



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Mona Bråten & Thea Nordermoen Langkaas

Veileder: Wenche Moldjord

Ernæring - mer enn bare mat og drikke

Nutrition - more than just food and drink

Antall ord: 12103

BASY 2013

Bacheloroppgave 2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

OM EG VERT GAMAL

Om eg vert gamal så vil eg være rein når eg skal ete. Eg vil ha fine fat, dukar og blomer, og i mørke dagar vil eg ha levande lys.

Om eg vert gamal og ikkje vinn det sjøl må du ha god tid til meg. Då må det være berre du og eg – eg vil sitje godt – du må og sitje godt. Og la det være stilt når eg et.

Gje meg noko så eg ikkje føler meg så kraftlaus og arm. Men ikkje spør så mykje kva eg vil ha – Eg orkar ikkje svare.

Kan du gjera stunda god for meg?

(Utdrag av dikt fra Ellen Mogård Larsen)

Sammendrag

Bakgrunn: Underernæring er det største og vanligste problemet innenfor ernæringsproblemer hos eldre og kan føre til alvorlige konsekvenser for allmenntilstand og livskvalitet. Hjemmeboende eldre med kognitiv svikt er særlig utsatt for å utvikle underernæring.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å oppnå kunnskaper om hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med en mild grad av demenslidelse.

Metode: Oppgaven er basert på en litteraturstudie, hvor relevant pensumlitteratur, nyere forskning og egne erfaringer sammen med Dorothea Orems sykepleierteori blir benyttet for å besvare problemstillingen.

Resultat: Etter hvert som mennesket blir eldre vil sjansen for å utvikle demens øke og det vil bli et større behov for tilrettelegging i hverdagen. Resultatet viser at pasientgrupper som er i særlig risiko for å bli underernærte er blant annet eldre og personer med demenslidelse. Forskning viser at dette blant annet kan skyldes hukommelsessvikt hos pasienten, mangel på samarbeid, kunnskap og kompetanse hos helsepersonell.

Konklusjon: Sykepleiere står overfor mange utfordringer når det gjelder å forebygge underernæring. Det kan være vanskelig å skille mellom hva som er naturlige aldriingsprosesser eller fare for underernæring hos eldre med mild grad av demenslidelse, noe sykepleieren må være bevisst på. For å forebygge underernæring må sykepleieren på et tidlig stadium kartlegge ernæringsstatus og bidra til et godt samarbeid med pårørende for tilrettelegging av måltider.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	2
SAMMENDRAG.....	3
1.0 INNLEDNING.....	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 RELEVANS FOR SYKEPLEIE OG HENSIKT MED OPPGAVEN.....	7
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	7
1.4 PRESISERINGER OG BEGRENSNINGER I OPPGAVEN	8
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON	9
2.0 METODE.....	10
2.1 PRESENTASJON AV PENSUM OG SELVVALGT LITTERATUR.....	10
2.2 SØKEHISTORIKK OG PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	10
2.3 KILDEKRITIKK.....	14
3.0 TEORI.....	15
3.1 SYKEPLEIERTEORI.....	15
3.1.1 Yrkesetiske retningslinjer og lovverk.....	17
3.2 ELDRE OG ERNÆRING.....	18
3.2.1 Årsaker og konsekvenser.....	19
3.2.2 Bruk av screeningsverktøy	20
3.2.3 Individuell plan og dokumentasjon	20
3.3 MILD GRAD AV DEMENSLIDELSE	21
3.4 HJEMMESYKEPLEIE	22
3.5 BRUKERMEDVIRKNING OG EMPOWERMENT	23
3.5.1 Tilrettelegging av måltider til personer med demenslidelse.....	24
3.5.2 Kostintervju	25
3.6 PÅRØRENDE	25
4.0 DRØFTING	26
4.1 KARTLEGGING AV ERNÆRINGSSTATUS.....	26
4.2 UTFORDRINGER VED MILD GRAD AV DEMENSLIDELSE	31
4.3 UTFORDRINGER I DET FOREBYGGENDE ARBEID I HJEMMET.....	34

4.4	TILRETTELEGGING AV MÅLTIDER	36
5.0	KONKLUSJON.....	41
6.0	LITTERATURLISTE	42
7.0	VEDLEGG.....	46
7.1	VEDLEGG 1 - PICO SKJEMA	46
7.2	VEDLEGG 2 - MNA	48

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge Helse - og omsorgsdepartementets Demensplan «Den gode dagen» (2015), vil samfunnet vårt stå overfor store utfordringer når det kommer til helse og omsorg i årene fremover. Årsaker til dette er økt levealder i befolkningen, samt at antall mennesker med demenslidelse kan bli fordoblet i løpet av de neste 35 årene.

I Norge i dag er det omtrent 70 000 mennesker som har ulike grader av demenslidelse (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s.41). Over halvparten av disse bor i eget hjem. Enkelte bor sammen med pårørende, men mange bor alene. Etter hvert vil alle få et økt hjelpebehov i hverdagen (Fjørtoft, 2012). Blant alle hjemmeboende eldre anslår man at forekomsten av underernæring er ca. 10% (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Lühr 2013). Hjemmeboende eldre har lavere forekomst av underernæring sammenlignet med pasienter som bor på institusjon (Landmark, Gran & Grov, 2014). Likevel viser en studie som omfatter 340 hjemmeboende eldre som mottok hjemmesykepleie i Oslo og Bærum at hele 46% var underernærte eller i risiko for å bli underernært. Pasientgrupper som er i særlig risiko for å bli underernærte er blant annet eldre med demenslidelse (Helsedirektoratet, 2010).

I løpet av tre års utdanning har vi vært gjennom fem perioder med praktisk studier. En rød tråd gjennom alle praksisperiodene er at vi har vært i kontakt med pasienter som av ulike årsaker har hatt ernæringsrelaterte problemer. Noen av pasientene har vært i faresonen for å bli underernærte, mens andre har allerede blitt det. Under vår tredje praksisperiode var vi utplassert i hjemmebasert omsorg. Da vi snakket med pasientene om ernæring opplevde vi ofte at noen av dem ga oss litt unnvikende svar. Noen hadde alltid nettopp spist, mens andre skulle alltid spise etter at vi hadde reist. Mange av disse pasientene hadde i tillegg en demenslidelse. Vi fikk på nært hold et innblikk i hvilke utfordringer en sykepleier kan ha i ernæringsarbeid blant eldre. En av praksisperiodens veiledninger hadde ernæring og måltidsituasjon som tema. Vi hadde en engasjert veileder som fikk frem mange fine tanker rundt dette tema. Blant annet hvordan vi kunne legge til rette for å få pasientene til å ha glede av et måltid, for

på sikt å unngå vektnedgang. Det var etter denne veiledningssamtalen at ønsket om å tilegne oss økt kunnskap om dette viktige ansvarsområdet modnet.

1.2 Relevans for sykepleie og hensikt med oppgaven

Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer sier blant annet at grunnlaget for all sykepleie skal være bygget på omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Pasientomsorg kan vi som sykepleiere vise ved at pasienten får dekket sitt behov for nødvendige næringsstoffer via mat og drikke, og kan derfor kalles matomsorg (Sortland, 2015). Væske og ernæring er et grunnleggende behov og hører inn under sykepleierens ansvarsområde (Sortland, 2015). Vi ønsker derfor å sette søkelyset på dette omfattende og viktige tema. Dette ønsker vi fordi forskning viser at det vil være mer hensiktsmessig å forebygge og forhindre alvorlig underernæring enn å behandle sykdom som følge av dette (Rognstad, et al., 2013). I følge Helsedirektoratets (2010) nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring vil man forhindre videre utvikling av sykdom ved at man vedlikeholder et tilfredsstillende immunforsvar. Et svekket immunforsvar kan gi økt risiko for komplikasjoner, ved at det kan forverre fysisk og mental funksjon, redusere livskvaliteten og føre til forlengede sykehusopphold og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2010).

Hensikten med oppgaven er et ønske om å lære mer om sammenhengen mellom ernæring, helse og en god livskvalitet. For å oppnå dette trenger vi som sykepleiere å gjenkjenne tidlige tegn på ernæringsproblematikk slik at vi kan sette inn aktuelle tiltak og forebygge underernæring på et tidlig stadium. På denne måten kan vi opparbeide oss den kompetansen som er nødvendig for å møte de ernæringsutfordringene som pasientene vi vil møte i vårt arbeid som sykepleiere i årene fremover kan ha.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Ut i fra valg av tema har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter med mild grad av demenslidelse?

1.4 Presiseringer og begrensninger i oppgaven

Ernæringsproblematikk blant eldre er et stort og omfattende tema, vi vil derfor komme med noen presiseringer og avgrensninger. Vi ønsker å begrense oppgaven til å omhandle hjemmeboende pasienter med mild grad av demenslidelse, og ikke pasienter på institusjon eller sykehus. Dette ønsker vi siden forskning viser at personer med demenslidelse er mer disponert for vekttap og derfor trenger tettere oppfølging sammenlignet med kognitivt friske (Volkert, et al., 2015). De fleste av disse pasientene bor fortsatt hjemme, men er avhengig av tilrettelegging for å mestre dagliglivets utfordringer (Rokstad, 2009).

Hjemmeboende kvinner med kognitiv svikt er mer utsatt for underernæring enn hjemmeboende menn med kognitiv svikt. (Rognstad, et al., 2013). Vi ønsker derfor å fokusere på eldre damer over 65 år som har en mild grad av demenslidelse, men er ellers fysisk friske. Verdens helseorganisasjon definerer eldre som personer over 65 år (World Health Organisation WHO). Vi ønsker å ha fokus på forebygging og ikke behandling eller komplikasjoner av underernæring. På grunn av demenslidelsen kan pasientene være i faresonen for å bli underernærte og derfor må vi som sykepleiere komme inn for å forebygge dette. I oppgaven har vi valgt å ta med pårørende, fordi vi mener at pårørende kan være en viktig ressurs for pasienten og en viktig samarbeidspartner for hjemmesykepleier for å kartlegge og dermed forebygge underernæring. Hjemmesykepleien vil si all sykepleie som blir utført i individets hjem, uavhengig om det er en helsearbeider eller sykepleier som utøver tjenesten. Begrepet hjemmesykepleier blir tatt i bruk når det kun er sykepleieren som utfører tjenesten (Fjørtoft, 2012).

I oppgaven har vi tatt med egne erfaringer fra praksis for å belyse problemstillingen. I henhold til personopplysningsloven har vi valgt å anonymisere personer som vi har brukt som eksempler gjennom drøftingsdelen. Dette er for å ivareta personvernet, beskytte enkeltpersoner mot krenkelser og sikre troverdighet av forskningsresultater (Dalland, 2013; Personopplysningsloven, 2000).

1.5 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven består av forskjellige kapitler.

Oppgaven begynner med en metodedel. Vi vil presentere noen av kildene som er tatt i bruk, deretter søkehistorikk og presentasjon av forskningsartiklene etterfulgt av kildekritikk. Videre oppbygning av oppgaven er kapittel 3 hvor vi tar for oss teoretisk bakgrunn. Presentasjon av Dorothea Orems sykepleierteori. Siden legger vi frem litteratur som vi mener er relevant for å kunne svare på problemstillingen. Vi velger å definere begreper etter hvert som vi gjør rede for disse i teoridelen.

I kapittel 4 vil vi drøfte problemstillingen vår ut i fra faglitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsartikler. Vi vil også ta med egne erfaringer fra praksis.

I kapittel 5 kommer vi med en konklusjon. Vi vil ved hjelp av drøftingsdelen komme frem til en konklusjon på hvordan vi kan identifisere og dermed forebygge underernæring. Her vil vi komme med en oppsummering av sentrale poeng for å besvare vår problemstilling.

