

# BACHELOROPPGÅVE

## **God appetitt min ven**

«Korleis kan sjukepleiar førebygge underernæring hjå geriatiske pasientar?»

av

Kandidatnummer 6  
Guro Sårheim

## **Good appetite my friend**

Tal ord: 6968

Rettleiar: Danuta Teresa Zablotna

Bachelor i sjukepleie

SK 152

November 2016



**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss

Kandidatnummer 6, Guro Sårheim

JA x            NEI\_\_

## Samandrag

**Tittel:** God appetitt min ven

**Bakgrunn for val av tema:** Tema er valt på bakgrunn av behovet for kompetanseheving og bevisstgjøring blant helsepersonell og fordi dei eldre er i risikograppa for underernæring.

**Problemstilling:** «Korleis kan sjukepleiar førebygge underernæring hjå geriatiske pasientar?»

**Framgangsmåte:** For å løyse problemstillinga er det brukt litteraturstudie. Det er gjort søk i relevante databasar for å finne aktuell litteratur og forskingsartiklar. I tillegg til dette er problemstillinga sett i lys av dagsaktuelle nyhender, relevante artiklar, samt lover og retningslinjer.

**Funn og konklusjon:** Funna i denne studia basera seg på litteratur og forskning som allereie er kjent. For å førebygge underernæring hjå den eldre, må sjukepleiar ha kompetanse nok til å vite korleis ein kartlegg, kvifor det skal gjerast, og kunne setje i verk tiltak. Funna tilseier at personalet bør verte tilbydd undervisning om underernæring og få opplæring i korleis ein nyttar kartleggingsskjema og metodar for mål av kroppsmasseindeks. Det talar også for at sjukepleiar må verte flinkare på å inkludere pasienten, og endre måltidsrytmen for å sikre betre matinntak.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innleiing .....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2 Problemformulering med avgrensing .....	1
1.3 Vidare oppbygging av oppgåva .....	1
1.4 Begrepsforklaringar .....	2
2.0 Metode .....	3
2.1 Litteraturstudie.....	3
2.1.0 Søkeprosessen etter forskning .....	3
2.1.1 Søkeprosessen etter faglitteratur .....	4
2.1.2 Anna litteratur .....	4
2.2 Kjeldekritikk.....	4
3.0 Teori.....	6
3.1 Presentasjon av forskning .....	6
3.2 Underernæring hjå den geriatriske pasienten .....	7
3.2.0 Årsaker og konsekvensar av underernæring.....	7
3.3 God ernæringspraksis.....	8
3.3.1 Vurdering av ernæringsstatus .....	9
3.3.2 Vurdering av ernæringsbehov.....	9
3.4 Sjukepleietiltak .....	10
3.4.1 Underliggende faktorar .....	10
3.4.2 Måltidsmiljø.....	10
3.4.3 Mattilbod .....	11
3.4.4 Beriking og mellommåltid .....	11
3.4.5 Næringsdrikk .....	12
3.5 Sjukepleiar sitt ansvar .....	12
3.6 Etske prinsipp i arbeid med ernæring og eldre .....	12
4.0 Drøfting.....	13
4.1 Kompetanse.....	13
4.2 Kartlegging.....	14
4.3 Hensyn til pasientoppleving .....	15
4.4 Iverksetjing av tiltak .....	16
5 Konklusjon .....	19

Bibliografi ..... 20

Vedlegg 1 Ernæringstrapp

Vedlegg 2 MNA-screening skjem

## 1.0 Innleiing

I følgje Lill Mensen, vil befolkninga i framtida bestå av betydeleg fleire eldre og færre yngre enn i dag. Det vert antatt at antall gamle over 80 år doblar seg på 50 år. Denne utviklinga vil by på store samfunnsmessige, medisinske og sjukepleiefaglege utfordringar (Mensen, 2008, s. 51).

Sjøen og Thoresen påpeikar at massemedia sine oppslag med avmagra pasientar kun viser toppen av eit isfjell. Ein pasient kan gradvis miste vekt over tid, og dersom det ikkje er klare prosedyrar for kartlegging, vil sannsynlegvis ingen reagere før tilstanden er alvorleg (Sjøen & Thoresen, 2008).

