



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Eldre og underernæring

Elderly and malnutrition

Kaja Johansen og Marte Hamre

Veileder: Kari Johanne Kvigne

Antall ord: 12724

BASY 2011
Bacheloroppgave
2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Virginia Henderson(1998) definerer sykepleie som:

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlingene som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper han til å bli selvstendig så rask som mulig. (s. 10)

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Underernæring i Norge er et økende samfunnsproblem og eldre er særlig utsatt for å utvikle det. Årsakene til underernæring er ofte komplekse og sammensatte, og kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienten.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan en som sykepleier kan forebygge underernæring blant eldre hjemmeboende.

Metode: Oppgaven vi har skrevet er basert på en litteraturstudie, som tar utgangspunkt i litteratur per dagsdato samt forskningsartikler. Vi har også valgt å ta med egne erfaringer da vi har vært en del borti dette temaet gjennom praksis.

Resultat: Resultatet viser at eldre hjemmeboende er utsatt for å utvikle underernæring. Det er viktig med jevnlig kartlegging og oppfølging av pasientens ernæringsstatus. Dette kan være med på å forebygge underernæring blant pasientene. Forskningsartiklene skriver om en rekke verktøy som er til hjelp for å kartlegge underernæring samt de belyser risikoene for å utvikle underernæring. Underernæring kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienten som bør tas på alvor.

Konklusjon: En må som sykepleier og annet helsepersonell sette seg inn i pasientens helhetlige situasjon, så vedkommende opprettholder et tilstrekkelig næringsinntak. Forskning viser også at underernæring er lettere å forebygge enn å behandle. Det er derfor viktig at en kartlegger pasientens ernæringsstatus på et tidlig stadium. Dette gjør at en som sykepleier kan forebygge utviklingen av underernæring og eventuelt sette i gang tiltak.

Innhold

1. INNLEDNING.....	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALGT AV TEMA	6
1.2 OPPGAVENS HENSIKT	8
1.3 PROBLEMSTILLING	8
1.4 BEGREPSAVKLARINGER	8
1.5 DISPOSISJON.....	10
2. METODE.....	11
2.1 HVA ER METODE?	11
2.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE	11
2.3 LITTERATURSØK.....	12
2.4 KILDEKRITIKK	16
3. ERNÆRING I ELDRE ÅR.....	18
3.1 ERNÆRINGSBEHOV, RISIKOFAKTORER, ELDRE	18
3.2 UNDERERNÆRING.....	20
3.3 KONSEKVENSER AV UNDERERNÆRING.....	23
4. FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE SYKEPLEIE	24
4.1 FOREBYGGE	27
4.2 VIRGINIA HENDERSON	28
4.3 HJEMMESYKEPLEIENS UTFORDRINGER.....	29
5. DRØFTINGSDEL.....	31

6. KONKLUSJON.....	45
LITTERATURLISTE	46
VEDLEGG 1	51
VEDLEGG 2	52

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valgt av tema

Norge er et av verdens rikeste land med gode levevilkår, som igjen har ført til økt folketall (Sortland, 2011). I 1950 fikk Norge sin første store eldrebølge som varte frem til 1990. I denne perioden økte antallet eldre fra 250 000 til 600 000 (Romøren, 2010). I årene fremover kommer antallet eldre til å fortsette å øke som et resultat av de store fødselskullene fra etterkrigsperioden. Eldre blir ofte rammet av sykdom og funksjonssvikt, og med tanke på at den største årsaken til underernæring er sykdom, er det som sykepleier gunstig å ha gode kunnskaper om ernæringen og dens rolle under aldringsprosessen. Andre faktorer som kan forårsake underernæring er legemiddelbruk, sykehusinnleggelse, psykisk helse, sosial isolasjon, livskvalitet, økonomiske problemer og ensomhet (Brownie, 2006). En systematisk oversikt viser – avhengig av sykdomsbildet, at 10 til 60 % eldre i hjemmet eller på sykehus er underernærte (Sortland, 2011).

Etttersom andelen av eldre i befolkningen øker, vil det føre til økt behov av helsetjenester. Dette vil igjen føre til at helsetjenesten stilles ovenfor en rekke utfordringer. En av disse utfordringene er underernæring hos eldre hjemmeboende, som er det temaet vi har valgt å belyse i vår oppgave (Romøren, 2010). Grunnen til at vi har valgt å ha fokus på dette, er fordi vi mener det er et utrolig viktig tema som sykepleiere bør ha bedre kunnskap om. Dette er ikke bare fordi det er et økende problem, men også fordi sykepleieren skal ha mulighet til å oppdage problemet tidlig, for deretter lettere sette i gang forebyggende tiltak (Sortland, 2011). Teoretikeren Virginia Henderson mener at det er viktig og nødvendig at sykepleieren skaffer seg en forståelse og kjennskap til pasientens grunnleggende behov, samt forstår at hvert individ har ulike behov. På denne måten blir det lettere for sykepleieren å hjelpe eller assistere personer med å utføre hverdagslige gjøremål (Kristoffersen, 2012).

Tidspresset i hjemmebasert omsorg er et økende problem som vi begge har erfart da vi har vært ute i praksis. Sykepleierens oppgave hos brukeren blir å utføre det vedtaket som er fattet, og handle ut ifra tiltakene. Dette kan medføre at man glemmer å se «hele mennesket», men heller kun har fokus på den oppgaven en er satt til(Fjørtoft, 2006). I praksis erfarte vi at det var lett å gjemme seg bak at man har dårlig tid. Det kan fort bli en rutine å kjøre fra bruker til bruker som igjen kan føre til at en glemmer å observere brukerne utenfor de aktuelle hjelpebehovene som en er satt til. I hjemmesykepleien erfarte vi at kartlegging av ernæring ikke blir godt nok prioritert, og som sykepleier med mange brukere å forholde seg til kan det være vanskelig å observere næringsinntaket til den enkelte brukeren over tid. Hvilke konsekvenser vil det føre til på lenger sikt? Konsekvensene av underernæring kan føre til dårligere livskvalitet samt forandringer i pasientens allmenntilstand(Sortland, 2011). Forskning belyser hvor viktig de ulike faktorene som livskvalitet, sykelighet og dødelighet har for betydningen av ernæringsstatusen til brukerne(Brownie, 2006).

Sykdomsbildet blant nordmenn vil forandres i årene fremover, som fører til økt behov av helsetjenester. Samhandlingsreformen legger vekt på de store utfordringene rundt dette. Kommunene er mest sannsynlig de som vil stå til ansvar for hvordan løsningen og tilbudene til brukeren skal bli. Det vil si at de vil få i oppgave å planlegge i størst mulig grad pasientens forløp. De må sørge for at det blir gjort en helhetlig tenkning, samt oppfølging av brukeren. For å oppfylle samhandlingsreformen sin intensjon og behov er det viktig at hjemmesykepleien er godt bemannet samt har god kompetanse(Birkeland & Flovik, 2011). Basert på erfaring er det vanskelig å få en god oversikt over det totale næringsinnholdet til pasienten. Helsevesenets manglende kunnskap om ernæring samt tidspresset som er i hjemmesykepleien kan ha en medvirkning på eldre sitt ernæringsbehov.

Hensikten med denne oppgaven er å få tilstrekkelig med kunnskap om underernæring, slik at vi som ferdigutdannede sykepleiere kan bidra til å forebygge og hindre dette. Vi synes det er et viktig og spennende tema som er hovedgrunnen for at vi har valgt akkurat dette.

1.2 Oppgavens hensikt

Formålet med denne oppgaven er å øke våre kunnskaper om underernæring blant eldre i hjemmet, slik at vi som ferdig utdannede sykepleiere kan bidra med å forebygge dette problemet, dette for å sikre brukeren på en best mulig måte. Vi ønsker å få mer kunnskaper om hva som medfører underernæring og konsekvenser og komplikasjoner rundt dette. Vi vil også få frem hvordan vi som ferdigutdannede sykepleiere kan bidra med å fremme bedre helse.

1.3 Problemstilling

Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan en som sykepleier i hjemmebasert omsorg forebygge underernæring blant eldre brukere i hjemmet?

Problemstilling med avgrensning

Vi har valgt å avgrense problemstillingen til eldre brukere som får hjelp av hjemmebasert omsorg. Med eldre mener vi personer over 65 år. Vi velger å avgrense problemstillingen mot pårørende, da vi kun ønsker å ha fokus på hvordan sykepleieren alene i samarbeid med bruker vurderer og kartlegger ernæringsstatusen, slik at underernæring kan forebygges. Vi tar for oss enslige eldre hjemmeboende og eventuelle utfordringer som kan oppstå rundt dette.

1.4 Begrepsavklaringer

Underernæring: En tilstand når kroppen over tid får mangel på energi og/eller næringsstoffer(Bjørneboe & Tonstad, s.a., avsnitt 1).

Malnutrition: Dette er et begrep som både omfatter dårlig ernæring, underernæring, feilernæring og kan også i sjeldnere tilfeller gjelde overvektige. Artiklene vi har valgt bruker ordet «malnutrition». Etter å ha lest og analysert artiklene, konkluderer vi med at underernæring er ordets betydning(Sortland, 2011).

Hjemmesykepleie: Når en sykepleier eller annen helsearbeider utfører sykepleie i enkeltindividers hjem(Fjørtoft, 2006).

Hjemmesykepleien: Den kommunale helsetjenesten sine tjenester og organisasjon Omfavner alle typer tjenester og pleie for personer som bor hjemme(Fjørtoft, 2006)

Næringsstoffer: Ulike deler maten er satt sammen av. Det finnes fem forskjellige næringsstoffer: Karbohydrater, fett, proteiner, vitaminer og mineraler(Sjøen & Thoresen, 2008).

Energi: Oppstår i kroppen i ulike former som varme, bevegelsesenergi, kjemisk og elektrisk energi. Defineres som kroppens evne til å «utføre arbeid»(Sortland, 2011).

Basalstoffskifte: Det behovet kroppen har for energiomsetning når den er i optimal fysisk og mental hvile og under konstant temperatur(Aagaard & Bjerkreim, 2012).

Mini Nutritional Assessment (MNA): Er et screeningverktøy som brukes for å vurdere pasientens ernæringsstatus. Den består av to deler hvor det gis poengscore ut i fra hva pasienten svarer på de ulike spørsmålene(Sjøen & Thoresen, 2008).

Malnutritional Universal Screening Tool(MUST): Er et screeningverktøy som brukes for å vurdere pasientens ernæringsstatus. Når en bruker MUST vurderes pasienten ut ifra høyde, vekt og KMI-verdi(Sjøen & Thoresen, 2008).

Kropps masseindeks (KMI): En måling som gir svar på individets kroppsfett. Beregnes ut ifra individets høyde og vekt(Aagaard & Bjerkreim, 2012).

1.5 Disposisjon

Denne oppgaven er satt sammen av ulike kapitler.

I kapittel 1 tar vi for oss innledningen. Her gjør vi rede for bakgrunnen av valgt tema, oppgavens hensikt, samt problemstilling og avgrensingen av denne.

I kapittel 2 tar vi for oss metoden vi har brukt og hvordan fremgangsmåten på litteratursøkene har vært. Vi beskriver søkeordene vi har brukt, hvordan vi har kommet frem til de ulike artiklene og hvorfor vi har valgt de ulike artiklene. I dette kapittelet vil det også bli en oppsummering av hver enkel forskningsartikkel for å få frem kort hva de handler om.

Kapittel 3 er teoridelen. Her skriver vi om eldre og ernæring. Deretter tar vi for oss underernæring, og forebygging samt konsekvenser av dette.

Kapittel 4 handler om forebyggende og helsefremmende sykepleie. Vi tar for oss sykepleiefaglig forankring, trekker frem den verdenskjente teoretikeren Virginia Henderson samt hjemmesykepleiens utfordringer.

