har rett på fri tannhelsesjekk. Det skal gjelde samme regler for hjemmeboende som for beboere på sykehjem. Selve tannbehandlingen må den enkelte betale selv. Det er viktig at den eldre er i stand til å spise uten unødvendige smerter. Det er fylkeskommunene som har ansvaret for prioriteringen av offentlig tannhelse (NOU 2005:11). Blant eldre over 67 år er det en fjerdedel som ikke har noen egne tenner (Svalund 2005). Det viser seg at klasseskille innenfor tannhelse har økt de siste 30 årene (Holst 2008). Det er også store geografiske forskjeller (Henriksen 2003, 2004). Betennelse og smerter i munnhulen reduserer et godt matinntak. Det er derfor viktig å få hjelp til å behandle infeksjonssykdommer, kroniske lidelser og skader etter kreftbehandling (Holsen & Johannessen 2006, Herlofson & Løken 2006).

Munnhygiene oppleves av mange som inngrep i ens intimsone. En student fortalte om kvinnen som ikke ønsket stell av sine tenner eller tilsyn av tannlege. Det er tilsynelatende lettere å be om hjelp til å pusse ens tenner, en å få hjelp til stell av gebiss.

Gebiss og mangel på tenner

Problem med gebiss, ble sjelden nevnt i det skriftlige materialet. Dette kan tolkes på to måter. 1) studentene ikke hadde opplevd at tannstatus var et viktig anliggende for ernæringsstatus eller 2) Siden det ikke direkte var spurt om proteser og tenner så det hadde de ikke sjekket. Noen har likevel bemerket dette og beskriver som følgende: «Hun, 88 år, har tannproteser som det er litt vanskelig å spise med» eller «Hun, 89 år, har dårlig tannstatus, mangler proteser i underkjeven, og protesen i overkjeven er skadet.»

Case "Stråleskader"

Mann, han er ca. 60 år, operert for kreft i munnhulen. Han gikk sterkt ned i vekt etter sykehusopphold på grunn av tannstatus og stråleskader. Bor nå sammen med en i nær familie, kostholdet ble for lite variert da han bodde alene. Han har en KMI på 18 kg/m², og den har steget langsomt.

Det er nær kontakt med fastlege. Det brukes lokalbedøvelse (Xylocain Viskose) for at det skal bli mindre smertefullt å spise.

Kommentar

"Som man roper i skogen, får man svar", heter det i et ordtak. I planleggingen av dette prosjektet hadde vi glemt å legge inn konkrete spørsmål om tann- og munnhelse. Det var derfor svært få som hadde med eksempler på hvordan

dårlige tenner eller betennelsesreaksjoner i munnen virket inn på ernæringsstatus. I de tilfellene hvor dette var observert, ble det forhåpentligvis også satt i gang forslag til utbedring. Ønsker en endring, er det viktig at det blir dokumentert hvorfor det er behov for endring. Når det gjelder oralstatus er det viktig å samtale med den eldre om følgende:

- Problem med tygging eller svelging (f eks. smerter ved spising)
- Munnen er «tørr» ved inntak av mat
- Har tannproteser og/eller fjernbar bro
- Betente eller blødende gommer, sår eller utslett
- Brukne, løse eller kariøse tenner
- Matrester o.l. i munnen lenge etter måltid
- Problemer med å børste tenner eller proteser

PROSJEKTETS BETYDNING SOM FOLEHELSEARBEID

Sentrale faktorer for å gjennomføre folkehelsearbeid er kunnskap, holdninger og praksis. Folkehelsearbeid er et viktig for å gi god helse for alle (Helsedirektoratet 2010). I dette prosjektet har vi satset på sykepleierstudenter som har hatt praksis i hjemmesykepleien. Disse studentene har i åtte uker hatt jevnlig oppfølging av eldre som er vurdert til å være i ernæringsmessig risiko. Studentenes oppgave er å gjøre seg kjent med den enkelte og gjennom refleksjonsnotat og pasientfortellinger la den eldres stemme bli hørt. Studentene lot seg engasjere. Det ble opplevd som utfordrende å ha fokus på ernæring. Studenten som møtte kvinnen med for trangt spiserør, ute av stand til å få noe annet i seg en flytende væske, lærte noe om savnet av måltidets gleder.

Jeg tror ikke hun vet det selv, men hun var med på å vekke tanker og refleksjoner i meg som jeg kan ta med meg videre i yrket som sykepleier, og helt sikkert vil få bruk for i fremtiden.