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Denne bacheloroppgåva omhandlar tema «eldre og ernæring». I dei nasjonal faglege retningslinjene for førebygging og behandling av underernæring, kjem det fram at førekomsten av underernæring i sjukehus og sjukeheim vekslar mellom 10 – 60 %. I tillegg til dette vert eldre rekna som ei pasientgruppe med særleg risiko for underernæring (Helsedirektoratet, 2010).

I ei undersøking gjort av Heidi Aagaard ved høgskulen i Østfold, kjem det fram at over fire av fem meiner at personalet treng meir kunnskap om ernæringsarbeid. Då spesielt kring anbefalingar for kosthald og berekning av ernæringsbehov til eldre og sjuke, samt kva tiltak som bør setjast i verk overfor bebuarar som har nedsett matlyst (Aagaard, 2008).

Grunna behov for bevisstgjerings kring tema blant helsepersonell, og fordi geriatriske pasientar er i særleg risiko for underernæring, har eg valt å gå djupare i denne problemstillinga.

## 1.2 Problemformulering med avgrensing

*Korleis kan sjukepleiar førebygge underernæring hjå geriatriske pasientar?*

For å avgrense oppgåva har eg valt å halde meg til pasientar over 65 år, ettersom det er desse Helsedirektoratet reknar som «eldre». Pasientane er institusjonaliserte på sjukeheim. Oppgåva vil inkludere både menn og kvinner, uavhengig av tidlegare sjukdomar, men tek ikkje med brukara av sonde-/intravenøs ernæring eller bebuarar som lid av kognitivt svikt. I denne oppgåva vel eg å sjå på korleis sjukepleiar kan førebygge underernæring hjå pasientar i ernæringsmessig risiko.

## 1.3 Vidare oppbygging av oppgåva

For å beskrive utval av teori og forskning som er best egna for å løyse problemstillinga, vil eg i metodedel gå djupare i søkeprosessen og foreta kjeldekritikk. Teoridelen inneheld naudsynt bakgrunnskunnskap for å løyse problemstillinga og dei viktigaste funna frå forskingsartiklane. I

drøftingsdel tar eg for meg kompetanse, kartlegging, pasientopplevingar og tiltak, og ser problemstillinga i lys av eigne erfaringar. Til slutt vert det gjort ein konklusjon som synleggjer eiga vurdering av korleis problemstillinga er løyst, kva ein eventuelt treng meir kunnskap om, og om kunnskapen som kjem fram i oppgåva kan ha implikasjonar for vidare sjukepleiepraksis.

## **1.4 Begrepsforklaringar**

### **Geriatriske pasientar**

Same som eldre pasientar. Sortland viser til Verdens Helseorganisasjon sin betegnelse om at «eldre» er personar over 65 år, «gamle» er dei over 75 år og «meget gamle» er personar over 85 år (Sortland, 2015, s. 139).

### **Underernæring**

I dei nasjonal faglege retningslinjene til Helsedirektoratet vert underernæring betegna som ein ernæringsituasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoff forårsakar ein målbar ugunstig effekt på kroppssamansetning og kroppsfunksjon samt klinisk resultat (Helsedirektoratet, 2013).

### **Ernæringsstatus**

Ernæringsstatus er resultatet av tilførsel, forbruk og tap av næringsstoff. Den uttrykk i kva grad det fysiologiske behovet for næringsstoff oppfyllest (Bordtkorb, 2008, s. 256).

### **Ernæringsmessig risiko**

Ein tilstand som disponerer for underernæring og komplikasjonar knytt til dette (Helsedirektoratet, 2013).

## 2.0 Metode

Dalland formulera metode som den framgangsmåten vi vel for å frambringe kunnskap, eller etterprøve påstandar, som vert framsett med krav om å være sanne, gyldige eller haldbare. Metode er vårt reiskap i møte med noko vi vil undersøke (Dalland, 2007, s. 81).

### 2.1 Litteraturstudie

Denne oppgåva er bygd på ei litteraturstudie. Dalland omtaler litteraturstudie som «den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til» (Dalland, 2007, s. 64).

#### 2.1.0 Søkeprosessen etter forskning

Sjølv om eg fant fram til forskning før sjølv skriveprosessen, så har eg kome over meir og anna relevant forskning mens eg har skrive. Eg har følgd lenkar, og sett i referanselistene til anna litteratur og forskning. Det er gjort mykje forskning på underernæring, men for å sile ut dei viktigaste, har eg fokusert på kva relevans dei har i forhold til problemstillinga. Dei som er brukt baserer seg på eldre i institusjonar som er i risiko for underernæring, samt generelt arbeid i forhold til førebygging av underernæring hjå geriatriske pasientar.