I kapittel 5 drøfter vi teori, forskning og egne erfaringer.

Kapittel 6 består av oppgavens konklusjon og er det avsluttende kapitelet.

2. Metode

2.1 Hva er metode?

Metode er en fremgangsmåte som forteller oss hvordan en kan anskaffe seg kunnskaper. En kan begrunne valget av en metode med at den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet på en faglig måte. Gjennom metoden kan en samle inn data, som igjen kan føre til at informasjonen vi får er tilstrekkelig i forhold til det vi ønsker å undersøke(Dalland, 2012).

Definisjonen på metode kan være mangt, sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode som:

«En metode er en fremgangsmåte, 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» (Sitert i Dalland, 2012, s. 111).

En kan si at redskapet i en undersøkelse er metoden, som kan beskrives som det å følge en vei mot et mål. Det settes krav til at forskerne gjør rede for valgene som blir tatt underveis i prosessen, og følger godkjente regler som må være benyttet for at det kan kalles forskning. Intervju, observasjon eller spørreskjema er eksempler på ord som en tenker på i forbindelse med metode. Skulle det vise seg at ingen av disse fremgangsmåtene er tilstede, vil det bli gjort rede for en annen fremgangsmåte(Dalland, 2012).

2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Ved hjelp av forskningen skal en komme frem til ny og anvendbar kunnskap som skal bli forstått av andre forskere. Vedkommende som gjennomfører forskningen må redegjøre for teorier og argumentasjon som er forståelig, samt at forskningen må gjennomføres systematisk og ha ett vitenskapelig fundament(Olsson & Sörensen, 2006).

Kvalitativ metode tar utgangspunktet i menneskers opplevelser og erfaringer. Denne forskningsprosedyren gir beskrivende data ut i fra menneskets egne skrevne ord og observerbare atferd. Hensikten med denne metoden er å skape samtaler rundt ett tema, og det er ønskelig at det oppstår nye tanker av betydning. Målet er å få frem menneskers meninger og opplevelser som en ikke kan avgjøre med tall eller mål(Olsson & Sörensen, 2006).

Gjennom målbare enheter har vi de kvantitative metodene, og det er det som gjør at de skilles fra de kvalitative(Dalland, 2012). Vanlige former som utgjør en kvantitativ metode er gjerne gjennom tellinger og målinger. I forskning kan kvantitativ metode fremstilles gjennom statistikk, tabeller eller grafer(Olsson & Sörensen, 2006).

2.3 Litteratursøk

Søkehistorikk

For å komme frem til forskningsartikler som er relevante for vår oppgave har vi brukt databaser som Google scholar og Cinahl. På Cinahl la vi i noen tilfeller til Academic search premier. Vi kom frem til de ulike databasene ved å benytte seg av høyskolen sin hjemmeside, og videre gå inn på bibliotek.

Det første søket vi gjorde var gjennom Cinahl hvor vi la til Academic search premier. Søkeordene vi brukte her var elderly, nutritional og ageing. Dette ga oss hele 748 treff. Vi la til full text som ga oss 682 treff. Videre huket vi av for peer reviewed, som betyr at forskningen er vurdert i forhold til kvalitet og relevans for leserne. Da endte vi opp med 657 treff. Ved ytterligere redusering hvor vi huket av artikler fra 2005-2013, endte vi opp med 251 treff. Artikkelen nummer to med tittelen: "Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?" syntes vi begge var relevant og vi ønsket å bruke den i vår oppgave.

For å komme frem til artikkel to gikk vi inn på Ebscohost Web hvor vi la til Academic search premier, Cinahl full text og Cinahl. Søkeordene vi startet med her var nutritional status, elderly og support at home. Dette ga oss 92 treff. Videre la vi til årstall hvor vi valgte å få frem artikler fra 2005-2013. Da fikk vi 66 treff. Ved å velge Peer Reviewed fikk vi 64 treff som vi fremdeles syntes ble litt mye. Vi la til søkeordet malnutrition og endte opp på 21 treff. Ut i fra dette fant vi artikkelen ”Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home”. Etter å ha lest artikkelen syntes vi begge den var relevant for vår oppgave.

Den tredje artikkelen som vi fant relevant for vår oppgave fant vi gjennom Ebsco host hvor vi la til Cinahl full text. Søkeordene vi brukte var elderly people og malnutrition. Dette ga oss 110 treff. Vi valgte årstallene 2003-2013 og fikk 80 treff. Videre huket vi av for full text, references available og abstract available noe som ga oss 20 treff. Artikkel nummer to med navnet ”Preventing malnutrition in home-dwelling elderly individuals” fant vi relevant for vår oppgave.

Den neste artikkelen fant vi i google scholar. Her brukte vi søkeordene malnutrition, elderly og home-living, som ga oss 548 treff. Vi valgte å begrense søket fra 2007-2013 noe som ga oss 335 treff. Artikkelen “Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study” lå øverst på listen. Tittelen fengte oss så vi valgte å lese den og fant den relevant for vår oppgave.

Den siste artikkelen vi brukte fant vi i bladet Sykepleien Forskning. “Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens” fant vi relevant for vår oppgave og valgte derfor å bruke den.

Brownie (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? International Journal of Nursing Practice.

- Artikkelen tar for seg underernæring blant eldre og ulike faktorer som forårsaker dette. Hensikten med artikkelen er å få mer kunnskap om hvorfor eldre blir

underernært og hvorfor det er akkurat de som er i risikofaren. Livskvalitet, sykkelighet og dødelighet er spesielt det forfatteren legger vekt på, og hun mener at disse faktorene har mye å si for ernæringsstatusen til hvert enkelt individ. Gjennom teori trekker hun frem forekomst, årsaker og konsekvenser av underernæring. Konklusjonen sier at eldre er en sårbar gruppe som er i risikofaren for underernæring på grunn av ulike sykdommer, legemiddelbruk, sykehusinnleggelse, psykisk helse, sosial isolasjon, økonomiske problemer, livskvalitet og ensomhet. Dette kan føre til alvorlige konsekvenser. Vi vil si at dette er en kvalitativ forskning, som bygger på forskerens egne erfaringer samt teori fra ulike forskningsresultater. Det vil si at artikkelen er en review som betyr at den oppsummerer og tar for seg forskning fra ulike artikler.

Saletti, Johansson, Yifter-Lindgren, Wissing, österberg & Cederholm (2005). Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home. Gerontology.

- Artikkelen tar for seg en undersøkelse av eldre hjemmeboende brukere, hvor en evaluerer ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende over en periode på 3 år. Studien er utført i Sverige og tar for seg brukere i 5 ulike kommuner. De 96 ansatte fikk opplæring i hvordan de bruker verktøyet MNA og hvordan de skulle utføre undersøkelsen på de eldre. 507 eldre hjemmeboende ble inkludert til å delta i undersøkelsen, men av ulike grunner var det 353 av disse som deltok. Utvalget var eldre over 65 år. Resultater viser at 41 % av de eldre som deltok i undersøkelsen var underernærte eller i fare for å utvikle underernæring. Artikkelen bruker ett stort antall informanter, og gir oss tallfestede resultater. Med bakgrunn på dette ser vi på artikkelen som en kvantitativ forskningsartikkel som benytter seg av intervju som metode.

Burton-Shepherd (2013). Preventing malnutrition in home-dwelling elderly individuals. British journal of community nursing.

- Forskninger er utført i England og tar for seg sykepleieren sin rolle når det kommer til identifisering og forebygging av underernæring blant eldre hjemmeboende. Det undersøkes årsaker og faktorer som plasserer eldre hjemmeboende i risikoen for å utvikle underernæring. Burton-Shepherd skriver at underernæring ofte er ubehandlet og blir sjelden rapportert, og fremhever dette som ett problem. I artikkelen skrives det om screeningverktøy som MUST og MNA. MUST tar for seg vekt, høyde og KMI for å indikere pasientens risiko for underernæring og eventuelt videre handlinger. Konklusjonen i artikkelen er at underernæring er ett økende problem i samfunnet og ved ikke å behandle det, kan det få alvorlige konsekvenser som dødelighet.

Johansson, Bachrach-Lindström, Carstensen & Ek (2008). Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. Journal of Clinical Nursing.

- Forskningen beskriver utbredelsen, forekomst og risikofaktorer ved underernæring blant eldre hjemmeboende. Studien er utført i Sverige. Det er en prospektiv studie som ønsker å undersøke ernæringsstatusen samt finne ut om dem som deltok sto i faren for å utvikle underernæring. Det var totalt 579 eldre hjemmeboende, i alderen 75-80 år som deltok i undersøkelsen. For å danne seg ett bilde av deltakernes ernæringsstatus brukte forfatterne screeningverktøyet MNA. Høy alder, lav selvpålevd helse og depresjonssymptomer ble sett på som de viktigste årsakene til at eldre utvikler underernæring. Menn med depresjonssymptomer hadde en høyere risiko for å utvikle underernæring. Resultat fra forskningen viser at av de 579 eldre hjemmeboende som deltok i undersøkelsen var 14,5 % som stod i fare for å utvikle underernæring. Vi ser på forskningen som kvantitativ, da det er tallfestete resultater.

Rognstad, Brekke, Holm, Lindberg & Lühr (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. Sykepleien Forskning.

- Forskningsartikkelen underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens er en artikkel vi har funnet gjennom bladet «sykepleien forskning» som blir utgitt av Norsk Sykepleierforbundet. Artikkelen er en norsk studie noe som gjør den relevant og sammenlignbar for temaet vi belyser. Fokuset i artikkelen er på ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende med demens og kognitiv svikt, og utfordringer rundt dette. Studien benytter seg av et spørreskjema som ble gjennomført i 2012, og på denne måten fikk de svar på forskningsspørsmålene sine. På grunn av bruk av spørreskjema og andre eventuelle målinger eller statistikk ser vi på dette som en kvantitativ artikkel. Konklusjonen i artikkelen er at underernæring er utbredt hos hjemmeboende, samt at kvinner er mer utsatt for å bli underernærte enn menn. Resultatet i forskningen viser at så mye som 40 % stod i fare for å bli underernærte, mens 10 % var underernærte. 47,9 % stor ikke i fare for å utvikle underernæring. Selv om artikkelen tar utgangspunkt hjemmeboende personer med demens og kognitiv svikt føler vi at det er en relevant artikkel for vår oppgave.

2.4 Kildekritikk

Ved å vurdere en kilde som benyttes, samt bruke ulike metoder for å finne ut om kilden som anvendes er sann er kildekritikk(Dalland, 2012). Underveis i søket etter forskning var vi bevisst på å velge ut forskningsartikler som ikke var eldre enn 10 år. Vi valgte å gjøre det for å være sikre på at forskningen vi stod igjen med var oppdatert. Forskningen vi har brukt har vi funnet gjennom bibliotekets databaser. Vi stilte oss kritiske til artiklene vi fant for å være sikre på at vi valgte de mest relevante for vår oppgave. Vi var også opptatt av hvilke metoder som var brukt for å samle inn data. Ved å være kritiske til de ulike forskningene mener vi at vi har kommet frem til gode artikler for vår oppgave. Vi anser dem som gode artikler da de hjelper oss å svare på problemstillingen vi har valgt. De ulike søkeordene vi brukte ga oss ett høyt antall treff i databasene og har gitt oss relevante artikler for vår oppgave. Vi har brukt

kunnskapssenteret hvor vi gikk inn på sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Sjekklister brukes for å vurdere kvaliteten av resultatene på forskningsartiklene. De har en kritisk vurdering til forskningene og skal vurdere om forskningen er til å stole på.