Kunnskap

Studentene måtte innhente teoretisk kunnskap om ernæring. Kroppsmasseindeks (KMI) ble ikke lengre et teoretisk begrep, men noe som manifesterte seg i små og store, korte og lange personer som hadde behov for hjelp til ulike gjøremål. Studentene måtte sette inn i elektroniske datasystem, å lære seg til å dokumentere og å tolke faktakunnskap på sykepleiekontoret relatert til de eldres hjemmesituasjon. De opplevde at "Enkeltvedtak" som var fattet, ikke samstemte med de eldres reelle behov. Mange slet med ensomhet og psykososiale problemer, begynnende kognitiv svikt var en ekstra belastning. Studentene fikk erfare hvor vanskelig det var å omgjøre teori til praksis.

Holdninger

Studentene var motivert. Det hadde den fordelen at de sammen med sin veileder ofte kunne velge sine egne læringssituasjoner. For dem var fokus ernæring, mens resten av staben var opptatt av å få alle dagens gjøremål til å passe inn i et trangt tidsskjema. Det var ikke alle som hadde like positive holdninger til å skulle følge opp krav til vektkontroll. Enkelte utsagn kunne være lite oppmuntrende. "Jeg ville ikke latt noen komme hjem til meg for å registrere vekten min." og "Jeg har ingen brukere som er undervektig.", eller "Jeg har ingen brukere på listen min som er aktuelle." Slike ytringer var ikke dominerende og tok ikke motet fra studentene. Heldigvis ble flere og flere interessert i å selv delta med forebyggende helsearbeid i forhold til å hindre vektreduksjon.

Mange eldre så ikke lav vekt som noe problem. Her var det viktig å balansere pasientens rett til autonomi mot ønske å bedre helsestatus. Studentene opplevde også at de pårørende ikke alltid forstod betydningen av at den gamle burde ha en mer balansert diet. Det ble ofte mye kullhydrater og lite proteiner. Et balansert måltid bør inneholde:

- 30 prosent fett
- 10-15 prosent proteiner
- 50 – 60 prosent, kullhydrater
- Frukt og grønnsaker
- Drikke
- Vitamin D, Omega 3 (jern og kalsium ved behov)

Praksis

Studentene hadde som oppgave å foreslå konkrete tiltak dersom en bruker hadde en KMI verdi på mindre enn 22kg/m^2 . Hva betyr så dette for praksis? I Bærum kommune, Rykkinn distrikt ble 108 pasientene fulgt opp etter seks måneder. Av de 34 pasienter som hadde en KMI $< 20,5\text{ kg/m}^2$ var 2/3 fortsatt i egen bolig med hjemmetjenester. Av den resterende tredjedelen var fem døde, fire hadde fått langtidsplass i sykehjem og en hadde flyttet til en bolig med service.

Femten pasienter hadde en KMI på $20,5 - 22\text{ kg/m}^2$. En av disse døde, mens 14 fortsatt bor hjemme. Dette er et lite materiale, men det kan tyde på at dersom de eldre i denne gruppen blir tett fulgt opp av hjemmetjenesten, så har de større muligheter for å klare seg i egen bolig. Dette krever at veiledning og støtte til den eldre, pårørende og helsepersonell er en kontinuerlig prosess.

Den Eldres situasjon er i endring, en ektefelle dør, det skjer et hoftebrudd eller en gammel eller nyoppstått sykdom krever sykehusinnleggelse. Et sykehusopphold er alltid belastende for eldre som er i risiko for underernæring. Disse pasientene har spesielt behov for tett oppfølging fra hjemmesykepleien.

Det er en del felles trekk hos dem som får hjemmesykepleie, til tross for at det er en svært sammensatt gruppe. I vårt materiale varierer alderen fra 43-99 år. De fleste er likevel ca. 80 år. I denne rapporten har vi presentert flere eksempler fra studentenes praksis, i tillegg har vi behandlet informasjon (kvalitative data) som er presentert i vurderingsskjemaene. Denne brosjyren inneholder utsagn og erfaringer som sykepleierstudenter og deres veiledere har fått i møte med eldre. Hensikten med denne informasjonen er å gi ideer til positive aktiviteter som skjerper appetitten. De kommunene som har deltatt har kopier i papirutgave, mens en elektronisk versjon vil bli publisert på Utviklingssentret sin hjemmeside.