For å kome fram til relevant forskning har eg brukt fleire søkeord, samt fleire kombinasjonar både på engelsk og norsk. Det første eg gjor i søkeprosessen var å gå inn i google scholar og søkje etter «eldre og underernæring» med 866 treff. Blant desse var ein fagartikkel om underernæring i sjukeheim. Eg valde å gå til referanselista til artikkelen for å finne studiar referert til i teksten. Vidare søkte eg etter studietittel i google scholar, og kom vidare til pubmed. På «pubmed» søkte eg etter «malnutrition elderly» og fekk 29 592 treff. For å avgrense treffet la eg til «nursing home» og fekk 748 treff. I kolonne til høgre på søkeside kom det opp eit forslag om «undernutrition elderly nursing home» som gav meg 778 treff. For å finne artiklar som førebygger underernæring valte eg å søkje «prevent malnutrition elderly nursing home» og fekk 45 treff. Deretter endra eg søket mitt til «prevent malnutrition institutionalized elderly» som gav meg 22 treff. I alle søk såg eg over tittel og opna forskning eg meinte kunne være relevant i ny fane. Deretter las eg gjennom samandraget, og valte ut forskingsartiklar eg kan bruke vidare i mi oppgåve.

På Bibsys Brage søkte eg etter «eldre ernæring» og fekk eit treff på 1605. Eg presiserte søket til «eldre underernæring» og fekk då 1395 treff. For å gjere det endå meir presist søkte eg etter «eldre underernæring sykehjem», men fekk 1733 treff. Til slutt valte eg «geriatri underernæring» og fekk 119 treff. Under desse treffa fant eg mange bachelor og masteroppgåver med same problemstilling som meg sjølv. For å finne litteratur og forskning velde eg å sjå i referanselista til fleire av dei.



Vidare i Bibsys Brage huka eg av for kunn «research report» og søkte igjen på «eldre underernæring». Dette gav meg 304 studiar. Dersom eg endra søket til «geriatri underernæring» kom det 19 treff.

På Cinahl valde eg å søkje etter «eldre underernæring», men fordi eg berre fekk 1 treff på dette, gjekk eg vidare på engelsk. Eg søkte då etter «elderly malnutrition» og fekk 162 funn. Deretter la eg til «institution» i søket, og enda opp med endå fleire funn (537). Tilbake til første søk, valte eg artiklar kunn frå 2005-2016, dette gav meg 100 treff. Ettersom eg synes dette framleis var for mange, valte eg å vise resultat kun innan forskning og haka av for «research» som gav meg 61.

Har fått tips frå rettleiar til studiar som er relevante, og gått til referanselistene deira for og finne fram til meir litteratur og forskning. Bachelor oppgåva inneheld fem norske studiar, samt ei engelsk. Dette er gjort bevisst for å sikre at oppgåva har ein internasjonalt preg. Artiklane vert presentert i teoridel.

### **2.1.1 Søkeprosessen etter faglitteratur**

For å finne fram til litteratur som er relevant for mitt tema, gjekk eg først gjennom pensum bøkene eg allereie hadde. Denne faglitteraturen ser eg som godt kvalitetssikra ettersom den er ein del av sjukepleiestudie. Eg har også søkt etter relevant litteratur gjennom google, og sett på kva det er henvist til i forskjellige forskingsartiklar og andre bachelor oppgåver frå skulen. Søkeord som har gått igjen i søk etter anna litteratur er «ernæring», «underernæring», «sykepleie» og «eldre» samt ein kombinasjon av desse.

### **2.1.2 Anna litteratur**

I oppgåva har eg også brukt annan litteratur utanom forskingsartiklar og faglitteratur. Dette er artiklar eg ser på som relevante i forhold til problemstillinga, og som vil hjelpe meg å belyse mine erfaringar og teorien knytt til tema. Denne litteraturen har eg funne gjennom forskingsartiklane og gjennom søka eg gjorde i søkeprosessen etter forskning. Av anna litteratur vert det brukt ein artikkel skriven av Mowè frå 2002, dette til tross for at den overgår ti års ramma. Dette er gjort på grunnlag av innhaldet som framleis er relevant. I tillegg er det referert til Helsedirektoratet sine nasjonal faglege retningslinjer, og aktuelle lover frå lovdata.