2.0 Metode

Bachelor oppgaven vår er basert på en litteraturstudie og vi skal fordype oss i et selvvalgt tema. Besvarelsen vil bygge på relevant fag – og forskningslitteratur og erfaringer fra praksis.

2.1 Presentasjon av pensum og selvvalgt litteratur

Vi har brukt pensumlitteratur som skolen har anbefalt og som vi har brukt gjennom 3 års studier. Pensumbøkene vi har brukt mest i oppgaven er *Hjemmesykepleie* (Fjørtoft, 2012), *Geriatrisk sykepleie* (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2013), *Grunnleggende sykepleie* bind 1 (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012) og *Ernæring – mer enn mat og drikke* (Sortland, 2015). For å finne selvvalgt litteratur gikk vi først inn på Oria for å finne bøker som handlet om ernæring og demens. Vi noterte ned litteratur som kunne være aktuelle for oss å se nærmere på og ved hjelp av en bibliotekar fant vi frem i høgskolens bibliotek. Selvvalgt litteratur som vi har brukt mest i oppgaven er *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Helsedirektoratet, 2010) og *Kosthåndboken* (Helsedirektoratet, 2012).

2.2 Søkehistorikk og presentasjon av forskningsartikler

Vi vil her beskrive hvordan vi har kommet frem til aktuell forskningslitteratur ved hjelp av søk i ulike databaser. Vi vil også begrunne søkene vi har gjort, hvor mange treff vi har fått og presentere de forskningsartiklene vi har funnet som vi syntes er aktuelle for vår oppgave. Dette gjør vi samtidig som vi ser på kildene med et kritisk blick.

Vi kommer til å presentere fire forskningsartikler som vi mener har god relevans i forhold til problemstillingen. Under vårt søk etter artikler valgte vi benytte oss av PICO – skjema, som er et forberedende søkeverktøy. Dette hjalp oss med å sortere de ulike søkeordene. Se vedlegg 1. For å finne frem til forskningsartikler har vi benyttet oss av Høgskolen i Hedmark sine databaser. Vi kom frem til de ulike databasene ved å gå inn på høgskolen sin hjemmeside og videre inn på bibliotek. Databasene vi har

brukt er SveMed+, Cinahl og Helsebibliotekets pyramidesøk. Vi har valgt fagfelleverderte artikler som ikke er mer enn 5 år gamle. Gjennom vårt søk har vi lest gjennom mange artikler. Vi kom frem til at disse fire forskningsartiklene er de som best kan beskrive vår problemstilling:

Artikkel nr. 1

Den første artikkelen fant vi gjennom databasen Cinahl 31.03.15. Vi brukte søkeordene "Nutritional status" AND "Dementia" og avgrenset ved å krysse av Academic journals, full text, 2005-2015. Vi fikk deretter 27 treff og valgte å se nærmere på artikkel nr.12. Vi valgte akkurat denne fordi den handler om sammenhengen mellom riktig ernæring og utvikling av demenslidelse.

Otaegui-Arrazola, Ane., Amiano, Pilar., Elfbusto, Ana., Urdaneta, E., Martinez-Lage, Pablo (2013). *Diet, Cognition, And Alzheimer´s disease: food for thought.*

Denne artikkelen er oppsummert forskning fra Januar 2000 til februar 2013. Formålet med studien er å belyse at ernæringsmessige faktorer og kosthold kan ha en forebyggende effekt på utvikling av Alzheimers sykdom og kognitiv aldring. Resultatene av studien viser at visse næringsstoffer kan ha en forebyggende virkning slik som for eksempel omega – 3 fettsyrer, antioksidanter eller B - vitaminer. Resultatet viser også at det trengs mer forskning på dette området, på grunn av avvikende resultater.

Artikkel nr.2

Det andre søket vi gjorde var gjennom databasen SveMed+ 01.04.16. Ved hjelp av MESH termer "Malnutrition" og "Dementia" og avgrense søket vårt ved å krysse av "peer reviewed tidsskrift". Deretter valgte vi artikler fra 2006-2016, dette ga oss fire treff og vi valgte ut artikkel nr.1 til vår oppgave. Vi valgte denne artikkelen fordi den omhandler underernæring hos eldre hjemmeboende, og derfor er den svært relevant for vår problemstilling.

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

Denne artikkelen er fra Sykepleien Forskning som blir utgitt av Norsk Sykepleierforbund. Tidligere studier har i hovedsak fokusert på pasienter som bor på

institusjon. Hensikten med denne studien er å kartlegge å belyse ernæringsstatus til eldre hjemmeboende med demens som får bistand av hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo. Det ble gjennomført en tverrsnitt studie i 2012, ved hjelp av spørreskjema som gjør at dette er en kvantitativ studie. Resultatet viser at underernæring er et stort problem blant hjemmeboende pasienter med demenslidelse. Omtrent halvparten av pasientene var underernærte eller i faresonen for å bli underernærte. Studien konkluderer med at det er avgjørende at helsepersonell og pårørende kjenner til risikofaktorer for underernæring. Det er viktig med forebyggende tiltak på et tidlig stadium for å forhindre underernæring og sykdom.

Artikkel nr. 3

Det tredje søket vi gjorde var også gjennom SveMed+ avansert søk 01.04.16. Ved bruk av søkeordene "Dementia" og "Malnutrition" fikk vi opp MESH termen "Home care services" som ga 103 øk. I stedet for å avgrense ytterligere valgte vi å se gjennom utvalget. Valget falt dermed på artikkel nr. 35. Vi valgte denne fordi den handler om identifisering av underernæring ved hjelp screeningsverktøy.

Landmark, B., Gran, S V., Grov, E,K (2014) *Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av ernæringsjournalen.*

Denne forskningsartikkelen ble gjennomført i en bykommune i Norge med ca. 65 000 innbyggere. 532 pasienter fra sykehjemsavdelinger og hjemmeboende med behov for daglig hjemmesykepleie deltok i studien. Det ble utført en punktprevalens undersøkelse og data ble samlet inn tre ganger med en måneds mellomrom. Vi ser på denne forskningen som kvantitativ fordi man kan måle resultatene gjennom tall. Formålet med studien var å undersøke om personer var i ernæringsmessig risiko ved hjelp av screeningsverktøy. Resultatet viser at hos eldre over 67 år som bor på sykehjem eller har daglig hjemmesykepleie er 30% underernærte. Det er en klar sammenheng mellom gjennomsnittlig KMI-verdi og blant annet nedsatt matlyst. Studien konkluderer også med at det å heve de ansattes kompetanse må til for å kartlegge og ivareta pasientens ernæringsstatus.

Artikkel nr. 4

Det siste søket vi gjorde fant vi på Helsebibliotekets database 13.04.16. Nederst på siden på ”velg emne” ligger det diverse emneord, vi valgte emneordet ernæring. Deretter valgte vi internasjonale retningslinjer om ernæring som lå under retningslinjer og veiledere. Vi valgte å se nærmere på artikkel nr. 4. Vi valgte akkurat denne fordi det er ny forskning og fordi den tar for seg temaet som er relevant for vår oppgave.

Volkert , D., Chourdakis, M., Irving, F.G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M.H., Vanewoude, M., Wirth, R., Schneider, S.M (2015) *ESPEN Guidelines on nutrition in dementia*.

Denne studien ble utviklet av en internasjonal tverrfaglig arbeidsgruppe. Bakgrunn for studien er at eldre mennesker med demenslidelse har høyere risiko for å bli underernærte på grunn av ulike ernæringsmessige problemer. Spørsmålet er hvilke tiltak som er mest effektive for å opprettholde et tilfredsstillende ernæringsinntak. Undersøkelsen ser også på sammenhengen mellom tilskudd av ulike næringsstoffer og muligheten til å forhindre videre utvikling av kognitiv svikt. Arbeidsgruppen kom frem til 26 anbefalinger om hva som burde eller ikke burde gjøres når det gjelder ernæringsmessig omsorg for eldre personer med demenslidelse. Forskningen konkluderer med at omsorg og støtte er en viktig del av ernæringsrelatert arbeid. I alle faser av sykdommen burde ernæringsmessige tiltak bli gjort ut ifra individuelle hensyn.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om en kilde er troverdig. Vi må alltid vurdere de kildene vi benytter (Dalland, 2013). Før vi startet litteratursøket var vi bevisste på å søke etter forskning mellom 2006-2016. Ved valg av forskning var vi oppmerksomme på hvem litteraturen var skrevet av og når det ble skrevet. Grunnen til at vi valgte nyere forskning er fordi demenslidelse er et raskt utviklende fagfelt som det fortsatt forskes på.

Under vårt søk av forskningsartikler forsøkte vi å finne artikler som kunne belyse ulike sider av vår problemstilling. Vi stilte oss kritiske til forskningen vi fant for å være sikre på at de var mest mulig relevante for vår oppgave. I forskningsartikkelen *Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens* av Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Lühr nevnes det at datasamlingen kunne være utfordrende på grunn av at pasientene hadde nedsatt hukommelse og derfor hadde behov for bistand. Dette innebærer at man kan få feilaktige opplysninger når det gjelder forståelse av egen ernæringsstatus.

Når det kommer til sykepleieteoretiker har vi valgt å bruke originalboken til Dorothea Orem *Nursing Concepts Of Practice* 6 utgave, utgitt i 2001. Siden denne boken er på engelsk har vi også valgt å supplementere med boken til Marit Kirkevold *Sykepleierteorier – analyse og evaluering* fra 1992, som hun har oversatt og hvor hun kommer med sin tolking av Orem's sykepleierperspektiv. I tillegg har vi brukt Kristoffersen, Nortvedt & Skaug *Grunnleggende sykepleie* kapitell 6, teoretiske perspektiver på sykepleie. Dette valgte vi fordi vi ville være sikre på at vi forstod Orem's teori korrekt. Grunnen til at vi har benyttet oss av litteratur fra Orem og Kirkevold som er eldre enn 10 år, er at Orem's teori ikke har forandret seg og dermed fortsatt vil være aktuell, og på bakgrunn av dens høye relevans i forhold til vår problemstilling. Ved gjennomgang av annen litteratur har vi også ved enkelte anledninger benyttet oss av primærkilder som er referert i faglitteratur. Vi har derfor valgt å bruke både primær- og sekundærkilder.

3.0 Teori

I dette kapittelet vil vi presentere oppgavens teoretiske rammeverk som vil danne grunnlaget for drøftingskapittelet.

3.1 Sykepleierteori

Ved gjennomgang av ulike sykepleieteoretikere, har vi valgt Dorothea Orem's sykepleiemodell fordi vi synes den er mest relevant i forhold til vår oppgave. Dorothea Orem definerer egenomsorg som den personlige omsorg som individer utfører hver dag for å regulere sin egen funksjon og utvikling. Egenomsorg må læres og utføres regelmessig, og til hensiktsmessig tid. Det må reguleres etter alder, utvikling, helsetilstand og energinivå (Orem, 2001).

Videre mener hun at behovet for sykepleie skal fungere som en erstatning for de helserelaterte oppgavene som pasienten ikke er i stand til å ivareta selv (Kirkevold, 1992). Dette er svært aktuelt for vår problemstilling hvor pasientene på grunn av økende alder og demenslidelse ikke er i stand til å ivareta sin egenomsorg lenger. Formålet med sykepleietiltak er å legge til rette slik at pasienten kan oppnå den største grad av uavhengighet hvis dette er mulig. Uavhengighet omfatter normalfunksjon, utvikling, helse og velvære (Kirkevold, 1992; Kristoffersen, et al., 2012). Normalt sett har et menneske et ønske om å kunne ta vare på seg selv, og mennesket utfører handlinger som bidrar til å bevare liv og fremme helse og velvære. Orem er opptatt av at mennesket skal være mest mulig selvstendig (Kristoffersen, et al., 2012). Sykepleiere må derfor jobbe forebyggende for å kunne hjelpe pasienten slik at hun selv kan få dekket sitt behov for ernæring.