Råd fra andre eldre

- Faste tidspunkt for måltidene
- Velg mat du liker å spise
- Kjøp mat bak disk, den er frisk
- Væske er viktig – drikk riktig
- Lettprodukter passer ikke «for lettvektene»
- Ha gjerne banan eller druer på nattbordet
- Oppdater kjøleskapet en gang i uka
- Å spise sammen med noen skjerper appetitten
- Beveg deg rundt i boligen, gå i trapper
- Gå en tur ut
- Plei dine venner, de er vitaminer til livet

Råd til pårørende

- Ta den gamle med på handleturer
- Kjøp få og små porsjoner
- Sørg for fersk hvetebakst
- Inviter den gamle på middag
- Ta med småretter når du kommer på visitt
- Besøk av familiemedlemmer og venner kan organiseres
- Sorter vekk gamle matrester
- Vurder endring i hukommelse eller sinnsstemning

Den eldre, pårørende og sykepleier bør sammen

- Kontrollere pasientens vekt en gang i måneden
- Registrere matvaner og endringer
- Vurdere syn og hørsel
- Registrere daglige aktiviteter
- Vurdere endringer i almenntilstand
- Vurdere om tenner og proteser fungerer godt
- Vurdere tegn på tørr munn, sår eller betennelse i munnhulen
- Gjennomgå regelmessig medisiner og mulige bivirkninger
- Påse at «maven» verken er for løs eller for hard
- Drøfte om aktuelle boform er den beste
- Vurdere å innhente råd fra andre faggrupper (lege, ernæringsfysiolog, ergoterapeut, fysioterapeut og sosionom)

Utsagn fra de eldre

Mestring

*Jeg klarer å lage egne måltider
Det er viktig for meg å ha mat som smaker
Jeg vet at jeg kan spise riktig mat
Jeg opplever at jeg har kontroll*

Innsikt

*Det hjelper når du motiverer meg
Sykdommen gjør at jeg trenger mer hjelp
Jeg klarer ikke handle selv*

Manglende mestring

*Jeg har glemt å drikke saften du satte fram
Det er visst ikke mer pålegg og melk i kjøleskapet
Brødet smaker ikke godt, det er nok gammelt*

Utsiktet vekttap?

*Klærne mine er blitt alt for store
Jeg blir lett svimmel når jeg reiser meg
Jeg orker ikke gjøre husarbeid mer*

REFERANSER

- Helsedirektoratet (03.11.08). Tema IPLOS. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/iplos> (lest 05.12.11).
- Helsedirektoratet. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo; 2010.
- Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2009 [cited. Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering.PDF>
- Henriksen BM, Axell T, Laake K. Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among the elderly in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(6):403-11.
- Henriksen BM. Oral health among the elderly in Norway a descriptive epidemiological study. Faculty of DentistryUnipub; 2004.
- Herlofson B, Løken K. Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling? . *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2006;126:349-52.
- Holsen D, Johannessen A. Sykdommer som affiserer hud og munnslimhinner. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2006;126:1214-7.
- Holst D. Oral health equality during 30 years in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(4):326-34.
- Lerdal A, Grov EK. Aktivitet. In: Mekki TE, Holter IM, Lærum H, eds. Lerdal A, Grov Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie, 4. utg. Oslo: Akribe; 2011.
- LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven]. 1999.
- NOU 2005: 11. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Oslo; 2005.
- Svalund J. Velferdsstatens siste hull? <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200503/01/index.html>. [Samfunnsspeilet 2005](http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200503/01/index.html).
- Sørbye LW og Jakobsen, E. Matlyst gir Livslyst – Folkehelsearbeid. Diakonhjemmet høgskole arbeidsrapport 2012 <https://www.baerum.kommune.no/Documents/Pleie%20og%20omsorg/prosjekter/Utviklingssenter%20for%20hjemmetjenester/Ern%C3%A6ring/6februarRapport%20matlyst%20gir%20livslyst.pdf>
- Tuntland H. Grunnbok i ADL for sykepleiere Kristiansand: Cappelen Damm Høgskoleforlaget; 2012.