Oppgaven vår inneholder litteratur fra pensum listen vi har brukt gjennom alle tre årene, selvvalgt litteratur, egne erfaringer og forskning. All teori som er brukt vil bli drøftet i oppgavens drøftingsdel. Selv om enkelte bøker av den selvvalgte litteraturen vi har valgt er eldre enn 10 år er det fortsatt pålitelige og relevant pensum som belyser vårt tema.

3. Ernæring i eldre år

Et av menneskehetens grunnleggende behov er ernæring og væskeinntak. Dette behovet går inn under sykepleierens ansvarsområde og er en særegen funksjon hos sykepleieren (Sortland, 2011). I en svensk undersøkelse kommer det frem at rundt halvparten av eldre hjemmeboende som mottar offentlige omsorgstjenester står i fare for eller allerede er feil og - eller underernært. Dette er eldre med redusert allmenntilstand, nedsatt appetitt, svelg eller tygge problemer, brukere med demens og de som trenger hjelp eller veiledning til å spise og drikke (Saletti et al. 2005).

3.1 Ernæringsbehov, risikofaktorer, eldre

Ernæringsbehov

Maten vi spiser er satt sammen av næringsstoffer. Næringsstoffene er delt inn i fem grupper. Karbohydrater, fett, proteiner, vitaminer og mineraler. Gjennom maten vi spiser får en energi til kroppens energikrevende prosesser samt at energien vi får opprettholder kroppstemperaturen. Hvis energiinntaket og energiforbruket er likt over tid er kroppen i energibalanse, samt vekten stabil. En kan skille mellom positiv energibalanse der inntaket er høyere enn forbrenningen, og negativ energibalanse der inntaket er mindre enn forbrenningen. Underernærte og feilernærte opplever ofte negativ energibalanse, som fører til at kroppen må bruke av energireservene – kroppsfettet, som igjen fører til vekttap. Hvert enkelt individ har ulikt behov av næringsstoffer. Dette kommer an på alder, kjønn, aktivitetsnivå, kroppssammensetning og kroppsstørrelse. For at kroppen skal kunne fungere optimalt er det viktig med tilstrekkelig med næringsstoffer (Sjøen & Thoresen, 2008).

Risikofaktorer for eldre

Etter hvert som en eldes vil det skje forandringer i vevet og alle organer. Dette vil føre til svekket funksjoner og nedsatt arbeidskapasitet som kommer av endringer på celle- og

organellnivå(Sjøen & Thoresen, 2008). Forandringene som skjer i kroppen er med på å påvirke ernæringsstatusen og ettersom en blir eldre vil muskelmassen reduseres. Hovedårsaken til at behovet for energi og matinntaket synker, er på grunn av endringer i basalstoffsiftet og mindre aktivitet. For eldre over 65 år er KMI anbefalt på å være et sted mellom 24 og 29kg/m², denne verdien er noe høyere enn det en KMI ville vært hos en «vanlig» voksen person. Verdien over tilsier et tegn på at vedkommende har en muskelmasse av høyt innhold som er positivt i forhold til funksjonsevnen(Sortland, 2011).

Med årene blir lukt- og smakssans nedsatt fordi antallet smaksløker minsker, samt at smakssansen blir dårligere. Det første som påvirkes er evnen til å smake søtt, som fører til at de fleste eldre gjerne foretrekker et søtt mellommåltid som for eksempel en kakebit, kjeks el. Mellommåltidene foretrekkes også gjerne istedenfor hovedmåltidet, da hovedmåltidet ofte kan være stort og smaksløst. Sur og bitter smak derimot forsterkes. For og best ivareta smaksopplevelsene til eldre, er det foreslått mat med konsentrert smak som er et godt alternativ. Forandringer som skjer i fordøyelsessystemet er også en faktor som spiller inn på eldres ernæringsstatus. En kan få problemer med tygging hvis for eksempel man mangler tenner, har dårlig feste på tannprotese eller svelgproblemer. Karies er det også mange eldre som har et problem med. Dette kan også bidra til nedsatt matlyst og vanskeligere matsituasjoner. Tørsteopplevelsen endres når en blir eldre, dette gjør det lettere å bli munntørr. Munntørrhet er et utbredt problem hos eldre som kan føre til problemer med tygging og svelging. Ved svelgproblemer kan matrester og lignende sette seg fast. Dette kan føre til at en begynner å hoste og er i risiko for aspirasjon. Hvis dette skjer flere ganger over lenger tid kan det bli så alvorlig at det kan føre til pneumonia(Sortland, 2011).

Blant eldre er også unødig bruk av legemidler et fenomen som kan føre til en rekke bivirkninger(Fermann & Næss, 2008). I hjemmesykepleien er feilernæring et velkjent problem da legene ofte ikke har god nok oversikt over de ulike brukerne ettersom de beveger seg rundt mellom ulike tjenestenivåer(Rognstad & Straand, 2004). Ved innleggelse i sykehus kan medikamentene til pasienten bli endret, og om disse justeringene skal endres på da pasienten skrives ut må vurderes samt oppfølges av de som skal ha ansvaret videre. Fastlegen og hjemmesykepleien trenger denne informasjonen for å gi pasienten en best

mulig oppfølging, men det hender at informasjonen ikke blir sendt med fra sykehuset. Brukeren i hjemmet er avhengige av å stole på helsevesenet og deres rutiner når det kommer til legemiddelbehandling. Den vanligste behandlingen brukt hos eldre hjemmeboende er smertelindring. Både medikamentelt og gjennom ulike metoder som for eksempel musikk(Fermann & Næss, 2008).

I en review om Eldres risiko for å bli underernært står det skrevet at omkring 250 legemidler er rapportert for og direkte påvirke smak- og luktesansen. Vanndrivende, antibiotika, steroider og lipidesenkende midler er noen eksempler på disse typer legemidler. Diverse medikamenter kan føre til en rekke bivirkninger, som igjen kan føre til dårlig matlyst. For eksempel kan medikamentet gjøre sånn at maten smaker annerledes, slik at brukeren mister appetitten, eller at brukeren er kvalm som kan føre til nedsatt matlyst(Brownie, 2006).

3.2 Underernæring

Underernæring betegnes som en tilstand der vedkommende ikke har et tilstrekkelig inntak av energi og/- eller næringsstoffer. Dette kan skyldes at behovet øker eller at inntaket reduseres. Blant eldre så kan en ofte se at det er en kombinasjon mellom for lavt kalori- og proteininntak. Når dette skjer vil en tape både fett og muskelvev som vil gi en generell svekkelse og nedsatt immunforsvar(Brodkorb, 2010). Tørr hud, livløst hår samt tørre slimhinner, og da spesielt i munn og svelg, er typiske tegn på at en person er underernært og kommer av at kroppen ikke får tilstrekkelig med vitaminer gjennom mat og drikke som den er avhengig av.

En blodprøve vil vise lavt innhold av albumin i serum, men kan ikke alene avgjøre om en person er underernært(Aagaard & Bjerkreim, 2012). Når det oppstår lavt innhold av albumin får blodet dårligere evne til å holde på væske. Dette gjør at væske fra blodet siver ut i vevet og det vil oppstå ødemer. Det er viktig at en som sykepleier har kunnskaper om at ødemer kan være tegn på at pasienten er underernært(Sortland, 2011).

Eldre og underernæring

Antall eldre i befolkningen øker og underernæring er stadig en utfordring en står ovenfor som sykepleier. Høyere krav til helsetjenester, lengere sykehusopphold og dysfunksjon er assosiert med dårlig ernæringsstatus og er en av årsakene til sykdom og dødelighet (Brownie, 2006). Ulike diagnoser kan føre til underernæring, noen av disse kan være kols, kreft og demens. Pasienter med kols kan ha problemer med å puste og spise samtidig, og synes derfor det er slitsomt å spise. Dette kan føre til underernæring som igjen gjør pasienten dårlig rystet til å takle sykdommen. Pasienter som rammes av kreft har ofte problemer med ernæringsstatusen sin. Dette er mye på grunn av metabolske forandringer som følge av sykdommen. Det skjer en rekke endringer som fører til nedsatt matlyst og reduserer mulighetene til å få i seg tilstrekkelig med mat (Schjølberg, 2008). En annen utfordring i forhold til matsituasjoner er demente hjemmeboende. Hos demente brukere kan en se endringer i atferden, pasienter som motsetter seg assistanse og som har vansker med å spise. Dette kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å hjelpe og veilede der det trengs. Kunnskaper om ulike kommunikasjonsmetoder med den demente kan gjøre til at måltidene gir en positiv og enklere opplevelse (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Lühr, 2013).

Sarkopeni

Næringsmangel kan komme av mange forskjellige årsaker, men mest sannsynlig er multifaktorielle årsaker. De viktigste faktorene er fysiske og fysiologiske svekkelser, endringer i det sensoriske systemet samt psykososiale påvirkninger (Brownie, 2006).

Ettersom kroppen aldres vil muskelstyrken forandres og bli svakere. Dette kalles for sarkopeni og er en kronisk tilstand. Det begrenser brukerens evne til å være mobil samt uavhengigheten deres og brukerens livskvalitet. Sarkopeni rammer den eldre befolkningen og er en naturlig del av det å bli eldre. Ulike kjennetegn på sarkopeni er økt falltendens, lav gangfart og redusert gripeevne (Sarkopeni, s.a.).

For å skape seg ett bilde av pasientens ernæringsstatus kan en måle ut pasientens indeks for kroppsmasse(KMI). KMI beregnes ved at man tar vekt/høyde². Verdier mellom 18,5-24,9 indikeres som normalvektig. En ønsker at eldre mennesker skal ha en KMI mellom 24 og 29, altså noe høyere enn hos yngre mennesker. Når en tar for seg eldre mennesker bør en reagere før verdien er så lav som 18,5. En så lav verdi indikerer et tegn på at pasienten er underernært. Væskeinnholdet i mellomvirvelskivene forandres når en blir eldre, noe som gjør at høyden på skivene blir redusert, dette fører til at høyden forandres. Vekt og høyde bør gjøres på morgenen etter et dobesøk da urinblæren er tømt, samt at kroppen er mest utstrukket på dette tidspunktet. Handlingen bør også gjøres av samme person slik at resultatene blir mest mulig nøyaktige. Som sykepleier bør en ha tilstrekkelig med kunnskap om underernæring slik at en kan observere på et tidlig stadium hvis det skulle være noen endringer(Aagaard & Bjerkreim, 2012).

Her er tabellen som viser hvordan Verdens helseorganisasjon (World Health Organisation WHO) plasserer grenseverdiene for KMI hos voksne:

	KMI
Undervekt	<18,5
Normalvekt	18,5-24,9
Overvekt	>25
Fedme/Kraftig overvekt	>30

Tabell 1: (Aagaard & Bjerkreim, 2012).

3.3 Konsekvenser av underernæring

Konsekvenser

Hvordan kroppen tar opp næringsstoffer og om det er i positiv eller negativ balanse sier noe om hvordan ernæringsstatusen til hver enkelt er. Selv om kroppen har et dekkende behov av enkelte næringsstoffer, kan det fortsatt være store mangel på andre. Konsekvensene av underernæring kan være fatale og det kan gå ut over brukerens allmenntilstand og livskvalitet. Ved manglende næringsstoffer blir kroppen slapp, trøtt, sliten, og en har mest sannsynlig lav anemi. Immunforsvaret kan også bli dårligere som igjen kan føre til infeksjoner som lungebetennelse og urinveisinfeksjoner(Sortland, 2011).

Noen av følgene som oppstår ved underernæring kan være økt falltendens, redusert bevegelighet, depresjon, apati, dårligere immunforsvar og forsinket sårhelinger. Det kan oppstå ulike postoperative komplikasjoner som økt liggetid, bruk av flere ressurser, langsommere mobilisering og store økonomiske konsekvenser(Sortland, 2011).