## **2.2 Kjeldekritikk**

I følgje Dalland betyr kjeldekritikk å vurdere og karakterisere den litteraturen og andre kjelder som er nytta i oppgåva. Med dette skal ein altså vurdere i kva grad dei teoriane og forskingsresultata vi har funne, kan brukast til å beskrive problemstillinga (Dalland, 2007, s. 70).

Litteraturen brukt i denne oppgåva er hovudsakleg frå pensumet til sjukepleieutdanninga. Alle bøker som er nytta er innan for ei 10 års ramme, som sikrar at nyare og betre teori mest truleg ikkje er kome ut. Dei av bøkene som er frå 2007/2008 er vurdert opp i mot nyare utgåver, og inneheld det same i høve til mi problemstilling. To av bøkene eg har referert til er ikkje frå sjukepleiestudie, men inneheld relevant teori for mitt tema. «Kosthåndboken» er basert på Helsedirektoratet sine nasjonal faglege retningslinjer. «Ernæring- mer enn mat og drikke» er skriven av Kjersti Sortland som er førstelektor og har undervist sjukepleiestudentar, samt delteke på ulike prosjekt knytt til ernæring. På grunnlag av dette vurderer eg bøkene som truverdige og godt kvalitetssikra.

Forskingsartiklane er vurdert ut i frå IMRAD-modellen. I følgje Lerdal er IMRAD-strukturen den rådande oppbygginga av forskingsartiklar innan medisin og helsefag. Forkortelsen står for introduksjon, metode, resultat, analyse og diskusjon (Lerdal, 2012). På denne måten har eg kunne gått til samandraget for å sjå om studia var aktuell i forhold til problemstillinga. Sidan all forskning eg har funne er bygd opp etter IMRAD-strukturen, gjev det truverd. I tillegg er det lite truleg at nyare og betre forskning er gjort, sidan artiklane er innan 10 årsramma. Av svakheiter kan eg trekke fram at ein av forskingsartiklane refererer til ein annan forskingsartikkel brukt i oppgåva. Dette kan føre til at deler av forskingsresultata vert noko avmagra. I tillegg kan det være verdt å nemne at sidan eine forskinga er skriven på engelsk, kan det være nyansar i språket som kan føre til mistydingar i funna.

## 3.0 Teori

Tradisjonelt sett har pasienten sitt behov for væske og ernæring vore eit av sjukepleiaren sitt ansvarsområde. Den første som formulerte ein klar samanheng mellom sjukdom, tilheling, kosthald og sjukepleie var Florence Nightingale. Dette har Sortland påpeika i si bok slik;

*«Den som setter pasientens mat ved siden av ham og håper at han vil spise etter hvert, forhindrer ganske enkelt at han får i seg mat i det hele tatt [...] Hvis sykepleieren er en intelligent person, og ikke bare en tallerkenbærer i fast rute til og fra pasienten, så bør denne personen bruke sin intelligens også i denne forbindelse»* (Sortland, 2015, s. 13).

I følge Aagaard og Bjerkheim skal behovet for væske og ernæring inngå i menneskets grunnleggande behov, og må dekkast for å bevare helse og velvære (Aagaard & Bjerkreim, 2011).

## 3.1 Presentasjon av forskning

*«Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem»* av Bente Gunn Melheim.

Eit kvalitativt forskingsintervju der føremålet er å formidle korleis det kan opplevast for pasientane å være delaktige i institusjonalisert måltidsfellesskap i sjukeheim. Måltid blei for pasientane ei kilde for velvære åleine eller i samvær med andre, sjølv med reduserte kommunikasjonsevner og avgrensa sosial interaksjon.

*«Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre»* av Anne Karine Gjerlaug, Gunn Harviken, Solveig Oppsata og Asta Bye.

Ei litteraturstudie som viser kva ernæringsverktøy som er best egna for eldre i ernæringsmessig risiko. Den viser at MNA er best egna for eldre i sjukeheim, men at meir forskning er naudsynt.

*«Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for sosial- og helsedirektoratet»* av Heidi Aagaard. Landsomfattande tverrsnittundersøking med deskriptivt design og kvantitativ tilnærming. Leiarane i sjukeheim som respondentar. Føremålet er å finne ut korleis mat og måltid vert ivaretatt hjå bebuarar i sjukeheim. Mykje tyder på at sjukepleiar treng meir kunnskap. Nokre av funna viser at dei fleste respondentane er fornøgd med maten som vert servert ved sjukeheimen.