For at mennesket skal få dekket alle sine egenomsorgsbehov har Orem utviklet tre teorier. Den første teorien omhandler krav om egenomsorg som må være til stede for at menneske skal få dekket sine grunnleggende behov. Hun redegjør for åtte egenomsorgsbehov som er universelle for alle mennesker for å sikre optimal funksjon. To av disse kravene er å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av vann og mat (Orem, 2001). Dette er egenomsorgsbehov som er høyst relevant for vår problemstilling som omhandler ernæring.

Orems andre teori tar for seg egenomsorgssvikt. Teorien beskriver hvorfor mennesket kan få behov for sykepleie. Normalt sett har mennesket stor kapasitet til å tilpasse seg omgivelsene og omstendighetene som skjer. Likevel er livet uforutsigbart og det vil kunne oppstå situasjoner som kan føre til at behovet for egenomsorg overskrider evnen til å oppfylle dem. Helsesvikten kan være midlertidig eller føre til at mennesket trenger kontinuerlig bistand livet ut. Ved en mild grad av demenslidelse kan situasjonen føre til at mennesket ikke lenger vil være i stand til å utføre egenomsorg, og vil trenge hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov (Orem, 2001).

Del tre av Orems teori omhandler sykepleiesystemer. Sykepleieren skal bruke sin kapasitet til å dekke pasientens terapeutiske egenomsorgskrav. To av disse sykepleiesystemene omhandler det støttende og undervisende systemet og det delvis kompensierende systemet (Kristoffersen, et al., 2012). Her må sykepleieren støtte og undervise pasienten og dermed kompensere for helsesvikten og på sikt forebygge underernæring. Terapeutiske egenomsorgskrav beskriver handlinger som pasienten selv eller andre må utføre, som for eksempel pårørende. For å kartlegge disse innebærer det at sykepleieren må identifisere hvilke egenomsorgsbehov pasienten har problemer med å få dekket. Deretter må man avgjøre hvordan disse behovene skal ivaretas med tanke på å fremme normal funksjon, helse og velvære (Kristoffersen, et al., 2012). Når sykepleieren har identifisert pasientens egenomsorgsbehov og kartlagt hvilke handlinger som er nødvendige for å ivareta de terapeutiske egenomsorgskravene, må pasientens evne til å møte kravene til handling vurderes. Orem kaller dette for egenomsorgskapasitet (Kristoffersen, et al., 2012). Videre fortelle Orem hvilke egenskaper som må være tilstede for få dekket kravet om egenomsorg. Tre av disse egenskapene er:

- Ferdigheter i å utføre egenomsorgshandlinger
- Funksjoner som er nødvendige for å utføre egenomsorg, for eksempel sansing, persepsjon og hukommelse
- Mentale funksjoner og evner som gjør personen i stand til å vurdere og handle

(Kristoffersen, et al., 2012., s. 234)

Dette er aktuelt for vår problemstilling, fordi pasienten vi snakker om er i fare for å utvikle underernæring.

Tiltak som er knyttet opp mot inntak av mat og drikke forteller at mennesket må innta nok ernæring slik at kroppen kan fungere normalt, sett i forhold til tilgang og behov. Mat og drikke må tilpasses etter funksjonssvikten, og man må sørge for å få tilført nok næring slik at normalfunksjon kan gjenopprettes, og alle kroppens systemer kan bevares. Orem mener også at det er viktig for mennesket å oppleve glede og trivsel knyttet til matinntak (Kristoffersen, et al., 2012).

3.1.1 Yrkesetiske retningslinjer og lovverk

Vi som sykepleiere har en plikt til å følge yrkesetiske retningslinjer og lovverk.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver sykepleierens profesjonsetikk og hva det vil si å utføre god sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2011). God sykepleie skal omhandle omsorg og respekt for menneskerettighetene. Vi har valgt følgende punkter fra de yrkesetiske retningslinjer for å belyse vår problemstilling:

1.1 Sykepleie skal bygge på forskning, erfarings-basert kompetanse og brukerkunnskap.

1.7 Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har som formål «å sikre at tjenestetilbudet blir tilrettelagt med respekt for den enkeltes integritet og verdighet». (NSF,2011).

I Helsepersonelloven kapittel 2 § 4 forklares det at sykepleiere skal utføre helsetjenester som er faglige og omsorgsfulle, og gir plikter som motsvarer pasientens rettigheter (Helsepersonelloven, 1999).

Helsepersonelloven kapittel 8 § 39 sier at den som yter helsehjelp, skal registrere opplysning i en journal for den enkelte pasient (Helsepersonelloven, 1999).

3.2 Eldre og ernæring

Aldring er summen av alle irreversible fysiologiske prosesser som rammer alle mennesker. På sikt vil denne prosessen medføre en svekkelse av organismen som helhet slik at det ikke lenger er forenelig med liv (Engedal, 2009).

Hele livet er kroppen i en stadig endringsprosess. Økt alder vil påvirke alle kroppens organer og sanser, og vil i tillegg ha en innvirkning på kosthold og ernæringsstatus (Sortland, 2015). En av de viktigste endringene er at muskelmassen reduseres. Hos en person i 70-80 års alder kan muskelmassen være redusert med opptil 40-50%. Dette er den viktigste årsaken til at stoffskiftet og energibehovet blir redusert (Sortland, 2015). I følge Dehlin og Rundgren (2000) referert i Kirkevold et al., (2013) kan kaloribehovet hos eldre være opptil 20-30 % lavere enn hos unge voksne. Energibehovet vil bli mindre på grunn av at antallet aktive metabolske celler reduseres, og kroppen vil derfor ikke ha det samme energiforbruket som tidligere (Sortland, 2015). Pasientene vi omtaler har en mild grad av demenslidelse, derfor kan det være en utfordring å skille mellom hva som er tegn på naturlig aldring og hva som er tegn på underernæring.

”Ernæring er kosthold, dvs. mat – og drikkevarer som utgjør den daglige føden” (Sortland, 2015, s.17) Ernæring omfatter vårt behov for næringsstoffer. Gjennom biokjemiske og fysiologiske prosesser i kroppen blir næringsstoffene omdannet til energi som kroppen kan få nytte av. Energien får man gjennom næringsstoffene karbohydrater, proteiner, fett, vitaminer, mineraler og sporstoffer. Karbohydrater er viktig for en aktiv kropp sammen med proteiner som er det næringsstoffet som metter mest. Fett er veldig viktig å få i seg for at hjernen skal opprettholde normal aktivitet (Helsedirektoratet 2012). Inntak av ernæring er et grunnleggende behov, og et viktig sykepleieansvar å ivareta. Videre har sykepleiere et ansvar for å kartlegge og vurdere pasientens ernæringsstatus (Sortland, 2015). Ernæringen må være appetittvekkende og tilpasset pasientens ønsker og behov (Sortland, 2015). Mat er hos mange eldre dagens høydepunkt. Eldres behov for vitaminer, mineraler og proteiner endrer seg i mindre grad gjennom livet (Helsedirektoratet, 2012).

3.2.1 Årsaker og konsekvenser

Underernæring vil oppstå når det er mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer som forårsaker en dårlig effekt på kroppssammensetning og funksjon (Helsedirektoratet, 2010). Underernæring er det største og vanligste problemet innenfor ernæringsproblemer hos eldre (Kirkevold, et al., 2013). Blant hjemmeboende eldre er forekomsten av underernæring rundt 10% (Rognstad, et al., 2013). Redusert ernæringsbehov fører som regel til at man automatisk spiser mindre. Magen blir vant til mindre måltider og man blir derfor raskere mett når man spiser (Kirkevold, et al., 2013). Underernæring oppstår over en periode når matinntaket har vært utilstrekkelig, eller når maten ikke er blitt fullstendig fordøyd eller absorbert i tarmen. En pasient kan gradvis miste vekt over tid. Hvis det ikke er gode rutiner for å kontrollere dette, vil ingen reagere før ernæringsproblematikken er alvorlig og det vil dermed bli vanskeligere å forebygge (Sjøen & Thoresen, 2012).

Redusert appetitt kan være et av de første tegnene på demenslidelse. Personer med demens gir ikke alltid tydelig uttrykk for sult og tørste (Sjøen & Thoresen, 2012). Sykdom er den viktigste årsaken til underernæring. Funksjonssvikt og medisinsk behandling kan også påvirke pasientens ernæringstilstand og ernæringsbehov (Almås, Stubberud & Grønseth, 2013). Underernæring kan blant annet skyldes manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og ernæringsbehov. Andre årsaker kan være:

- Manglende engasjement fra institusjonsledelsens side
- Uklare ansvarsområder i planlegging og ledelse når det gjelder kost og ernæring.
- Mangel på samarbeid mellom ulike faggrupper

(Helsedirektoratet, 2010).

En konsekvens av underernæring er at risikoen for komplikasjoner blir større. Motstand mot infeksjoner reduseres, fysisk aktivitet og mental funksjon forverres. Underernæring vil kunne føre til redusert livskvalitet og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2010). Ifølge helsedirektoratet (2010) er 10-60% av pasientene som blir lagt inn på sykehus underernærte ved innleggelse og over halvparten av disse går enda mer ned i vekt under oppholdet på sykehuset. Dette fører til et større behov

for hjemmetjenester, flere legebekøk og flere sykehusinnleggelser (Helsedirektoratet, 2010).

3.2.2 Bruk av screeningsverktøy

Inntak av mat, drikk og evnen til å lage mat er viktige funksjonsområder for sykepleiere å kartlegge. Underernæring er ofte en tilstand som utvikler seg over tid. Ernæringscreening er en enkel metode som benyttes på alle pasienter for å kartlegge ernæringsstatus som forteller hvorvidt en person er i faresonen for ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2010). Ifølge Helsedirektoratets (2010) nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandlingen av underernæring er det utviklet en rekke verktøy for å identifisere om pasienter er i faresonen for å bli underernærte. Utgangspunktet for flere av disse screeningsverktøyene er måling av vekt, vektutvikling og høyde. Ett av screeningverktøyene som Helsedirektoratet anbefaler er MNA (Mini Nutrition Assesment). Det er et anerkjent screeningsverktøy som er spesielt rettet mot eldre over 65 år (Helsedirektoratet, 2010). Se vedlegg 2.