Brownie(2006) skriver i artikkelen sin at underernæring fører til dårlig livskvalitet blant eldre og en blir svekket i de daglige gjøremålene. Hun mener at underernæring blant eldre mennesker har en sammenheng med dårlige leveforhold. Underernæring vil øke presset på medisinsk behandling og det kan føre til lengre sykehusopphold som igjen kan føre til samfunnsøkonomiske konsekvenser. Underernæring gjør kroppen dårligere rystet til å takle sykdom og ved å være underernært øker en risikoen for komplikasjoner. I tillegg til at underernæring gir dårligere helse kan det føre til fatale konsekvenser som for eksempel dødelighet.

4. Forebyggende og helsefremmende sykepleie

Begrepene forebyggende og helsefremmende sykepleie er begge kompliserte og sammensatte. En kan ofte se at de omtales sammen da det ikke er lett å se de store forskjellene på dem. Begrepene har også blitt omtalt som det motsatte av hverandre, der den ene er negativt ladet med fokus på sykdom og det andre positivt ladet hvor det er fokus på helsefremming. Helsefremming ble ett begrep i 1980-årene men aktivitet som fremmer helse blant pasientene oppstod lenge før dette. Som sykepleier har man ulike oppgaver som å forebygge sykdom og fremme helse. For å kunne utøve god sykepleie til pasientene må en ha tilstrekkelig med kunnskaper, ferdigheter, erfaringer, klokskap og faglig skjønn. Når en snakker om forebyggende sykepleie handler det om at en som sykepleier skal forebygge at det oppstår sykdommer hos pasienten. Eksempel på dette kan være hvis en pasient har hatt ett hjerteinfarkt, da vil en forebygge for å unngå ett nytt. Det legges vekt på at en som sykepleier skal se hele mennesket samt se pasientens egne ressurser å bruke dem til det dem er verdt(Alvsvåg, 2012).

§ 1-2 i kommunehelsetjenesteloven lyder slik:

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade og lyte
(Sitert i Fjørtoft, 2006, s. 187).

Kommunehelsetjenesten står ovenfor en rekke oppgaver hvor forebygging er svært sentral. Som en del av kommunehelsetjenesten skal en hele tiden jobbe med å forebygge ytterligere helse- og funksjonssvikt. Begrepene forebyggende og helsefremmende sykepleie er sentrale og har stor betydning for å bevare og fremme helse og livskvalitet. Forebygging skal være med å hjelpe den enkelte pasienten med å redusere sykdom og skade eller komplikasjoner av sykdom eller skade. Hjemmebesøk vil være til god hjelp da en får gjennomført en samtale med pasienten for å skaffe seg en samlet vurdering av pasientens livssituasjon. Som sykepleier skal en alltid jobbe mot å forebygge helsesvikt og fremme helse. Ved å jobbe helsefremmende og forebyggende skal en alltid se fremover og en burde alltid ha i tankene

hvilke problemer som kan oppstå. Sykepleieren må alltid tenke på pasientens ressurser og hva pasienten kan gjøre selv for å oppleve mest mulig mestring i ulike situasjoner. Det er spesielt viktig at en veileder pasienten godt for at vedkommende skal kunne utføre ulike gjøremål på egenhånd(Fjørtoft, 2006).

Empowerment

Empowerment er ett begrep som blir mye brukt i helsevesenet til tross for at det er vanskelig å finne ut hva begrepet inneholder. Ordet «power» betyr styrke eller makt. Meningen med Empowerment prosessen er at brukeren skal få en opplevelse av å ha styring og medbestemmelse i eget liv. Som sykepleier skal en forsterke ressursene til pasienten og hjelpe pasienten til og ha tro på seg selv(Kristoffersen, 2012). Dette får de ved hjelp av maktfordeling, medvirkning, følelsen av å bli anerkjent og opparbeide seg styrke slik at en etter hvert kan komme ut av avmakten. Empowerment begrepet legger særlig vekt på hvor viktig det er og støtte personer som er i en vanskelig situasjon. Brukeren er aktør i eget liv, som innebærer at pasienten vet sitt eget beste. En skal lytte til pasienten å la han/hun bestemme over eget liv. Ordtaket ”vi vet best hvor skoen trykker” er ofte brukt og understreker det med at pasienten vet best selv(Askheim 2007). Sykepleierens funksjon og samarbeidet med pasientene bygges opp på prinsippene over og er av stor betydning for videre samarbeid(Tveiten, 2012).

Screeningverktøy

Det finnes ulike verktøy som er med på å kartlegge pasientens ernæringsstatus. Disse kalles screeningverktøy og brukes for å vurdere pasientens ernæringsmessige risiko hvor vekt, vektutvikling og høyde er utgangspunktet for vurderingen en gjør(Stubberud, Almås & Kondrup, 2011).

Saletti (2005) nevner ulike screeningverktøy i artikkelen sin. MNA (Mini Nutritional Assessment) er ett av verktøyene som hun belyser. MNA brukes i hovedsak på personer over 65 år for å fange opp pasienter som står i faresonene for å utvikle underernæring. MNA

består av to ulike deler hvor en i begge delene stiller pasienten ulike spørsmål rettet til kostholdet til vedkommende. Det gis poengscoring og får en lavere enn 11 poeng på den innledende delen går en videre til del to. Viser det seg at en etter del to står igjen med en sluttsum mellom 17-23,5 anses pasienten å være i fare for underernæring, men med sluttsum på under 17 anser en pasienten som underernært (Sjøen & Thoresen, 2008). Vedlegg 1

Ett annet screeningverktøy som er anbefalt av nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er MUST (Malnutritional universal screening tool) (Helsedirektoratet, 2009). MUST brukes for å identifisere ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter. Verktøyet starter med tre trinn hvor en gir score fra 0-2 basert på KMI-verdi- vekttap score og akutt sykdom. I trinn fire legger en sammen poengene fra de 3 første trinnene. Ender en opp med en score på 0 anses det at pasienten ikke er underernært og ny vurdering gjøres om 1 uke. Får en score på 1 bør en være ekstra observant på pasienten og det er ønskelig at en observerer og dokumenterer matinntaket til vedkommende i 3 dager. Ved en score på 2 eller mer er det høy risiko for underernæring og det skal settes inn videre tiltak som spesiell ernæringsbehandling. I trinn fem vurderer en den enkelte pasienten ut i fra scoren og planlegger videre individuelle tiltak. Ved hjelp av dette kan en som sykepleier oppdage om pasienter er underernærte eller er i fare for å utvikle det på ett tidlig stadige. Ved å oppdage underernæring tidlig kan en hindre videre ernæringssvikt og en får mulighet til å gi pasienten god ernæringsstøtte (Stubberud, Almås & Kondrup, 2011). Vedlegg 2

Kostanamnese

En har ulike former for verktøy som kan brukes til å kartlegge pasientens ernæringsstatus og kostanamnese er en av dem. Denne formen for vurdering foregår som ett intervju, hvor pasienten beskriver måltidene sine i en fast periode. Her kreves det en del av pasienten da vedkommende må svare ærlig og ha god hukommelse for å kunne vite hvordan matinntaket har vært i lang tid tilbake. Samtidig som det kreves en del av pasienten stilles det også krav til at den som intervjuer har gode kunnskaper om mat. Dersom pasienten er i stand til å svare på spørsmålene og intervjueren har kunnskaper som trengs er dette en god metode for å beskrive pasientens matinntak (Sjøen & Thoresen, 2008).

Kostregistrering

Denne formen for registrering innebærer at en registrerer alt av mat og drikke som pasienten inntar i løpet av dagen. Det er viktig at en noterer det ned etter hvert som pasienten spiser eller drikker. Her må en passe på at en noterer om det for eksempel er lettmelk eller helmelk, hvilken type ost pasienten spiser og hvilken fettprosent maten inneholder. Den største feilen med denne metoden er at undervektige ofte skriver opp større porsjoner enn det dem spiser og overvektige skriver mindre enn det egentlige inntaket (Sjøen og Thoresen, 2008).

4.1 Forebygge

Som sykepleier har en som mål å sikre at pasientene får dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke. Viser det seg at pasientens ernæringsstatus ikke er tilstrekkelig må en som sykepleier iverksette forebyggende tiltak. En vil som sykepleier møte mange pasienter som er eller står i fare for å utvikle underernæring. Johansson (2008) skriver i sin artikkel at underernæring er lettere å forebygge enn å behandle. Det er derfor viktig at en som sykepleier har kunnskaper om ernæring og ulike forebyggende tiltak en kan iverksette. For pasienter som står i ernæringsmessig fare bør hver enkelt ha utarbeidet en individuell ernæringsplan. Om det lar seg gjøre burde pasienten ta del når planen skrives og en må ta hensyn til pasientens vaner og ønsker (Aagaard & Bjerkreim, 2012).

Forebyggende tiltak

Dagsbehovet til hver enkel bruker justeres ettersom hvor mye hver enkelt bruker er i aktivitet og eventuell sykdomstilstand. En kan beregne ca. 30kcal per kilo kroppsvekt, og ca. 30 ml væske per kilo kroppsvekt per dag, men dette vil være individuelt fra bruker til bruker (Helsenorge, 2011).

Ved første møte bør sykepleieren vurdere brukerens behov i forhold til om han eller hun er i risikofaren for underernæring. Det bør lages en individuell plan til hver bruker som blant

annet er til hjelp for å forebygge underernæring samt den bør inneholde pasientens behov for ernæring og væske(Aagaard & Bjerkreim, 2012). Det er også viktig at sykepleieren er flink til å tilrettelegge de ulike matsituasjonene for brukerne og tilbyr næringsrik kost ut ifra brukerens behov. Ved svelg- og tyggevansker er det også viktig å tilpasse konsistensen på maten slik at det blir lettere for brukeren å spise. Dette kan være med på å forhindre underernæring hos brukeren i hjemmet(Helsenorge, 2011).

I tillegg til å velge kaloririk mat bør faste rutiner for måltider tas hensyn til så langt det lar seg gjøre. Høyt nærings- og energiinnhold og flere måltider om dagen er viktig hos personer med nedsatt matlyst. Brukere med dårlig matlyst bør også legge til et par ekstra mellommåltider for å prøve å få et tilstrekkelig energiinntak(Helsenorge, 2011).

Som sykepleier vil en møte mange pasienter som er eller står i fare for å utvikle underernæring, og det er derfor viktig at en kjenner til ulike sykepleietiltak en kan iverksette. Før en setter i gang ulike tiltak må en skaffe seg ett blikk over pasientens ernæringsproblemer og passe på god dokumentasjon. Ved å dokumentere de ulike observasjonene en gjør kan alle som møter pasienten opprettholde de samme tiltakene. Maten som en serverer bør inneholde de nødvendige næringsstoffene samtidig som den ser innbydende ut. Mange eldre har dårlig matlyst, så derfor vil små hyppige måltider kombinert med innbydende mat ha stor betydning for pasientens matlyst. For å vite om tiltakene en setter i verk har noe effekt på vedkommende er det viktig med registrering av vekt. Underernærte pasienter bør veies to-tre ganger i uken for å kunne følge med på pasientens vekt(Sortland, 2011).

4.2 Virginia Henderson

Virginia Henderson (anerkjent sykepleieteoretiker) definerer sykepleie som hvordan enkeltmennesket får hjelp gjennom sykepleierens særegne funksjon, enten det er sykt eller friskt. Fokuset er på gjøremålene som er nødvendig for god helse, helbredelse eller en fredfull død. Henderson mener at kropp og sjel er nært knyttet til hverandre, og at det er

viktig å se helheten av hvert individ. Hennes definisjon forteller også hvordan sykepleierens rolle inngår i å hjelpe eller assistere mennesket til dagligdagse gjøremål som de ellers ville ha utført uten assistanse hvis ressursene hadde vært tilstrekkelige nok(Mathisen, 2006).