*«More than just not being alone: The number, nature, and complementarity of meal-time social interactions influence food intake in hospitalized elderly patient»* av Catherine Paquet, Danielle St-Arnaud-McKenzie, Zhenfeng Ma, Marie-Jeanne Kergoat, Guylaine Ferland og Laurette Dubè. Studia undersøker samanhengen mellom pasientens matinntak i fellesskap, kontra det å ete åleine. Den viser at den totale mengd av interaksjon mellom pasientar verkar positivt inn på matinntaket.

«Ærlig talt» av Heidi Aagaard

Landsomfattande tværnsnittundersøking med deskriptivt design og kvantitativ tilnærming. Bebuarane som respondentar. Føremålet er å beskrive maten som vert servert, nattefaste og måltidsmiljø. Denne viser at bebuarane må involverast meir i arbeid med ernæring, og då spesielt med tanke på ynskjekost og måltidsrytme.

## 3.2 Underernæring hjå den geriatriske pasienten

Aagaard og Bjerkheim påpeikar at dersom den geriatriske pasient har god ernæringsstatus, fører dette normalt sett til at funksjonsdyktigheita bevarast over lenger tid, og dette vil igjen ha betydning for trivsel og livslyst. Vi veit at energibehovet vil avta med alderen. Grunnen til dette er i all hovudsak at kroppssamansetninga vert endra, då spesielt med tanke på reduksjon av muskulatur og kroppsmasse, samt auking av feittmasse og nedsett fysisk aktivitet. Behovet for mineralstoff og vitamin vil være det same, men anbefalingar for inntak av D-vitamin er høgare for eldre over 60 år (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 174). Dei normale aldersforandringane i tillegg til funksjonssvikt og sjukdom, kan kvar for seg, eller saman avgrense den eldre si evne og lyst til å ete både riktig og tilstrekkeleg (Bordtkorb, 2008, s. 254).

### 3.2.0 Årsaker og konsekvensar av underernæring

Som regel er underernæring eit samansett problem, og for å setje i verk sjukepleietiltak må ein først finne årsaka (Bordtkorb, 2008, s. 260). I følge Helsedirektoratet er sjukdom den viktigaste årsaka til underernæring, i tillegg til manglande kunnskap, interesse og oppmerksomheit blant helsepersonell (Helsedirektoratet, 2013, s. 12). I følge Sortland vil behovet for vevsoppbyggjande og energirike næringsstoff auke ved sjukdom, men fordi matinntak gjerne er nedsett, får ikkje pasienten dekkja behovet. Forskjellen i pasienten sitt behov, og det han klarar å innta, kan få alvorlege konsekvensar dersom det ikkje vert sett i verk naudsynte sjukepleietiltak (Sortland, 2015, s. 167).

Bordtkorb meiner ei anna årsak til underernæring kan være nedsett appetitt grunna svakare luktesans og færre smaksløkar. Mange av dei eldre kan oppleve at maten smakar mindre, og dermed også freistar mindre. Vidare viser ho også til at forandringane i munn, og i mage-tarm kanalen, kan gje uheldig verknad på matinntak. Med åra vil spyttproduksjonen minke, og mange av dei eldre drikk lite grunna nedsett tørstfølelse. Redusert spyttproduksjon kan bidra til tannrøte og skade på tenner. Munntørtheit, dårleg tannstatus og nedsett evne til å tygge mat, er viktige årsaker til at den eldre pasienten får problem med å ete (Bordtkorb, 2008, s. 260-261). Bordtkorb viser til at ein kombinasjon av for lågt kalori- og proteininntak, gjerne er skuld i underernæring hjå den geriatriske pasient. Dette vil igjen medføre tap av både fett og muskelmasse, samt gje generell svekkelse, nedsett immunforsvar og auka infeksjonsfare (Bordtkorb, 2008, s. 259).

Dersom pasienten ikkje lenger klarar å ete sjølv, endrast det kvalitative aspektet ved måltidet. Måltid kan bli noko den eldre kvir seg på, mykje grunna kjensle av at ein tapar verdigheit. Dei fleste eldre ynskjer å være sjølvhjelp, og difor er det viktig at all hjelp vert utført så skånsamt og lite stigmatiserande som mogleg. Ein stadig konfrontasjon med eigen utilstrekkelegheit skapar lett nederlags- og skamkjensle (Bordtkorb, 2008, s. 263).