Alle pasienter som mottar hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved første hjemmebesøk, for så videre en gang i måneden (Helsedirektoratet, 2012). Kroppsvekten er en sikker indikator på om forholdet mellom tilførsel og forbruk av næringsstoffer er optimal (Stubberud, Almås & Kondrup, 2013). Måling av KMI (kroppsmasseindeks) beskriver forholdet mellom høyde og vekt, og er enkle og ofte brukte parameter for å kartlegge ernæringsstatus. KMI måles ved en formel $KMI = \text{vekt(kg)} / (\text{høyde/m} \times \text{høyde/m})$ (Helsedirektoratet, 2012). KMI vil vurderes forskjellig ut fra hvilken aldersgruppe pasienten tilhører. For eldre over 65 år bør normalverdien på KMI ligge mellom 24-29 kg/m². En KMI - verdi under 22 kg/m² er tegn på underernæring (Landmark, et al., 2014)

3.2.3 Individuell plan og dokumentasjon

I følge nasjonale faglige retningslinjer skal pasienter i ernæringsmessig risiko ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Planen tar utgangspunkt i blant annet pasientens ernæringsstatus, appetitt og

matvaner. (Helsedirektoratet, 2010). Matinntak og ernæringsstatus må dokumenteres og rapporteres for videre vurdering (Sortland, 2015). Dokumentasjon som er oppdatert kan gi bedre oversikt i en hektisk hverdag og samtidig være et hjelpemiddel for å yte individuell god sykepleie (Fjørtoft, 2012)

3.3 Mild grad av demenslidelse

Engedal og Haugen (2004) referert i Kirkevold, et al., (2013) skriver at demenslidelse kan defineres som en kognitiv funksjonssvikt som er kronisk og irreversibel. Demens er en tilstand som kjennetegnes av svikt i flere mentale funksjoner i hjernen, hvor disse inkluderer kognitive – og emosjonelle funksjoner. Sykdommen vil føre til en sviktende evne til å utføre daglige gjøremål og en endret adferd i hverdagen (Kirkevold, et al., (2013). Det finnes flere typer av demenslidelser, men Alzheimers sykdom er den mest utbredte og utgjør ca 50- 70% av alle demensformer (Mowe, 2008). Forekomsten av demens øker med stigende alder (Kirkevold, et al., 2013). Demenslidelse er progredierende, som vil si at de som får sykdommen gradvis kan bli mer hjelpetrengende (Kirkevold, et al., 2013). Ifølge Engedal og Wyller (2003) gjengitt i Kirkevold, et al., (2013) finnes det ingen aktiv behandling som kan forhindre utvikling av demenslidelse. De beste tiltakene er god omsorg, tilrettelegging av livssituasjon og miljø.

For at man skal kunne møte de utfordringene demenslidelse medfører innebærer dette at sykepleieren må se hele mennesket å legge til rette for at pasienten skal kunne bruke sine ressurser. Sykepleieren må legge til rette for at pasienten skal kunne opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig å respektere pasientens identitet ved et hvert tidspunkt i demensforløpet (Rokstad, 2009).

Ifølge ICD (internasjonalt klassifiseringssystem) vil en mild grad av demenslidelse føre til at pasienten får redusert evne til å klare seg i dagliglivet. (Kirkevold, et al., 2013). Pasienten kan klare seg godt hjemme når omgivelsene er kjente og faste rutiner følges (Rokstad, 2009). Det første kognitive symptomet ved en demenslidelse kan være redusert hukommelse. Evnen til å hente frem lært materiale kan bli redusert, og å innhente nye stimuli blir vanskeligere. Pasientene kan oppleve handlingssvikt, det vil si at de kan få problemer med å planlegge og å sette sammen flere handlinger for å

nå et spesielt mål. Pasientene kan for eksempel få problemer med innkjøp av matvarer og tilberedelser av måltider (Rokstad 2009). Ved mild grad av demenslidelse kan oppmerksomhetsevnen være svekket. Det kan føre til dårligere funksjonsevne når det kommer til hukommelse og problemløsning. Pasienten vil bli lettere distraherert når det skjer flere ting på en gang (Rokstad, 2009).

3.4 Hjemmesykepleie

Humphrey og Milone – Nuzzo (1995) definerer hjemmesykepleie slik:

”Hjemmesykepleie er å yte sykepleie til akutt og kronisk syke i alle aldre i deres eget hjem. Det innebærer en helhetlig tilnærming med fokus på miljømessige, psykososiale, økonomiske, kulturelle og personlige faktorer som påvirker den enkeltes og familiens helsestatus.” (Sitert i Fjørtoft, 2012, s.19). En viktig del av dagens helsetjeneste er hjemmesykepleien. I følge Brevik (2003) var det i 1992 75 000 mennesker som mottok hjemmesykepleie i Norge, i 2010 var tallet økt til 130 000 mennesker (Fjørtoft, 2012). Alle i Norge skal få et tilbud om pleie og omsorg i hjemmet når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at man trenger hjelp i kortere eller lengre tid (Fjørtoft, 2012). Formålet med hjemmesykepleien er at pasientene skal få praktisk, medisinsk og ernæringsmessig oppfølging slik at de kan bo hjemme (Helsedirektoratet, 2012).

Sykepleierens oppgave i hjemmesykepleien er å sørge for at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i eget hjem. Dette er også et overordnet mål for hjemmesykepleiens arbeid. Observere og vurdere behov er en grunnleggende sykepleieroppgave. For å sikre at hver enkelt pasient får den helsehjelpen han eller hun har behov for, må sykepleieren hele tiden bruke sitt kliniske blikk (Fjørtoft, 2012). Ernæringsrelaterte oppgaver ivaretas tverrfaglig, så det er derfor viktig med et godt samarbeid (Fjørtoft 2012). Sykepleie til hjemmeboende pasienter med mild grad av demenslidelse er utfordrende. Det er mange hensyn som må være til stede for at ikke pasienten skal føle seg krenket. Pasientene er i en sårbar situasjon, og trenger bistand for at deres rettigheter skal blir ivaretatt. For å yte god sykepleie til denne pasientgruppen kreves det stor grad av empati, engasjement og god faglig og etisk

kompetanse. Sykdommen er i stadig endring og vil ha en negativ utvikling og over tid vil det føre til at pasientens behov endrer seg (Fjørtoft, 2012).

Utfordringene sykepleiere står ovenfor når det gjelder underernæring blant eldre hjemmeboende omfatter å ha tilstrekkelig kompetanse i klinisk ernæring og ansvar for å vurdere og å iverksette tiltak. Sykepleieren har til hensikt å tilfredsstille den enkelte pasientens ernæringsbehov (Sjøen & Thoresen, 2012). Tid er en viktig faktor for de som arbeider i hjemmesykepleien. Hverdagen er ofte hektisk og det er mange arbeidsoppgaver som skal utføres. Det kan ofte være utfordrende å finne tid nok til å imøtekomme pasientenes individuelle behov (Fjørtoft, 2012).

Fordi arena for sykepleie er pasientens hjem, og at det er mange forskjellige fagpersoner innom hver dag, vil det være en utfordring for sykepleieren og ha kontroll over hva pasienten spiser og drikker (Fjørtoft, 2012). I tillegg til sykepleiere arbeider det personer med andre ulike helsefaglige bakgrunner i hjemmesykepleien, og også ofte mange ufaglærte (Sortland, 2015). Pleiepersonalets holdninger, bevissthet og ansvarlighet med hensyn til behovet for mat og drikke er av stor betydning for om eldre får dekket sitt ernæringsbehov (Sortland, 2015).

3.5 Brukermedvirkning og Empowerment

”Brukermedvirkning kan defineres som brukerens mulighet og evne til selvbestemmelse i møte med fagpersoner og tjenester” (Fjørtoft, 2012, s. 137). Pasientene har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem (Helsedirektoratet, 2010). For noen grupper kan det være vanskelig å leve opp til kravet når det gjelder brukermedvirkning, blant annet hos mennesker med demenslidelse. Det er viktig å tilpasse form og grad av medvirkning til den enkeltes ressurser og tilstand (Fjørtoft, 2009).

Begrepet Empowerment har ingen fullgod oversettelse på norsk. Empowerment handler om å få makt og å ha kontroll over sitt eget liv (Kristoffersen, et al., 2012). Sykepleieren kan hjelpe menneskene til å forstå empowerment, men det er pasientene

selv som vet ”hvor skoen trykker”, og det er kun pasienten som vil kunne gjøre noe med det. Sykepleiere kan hjelpe pasientene i gang med å forstå hva de selv kan gjøre, og kan gi dem kunnskap på områder som vil utgjøre en forskjell (Gammersvik & Larsen, 2012). Empowerment handler om at pasienten skal få det bedre med seg selv. Empowerment kan knyttes til personer med demenslidelse og deres pårørende. For å kunne forebygge ernæringsproblematikk er det viktig å involvere både pasienten og pårørende gjennom å gjøre dem delaktige i behandlingen. Det er også viktig å hjelpe dem til å få makt over situasjonen. Videre kan sykepleieren hjelpe pasientene til å utvikle egenomsorg i en vanskelig situasjon, samt tydeliggjøre behov og muligheter til å være med å bestemme (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug 2012).

3.5.1 Tilrettelegging av måltider til personer med demenslidelse

”Mat er mer enn tilførsel av næring. Det er smak, lukt og opplevelse. Det er kultur, tradisjon og identitet, og det er ofte selskap med andre» (St.meld.nr.25 2005-2006) sitert i Sortland” (Sortland,2015, s.5).

En viktig funksjon for alle mennesker er måltider og det å kunne spise selv. Det å dele et måltid sammen med andre er med på å skape struktur og forutsigbarhet i hverdagen. I hjemmesykepleien er det viktig å observere hva pasientene med mild grad av demenslidelse klarer å mestre på kjøkkenet. Det er viktig å se hva de klarer å utføre selv, og hva de trenger veiledning til (Helsedirektoratet, 2012). Grunnleggende faktorer for å fremme trivsel og god matlyst er at maten er delikat, innbydende og serveres i en hyggelig atmosfære. Et måltid har ikke bare ernæringsmessig betydning, men det er også viktig i et sosialt, psykologisk og en kulturelt sammenheng (Helsedirektoratet, 2010).

Hvis pasienten er i ernæringsmessig risiko er det viktig at kostholdet inneholder de næringsstoffene som pasienten har behov for. Det kan være behov for energirik og næringstett mat (Sortland, 2015). Det kan gjerne serveres 5-6 mindre måltider daglig, gjerne mindre porsjoner. Pasienter med nedsatt appetitt kan ofte bli kvalme bare ved synet av en stor porsjon (Helsedirektoratet, 2010).

Ved en biologisk aldringsprosess vil alle sansene bli påvirket. Dette gjelder blant annet lukt- og smaks sansene. Smakssansen blir dårligere, som en følge av at antallet

smaksløker reduseres. Evnen til å smake søtt er da gjerne det første som påvirkes. Smaken av surt og bittert vil forsterkes (Sortland, 2015). Spyttproduksjonen reduseres og kan derfor føre til at matlysten og matinntaket blir mindre (Kirkevold, et al., 2013). Tørstefølelsen endres, og lavt inntak av væske kombinert med munntørhet vil bidra til at det blir vanskeligere å tygge og svelge maten (Sortland, 2015).

3.5.2 Kostintervju

Når det foreligger vedtak om bistand fra hjemmesykepleien skal det foretas et kostintervju. Dette er et viktig hjelpemiddel for å vurdere pasientens ernæringsstatus. Intervjuet vil danne grunnlaget for en vurdering av pasientens ernæringsstatus, og vil avdekke om det er behov for kostholdsveiledning. Målet med et kostintervju er å få en oversikt over kosthold og matvaner og om det foreligger eventuelle sykdomstilstander som kan ha innvirkning på næringsinntaket, for eksempel om pasienten har nedsatt appetitt eller har problemer med å tygge og svelge. Her kan sykepleieren innhente viktig informasjon om hvordan pasienten selv ønsker å innrette måltidsituasjonen sin (Sortland, 2015).

3.6 Pårørende

Pårørende er som regel de viktigste ressurspersonene til mennesker med demenslidelse (Fjørtoft, 2012). Det kan være noen i familien eller venner i omgangskretsen. Pasienten bestemmer selv hvem som er nærmeste pårørende. I hjemmesykepleien møter man mange forskjellige pårørende. Noen kan bo i samme hus som pasienten selv, mens andre har pårørende som bor langt unna og som ikke kommer innom så ofte. Hjemmesykepleier vil møte pårørende som en samarbeidspartner når det gjelder forebyggende helsearbeid relatert til ernæring. Det å være pårørende til personer med demenslidelse er utfordrende og for mange en stor belastning. Spesielt gjelder dette for de pårørende som har daglig omsorgsansvar (Fjørtoft, 2012).