Sykepleieren må danne seg et overblikk for å finne ut av de ulike individuelle behovene en pasient har. De grunnleggende behovene til mennesket er et godt utgangspunkt når en skal finne ut behovene til brukeren. Henderson har utarbeidet 14 slike behov, hvor punkt nummer 2 er *Å spise og drikke tilstrekkelig*(Mathisen, 2006). I følge Henderson er det viktig at sykepleieren har gode kunnskaper innenfor biologiske og sosiale fagområder. Hun mener også at det eneste som kan kalles kontinuerlig, er sykepleien som blir gitt av sykepleieren til pasienten(Henderson, 1998). At sykepleieren skaffer seg en forståelse av hva behovet til pasienten er, hvordan disse ulike behovene oppleves for pasienten samt hvordan disse behovene kan tilfredsstilles er krevende, men både sentralt og avgjørende ifølge Henderson(Kristoffersen, 2012).

Sykepleieren skal hjelpe pasienten når det kommer til det grunnleggende behovet vi har tatt for oss over, men en skal samtidig passe på slik at pasienten får delta med det han/hun kan klare selv. Ut ifra dette kommer det frem at Henderson har fokus på pasientens selvbestemmelse og integritet som er viktige etiske prinsipper i sykepleie(Kirkevold, 2005).

4.3 Hjemmesykepleiens utfordringer

Det er ulike faggrupper som samarbeider sammen som et tverrfaglig team i hjemmesykepleien, og som sykepleier må en være bevisst på sitt faglige ståsted. Funksjonen sykepleier har er å hjelpe det enkelte individet til å mestre og gjennomføre en vanskelig livssituasjon. Sykepleieren skal yte helhetlig omsorg for pasienten slik at pasienten får følelsen av og blir ivaretatt og forstått. For at brukeren som mottar tjenesten skal kunne få en best mulig oppnåelse av helse og livskvalitet er det viktig at sykepleieren har et vidt spekter av kunnskap og forståelse av hvordan pasientens situasjon er(Fjørtoft, 2006).

Alle som mottar hjelp fra hjemmesykepleien skal ha fått fattet ett vedtak, som sier noe om helsehjelpen pasienten får. Det avgjøres på ulike måter i kommunen pasienten bor i om vedkommende får innvilget hjemmesykepleie og hvor mye pasienten trenger hjelp til. Dette avgjøres ofte av lederen for hjemmesykepleien i de ulike kommunene, eller av ansatte ved ett bestiller kontor. Sistnevnt gjelder for de kommunene som benytter seg av bestiller-utfører-modellen. Selv om pasienten har vedtak på morgenstell sies det at helsepersonell alltid skal yte nødvendig helsehjelp, enten det er fattet vedtak eller ikke. Selv om pasienten bare har vedtak på morgenstell kan pasientens situasjon ha endret seg dagen etter og som sykepleier må en derfor alltid huske å se hele mennesket(Birkeland & Flovik, 2011).

Hjemmesykepleien står ovenfor utfordringer når det kommer til å ha kontroll over ernæringsinntaket til hjemmeboende. I institusjoner blir maten servert til hver enkelt pasient, og når pleieren tar tallerkener og kopper ut igjen får en observert hva pasienten har drukket og spist. Hos pasienter i hjemmet er det enten pårørende, pasienten selv eller pleieren som tilbereder maten. Vanligvis har ikke hjemmesykepleien tid til å sitte ned med pasienten, og får derfor ikke observert inntaket. Ved neste hjemmebesøk er det vanskelig å vite om pasienten har spist maten, kastet den eller spist noe mer ved siden av. Oppfølging av næringsinntaket kan også bli en utfordring da det er flere ansatte som er på besøk hos brukeren, og at muligens ikke alle har like mye detaljkunnskap om hver enkelte bruker(Birkeland & Flovik, 2011).

5. Drøftingsdel

I dette kapitlet vil vi drøfte hvordan sykepleieren kan være med på å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende. Vi vil drøfte teorien opp mot forskningen vi har funnet, samt egne erfaringer. På denne måten vil vi prøve å besvare oppgavens problemstilling på en best mulig måte. Gjennom drøftingen vil vi få frem hva slags kunnskap vi sitter igjen med, samt kunnskapen som allerede finnes om dette temaet. Vi vil være kritiske og stille spørsmål til den ulike informasjonen vi har funnet. Dette vil vi få frem under drøftingen (Dalland, 2012). Vi ønsker å få frem sykepleieren sin funksjon med tanke på brukeren sin ernæringsstatus. Drøftingsdelen vil være delt opp med ulike underoverskrifter hvor vi i del én tar for oss vurdering av pasientens ernæringstilstand, del to går vi nærmere inn på mattilbud, empowerment og brukermedvirkning og hvordan sykepleieren i samhandling med brukeren kan finne en best mulig ordning på ernæringssituasjonen. I tredje og siste del drøfter vi om hvordan sykepleierens rolle kan være med på å stimulere til tilstrekkelig ernæring og viktigheten med sykepleierens rolle rundt dette.

Vurdering av pasientens ernæringstilstand og forebygging av underernæring

For å få en forståelse av individet er sykepleieren nødt til å ha en helhetlig tilnærming. Den helhetlige tilnærmingen er spesielt viktig å tenke på når det kommer til hjemmeboende, da det er av stor betydning for å kunne sikre omsorg til brukeren. Sykepleieren må ha et blikk som innebærer å se mennesket fra et ståsted som ikke bare viser sykdomsprosesser og funksjonssvikt. Oppgaven til sykepleieren er å dekke brukerens behov, ikke bare når pleierne er på besøk men gjennom hele døgnet. Dette kan ofte bli en utfordring da sykepleieren har liten tid hos hver bruker, samt en liste med tiltak som skal utføres. En fordel med hjemmeboende pasienter er at du er på deres arena, noe som gjør det lettere å skape en helhetlig tilnærming. Vi får et inntrykk av brukerens omgivelser og får se litt mer av hans eller hennes liv enn det vi ville gjort i en sykehusseng. En vurdering av hvilke behov hjemmesykepleien skal ivareta er nødvendig, og det er ikke hjemmesykepleierens oppgave

alene å ivareta alle behovene. Et tverrfaglig perspektiv er betydningsfullt slik at brukeren får best mulig oppfølging(Fjørtoft, 2006).

Forebygging er et sentralt begrep i kommunehelsetjenesten og som sykepleier er oppgaven å jobbe helsefremmende og forebyggende(Fjørtoft, 2006). Samhandlingsreformen legger vekt på de store utfordringene samfunnet står ovenfor med tanke på vekst i sykdomsbildet og eldre. Planlegging av pasientens forløp samt oppfølging vil mest sannsynlig bli gjort i hver enkel kommune, noe som betyr at god kompetanse og god kapasitet i hjemmesykepleien bør prioriteres og tas på alvor(Birkeland & Flovik, 2011). Ved at sykepleieren har gode kunnskaper om ernæring, kan han eller hun i best grad veilede brukeren når det kommer til et næringsrikt og godt kosthold. Ved å gjøre dette kan det hende at brukeren etterhvert klarer å utføre handlingene på egenhånd, noe som gjør at helsevesenet både sparer penger og tid(Fjørtoft, 2006).

Brownie(2006) skriver i sin forskning at underernæring fører til lenger sykehusopphold og store kostnader. Ved god kompetanse og bedre veiledning kan sykepleieren bidra til å forebygge underernæring, som igjen fører til færre sykehusopphold og mindre økonomiske utfordringer. Dette belyser viktigheten ved at sykepleieren er nødt til å bedre kunnskapen sin på dette temaområdet. Tiltak som for eksempel kurs i ernæring og veiledning kan være et godt alternativ for sykepleiere, slik at de kan få bedret kunnskapen sin. Ikke alle eldre har god økonomi, noen lever på minstepensjon som er den laveste alderspensjonen man kan få gjennom folketrygden(Store norske leksikon, s.a, avsnitt 1). Ved at sykepleieren veileder brukeren i ernæring, kan det føre til at brukeren på egenhånd klarer å gjennomføre hverdagslige utfordringer som igjen kan føre til mindre økonomiske problemer.

Brukere som mottar hjemmesykepleie skal ha en helhetlig vurdering av deres ernæringsstatus for videre kartlegging. Dette bør gjentas månedlig eller etter annen individuell avtale(Sortland, 2011). I den ene forskningsartikkelen vår kommer det frem i en svensk undersøkelse at feil- og eller underernæring er tilfellet hos omkring halvparten av eldre hjemmeboende(Saletti et al. 2005). Med tanke på at det er en svensk artikkel tror vi at det er forholdsvis mye likhet med Norge, blant annet fordi begge er skandinaviske land med

høy levestandard og levealder. Birkeland & Flovik(2011) støtter også opp mot Salleti sin forskning, da med tanke på at de skriver i enkelte undersøkelser står 46 % eldre hjemmeboende i fare for å bli underernært. Sykepleierens helhetlige blikk er nødvendig for å se og kartlegge pasientens ernæringsstatus. Ulike observasjoner må gjøres regelmessig, og sykepleiere må kartlegge og se an matsituasjonen til hver bruker. For eksempel om de klarer å tygge maten, tannstatusen eller om de har problemer med svelget. Er dette tilfellet må sykepleieren dokumentere og sette i gang tiltak som spesialkost og veiledning(Sortland, 2011). Sortland(2011) skriver at eldre ofte glemmer å drikke, på grunn av at de ikke kjenner tørste. Vi opplevde dette som en utfordring i hjemmesykepleien, da det blir vanskelig å minne brukeren på å drikke når vi ikke er til stede. Positive tiltak vi erfarte som ble satt i gang, var å sette frem flere glass med forskjellig drikke, samt koke en hel kanne med kaffe som ble satt frem på stuebordet til brukeren. Fåtallet hadde drikkeliste, men igjen så ble dette vanskelig å følge med på da sykepleieren ikke får observert om brukeren for eksempel heller det ut i vasken eller drikker det opp.

Forskning sier at å spise med selskap, omgivelsene og stemningen rundt individet har stor betydning for næringsinntaket. Det vises også at menn er mer sårbare når det kommer til å spise uten selskap og har derfor større sannsynlighet for å ha lavere næringsinntak(Brownie, 2006). Eldre som bor alene kan bli nedstemt i matsituasjoner da de mangler kunnskap og trening om dette. Dette gjelder som oftest menn. De vet ikke hvordan tilberede enkle middager, da det er tidligere familiemedlemmer som har tatt seg av matlagingen. For hjemmesykepleien kan dette bli en utfordring. Det finnes i enkelte kommuner matlagingskurs, da særlig for enkemenn, som sykepleieren kan informere om. Dette kan både øke selvtillit- og mestringsfølelsen hos de enkelte, da det både gir opplevelsen av å ta tak i eget liv, samtidig som en omgås sosialt med andre mennesker i samme situasjon. Et annet alternativ, som vi også har erfart i praksis, er å spise måltider på en kafeteria eller et eldresenter(Aagaard & Bjerkreim, 2012). Ikke alle eldre føler de «passer inn» på et eldresenter, og de tenker ofte at det ikke er noe for dem. Dette har vi erfart i flere tilfeller i løpet av praksisperioden. Det ble da sykepleierens oppgave å motivere brukeren, opptil flere ganger, for å få han eller hun til å bli med. Det fungerte ikke alle ganger, men de tilfellene vi var borte i endte med en positiv opplevelse for den eldre.

Sykepleierens funksjon er å hjelpe hvert enkelt individ som har behov for det, til å mestre og gjennomføre en vanskelig livssituasjon(Fjørtoft, 2006). Det er sykepleierens oppgave i samarbeid med ernæringsfysiolog, dietetiker og lege å tilrettelegge at pasienter som har behov for spesialkost får tilpasset det(Aagaard & Bjerkreim, 2012). I gjentatte forskningsartikler og teori kommer det frem viktigheten med sykepleierens kunnskap og forståelse av hver bruker sin situasjon og hvordan utfallet påvirker livskvaliteten deres. Ifølge de fleste forskningsartiklene vi har tatt for oss, samt teorien vi har funnet ser vi at screeningsverktøy som MNA og MUST er de mest relevante kartleggingsmetodene i hjemmebasert omsorg.