AKTUELL LITTERATUR⁴

- Almås H, Stubberud D-G. og Grønset R. Klinisk sykepleie 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2010.
- Bjerkreim T. Væske og ernæring. I: Kristoffersen JN. (red.) mfl. Grunnleggende sykepleie – Bind 2. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag, 2005: 117 – 158.
- Bredland EL, Vik K. og Linge OA. Det handler om verdighet ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid, Oslo: Gyldendal akademisk. 2011, Kap 3.
- Brodtkorb K. Ernæring, mat og måltider. I: Kirkevold, M. (red.) mfl. Geriatrik sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag; 2008: 254 – 266.
- Børdahl B, Ranhoff HA. I: Kirkevold, M. Mfl.(red.). Geriatrik sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag, 2008: 157 – 165.
- Eide H, Eide T. (2011). Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk. Rev. utg. 5. oppl. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Fernmann T, Næss G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Geriatrik sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag, 2008; 196-218.
- Forskrift om IPLOS-registeret. Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. <http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdato/for/sf/ho/ho-20060217-0204.html&dep=hod&kort+,+titt=iplos&Helsedirektoratet>. IPLOS - Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester. Oslo; 2009.
- Gjerland A, Vinsnes AG. Eliminasjon. I: Kristoffersen, NJ. m.fl. (red.) Grunnleggende sykepleie (bind 2). Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005: 160-215.
- Helbostad LJ. Bevegelse og aktivitet. I: Kirkevold, M. (red.) mfl. Geriatrik sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag; 2008: 287 – 304.

⁴ Jfr. Sørbye LW og Jakobsen, E. Matlyst gir Livslyst – Folkehelsearbeid. Diakonhjemmet høgskole arbeidsrapport 2012

- Johannessen KI. mfl. Godt Rett Rettferdig, Etikk for sykepleiere. Oslo: Akribe; 2007.
- Johansen E. Sirkulasjon. I: Kristoffersen, NJ. mfl. (red.) Grunnleggende sykepleie (bind 2). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005: 13-44.
- Kirkevold M. mfl. (red.) Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag; 2008: 196-218.
- Kristoffersen NJ, Nortvedt F. og Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie - bind 2. Oslo: Gyldendal Akademisk 2005: 184.
- Lund DA. mfl. Humor, Laughter & Happiness in the Daily Lives of Recently Bereaved Spouses. NIH Public Access. Author Manuscript. Omega (Westport). 2009, 58(2): 87–105.
- Mowe M, Diep L, Bohmer T. Greater seven-year survival in very aged patients with body mass index between 24 and 26 kg/m². J Am Geriatr Soc. 2008 Feb;56(2):359-60.
- NOU 2010: 5. Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering. Arbeidsdepartementet, 2010.
- Ranhoff HA. Den akutt syke gamle. I: Kirkevold, M. (red.) mfl. Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag; 2008: 180-195.
- Ranhoff A. Den gamle pasienten. I: Kirkevold, M. m.fl. (red.) Geriatrisk sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008:75-87.
- Ranhoff AH, GjØen AU, Mowe M. Screening for malnutrition in elderly acute medical patients: the usefulness of MNA-SF. J Nutr Health Aging. 2005 jul-aug; 9(4):221-5.
- Resident assessment instrument. Diakonhjemmets Høgskole (18.10.11). RAI-HC. URL: <https://dhsoslo.itslearning.com/main.aspx?CourseID=648> (lest 05.12.11).(www.interrai.org).
- Romøren TI. Eldre, helse og hjelpbehov. I: Kirkevold, M. m.fl. (red.) Geriatrisk sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008: 29-37.
- Sellevold GS, Skulberg VB. Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter et kvalitetssikringsprosjekt. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri; 2005. Report No.: 82-91951-27-6.
- Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LM. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. Journal of Advanced Nursing 2007 December; 60(6):627-35.
- Sjøen RJ og Thoresen L. Sykepleierens ernæringsbok. 2. utg. 3. oppl. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2005.