4.0 Drøfting

I dette kapittelet skal vi drøfte hvordan vi som sykepleiere kan forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter med mild grad av demenslidelse, til tross for ulike utfordringer som kan oppstå. Ved hjelp av relevant faglitteratur, selvvalgt litteratur og forskning vil vi belyse vår problemstilling. Vi ønsker å dele opp drøftingen i fire deler som er viktige å ha med for å kunne gi et helhetlig svar. Drøftingen gjøres i lys av Dorothea Orem's sykepleieteori. Egne erfaringer, hovedsakelig fra hjemmebasert praksis blir brukt som eksempler. Vi vil forsøke å belyse problemstillingen fra forskjellige sider, både ved å sammenligne teori og forskning å drøfte argumenter for og imot (Dalland, 2013).

4.1 Kartlegging av ernæringsstatus

Helsedirektoratets faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring sier at helseforetak og kommuner skal sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse – og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2010). Underernæring er det største og vanligste problemet innenfor ernæringsproblematikk blant eldre i dag (Kirkevold, et al., 2013).

To av de universelle egenomsorgsbehovene Orem nevner omhandler det å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av mat og vann (Orem, 2001). En del av Orem's teori omhandler terapeutiske egenomsorgskrav. Hun beskriver handlinger som pasienten selv eller andre må utføre for å opprettholde egenomsorgsbehov. Orem mener med disse konkrete handlinger som må utføres for å hjelpe pasienten til å få dekket sin egenomsorg. For å få kartlagt kravene innebærer det at vi som sykepleiere må undersøke hvilke behov pasienten har problemer med å få dekket, i dette tilfelle behovet for tilstrekkelig tilførsel av ernæring. Når behovet er kartlagt må vi avgjøre hvordan disse skal ivaretas ved å sette i gang tiltak for å fremme normal funksjon, helse og velvære. Orem sier også at pasientens evne til å møte kravene til handling må vurderes. (Kristoffersen, et al., 2012). Dette stemmer overens med Sortland (2015) som skriver at ernæring er et grunnleggende behov og et viktig sykepleieansvar. Vi

har også et ansvar for å kartlegge og vurdere pasientens ernæringsstatus (Sortland, 2015).

Demenslidelse er en progredierende sykdom som vil si at det er en sykdom som utvikler seg over tid (Sjøen & Thoresen, 2012). Underernæring er også en tilstand som utvikler seg over tid på grunn av at problemet ikke blir kartlagt i tide. Forebygging handler om at sykepleier må sette inn tiltak før underernæring oppstår (Fjørtoft, 2012). Derfor er det viktig for oss å identifisere pasienter som kan være i ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2012). Sykepleiere må derfor ha tilstrekkelig kompetanse innen ernæringsarbeid for å kunne iverksette forebyggende tiltak på et tidlig stadium (Sjøen & Thoresen, 2012).

Volkert, et al., (2015) har funnet ut at tidlig identifikasjon av pasienter med underernæring eller som er i faresonen for å bli det vil ha nytte av ernæringsmessige tiltak. De sier videre at bevisstgjøring rundt ernæringsproblematikk er generelt lav og at risikofaktorer ofte blir oversett. Dette stemmer overens med våre observasjoner i praksis. I løpet av 10 uker var kun en av oss med på en kartleggingssamtale med ernæringsstatus som tema. Kartleggingssamtalen ble gjennomført hos en eldre dame som nettopp hadde kommet hjem fra et opphold på sykehuset. På grunn av at hun hadde redusert appetitt hadde hun der blitt vurdert til å være i faresonen for å bli underernært. Det ble ikke benyttet noe screeningsverktøy ved denne samtalen, og vi er usikre på om det var noe som ble benyttet ved praksisstedet i det hele tatt. Vi stiller derfor spørsmålet hvor ofte burde ernæringscreening utføres for å kartlegge om pasienten kan være i fare for å utvikle underernæring?

Ny forskning viser at screening burde utføres regelmessig. I kommunehelsetjenesten burde screening utføres hver 3-6 måned. Hvis det skulle bli forandringer i helsetilstand eller problemer med inntak av mat skal screening utføres oftere (Volkert, et al., 2015). I likhet med Volkert, et al., (2015) skriver Helsedirektoratet (2012) at alle pasienter som mottar hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved første hjemmebesøk og videre en gang i måneden. Systematisk ernæringscreening kan være en enkel metode som kan benyttes på alle pasienter for å kartlegge ernæringsstatus, og som kan fortelle oss om en pasient er i faresonen for ufrivillig vektreduksjon (Helsedirektoratet, 2010). En rekke screeningverktøy er utviklet for å identifisere pasienter som er i faresonen for å utvikle underernæring.

Flere av disse innebærer måling av vekt og høyde, og dersom dette er kjent kan screening utføres effektivt (Helsedirektoratet, 2010). Et av de screeningsverktøyene som Helsedirektoratet anbefaler som er spesielt rettet for eldre over 65 år er MNA (Mini Nutrition Assessment). MNA består av to deler. Første del består av seks spørsmål som er lette å svare på. Hvis pasienten skårer 11 eller lavere fortsetter man til del to av skjemaet. Den neste delen inneholder 12 spørsmål som omfatter boforhold, inntak av mat og medikamentbruk (Sjøen & Thoresen, 2012).

I flere av de forskningsartiklene vi har lest ser vi at MNA er et av de mest brukte screeningsverktøyene i hjemmebasert omsorg. Rognstad, et al., (2013) sier at MNA kan være et nyttig verktøy for å identifisere underernæring hos hjemmeboende pasienter med demenslidelse. Videre beskriver de at flere studier viser at MNA er et av de mest validerte og mest brukte screeningsverktøyene for å identifisere ernærings situasjonen hos eldre. På den andre siden viser nyere forskning fra Volkert, et al., (2015) at det finnes flere screeningsverktøy, blant annet MNA, men at ingen av disse er spesielt rettet og validert for personer med demenslidelse. Dermed lurer vi på om MNA er et fullverdig screeningsverktøy når det gjelder å identifisere personer med demenslidelse som står i fare for å bli underernærte?

Det er viktig å merke seg at MNA er utviklet og validert for eldre mennesker generelt, men at det blir brukt på mennesker både med og uten demenslidelse (Volkert et al, 2015). Volkert, et al, (2015) skriver også at når det gjelder screening av personer med demenslidelse så burde screeningen besvares av sykepleiere, pårørende eller andre omsorgspersoner. På denne måten vil man få mest mulig troverdig informasjon og unngå feilinformasjon (Volkert, et al, 2015). Vi mener at dette også burde gjelde for pasienter med mild grad av demenslidelse fordi feilinformasjon kan oppstå på grunn av at de kan ha redusert hukommelse, og dermed kanskje ikke er i stand til å huske alle detaljene (Rokstad, 2009). Dette bekreftes av Rognstad, et al., (2013) som sier at en utfordring ved deres datainnsamling, som foregikk ved hjelp av MNA, var at pasientene hadde hukommelsessvikt og dermed hadde behov for bistand. Dette kan dermed innebære at pasientene har redusert innsikt og forståelse av egen ernæringsstatus når det gjelder å besvare ernæringsrelaterte spørsmål. Studien viser at det kan være en fordel at helsepersonell kjenner pasientene godt og dermed har god oversikt over matinntak for å kunne besvare spørsmålene på vegne av pasienten (Rognstad, et al., 2013).

Vi stiller oss undrende til at selv om MNA er et av screeningsverktøyene som er mest brukt så forteller Landmark, et al., (2014) at helsepersonell i Norden fortsatt etterlyser screeningsverktøy til å identifisere pasienter som er i faresonen for underernæring. Erfaringsmessig viser det seg at screeningsverktøyene ikke er kjent og heller ikke blir benyttet i klinisk praksis. Dette stemmer godt med de observasjonene vi gjorde under vår praksisperiode. Uansett hvilket screeningsverktøy som bli brukt mener vi at det er viktig med en fullstendig kartlegging i samråd med pasienten og gjerne bruke pårørende som ressurs hvis muligheten er til stede. På denne måten kan sykepleier iverksette mest mulig individuellrettede ernæringsmessige tiltak (Landmark, et al., 2014). Det er vesentlig å merke seg at bruk av screeningverktøy alene ikke burde være eneste identifikasjonsmetode som blir benyttet. Etter at screening er gjennomført og pasienten er vurdert til å være i fare for underernæring, burde det legges en individuell plan som burde inneholde enn mer detaljert evaluering av ernæringsstatus (Volkert et al., 2015).

I følge de faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring skal pasienter som er i ernæringsmessig risiko ha en individuell ernæringsplan. En slik plan burde inneholde en vurdering av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til beregnet behov og ernæringsstiltak. Videre oppfølging og evaluering bør være en integrert del av ernæringsplanen (Helsedirektoratet, 2010). Da Statens helsetilsyn hadde ekstra satsing på tjenester til eldre i perioden 2009 – 2012, fant de ut at ernæringsarbeid var et forsømt område. Mangelfull kartlegging av nye pasienter og for dårlig dokumentasjon var to av hovedproblemene (Bergsagel, 2015). Sykepleieren har en plikt til å dokumentere utført helsearbeid og plikten er nedfelt i Helsepersonelloven kapittel 8 § 39 (Helsepersonelloven, 2001). Fjørtoft (2012) skriver at i en hektisk hverdag med mange oppgaver som skal utføres vil det være lettere å holde bedre oversikt hvis dokumentasjonen er oppdatert og oversiktlig. Det viser seg likevel at dette kan være en utfordring for hjemmesykepleier å gjennomføre i praksis nettopp på grunn av at hverdagen er hektisk og fordi det er mange arbeidsoppgaver som skal utføres.

I tillegg til ernæringscreening er regelmessig måling av vekt et viktig sykepleieansvar. Stubberud, et al., (2013) sier at det er viktig med regelmessige rutiner for måling av vekt fordi kroppsvekten kan være en sikker indikator på om forholdet mellom tilførsel og forbruk av næringsstoffer er tilfredsstillende. Det

anbefales at vekten tas til samme tidspunkt hver gang, helst om morgenen før pasienten har spist frokost. Det er å foretrekke å bruke den samme vekten. Pasienten bør ha på seg tilnærmet samme klær hver gang. Dette anbefales fordi det er ønskelig å oppnå mest mulig like verdier (Stubberud, et al., 2013). Vår erfaring fra hjemmebasert praksis er at måling av vekt ble sporadisk utført på pasientene, og tilsynelatende virket det ikke som det var noen rutiner på hvordan dette ble fulgt opp. Det kan dessuten være vanskelig å følge opp et slikt tiltak til samme tidspunkt hver gang siden det er mange ulike fagpersoner involvert.

Når vi vet nøyaktig høyde og vekt på pasienten kan vi regne ut kroppsmasseindeks (KMI). Dette finner vi ut ved å måle vekt(kg)/høyde/m x høyde/m. Resultatet man får vil vise om pasienten er i ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2012). Det er viktig å merke seg at måling av KMI har sine svakheter. Den skiller blant annet ikke mellom fett og muskelmasse. Derfor er det viktig at vi sykepleiere vet at man i tillegg kan måle midjen og hofte partiet, som vil si å måle omkrets rundt midjen x omkrets rundt hoftene (Sjøen & Thoresen, 2012).