Johansson(et al. 2008) og Saletti(et al. 2005) beskriver begge screeningverktøyet MNA som ett brukbart verktøy for å kartlegge eldre sin ernæringsstatus. Det kommer frem i forskningsartikkelen til Johansson(et al. 2008) at av 579 eldre hjemmeboende stod 14,5 % i fare for å utvikle underernæring. Dette kom en frem til ved å bruke MNA for å kartlegge.

I likhet med Johansson, skriver forskningsartiklene til Saletti(et al. 2005) at av 353 eldre som deltok i undersøkelsen var det hele 41 % som var underernærte eller i fare for å utvikle underernæring. Her ble MNA brukt for å kartlegge ernæringsstatusen til de eldre som deltok. Når en screener tar en utgangspunktet i pasientens vekt, utvikling i vekten og høyde. En screener pasientens næringsinntak over en periode, eventuelt vekttap og om nødvendig tar en med alvorlig sykdom i betraktning. Det er viktig og få med i screeningen om det er ufrivillig vekttap. Sykepleieren må tenke på diverse ting under screeningen. For eksempel en person med demens vil en kanskje ikke oppnå troverdige svar. Det er viktig at sykepleieren har et helhetlig bilde når en møter pasienten og bruker sunn fornuft. Merker en på pasienten at han/hun er forvirret og ikke i stand til å gjøre rede for seg, så mener vi at en kanskje burde droppe og bruke screening(Stubberud, Almås & Kondrup, 2011).

Burton-Shepherd(2013) skriver om verktøyet MUST som hun mener ikke er godt nok til å kartlegge eldre sin ernæringsstatus. MUST bruker vekt, høyde og KMI for å vurdere eldre sin ernæring. Siden KMI ikke skiller mellom muskler og fett, begrunner Burton-

Shepherd(2013) vurderingen sin med dette. Hun mener at en måling på bakgrunn av dette ikke blir pålitelig og nøyaktig nok. Sortland(2011) bygger opp under denne teorien da hun skriver at det skjer forandringer i kroppen når en blir eldre som igjen vil føre til at muskelmassen reduseres. Videre skriver hun at ved å bruke KMI på eldre mennesker er det fare for at underernæring ikke blir oppdaget før det kan være for sent. På en annen side mener Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) at til brukere i hjemmet er MUST et godt og troverdig vurderingsskjema som de anbefaler sykepleiere å bruke under kartleggingen. De mener at alle brukere i hjemmet skal ha en individuell ernæringsplan hvis de står i risikofaren for ernæringsmessige problemer. Denne planen skal inneholde god dokumentasjon, slik at de ulike sykepleierne og hjelpepleieren kan følge opp ernæringsstatusen best mulig(Helsedirektoratet, 2009).

Etter egne erfaringer fra praksis har vi ikke opplevd at screeningverktøyene har blitt brukt, verken på sykehus eller i hjemmesykepleien. Ifølge teorien vi har funnet, virker det som det er relativt enkle skjemaer som sykepleieren skal følge og et alternativ hadde vært og gjennomført screeningen under for eksempel morgenstellet. Dette hadde spart sykepleieren for mye tid, samtidig som kartleggingen hadde blitt gjort. Med tanke på at vi ikke er blitt introdusert for disse verktøyene får det oss til å undre på hvor gode de egentlig er og om de i det hele tatt blir brukt. Er det sykepleierens manglende kunnskaper som gjør at de ikke brukes? Eller er det fordi sykepleieren føler at han eller hun ikke har tid til å gjennomføre screeningen?

Et annet verktøy vi har tatt for oss i teori delen er kostanamnese som er en type kartlegging av ernæringsstatusen gjennom et intervju og et skjema. Sjøen og Thoresen(2008) mener dette er en god metode å bruke hvis den fungerer. Det negative med denne metoden er at brukeren må huske næringsinnholdet sitt detaljert for at denne metoden skal ha effekt, som for eksempel gjør det til et lite gunstig verktøy å bruke på mennesker med demens. Ettersom teorien vi har funnet er positiv i forhold til denne metoden stiller vi oss undrende til at vi ikke har blitt presentert for dette verktøyet i løpet av våre praksisperioder. Dette får oss til å stille spørsmålsteget til hvor utbredt og brukt denne metoden egentlig er. På en annen side

finnes verktøyet kostregistrering som blir noe av det samme, men her registreres kosten i «nåtid». Brukeren kan selv føre på et skjema det han eller hun spiser, dette med forbehold om at sykepleieren kan stole på brukeren. Ulempen med dette verktøyet er ofte at de som er undervektige skriver større porsjoner enn det de har spist, noe som fører til feil på skjemaet. Heller ikke dette verktøyet har vi blitt introdusert for i praksis. Men ut ifra teori synes vi kostregistrering kan virke som en uforutsigbar løsning. Dette med tanke på at det er fort gjort å glemme å skrive opp, eller glemme det en har spist. Brukeren kan også, som teorien sier, skrive opp større porsjoner enn det han eller hun faktisk har spist som kan komme av liten erfaring med veiing og måling av mat og drikke. På sikt kan dette føre til feilregistrering av ernæringsinntaket (Sortland, 2011). Det kan bli en utfordring for sykepleieren å finne ut om næringsinntaket stemmer. Ville det vært etisk riktig hvis for eksempel sykepleieren gikk i skap og kjøleskap flere ganger om dagen for å se om det er mindre mat der enn sist? Eller for å se om maten brukeren fører opp er der?

Det finnes mange ulike verktøy en sykepleier kan bruke for å registrere og vurdere ernæringsstatusen til hjemmeboende eldre. Verktøyene vi har tatt for oss kan bidra på ulike måter til å forebygge underernæring, noen bedre enn andre. Dette er med forbehold om at sykepleieren har god kunnskap om ernæring til eldre, flink til å observere brukeren helhetlig, samt er dyktig på dokumentering av vekt, inntak, behov og tiltak. På denne måten er det lettere for personalet å holde seg oppdatert på brukeren, og fortære se om det er noen forandring slik at eventuelle tiltak kan settes i gang og vedtak kan fattes (Helsedirektoratet, 2009) & (Stubberud, Almås & Kondrup, 2011).

Mattilbud, empowerment og brukervedvirkning.

Teoretikeren Virginia Hendersons skriver om grunnleggende behov hos mennesker, og i teoridelen trakk vi frem et av disse punktene. Punkt to - å spise og drikke tilstrekkelig. Det at sykepleieren må danne seg et overblikk, samt observere brukerens inntak for deretter å se behovet kan være lettere sagt en gjort (Mathisen, 2006). Hjemmesykepleien står ovenfor et tidspres hvor de bare har noen minutter hos hver bruker, samt etterlater pasienten alene når

de drar videre(Birkeland & Flovik, 2011). Hvordan kan da sykepleieren observere brukerens ernæringsstatus?

Vi har selv erfart i praksis de negative sidene ved tidspresset som er i hjemmesykepleien. I ettertid reflekterte vi særlig på det med å se «hele mennesket». På listene vi fikk i hjemmebasert praksis stod det stikkordsvis hva vi skulle gjøre og hvor lang tid vi skulle bruke på hver enkel oppgave. Dersom vi tenker tilbake på de ulike hjemmebesøkene merker en hvor fort gjort det er å fokusere kun på den ene oppgaven en er satt til. For eksempel å ta på en bruker støttestrømper. Man glemmer litt å observere resten av pasienten for ulike tegn som dårlig ernæringsstatus. Samtidig som tidspresset får sykepleieren til å skynde seg, og brukeren sier at alt er bra, kan en lett se «forbi» personen og heller håpe at en annen medarbeider tar seg av det eventuelt kommende problemet som er i ferd med å oppstå. Fjørtoft(2006) bygger opp under våre erfaringer med sin teori. Hun skriver at god tid er viktig for å kunne gi tilstrekkelig med omsorg ut ifra hver enkelt brukers behov. Hun skriver videre om kampen som har blitt om tiden, og at omsorgen pasientene får, går etter en «stoppeklokke». Ville mer kunnskap ført til bedre tid? Og etter at samhandlingsreformen kom, som førte til flere brukere i hjemmet, har man egentlig mer tid?

Henderson ønsker at sykepleieren skal se hele mennesket og prøve å få en forståelse av deres behov samt en forståelse av hvordan opplevelsen til pasienten er. For å hjelpe pasienten mest mulig mener Henderson at rollen til sykepleierne er å hjelpe eller assistere brukeren til gjøremål en ellers ville klart hvis han eller hun hadde vært friskt(Mathisen, 2006). Ulike sykdommer som kreft, kols og demens kan bidra til forandringer i ernæringsstatusen og det er da viktig at sykepleieren skaffer seg – som Henderson sier et overblikk slik at mat tiltak kan settes i gang fortløpende(Schjølberg, 2008). I sykehuspraksis opplevde vi som studenter en pasient med kreft som ikke hadde tilstrekkelig inntak av mat. Ved å sette i gang tiltak hvor vi serverte pasienten kun kald mat fikk pasienten opp appetitten. Dette gjorde vi etter samtale med pasienten, hvor hun forklarte at hun hadde blitt mindre kvalm de dagene hun kun hadde spist kald mat. Schjølberg(2008) bekrefter vår erfaring med at kald og tørr mat er et godt alternativ mot kvalme, da det kan dempe symptomene. Ofte kan små tiltak gjøre en forskjell. Som ansatt på sykehjem hvor vi deler inn pasienter på morgenensom vi både skal

stelle og smøre frokost til, merket jeg stor forskjell ved frokost bordet. Til pasientene mine smurte jeg på smørbrødet med et godt lag smør, salat, skinke, ost og paprika. Det var fort gjort å anrette det litt fint, slik at maten skulle se fristende ut. Pasientene som satt på bordet ovenfor kommenterte flere ganger hvor heldig pasienten jeg hadde smurt mat til var og at de synes det så veldig godt ut. Det er ofte veldig lite som skal til for at en pasient med dårlig matlyst skal kunne la seg friste, og det er noe vi som sykepleiere bør tenke på når vi er på hjemmebesøk for å smøre frokost for eksempel.

Brukermedvirkning og empowerment er begreper vi som kommende sykepleiere mener er utrolig viktig. Når Henderson forklarer om hennes definisjon av hva sykepleie er, mener vi det er mange likhetstegn med begrepene over. Helsetjenesten har ikke noe valg når det kommer til å gi pasienten brukermedvirkning, da med tanke på at det er lovpålagt.

Pasientrettighetsloven er et av grunnlagene for brukermedvirkning og omfatter blant annet:

§ 2-5 Rett til individuell plan.

§ 3-1 Pasientens rett til å medvirke i gjennomføringen av helsetjenesten.

§ 3-2 Pasientens rett til informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

§ 3-3 Omhandler pårørendes rett til informasjon(Kristoffersen, 2012).

Som sykepleiere må vi alltid huske på brukerens rett til medvirkning og deres krav i behandlingen, hvor også empowerment blir dratt inn. Brukeren har krav på å delta i behandlingen, og det er viktig at sykepleieren tilrettelegger for dette. Sykepleieren må ta hensyn til brukerens evne til å motta og forstå den ulike informasjonen som blir gitt. I samarbeid med brukeren og pårørende skal sykepleieren utforme en individuell plan (IP), slik at brukeren får et skreddersydd tilbud for brukerens behov og ønsker(Kristoffersen, 2012). Tveiten(2012) sin teori skriver mye av det samme som Kristoffersen, og mener at under utformingen av IP og under hele behandlingsperioden er det viktig å ta i bruk empowerment prosessen. Ved å gi pasienten følelsen av å ha makt og medbestemmelse i eget liv, kan det føre til at pasienten opplever en form for mestringsfølelse. Sykepleiere og brukere bør samarbeide i både prosessen og behandlingsperioden for å oppnå best mulig resultat.