- Skaug EA og Waagø K. Aktivitet. I: Kirkevold, M. (red.) mfl. Geriatrik sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag; 2005: 274 -301.
- Smebye KL. Kontakt med andre. I: Kristoffersen, N.J. m.fl. (red.) Grunnleggende sykepleie (bind 3). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005 s. 80-117..
- Smedshaug GB. Ernæring til eldre - med bakgrunn i nye nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Geriatrik Sykepleie 2009;1(3):6-10.
- Sørbye LW. Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern. Sammenlignende data fra AdHOC studiet. Oslo: Diakonhjemmets høgskole; 2003.
- Sørbye L, Finne-Soveri H, Schroll M, Jónnson P, Topinkova EL, Ljunggren G, Bernabei R. Unintended weight loss in the elderly living at home: the Aged in HOme Care Project (AdHOC). Journal of Nutrition, Health and Ageing 2008;12(1):10-6.
- Sørbye LW, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Jonsson PV, Bernabei R. Home care needs of extreme obese European women. Menopause International 2007; 13:84-87
- Sørbye LW. Frail homebound elderly: basic nursing challenges of home care. A comparative study across 11 sites in Europe [A comparative cross-national study]. Tromsø; 2009.
- Sørbye LW. Cancer in home care: unintended weight loss and ethical challenges. A cross-sectional study of older people at 11 sites in Europe. Arch GerontolGeriatr. 2011;53(1):64-9. Epub 2010 May 31.
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Statens helsetilsyn; 2011. <http://www.utviklingssenter.no/historie.176137.no.html>

VURDERINGSSKJEMA

NB: Denne siden oppbevares hos distriktssjef/avdelingsleder

**Inklusjonskriteriet: Mottar hjemmesykepleie
minimum en gang pr uke.**

**Matlyst gir livslyst
I samarbeid med**

**Diakonhjemmet høgskole
2012**

Løpenummer (1-100)

Fødselsnummer:

Navn:.....

Sone:.....

Matlyst gir livslyst - IPLOSdata

Løpenummer (1-500)

Mann <input type="checkbox"/>	Kvinne <input type="checkbox"/>	Alder: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Husstand: Bor alene <input type="checkbox"/>		Sammen med andre <input type="checkbox"/>
Boligtype	1. Ordinær bolig <input type="checkbox"/>	
	3. Omsorgsbolig <input type="checkbox"/>	

Funksjonsvariabler	1	2	3	4	5
Alminnelig husarbeid					
Skaffe seg varer og tjenester					
Personlig hygiene					
På- og avkledning					
Toalett					
Lage mat					
Spise					
Bevege seg innendørs					
Bevege seg utendørs					
Ivareta egen helse					
Hukommelse					
Kommunikasjon					
Beslutninger i dagliglivet					
Sosial deltakelse					
Styrer atferd					
Syn					
Hørsel					
Dagsenter	Nei:	Ja: Antall dager pr. Uke:			
Matombringing	Nei:	Ja: Antall dager pr. Uke:			
Evt.					

Dato: Vekt: Høyde: KMI (vekt/høyde²)
Dato: Vekt: Høyde: KMI (vekt/høyde²)

1 = Utgjør ingen problem/utfordring,
2 = Ikke behov for bistand/assistanse,
3 = Middels behov for
bistand/assistanse,

4 = Store behov for bistand/assistanse,
5 = Fullt bistands-/assistansebehov,

9* = Ikke relevant

Liv Wergeland Sørbye er professor på Diakonhjemmet Høgskole. Hennes doktorgrad er relatert til skrøpelige eldre som mottar hjemmetjenester.

Evelyn Jakobsen – Distriktssjef, Rykkinn, Bærum Kommune
Legat til fremme av folkehelsen
har støtte prosjektet økonomisk.
Se også brosjyren:
Matlyst gir livslyst – livslyst gir matlyst



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

Denne rapporten er utgitt av
Diakonhjemmet Høgskole
Postboks 184, Vinderen
N-0319 Oslo
<http://www.diakonhjemmet.no>

Rapport: 2012/5
ISBN:978-82-8048-119-1
Elektronisk distribusjon:
Diakonhjemmet Høgskole

Omslag
Aud Gloppen, Blæst Design

Opphavsrettigheter
Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.
Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele rapporten er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

Diakonhjemmet Høgskole har røtter tilbake til 1890, og er en virksomhet under stiftelsen Det Norske Diakonhjem. Høgskolen har 2200 studenter og i underkant av 200 ansatte, fordelt på avdeling Oslo og Rogaland

Diakonhjemmet Høgskole skal utruste til tjeneste i samfunn og kirke, nasjonalt og internasjonalt gjennom utdanning og forskning. Høgskolens faglige fokus er diakoni, helse- og sosialfag.

Formidling er en viktig del av samfunnsoppdraget til Diakonhjemmet Høgskole. Denne rapportserien skal bidra til dette ved å skape dialog med praksisfelt og samfunn. I tillegg skal formidlingen bidra til at FoU-resultater blir omsatt i praksis.