Resultatet av en studie som ble utført på 532 pasienter i en bykommune i Norge viser at 30% av pasientene var underernærte med en KMI verdi mindre enn 22 kg/m². Videre viser resultatet at 10 % hadde KMI under 18,2 kg/m². Dette er under normalverdien for eldre over 65 år som ifølge Helsedirektoratet bør ligge på mellom 24-29 kg/m². Hvis verdien er under 22 er dette et tegn på undervekt (Landmark, et al., 2014). Denne undersøkelsen viser dermed at hele 40% av 532 pasienter var i ernæringsmessig risiko, og at måling av KMI er en viktig indikator for å identifisere ernæringstilstand. Studien forteller også at svært mange beskriver kognitiv svikt og ulike stadier av demenslidelse som årsaken til ernæringsproblemene. Kommunen undersøkelsen ble utført i hadde hatt fokus på ernæring i mange år, likevel har de et såpass lavt resultat at vi undrer oss over sammenhengen mellom dette? Forskning viser at dette kan ha et sammensatt årsaksforhold. En årsak kan være at pasientenes generelle helsesituasjon har blitt dårligere. En annen årsak kan være at iverksatte tiltak ikke har hatt den ønskede effekten som antatt (Landmark, et al., 2014).

4.2 utfordringer ved mild grad av demenslidelse

Forskning viser at på verdensbasis så er det mer enn 26 millioner mennesker med demenslidelse. Hvis ingen effektive tiltak blir gjort for å forhindre utviklingen av demenslidelse er det forventet at antall pasienter vil bli fordoblet over de neste 40 årene (Arrazola, Amiano, Elbusto, Urdaneta & Lage, 2013). Dette viser hvor viktig det er for sykepleiere å ha kunnskaper om demenslidelse og ernæringsproblematikk for å forebygge dette, og dermed forhindre videre helsesvikt. Helsesvikt kan føre til at mennesket vil trenge hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov resten av livet (Orem, 2001). Det kan være mange utfordringer sykepleieren vil stå ovenfor i møte med eldre pasienter når det gjelder forebygging av underernæring (Fjørtoft, 2012).

Underernæring hos eldre kan skyldes en rekke forhold. Aldringsprosesser vil påvirke alle kroppens organer og sanser. Det kan ha en innvirkning på fordøyelsen, og dermed også på kosthold og ernæringsstatus. Den viktigste årsaken er at metabolismen og energibehovet blir redusert (Sortland, 2015). Dette bekreftes i forskning utført av Landmark, et al., (2014) som i sin artikkel sier at økt alder vil føre til endringer på en rekke fysiologiske områder, blant annet nedsatt ernæringsabsorpsjon. Naturlig biologisk aldring kan føre til at muskelmassen blir redusert. Aktivitetsnivået blir gjerne lavere, og kan føre til et redusert energibehov. Det er derfor normalt at eldre vil kunne ha mindre behov for mat og drikke (Sortland, 2015). Når det gjelder forebygging av underernæring så er det viktig for oss å vite at det å ha et mindre behov for mat og drikke kan være en del av aldringsprosessen, og at dette er faktorer vi må ta hensyn til. Underernæring kan oppstå når næringsinntaket er mindre enn næringsbehovet (Landmark, et al., 2014). På grunn av dette kan det være utfordrende nok å forebygge underernæring hos mennesker som er kognitivt friske. Normale aldersforandringer kombinert med demenslidelse vil begrense den gamles evne og lyst til å spise nok og riktig mat, og kan gjøre forebygging enda vanskeligere (Kirkevold, et al., 2013).

I følge Dorothea Orem har mennesket normalt en stor tilpasningsevne. Likevel kan det oppstå situasjoner som for eksempel demenslidelse som vil føre til at behovet for egenomsorg overskrider menneskets evne til å oppfylle den (Orem, 2001). Gjennom praksis i hjemmebasert omsorg har vi begge sett flere pasienter som var i faresonen for å bli underernærte. Mange av disse hadde også en mild grad av demenslidelse. De

vil derfor stadig trenge mer hjelp for å få dekket sine behov for egenomsorg. Orem's sykepleierteori forteller om egenskaper som må være tilstede for at mennesket skal få dekket sine behov for egenomsorg, dette kaller hun egenomsorgskapasitet. Orem beskriver egenomsorgskapasitet som en komplisert evne, som blant annet kan påvirkes av det enkelte menneskets erfaring og helsetilstand (Kristoffersen, et al., 2012). Egenskaper som bør være tilstede er blant annet ferdigheter og funksjoner som er nødvendige for å utføre egenomsorgshandlinger, som for eksempel evnen til fysisk å være i stand til å lage mat, og at mennesket har hukommelse til å huske hvordan man lager maten (Kristoffersen, et al., 2012). Derfor mener vi det er viktig å identifisere dette hos pasienten.

Et av de første kognitive symptomene ved utvikling av demenslidelse kan være at pasientens hukommelse blir redusert. På grunn av redusert hukommelse, og at sult- og tørstefølelsen reduseres med alderen kan dette føre til at de glemmer å spise. Eller de kan glemme hvordan de utfører handlinger for å få dekket sitt ernæringsbehov, og er dermed i fare for å bli underernærte (Rokstad, 2009; Sjøen & Thoresen, 2012). En situasjon vi opplevde i praksis var en eldre dame som gjerne ville servere oss kaffe, men på grunn av hukommelsessvikt hadde hun mistet evnen til å forstå hvordan kaffetrakteren fungerte. Hun forsto ikke selv at hun ikke fikk dette til, men trodde kaffetrakteren var ødelagt. I følge Rokstad (2009) kan dette eksempelet illustrere at evnen til å hente frem lært materiale kan være redusert hos pasienter med mild grad av demenslidelse.

Et annet symptom pasientene kan oppleve i denne tidlige fasen er handlingssvikt. Pasienten kan ha problemer med å planlegge og sette sammen flere handlinger for å nå et bestemt mål. Et eksempel på dette kan være at pasienten kan ha problemer med å handle inn matvarer og å tilberede et måltid (Rokstad, 2009). Forskning viser at det er et viktig sammenheng mellom hvem som bidrar med matinnkjøp og pasientens ernæringsstatus (Rognstad, et al., 2013). Pasienter som fortsatt har evne og mulighet til å handle mat selv er i mindre risiko for å bli underernærte, sammenlignet med de som må ha tilrettelagt hjelp fra andre til å utføre matinnkjøp. Artikkelen forteller at det er ingen entydig forklaring på hvorfor det er slik. En mulig forklaring er at pasienter som kan handle sin egen mat og selv bestemmer hva de skal kjøpe, faktisk bidrar selv til å opprettholde en god matlyst. Dette kan være med på å redusere risiko for underernæring (Rognstad, et al., 2013). Dette bekrefter også Volkert, et al.,

(2015) som i sin artikkel skriver at i et tidlig stadium av demenslidelse kan pasienter få problemer med å handle, oppbevare og tilberede måltider. Vår erfaring gjennom praksis er at enkelte pasienter ikke ønsket å være med å handle inn matvarer, selv om de ble tilbudt dette. De ønsket at vi skulle reise på butikken for dem, og de skrev handleliste som vi fikk med oss. Selv om de var med å skrev handleliste så fikk de ikke den mestringfølelsen ved å bruke og vedlikeholde sine egne ressurser. Dette er noe vi vil komme tilbake til under punkt 4.4, tilrettelegging av måltider.

Orem (2001) sier i sin teori om egenomsorgssvikt at livet kan være uforutsigbart og at enkelte ganger vil det oppstå situasjoner som kan føre til at mennesket ikke klarer å utføre egenomsorg. Derfor må vi sykepleiere kompensere for egenomsorgssvikten. Som sykepleiere er det viktig at vi ser hele mennesket og legger til rette slik at pasienten kan opprettholde en grad av selvstendighet så lenge det er mulig. Dette kan være en utfordring for sykepleieren å gjennomføre når pasienten selv ikke ønsker å delta (Rokstad, 2009). Ved et tilfelle i vår praksisperiode opplevde vi at sykepleieren valgte å ikke sette i gang videre tiltak hos en dame som hadde redusert ernæringsinntak. Vi opplevde at sykepleieren brukte brukermedvirkning som et argument for å fraskrive seg ansvar for å sette i gang tiltak. Brukermedvirkning er et viktig begrep innen sykepleie og innebærer at pasienten skal betraktes som en likeverdig person i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes helse (Helsedirektoratet, 2010). Sykepleieren mente derfor at pasienten var i sin fulle rett til å bestemme om hun ønsket å spise tilstrekkelig eller ikke. Dette viser at det kan være et etisk utfordrende fagområde å forebygge underernæring hos pasienter med demenslidelse. Helsepersonellovens kapittel 2 § 4 sier at vi skal utføre helsetjenester som er faglig forsvarlige og omsorgsfulle (Helsepersonelloven, 1999). Det kan derfor være vanskelig å godta at pasienten faktisk har rett til selvbestemmelse når hun velger noe som vi kanskje ikke mener er det rette valget. Alle mennesker har rett til å ta beslutninger over sitt eget liv, og bli respektert for dette (Fjørtoft, 2012). Mennesker med demenslidelse kan gjøre brukermedvirkning vanskelig. Vi må derfor tilpasse form og grad av medvirkning til den enkelte pasients tilstand og ressurser. Når det gjelder ernæringsarbeid hos mennesker med demenslidelse kan det være lett å ikke ta hensyn til dette og dermed kan pasienten føle seg overstyrt (Fjørtoft, 2012). Samtidig må vi respektere pasientens identitet under alle faser av sykdomsforløpet (Rokstad, 2009).

4.3 utfordringer i det forebyggende arbeid i hjemmet

En stor del av dagens helsetjenester involverer hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2012). Formålet med hjemmesykepleien er at pasientene skal få praktisk, medisinsk og ernæringsmessig oppfølging, slik at de kan bo hjemme og mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge som mulig (Helsedirektoratet, 2010). Eldre er generelt en sårbar gruppe (Landmark, et al., 2014). Siden vi vet at å dekke pasientens behov for ernæring er en stor del av hjemmesykepleierens ansvarsområde, lurer vi på hvorfor det fortsatt er så mange pasienter som har ernæringsrelaterte problemer?

De siste årene har det vært en del helsepolitiske reformer i Norge som har ført til en økt arbeidsbelastning for hjemmetjenesten. I 2012 ble Samhandlingsreformen innført, og dette har ført til flere pasienter og økt arbeidsbelastning (Fjørtoft, 2012). Statistikk fra 1992 viser at var 75 000 mennesker som mottok hjemmesykepleie i Norge. I 2010 var tallet økt til 130 000 mennesker (Fjørtoft, 2012). Nye tall fra Statistisk Sentralbyrå (2016) viser at ved utgangen av 2014 var det over 180 000 som benyttet seg av tjenester fra hjemmesykepleien. Disse tallene viser at det har vært en stor økning de siste årene, når det på 18 år økte med 55 000 og kun de siste 4 årene har det økt med hele 47 000 mennesker. Statistikk viser at det er størst økning blant yngre pasienter som mottar hjelp fra hjemmesykepleien, men økt antall pasienter totalt vil dermed si at arbeidsbelastningen for sykepleiere i hjemmesykepleien generelt har blitt større (Statistisk Sentralbyrå, 2016). I vår praksis kunne vi enkelte dager merke at det var mer hektisk enn vanlig. Det var for eksempel satt av en halvtime til å utføre et tiltak. Noen dager gikk dette fint å gjennomføre, mens andre dager var pasienten i dårligere form enn vanlig, og hadde mer behov for pleie og omsorg. Dette førte dermed til at andre pasienter vi hadde ansvaret for fikk utsatt sine hjelpebehov. Dette er med å vise at forebyggende ernæringsarbeid kan bli nedprioritert fordi det er andre oppgaver som blir ansett som viktigere og dette må prioriteres.