Etter vår erfaring i hjemmesykepleien merket vi at det var mye fokus på å la pasienten få delta, samt bestemme over eget liv. På en annen side var det tilfeller der brukeren ikke hadde så mange valgmuligheter. For eksempel når det kommer til ernæring. I hjemmesykepleien der vi hadde praksis fikk brukeren tildelt ferdig mat fra kjøkkenet. Disse ble pakket i plastbokser som varmes opp i mikroen. Får brukeren egentlig medbestemmelse i eget kosthold da? Hva har denne ferdigmaten å si for brukerens appetitt og inntak av næringsstoffer? Som pleiemedarbeider i Klepp kommune har den ene studenten erfart i jobb at brukerne i hjemmesykepleien har fått ta del i egne måltider ved at de får utdelt kort med opptil 6 valgmuligheter med forskjellige matretter. Dette gjør at brukerne får være med på å bestemme mer i hverdagen sin som igjen kan føre til en opplevelse av mestring. Etter erfaring med jobb i hjemmesykepleie i to kommuner, merkes det stor forskjell ved næringsinntaket hos de forskjellige brukerne. Brukerne i Klepp kommune virker mer fornøyde med mattilbudet enn i Elverum kommune.

Hjemmesykepleien har ikke like mye oversikt og kontroll over matinntaket til brukeren fordi de ikke får observert hele døgnet. Påførende kunne vært en god ressurs hvis de hadde bodd sammen med brukeren eller like ved, men når dette ikke er tilfellet må en benytte seg av andre ressurser og tiltak. Det anslås at rundt 10 % av hjemmeboende syke eldre er undernært, samtidig som det kommer frem i enkelte undersøkelser at opptil 46 % er eller står i fare for underernæring. Ettersom eldre sin appetitt forandres gradvis og stoffskiftet og smakssansene avtar er det fort gjort å miste lysten på mat. Årsakene til underernæring er mangt, og det er sykepleierens oppgave å forebygge dette (Birkeland & Flovik, 2011). Vår erfaring av det ulike mattilbudet som var i hjemmesykepleien var for det meste ferdigmatprodukter (eksempelvis Fjordland) eller ferdigmat fra kjøkkenet på sykehjemmet. Etter kjappe to minutter i mikroen var det plutselig en hel middag. Inntrykket vi fikk var at noen av de eldre likte det, og ikke brydde seg så mye om hva de fikk servert. Men det var også en del skuffende ansikter som nærmest gruet seg til enda en omgang ferdigmat. Gjentatte ganger åpnet vi kjøleskap hvor ferdigmaten var plassert oppå hverandre, enten fordi at porsjonen var for stor eller fordi brukeren ikke var sulten den dagen det ble servert. Dette førte som oftest til at maten vi fant i kjøleskapet var gammel og måtte kastes. En

kartlegging fra Oslo kommune som ble gjennomført høsten 2011 viser at antall eldre som får hjelp til matlaging er mer misfornøyde enn det foregående året(Oslo Kommune helseetaten, 2011).

Hva kan sykepleieren gjøre for å hjelpe den eldre til bedre appetitt og større matglede?

Forskning viser at tilberedning og lagring av mat påvirker kvaliteten og mengden på maten eldre spiser. Alt fra å handle maten, tilberede den og det å ha selskap når man spiser er med på å påvirke ernæringsstatusen til eldre. Det avsløres i samme studie at næringsinntaket til eldre reduseres ettersom måltidene blir ensomme og de ikke har noen å dele matgleden med. Det er ulike faktorer som spiller inn på eldre sin lyst og glede til å spise. Blant annet depresjon, pensjonering og isolasjon. Økning i depresjon og andre mentale problemer som søvnproblemer, urolighet, angst, bli glemsk og miste interessen for dagligdagse gjøremål har sammenheng med aldringsprosessen, i følge Darnton Hill. Anoreksi, trøtthet og desorienteringer er andre faktorer som sammen med kognitive og humør forstyrrelser kan føre til lav næringsstatus. Drewnowski og Shultz mener at utdannelse, inntekt og ekteskapsstatus er det som har innvirkning på eldre sin ernæringsstatus(Brownie, 2006).

For å vekke appetitten hos den eldre kan en prøve å tilby mat og drikke som en vet at personen liker og la den eldre få delta i matlagingen. Siden eldre sin evne til å smake søtt vedtar lenger, kan også søte fristelser være et alternativ, dog dette ikke har mye innhold av næringsstoffer. Som regel foretrekker eldre den tradisjonelle «vanlige» kosten fordi det er det de er vant med. Samtidig som det er viktig å prøve og få brukeren til å bli mer deltagende er det også viktig på å tenke på miljøet rundt brukeren. Jo eldre en blir, jo mer viktig blir som regel det sosiale. I hjemmesykepleien kan dette bli en utfordring, da med tanke på at sykepleieren har mange brukere å reise rundt til, og det kan bli vanskelig og både tilberede og holde brukeren med selskap. Det er ikke alle eldre som har god økonomi heller som gjør det desto vanskeligere å tilby dem diverse kost(Brodtkorb,2010). I forskningsartikkelen til Brownie(2006) kommer det frem i en undersøkelse at eldre spiser mer i selskap med andre og er derfor i risiko for underernæring hvis de spiser alene. Birkeland & Flovik(2011) mener at det er viktig med oppfølging og tiltak når det gjelder pasientens ernæringsstatus. De skriver at brukeren bør spise fire måltider om dagen samt at

det ikke skal gå mer enn 12 timer mellom kveldsmat og frokost. De mener at næringsdrikke er et godt alternativ for de som er underernærte. Å gi brukeren oppmerksomhet under måltidene samt sitte der kan gjøre stor forandring. De påpeker viktigheten med å ta tak i problemet så tidlig som mulig, slik at nødvendige tiltak blir satt i gang. Gjentatte ganger i praksis har vi opplevd brukere med besøksvenn. Etter vår oppfatning virker dette som et positivt tiltak for den eldre da de blant annet får kommet ut i andre omgivelser samt har selskap rundt seg. Dette kan være med på å bedre brukerens sosiale behov samt øke matgleden.

Kommunikasjon er et viktig redskap når en jobber med mennesker. Kommunisere er noe vi gjør hele tiden, og en kan si at det er en form for samhandling. Et av våre viktigste arbeidsredskap som sykepleiere er å skape tillit og kontakt gjennom kommunikasjon. Grunnlaget for sykepleierens kommunikasjon er både kunnskap og ferdigheter. Det å ha kunnskap om målgruppen samt ferdigheter rundt de ulike arbeidsoppgavene en opplever i praksis er viktig når en jobber som sykepleier. Dette er med på å gi brukerne trygghet. Empati er også et viktig begrep å ta med seg når en reiser på hjemmebesøk til brukere. Som sykepleier har en ofte dårlig tid når man reiser fra bruker til bruker, men det er allikevel viktig å sette seg inn i den andres situasjon, lytte, og prøve å få en forståelse av dens reaksjoner og følelser (Fjørtoft, 2009). Som studenter fikk vi noen brukere vi hadde mulighet til å bruke litt ekstra tid på. Dette medførte at vi rakk å sette oss i noen minutter før vi måtte videre. Gleden det gjorde hos samtlige brukere var stor. En kunne se en stor forskjell der brukeren plutselig ble mer deltagende i samtalen og tillitsbåndet mellom oss og brukerne økte. Vi erfarte en bruker som motstridte seg all hjelp ved nesten hvert hjemmebesøk. Istedenfor å gå inn rettet direkte mot tiltaket som var satt, satt vi oss heller ned i sofaen. Vi satt en liten stund og snakket med vedkommende som etter hvert ble mer enn samarbeidsvillig til å gjennomføre tiltaket som skulle gjøres. Denne situasjonen er en av mange vi har erfart som viser akkurat hvor viktig kommunikasjon og tillit er mellom sykepleier og bruker.

Pleiepersonellens holdninger, bevissthet og god kartlegging av mat og drikke har stor betydning for at eldre skal få dekket sitt ernæringsbehov. Et sunt og godt kosthold er viktig

for de eldre, men man skal allikevel ikke gi dem en dårlig selvfølelse for at de bruker mettett fett eller litt ekstra karbohydrater i maten. Hvis den eldre ikke har utviklet et helseproblem eller står i fare for å utvikle noen sykdom, er det ikke nødvendig å satse på et kosthold som på lang sikt forebygger helseskader(Sortland, 2011).

Stimulere til tilstrekkelig ernæring

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at en som sykepleier skal ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg. Inn under helhetlig omsorg kommer behovet for tilstrekkelig ernæring som en som sykepleier har ansvar for å hjelpe pasienten å opprettholde. Teorien vi har lest bygger opp om dette, ved at en som sykepleier skal foreta forberedelse av måltidet. Under her inngår det at pasienten skal føle velvære før måltidet. Eksempler på dette kan være at pasienten får tilbud om håndvask før måltidet. Det er viktig at en sørger for at pasienten har en god sittestilling. Miljøet rundt måltidet har stor betydning og kan øke matinntaket til pasienten. Stress og uro kan hemme appetitten og fordøyelsen. Det er derfor viktig at en som sykepleier legger til rette for trivelig miljø rundt måltidet som ikke skaper stress blant pasientene. Det kan være lurt at en som sykepleier setter seg ned og spiser sammen med brukerne. Da kan vedkommende holde i gang en god samtale og samtidig hjelpe dem som eventuelt måtte trenge tilrettelegging(Aagaard & Bjerkreim, 2012). Imidlertid er vår praksiserfaring innen hjemmesykepleien, at sykepleiere eller annet helsepersonell sjelden har tid eller mulighet til å sette seg ned sammen med pasienten. Vi har også erfart på ulike sykehjem både positive og negative matsituasjoner. På et sykehjem med mange pasienter var matsituasjonen svært stressende og bråkete. Dette gjorde at pasientene ble irriterte og oppgitt, og helsepersonellet følte at de ikke strakk nok til. Igjen kan dette føre til at pasienter spiser mindre fordi de ikke får nok ro og glede rundt måltidet. Den positive opplevelsen var på et sykehjem med flere ansatte og færre pasienter. Der hadde pleierne kontroll over situasjonen noe som gjorde måltidene til en positiv opplevelse for pasientene.

Stimulering gjennom mat kan skje på forskjellige måter som ved smak, lukt og syn. Matsituasjoner kan bidra til å fremme positive minner, både ved hjelp av sansene samt hvem man spiser i sammen med(Sortland, 2011). På sykehjemmet der vi hadde praksis hadde de

«vaffel-onsdag». Den bestod av at en pleier stod i korridoren og stekte vafler. De eldre gikk forbi og lot seg friste av både lukt og syn. Dette bidro til å sette i gang sultfølelsen hos de eldre, noe som gjorde at enkelte forsynte seg flere ganger. Vi så på dette som et positivt tiltak, da vi opplevde situasjonen gjentatte ganger i praksis perioden med et godt resultat.

Det er ikke alltid eldre får best mulig utbytte av sansene, da med tanke på høyt forbruk av medikamenter. Som Brownie(2006) skriver i sin review påvirker legemidler sansene. Medikamentene eldre bruker kan være med å påvirke lukt- og smak sansen slik at de får en nedsatt appetitt. Med gode kunnskaper om medikamenter og deres bivirkning i forhold til matinntak kan sykepleieren komme med forslag til hvordan lindre bivirkninger som smaksopplevelse, munntørrhet, nedsatt appetitt og kvalme. For eksempel at pasienten drikker rikelig med vann når medisinerne blir tatt, sukkerfri tyggegummi, god munnhygiene, hyppige og fristende måltider, små mengder med lett fordøyelig mat, kalde drikker eller ristet eller tørt brød. Dette er en av mange råd pasienten bør få av sykepleieren for å lindre bivirkningene, og det forutsetter at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskap(Sjøen & Thoresen, 2008).