Ifølge Helsedirektoratet (2010) så er 10-60% av pasientene som blir innlagt på sykehus allerede underernærte. Av disse går over halvparten enda mer ned i vekt under sykehusoppholdet noe som igjen vil føre til at de trenger enda mer bistand fra hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2010). Vi stiller oss derfor spørsmålet om forebygging av underernæring blir nedprioritert på grunn av økt tidspress eller om det generelt er for dårlige kunnskaper om forebygging blant sykepleierne i

hjemmesykepleien? I en kartlegging fra 2014 svarte 4 av 5 i hjemmesykepleien at de syntes de trengte mer kunnskap om ernæringsarbeid (Bergsagel, 2015).

Helsedirektoratet sier at det er vesentlig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskaper om ernæring og har innsikt i hvordan ernæringsutfordringer skal imøtekommes (Helsedirektoratet, 2010). Dette stemmer overens med Landmark, et al., (2014) som konkluderer i sin studie at kompetansehevende tiltak bør iverksettes hos sykepleiere for å bidra til å styrke pasientens ernæringsstatus. I følge Fjørtoft (2012) så har sykepleien et selvstendig ansvar for utvikling av egen kompetanse.

I de yrkesetiske retningslinjene er det beskrevet at sykepleie skal bygge på blant annet forskning, erfarings basert kunnskap og brukerkunnskap. Det er derfor viktig at sykepleieren kjenner til grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker oppdatert kunnskap i situasjoner som man ikke føler seg nok kompetent til å mestre (NSF, 2011). Vi mener dermed at sykepleiere har et selvstendig ansvar for å innhente den kunnskapen og kompetansen som trengs for å kunne sette i gang ernæringsmessige tiltak for pasienter som er i fare for å utvikle underernæring.

Helsedirektoratet (2010) skriver at andre årsaker til at det tilsynelatende er lite fokus på ernæringsarbeid i hjemmesykepleien kan være at det er et dårlig engasjement fra ledelsen sin side. Dette samsvarer med Europarådets uttalelser om at ernæringsrelaterte utfordringer blir vanskeliggjort da lederne synes å mangle engasjement (Landmark, et al., 2014). Helsedirektoratet (2010) på sin side mener at manglende fokus på kost og ernæring kan være forårsaket av at det er uklart hvem som faktisk har ansvaret når det kommer til ernæringsstatus og behov. Videre skriver Helsedirektoratet (2010) at det kan være mangel på samarbeid mellom ulike faggrupper som er årsaken til dette. Dette bekreftes av Landmark et al., (2014) som sier at det kan være uavklarte ansvarsforhold mellom ulike faggruppene som har ansvar for pasientene. Årsaker til dette kan være at det er store avdelinger med mange ansatte. Dette mener vi kan føre til at det blir et uoversiktlig arbeidsforhold, og vil kunne føre til ansvarsfraskrivelse fra sykepleieren. Det kan også være utfordrende å få til et godt tverrfaglig samarbeid fordi lederne kan ha et stort arbeidspress med mange ansvarsområder å forholde seg til. Vi lurer derfor på hvilke faktorer som må være til stede for å få til et godt tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og andre fagpersoner for å øke fokuset på forebyggende ernæringsarbeid?

Samarbeid og koordinering mellom ulike faggrupper kan være utfordrende, men viktig for å kunne gi et godt tjenestetilbud i hjemmesykepleien. For å kunne samarbeide må ulike fagpersoner ha muligheten til å møte hverandre og skape en god dialog. Derfor er det viktig å tilrettelegge for gode tverrfaglige møteplasser. Det må også være tydelig avklart hvem som har ansvaret for de ulike fagområdene og det må være klare retningslinjer for hvordan arbeidet skal utføres (Fjørtoft, 2012). Samtidig mener vi at det må vurderes hvor mange som skal være involvert ved hvert enkelt tilfelle. Det tverrfaglige samarbeidet må ikke gjøres mer komplisert enn nødvendig, og både faglige og ressursmessige faktorer må tas hensyn til (Fjørtoft, 2012).

Norge har generelt god sykepleiedekning sammenliknet med andre nordiske land. Allikevel er ca. en fjerdedel av personalet i den kommunale helse – og omsorgstjenesten uten helse – og sosialfaglig bakgrunn (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015). Dette stemmer overens med Sortland (2015) som skriver at i tillegg til sykepleiere arbeider det personer med andre ulike helsefaglige bakgrunner i hjemmesykepleien, og ofte mange ufaglærte. Derfor synes vi at et godt tverrfaglig samarbeid kombinert med kompetansehevende tiltak når det gjelder å forebygge underernæring burde prioriteres i hjemmesykepleien fordi vi vet at samfunnet vårt vil stå ovenfor store helsefaglige utfordringer i årene fremover (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015).

4.4 Tilrettelegging av måltider

Det er viktig å få kartlagt pasientens ernæringsstatus, men ernæring er ikke bare en nødvendighet for at kroppen skal kunne fungere. Den har også sosiale aspekter. Mat og måltider forbindes med trivsel, kultur og tradisjon (Sortland, 2015).

Personer med demenslidelse vil stadig oppleve tap av funksjoner. Orem mener ernæring må tilpasses etter funksjonssvikten, og sykepleieren må utføre tiltak slik at normalfunksjonen kan opprettholdes (Kristoffersen, et al., 2012). Målet for sykepleien vil være å fremme livskvalitet og ta vare på de gode dagene. De gode opplevelsene kan være forskjellige, for eksempel kan det å tilberede og spise et måltid sammen gi stor livsglede å være med på å skape struktur og forutsigbarhet i hverdagen (Helsedirektoratet, 2012; Fjørtoft, 2012). Orem mener at det er viktig for mennesket å

oppleve glede og trivsel i forbindelse med måltidsituasjoner (Kristoffersen, et al., 2012). I likhet med Orem skriver Rognstad, et al., (2013) at mat er en viktig kilde til glede hos eldre. Derfor synes vi et viktig forebyggende tiltak vil være å bidra til å skape trivsel rundt måltidsituasjonen for å tilrettelegge for matglede og dermed fremme økt appetitt hos pasientene.

I hjemmesykepleien er det viktig å observere hva pasienter med mild grad av demenslidelse klarer å mestre selv på kjøkkenet og hva de eventuelt trenger veiledning til (Helsedirektoratet, 2012). Når det foreligger et vedtak om bistand fra hjemmesykepleien skal det utføres et kostintervju. Målet med et kostintervju er å få oversikt over kosthold, matvaner eller faktorer som kan ha innvirkning på næringsinntaket, for eksempel nedsatt appetitt (Sortland, 2015). Det kan være mange årsaker til nedsatt appetitt hos eldre (Stubberud, et al., 2013). Spyttproduksjonen kan være redusert og tørstefølelsen endret. Dette er faktorer som kan gjøre det vanskelig å tygge og svelge maten, og kan føre til nedsatt appetitt (Sortland, 2015). Redusert appetitt kan også være et av de første tegnene ved en begynnende demenslidelse (Sjøen & Thoresen, 2012). Rognstad et al., (2013) sier at redusert appetitt kan være det første subjektive og kliniske tegnet på vekttap og fare for underernæring. Norske studier viser at forstyrret appetitt og spiseatferd kan være et problem hos eldre hjemmeboende med demenslidelse. Studiene viser også at det er viktig å kartlegge mat og drikkeinntak ved å lage en oversikt over væske og mat som inntas (Rognstad, et al., 2013). På grunn av at det kan være mange ulike fagpersoner innom hver dag, kan det være en utfordring for sykepleieren å ha kontroll over hva pasienten faktisk spiser og drikker i løpet av en dag (Fjørtoft, 2012). Et eksempel på dette fra praksis er at vi smurte brødsiver og satte i kjøleskapet til pasientene før vi reiste videre, men på grunn av at de hadde demenslidelse er det ikke sikkert de husket å spise maten og vi hadde heller ikke noe oversikt på om maten ble spist.

Vi synes det å tilberede og spise mat sammen med pasientene vil kunne gjøre det lettere å kartlegge om pasientene er i ernæringsmessig risiko og om tiltak burde iverksettes. Dette kan skape en god atmosfære for å innhente viktig informasjon om hvordan pasienten selv ønsker å innrette måltidsituasjonen sin (Sortland, 2015). I praksis hadde vi god tid til å sitte ned med pasientene, ta en kaffekopp og snakke med dem. I arbeidet som sykepleier kan hverdagen være hektisk og tid kan være en mangelvare. Ofte kan det være utfordrende og ha mulighet til å spise sammen med

pasienten, og dermed sikre at tiltak blir utført på en sikker og effektiv måte (Fjørtoft, 2012). Derfor mener vi at en ernæringsansvarlig koordinator kan være et forebyggende tiltak. I den kommunen vi hadde praksis var det både en demens – og kreftkoordinator som reiste hjem til pasientene for å kartlegge hjelpebehov. En ernæringskoordinator kan for eksempel reise hjem til pasienter for å kartlegge ernæringsstatus og siden dokumentere og videreformidle resultatene. Siden tid er en viktig faktor mener vi at et slikt tiltak vil kunne bidra til å lette arbeidsmengden.

Hvis pasienten har pårørende som er tilgjengelig, enten en de bor sammen med eller som er i nærheten, kan de være en viktig ressursperson og en god samarbeidspartner for sykepleiere i hjemmetjenesten når det gjelder å innhente informasjon om pasientens ernæringsstatus (Fjørtoft, 2012). Sykepleieren kan her være med å tydeliggjøre behov og muligheter for både pasienten og pårørende til å utføre forebyggende tiltak for på sikt å unngå underernæring (Gammersvik & Larsen, 2012). I følge Orem skal vi som sykepleiere ha en støttende og undervisende rolle for å kompensere for pasientens egenomsorgssvikt. Hun er også opptatt av at mennesket skal være mest mulig selvstendig (Kristoffersen, et al., 2012). Ved å involvere pasient og pårørende kan de oppnå kunnskap om hva de selv kan gjøre for å forebygge underernæring og dermed også oppleve selvstendighet (Kristoffersen, et al., 2012). Empowerment begrepet kan knyttes til personer med demenslidelse og deres pårørende. Empowerment handler om å ha kontroll over sitt eget liv (Gammersvik & Larsen, 2012; Kristoffersen, et al., 2012). Tidligere nevnte vi at det kunne være utfordrende å få pasientene til å være med på å handle inn matvarer. Her kan eventuelt pårørende handle inn mat for eller sammen med pasienten, mens vi i hjemmesykepleien kan stå for tilberedningen. Pårørende kan være en ressurs for pasienten fordi de kan være med på å bidra til en rolig atmosfære rundt måltidsituasjonen, og det å spise sammen er en viktig trivselsfaktor som kan fremme god appetitt (Rokstad, 2009).