Vi har vært med på å lage i stand måltider til brukere men har måttet dra igjen rett etterpå på grunn av mange arbeidsoppgaver og liten tid. Som vi har erfart i praksis sitter alt for mange eldre og spiser flere av måltidene gjennom dagen alene. Vi observerte også at de som ofte satt alene hadde en lav kroppsvekt, da de ikke orket å lage mat til seg selv eller ikke hadde matlyst. Brownie(2006) skriver i forskningsartikkelen sin at eldre som bor alene og eldre som ofte spiser alene, får i seg for lite mat og har støtte risiko for å utvikle underernæring.

Vi har lært gjennom vår utdanning at en kan gi pasienter energi- og næringstett kost. Sortland(2011) bygger opp på denne teorien da hun belyser viktigheten med akkurat dette. Når en serverer pasientene energi- og næringsrik kost øker en fettinnholdet i maten, og det er viktig å serverer små og hyppige måltider hvis en har mulighet. Dette er ett viktig tiltak blant underernærte pasienter da det kan øke innholdet fra 900 kcal som var utgangspunktet, til 1700-1900kcal. Hos pasienter som spiser lite er det ekstra viktig at en får i seg alle de viktige næringsstoffene kroppen trenger. Når en ser hvor mye en kan øke kaloriene ved å servere

energi- og næringstett kost burde en absolutt gjøre det blant pasientene en møter hjemme. Vi har ulike erfaringer fra hjemmesykepleien. I noen tilfeller ser vi at pleierne lager næringsrik kost med høyt innhold av karbohydrater, fett, proteiner, vitaminer og mineraler. Dette kan for eksempel være kost som havregrøt med fløte, eller en brødskive med et ekstra godt lag med smør. I tilfeller der det er behov tilbys også ernæringsdrikk. De motiverer også brukerne til å spise og prøver å tilrettelegge måltidene best mulig. Andre tilfeller blir ikke behovet for ekstra næringsrik kost gjennomført. Som vi har skrevet tidligere kan dette også komme av dårlig kunnskap om ernæring og liten tid hos enkelte brukere.

Av brukere som bor hjemme vises det til i enkelte undersøkelser at 46 % enten er underernærte eller er i risiko for å bli det. Det finnes ulike årsaker til underernæring, og de kan både være komplekse og sammensatte. Sykdommer, bivirkninger av legemidler, alderdomssvekkelse eller plager i munnhulen som gjør svelging og tygging problematisk kan være fysiske årsaker til underernæring. Psykiske derimot kan være for eksempel det å spise alene. Tilberedning av mat kan føles meningsløst og ensomt når en bor alene, og det og ikke ha noen å dele matgleden med kan være deprimerende og sårt (Birkeland & Flovik, 2011).

6. Konklusjon

I vår litteraturstudie kommer det frem at eldre mennesker står i risiko for å utvikle underernæring. En ser at det er ekstra vanskelig å følge opp brukerens næringsinntak dersom vedkommende bor hjemme i egen bolig, dette fordi helsepersonellet ikke har mulighet til å ha full oversikt over inntaket til pasienten da de bare er der i en liten del av døgnet. Sykepleierens ansvar er blant annet å passe på at brukeren får i seg tilstrekkelig med mat og drikke gjennom døgnet. Sykepleier teoretikeren Virginia Henderson mener at sykepleierens oppgave er å tilrettelegge slik at brukeren får dekket sitt grunnleggende behov. For og kunne forebygge underernæring er det viktig at en som sykepleier har kunnskaper om hvordan en kan vurdere pasientenes ernæringsstatus. Kartlegging er en sentral oppgave da en skal ta for seg pasientenes ernæringsstatus. Vi har funnet teori og forskning som bygger opp under at de ulike verktøyene blir benyttet i praksis, men vi har selv ikke erfart disse. Sykepleierne i dagens samfunn har lett for å gjemme seg bak tidspresset som preger hjemmesykepleien, og anser kartlegging ofte som tidskrevende. Forskning sier at underernæring er lettere å forebygge enn å behandle, det er derfor en stor fordel til tidligere en oppdager problemet. Konsekvensene av underernæring vises gjennom teori og forskning å være fatale. Det er derfor ekstra viktig at sykepleieren er på vakt og observerer slik at problemet oppdages på et tidlig stadium. Det er tydelig for oss at helsepersonell har for lite kunnskaper om eldre og underernæring, noe som må bli bedre for å kunne forebygge og behandle.

Litteraturliste

*Aagaard, H. & Bjerkreim, T. (2012). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (2. Utg., s. 161-202). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging- et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red), *Helsefremmende sykepleie- I teori og praksis* (s. 79-97). Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke

Askheim, O.P. & Starrin, B. (2007). Empowerment – et moteord?. I Askheim, O.P & Starrin, B.(Red), *Empowerment: I teori og praksis*.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Birkeland, A. & Flovik, A.M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.

*Bjørneboe, G.E. & Tonstad, S. (s.a.). Underernæring. I Store norske leksikon. Lokalisert 18. februar 2014, på

<http://sml.snl.no/underern%C3%A6ring>

Brodtkorb, K. (2010). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. Utg., S. 254-265). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 110-118. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x

*Burton-Shepherd, A. (2013). Preventing malnutrition in home-dwelling elderly individuals. *British journal of community nursing*, nutrition supplement, s 25-31.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Fermann, T. & Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. Utg., s. 196-218). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Fjørtoft, A.K. (2009). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke.

*Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. (Nasjonale faglige retningslinjer IS-1580/2009). Oslo: Direktoratet

*Henderson, V. (1998). *Sykepleien natur: Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: universitetsforlag

*Helsenorge.(2011). Underernæring. Lokalisert på <https://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Underertering.aspx>

*Johansson, Y., Bachrach-Lindström, M., Carstensen, J. & Ek, A.C. (2008). Clinical issues: Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1354-1364. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02552.x

*Kirkevold,M.(2005). Sykepleieteorier: analyse og evaluering. Oslo: Gyldendal Akademiske (Kap, 5)

*Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. Utg., s.207-270). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Kristoffersen, N. J. (2012). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. Utg., s.281-336). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Kristoffersen, N. J. (2012). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. Utg., S.337-381). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Mathisen, J. (2006). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I U. Knutstad & B. K. Nielsen (Red), *Sykepleieboken 2: Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*(2. Utg., s. 21-38). Oslo: Akribe.

*Olsson, H. & Sörensen, S. (2006). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Oslo Kommune, Helseetaten.(2011). Kartlegging- mat og måltider til eldre brukere av hjemmetjenesten i Oslo. Lokalisert på [http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helseetaten%20\(HEL\)/Internett%20\(HEL\)/Dokumenter/kartlegging_mat_maltider_hjemmetj.pdf](http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helseetaten%20(HEL)/Internett%20(HEL)/Dokumenter/kartlegging_mat_maltider_hjemmetj.pdf)

*Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens.*Sykepleien forskning*,8(4), 298-307. Doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0137

*Rognstad, S. & Straand, J. (2004). Om helsetjenesten: Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene?. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 124(6), 749-892.

Romøren, T.I. (2010). Eldre, helse og hjelpbehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. Utg., s. 29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Saletti, A., Johansson, L., Yifter-Lindgren, E., Wissing, U., Österberg, K. & Cederholm, T. (2005). Nutritional Status and a 3-Year Follow-Up in Elderly Receiving Support at Home. *Gerontology*, 51(3), 192-198. Doi: 10.1159/000083993

*Sarkopeni (s.a). Norsk elektronisk legehåndbok. Lokalisert på <http://legehandboka.no/geriatri/pasientinformasjon/ulike-sykdommer/muskelsvinn-hos-eldre-sarkopeni-38927.html>

Schjølberg, T.Kr.(2008). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie* (1.Utg., s. 81-131). Oslo: Akribe

*Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2008). Sykepleierens ernæringsbok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.(Kap. 5, 6, 15)

Sortland, K. (2011). Ernæring: Mer enn mat og drikke. Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke.

*Store norske leksikon. (s.a). Minstepensjon, Store norske leksikon. Lokalisert 6 Mars 2014, på <http://snl.no/minstepensjon>

Stubberud, D.G., Almås, H. & Kondrup, J. (2011). Ernæring ved sykdom. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.Utg., s. 477-506). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen(Red), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*(s. 173-193). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Antall sider selvvalgt litteratur: 412



Vedlegg 1



Mini Nutritional Assessment MNA®

Etternavn: _____ Fornavn: _____ Kjønn: _____ Dato: _____
 Alder: _____ Vekt, kg: _____ Høyde, cm: _____ ID-nummer: _____

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengstiftene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsst.standen.

Vurdering, del I

A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?
 0 = alvorlig nedsatt appetitt
 1 = moderat nedsatt appetitt
 2 = ikke nedsatt appetitt

B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene
 0 = vektstap over 3 kg
 1 = vet ikke
 2 = vektstap mellom 1 og 3 kg
 3 = ikke vektstap

C Mobilitet
 0 = senliggende/sitter i stol
 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute
 2 = går ute

D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene
 0 = ja 2 = nei

E Neuropsykologiske lidelser
 0 = alvorlig demens eller depresjon
 1 = mild demens
 2 = ingen psykologiske lidelser

F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)
 0 = KMI mindre enn 19
 1 = KMI 19 til mindre enn 21
 2 = KMI 21 til mindre enn 23
 3 = KMI 23 eller større

Undersøkelsespoengsum vurdering, del I
 (sumtotal maks. 14 poeng)
 12 poeng eller mer: Normal - ikke faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II
 11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II

Vurdering, del II

G Bor i egen bolig (ikke på alderssykehjem eller sykehus)
 1 = ja 0 = nei

H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag
 0 = ja 1 = nei

I Trykksår eller hudsår
 0 = ja 1 = nei

J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?
 0 = 1 måltid
 1 = 2 måltider
 2 = 3 måltider

K Utvalgte markører for proteininntak
 • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja nei
 • To eller flere porsjoner belgrukter eller egg pr uke ja nei
 • Kvitt fisk eller kyllingkaakun hver dag ja nei
 0.0 = hv s 0 eller 1 ja
 0.5 = hv s 2 ja
 1.0 = hv s 3 ja

L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?
 1 = ja 0 = nei

M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?
 0.0 = mindre enn 3 kopper
 0.5 = 3 til 5 kopper
 1.0 = mer enn 5 kopper

N Matinntak
 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp
 1 = spiser selv med noe vanskeligheter
 2 = spiser selv uten vanskeligheter

O Eget syn på ernæringsmessig status
 0 = ser på seg selv som underernært
 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand
 2 = ser ikke på seg selv som underernært

P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?
 0.0 = ikke like bra
 0.5 = vet ikke
 1.0 = like bra
 2.0 = bedre

Q Overarmens omkrets (OO) i cm
 0.0 = OO mindre enn 21 cm
 0.5 = OO 21 til 22 cm
 1.0 = OO mer enn 22 cm

R Leggomkrets (LO) i cm
 0 = LO mindre en 31 cm
 1 = LO 31cm eller større

Vurdering, del II (maks. 16 poeng):
 Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I
 Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng):

Gradering av underernæringsstilstand
 17 til 23.5 poeng i fare for underernæring
 Mindre enn 17 poeng underernært

© Nestlé, 1994, Revisjon 2005, 16/7200 12-19 1057
 For more information: www.mna-elderly.com