I følge Volkert et al., (2015) kan omgivelsene spille en viktig rolle for å fremme god appetitt. For eksempel kan matens utseende og porsjonsstørrelse ha betydning. Kroppsvekten er på sitt høyeste ved 50-70 års alderen, etter dette er det naturlig å ha et vekttap på opptil 10 kg de neste 20 årene (Kirkevold, et al., 2013). Kaloribehovet kan være opptil 20-30% lavere hos eldre enn hos unge voksne ifølge Dehlin og Rundgren (Kirkevold, et al., 2013). Dette er faktorer vi må ta hensyn til. Gjennom

praksis har vi erfart at ved å tilberede appetittvekkende porsjoner av mindre størrelse kan dette hjelpe mange pasienter til å fremme matlyst fordi noen pasienter kan oppleve store mat porsjoner som overveldende. Lavere matinntak fører til at sykepleiere må være mer bevisst på at pasienten får dekket behovet for ulike næringsstoffer fra en mindre matmengde, og at maten er energirik og nærings tett (Sjøen & Thoresen, 2012; Sortland, 2015). Utfordringen for sykepleieren blir å klare og få dekket behovet til pasienten for nok energi, proteiner, vitaminer og mineraler gjennom mindre porsjoner (Sortland, 2015). Energibehovet kan påvirkes av kroppsstørrelse, muskelmasse og aktivitetsnivå. Derfor synes vi at det er viktig at sykepleiere i hjemmetjenesten må vite at energibehovet hos pasientene må tilpasses individuelt (Helsedirektoratet, 2012). På grunn av at smakssansen blir dårligere med alderen foretrekker mange eldre mat som smaker søtt for eksempel søte desserter fremfor proteinrik mat som ofte kan oppleves surt og bittert (Sortland, 2015). Siden vi vet at sukker inneholder mye tomme kalorier og ofte mangler viktige vitaminer og mineraler bør ikke dette gis for ofte (Sortland, 2015). Her vil det være en fordel at sykepleieren kjenner pasienten godt og vet hva slags mat og smaker pasienten liker og er vant til å spise (Helsedirektoratet, 2012).

Aktivitetsnivået til eldre blir lavere med årene, men de vil fortsatt ha et behov for å få i seg tilstrekkelig med næringsstoffer (Helsedirektoratet, 2012). Hvis energiforbruket synker og dermed også energiinntaket reduserer så kan dette få ernæringsmessige konsekvenser dersom ikke næringstettheten økes (Sortland, 2015). Et tiltak for å forebygge underernæring kan for eksempel være å berike maten, som vil si å gjøre den med ernæringstett. I praksis gjorde vi dette ved å tilsette ekstra fløte i havregrøten eller mer smør på brødskiven (Helsedirektoratet, 2012).

En av forskningsartiklene vi har lest har sett på sammenhengen mellom ulike næringsstoffer og utviklingen av demenslidelse. Arrazola, et al., (2013) nevner blant annet at det kan være en sammenheng mellom fettinntak, kognitiv funksjon og utvikling av demenslidelse. De nevner at Omega 3 fettsyrer er viktig for hjernens funksjon. Volkert, et al., (2015) på sin side skriver at de ikke anbefaler bruk av Omega 3 fettsyrer for personer med demenslidelse for å korrigere kognitiv svikt eller for forebygging av kognitiv svekkelse. Vi mener at ernæringsstilskudd kan unngås hvis vi kan hjelpe pasienten til å ha et balansert kosthold. Det er viktig med et regelmessig inntak av frukt, grønnsaker og sunne fettsyrer som for eksempel fra fisk

(Volkert, et al., 2015). Fett er viktig for at hjernen skal opprettholde en normal funksjon (Helsedirektoratet, 2012). Vi vet at underernæring kan føre til forverring av mental funksjon, redusert livskvalitet og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2010). Sammenhengen mellom næringsstoffer og utviklingen av demenslidelse er interessant og kompleks. Arrazola, et al., (2013) skriver at det trengs mer forskning på dette området.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi forsøkt å belyse hvordan hjemmesykepleieren kan forebygge underernæring hos pasienter med mild grad av demenslidelse. Tidlig identifikasjon av pasienter som er i faresonen er viktig. Riktig bruk av screeningverktøy og måling av KMI kan være en måte å gjøre dette på. Siden pasienten har en demenslidelse og dermed kan ha redusert hukommelse er det viktig at screening besvares både av pasienten selv og av personer som kjenner henne godt. Sykepleieren står ovenfor mange utfordringer når det gjelder ernæringsarbeid. I alle faser av sykdomsforløpet må pasientens ressurser vedlikeholdes. Dette kan være vanskelig når pasienten vegrer seg for å samarbeide med sykepleieren, og kan gjøre det utfordrende å sette inn gode forebyggende tiltak. Det kan være vanskelig å skille mellom naturlige aldringsprosesser eller fare for underernæring, noe sykepleieren må være bevisst på.

Ernæring er så mye mer enn bare et grunnleggende behov for mat og drikke. Ernæring er også nytelse og tegn på livskvalitet. Derfor er det viktig at måltidet blir en kilde til glede, for på denne måten fremme god appetitt. Ved å legge til rette for gode samtaler rundt matbordet kan sykepleieren innhente nyttig informasjon om hvordan pasienten selv ønsker å innrette måltidsituasjonen sin. For at pasienten skal få dekket sine grunnleggende behov for ernæring, er det en fordel at sykepleieren kjenner til pasientens bakgrunn. Siden tid er en viktig faktor kan en ernæringsansvarlig koordinator være et forebyggende tiltak. Hvis pårørende er tilgjengelige kan de være en god ressurs for pasienten og en samarbeidspartner for sykepleieren for å legge til rette for gode forebyggende tiltak.

Vi konkluderer med at det er flere aspekter som påvirker ernæringsarbeidet: grad av demenslidelse, sykepleierens interesse, kompetanse og hjemmesykepleiers utfordringer. Vi synes at et større fokus på kompetansehevede tiltak, kombinert med engasjert ledelse og et godt tverrfaglig samarbeid må til for å forebygge underernæring. Under alle faser av det forebyggende ernæringsarbeidet er det vesentlig å dokumentere utført helsearbeid for å få en bedre oversikt.

6.0 Litteraturliste

*Arrazola, O. - A., Amiano, P., Elbusto, A., Urdaneta, E., Lage, M, P. (2013). *Diet, Cognition, And Alzheimer´s disease: food for thought*. Lokalisert 31.03.16 på:
<http://dx.doi.org/10.1007/s00394-013-0561-3>

* Bergsagel, I. (2015). Appetittvekkelsen. *Sykepleien*. Lokalisert 09.05.16 på:
<https://sykepleien.no/2015/12/appetittvekkelsen>

Dalland, O. (2013). Metode og oppgaveskriving for studenter (5. utg.) . Oslo:
Gyldendal akademisk

* Det kongelige helse – og omsorgsdepartement. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (St.meld. nr. 26, 2014-2015). Oslo:
departementet

* Engedal, K. (2009). Aldring. *Store Medisinske Leksikon*. Lokalisert 05.04.16 på:
<https://sml.snl.no/alderdom>

Fjørtoft, A.K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*.
2.utgave Kap.3: pasienten i hjemmesykepleien. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad &
Bjørke

Gammersvik & T. Larsen. (2012). (Red), *Helsefremmende sykepleie- I teori og praksis*. Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke

* Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse – og omsorgstjenesten*. Oslo: direktoratet. Lokalisert på:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>

* Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Direktoratet. Lokalisert på:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>

* Helse og omsorgsdepartementet. (2012). *Demensplan. "Den gode dagen"*. Revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. Lokalisert på:

https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf

* Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademiske. (kap.5)

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H.A. (red.).(2013). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. – A. (Red). (2012). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2. Utg) Oslo: Gyldendal Akademiske.

* Landmark, B.T., Gran, S.V & Grov, E.K. (2014). *Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av ernæringsjournalen*. Klinisk sykepleie., Lokalisert 01.04.16 på:

https://www.idunn.no/file/pdf/66755660/ernaeringsstatus_blant_pasienter_i_sykehjem_og_i_hjemmesykep.pdf

* Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-63-64. § 4. (2016). Lokalisert 13.04.16 på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

* Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64. §39. (2016). Lokalisert 25.04.16 på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8

*Mowè, M. (2008). *Kan ernæring forebygge eller dempe utviklingen av Alzheimer sykdom?*. Lokalisert 05.04.16 kl. 11.00 på: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2738>

* Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler 2011*.

* Orem, E., Dorothea. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6.utg.) St.Louis: Mosby, Inc. (kap 7).

* Personopplysningsloven, LOV-2000-04-14-31. § 1. (2015). Lokalisert på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31#KAPITTEL_1

* Rognstad, M.K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien forskning*. Doi:10.4220/sykepleienf.2013.0137. Lokalisert 01.04.2016 på: <https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/1375316.pdf>

Rokstad, A. M. M. (2009). Hva er demens?. I: Rokstad, A. M. M. og Smebye, K.L (red.) *Personer med demens - møte og samhandling*. Oslo: Akribe

Sjøen, R.J., & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Sortland, K. (1997). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. (5.utg.). (2015). Bergen: fagbokforlag

* Statistisk Sentralbyrå. (2016). *Pleie- og omsorgstjenester, 2014*. Lokalisert 15.04.16 på: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2015-06-24?fane=tabell&sort=nummer&tabell=231292#tab-tabell>

Stubberud, D.G., Almås, H. & Kondrup, J. (2013). Ernæring ved sykdom. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

* Volkert, D., Chourdakis, M., Irving, F.G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M.H., ... Schneider, S.M. (2015). ESPEN Guidelines on nutrition in dementia. *Helsebiblioteket*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004>. Lokalisert 13.04.15 på: http://www.espen.info/wp/wordpress/wp-content/uploads/2015/11/ESPEN_GL_Dementia_ClinNutr2015.pdf

* World Health Organisation WHO s.a., *Definition of an older or elderly person*. Lokalisert 06.04.16 på: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Selvvalgt litteratur: 465 sider

7.0 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1 - PICO skjema

Skriv inn spørsmålet ditt her. Husk å være så presis i formuleringen som du kan klare. Sett spørsmålet ditt inn i PICO:	Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med mild grad av demenslidelse?	
P: Pasient/ problem	Hvilken type pasient eller populasjon dreier det seg om?	Eldre, hjemmeboende, mild grad demens, demens
I: Intervensjon	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?	Ernæring, underernæring, hjemmesykepleie, kartlegge, identifisere
C: Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (For eksempel dagens praksis)?	
O: Outcome	Hvilke endepunkter er du interessert i?	Forebygge

Hva slags kjernespmå er dette?		Hvilke databaser vil du søke i?
	Prevalens (Hvor mange...)	1 Cinahl
X	Diagnose (Hvordan kan man avgjøre om noe...)	2 PubMed (Clinical Queries)
X	Prognose (Hvordan går det med...)	3 SveMed +
	Etiologi, årsak (Hvorfor får noen...)	4 Helsebiblioteket
X	Effekt av tiltak (Virker...)	5 Idunn
	(Pasient)erfaringer (Hvordan oppleves det å...)	

Engelske termer for PICO-skjema

P Person/ Pasient/ Problem	I Intervensjon/ eksponering	C Evt sammenligning	O Utfall
Elderly, dementia, geriatric	Nutritional status, undernutrition, malnutrition, home care services, home nursing		Prevent malnutrition

7.2 Vedlegg 2 - MNA

Mini Nutritional Assessment MNA®

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

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. 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 ernæringsstilstanden.

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	<input type="checkbox"/>
B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>
C Mobilitet 0 = sengeliggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>
D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene 0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiske lidelser 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
Undersøkelsspøengsum vurdering, del I (sumtotal maks. 14 poeng) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12 poeng eller mer: Normal - ikke i 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 alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
K Utvalgte markører for proteininntak • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Leggomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
Vurdering, del II (maks. 16 poeng) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Undersøkelsspøengsum, vurdering, del I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Gradering av underernæringsstilstand	
17 til 23.5 poeng	<input type="checkbox"/> i fare for underernæring
Mindre enn 17 poeng	<input type="checkbox"/> underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A:M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 For more information : www.mna-elderly.com