I tidsskrift for den norske lægeforening kjem det i ein artikkel fram at underernæring kan være alvorleg og verke inn på fleire organsystem. Mowè viser til autopsistudier som påpeikar at der er samsvar mellom totalt vekttap, og vekttap av spesifikke organ som hjarte og lever. Desse kan tape opp til 30 % av sin opprinnelege størrelse (Mowè, 2002).

I følge Mowè kan kardial kakeksi føre til reduksjon av minuttvolum og hjartefrekvens, og gje auka risiko for utvikling av hjartesvikt (Mowè, 2002). Aagaard og Bjerkreim påpeikar at årsaka til at hjarte og andre organ kan tape størrelse, er for liten tilførsel av energigjevande næringsstoff som protein, feitt og karbohydrat, noko som gjev redusert muskelmasse og mindre feittlager. Kroppen vil dermed bruke av sine små glykogenlager, proteinreservar og større feittlager for å få energi til nødvendige funksjonar. På denne måten vert vevet brote ned. Ettersom den totale muskelmassen vert redusert, vil dette igjen føre til ein reduksjon av muskelkraft, som igjen vil auke risikoen for fall ettersom beveglegeita vert nedsett (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 183).

Mowè viser vidare til at dersom eldre får proteinunderernæring på meir enn 20 %, vil også respirasjonsmuskulaturen affiserast gjennom reduksjon av diafragma, og medføre redusert ventilasjon. I tillegg til dette vil underernæring også kunne gje både færre og mindre tarmtottar (Mowè, 2002). Gjennom tarmtottane vert fordøydd mat overført til blodet, og det er her i tynntarmen at alle næringsstoff og vitamin vert tatt opp (Norsk helseinformatikk, 2009). For utanom at opptaket av næringsstoff og vitamina vert hemma, vil også underernæring hemme den cellemedierte immunitet, og dermed infeksjonsforsvaret. Dette vert assosiert med postoperative infeksjonar, pneumoni og forseinking i sårtilheling (Mowè, 2002).

### **3.3 God ernæringspraksis**

Helsedirektoratet har i si utgåve av «kosthåndboken- veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten», sett opp ein mal for korleis ein utfører god ernæringspraksis. Ein god ernæringspraksis inneber her kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasienten sin ernæringsstatus, samt matinntak i forhold til behov. Vidare skal det setjast i gong målretta ernæringsstiltak med oppfølging og evaluering (Helsedirektoratet, 2012, s. 78).

### 3.3.1 Vurdering av ernæringsstatus

For å vurdere pasienten sin ernæringsstatus kan ein bruke ei rekke metodar. Helsedirektoratet viser til kostintervju og kostanamnese som dei viktigaste metodane, samt kliniske undersøkingar som vektmåling over tid, og høgdemål. Vidare forklarar dei at dersom høgdemål vert vanskeleg av ulike årsaker, kan ein nytte hugs høgde, eller ein kan bruke ulnamål. Ulnamål inneber at ein målar avstand frå tuppen av olboge til midten av handledsbeinet på venstre side. For menn over 65 år vil formelen bli «ulna (cm) x 3.15 + 86.3) og for kvinner over 65 år «ulna (cm) x 3.25 + 80.4). Ved hjelp av høgdemål og vekt, kan ein regne ut kroppsmasseindeksen, som vil beskrive forholdet mellom desse to, samt gje ein definisjon av under- og overvekt.  $KMI = (vekt (kg) / (høgde(m) \times høgde(m)))$  (Helsedirektoratet, 2012, s. 79). I tillegg til dette anbefala Helsedirektoratet bruk av screening verktøy i form av MNA og ernæringsjournal til eldre i sjukeheim. Dette er ei systematisk leiting etter personar som har redusert ernæringsstatus, og har som hensikt å iverksette individuelle tilpassa kosttiltak så tidleg som mogleg. Dei påpeikar også at moderat underernæring er dersom pasienten har gått ned ufrivillig > 10 % siste 3-6 mnd, og som alvorleg underernæring dersom vekttapet er minst 15 % siste halvår, eller meir enn 5 % siste mnd (Helsedirektoratet, 2012, s. 80).

Underernæring kan være vanskeleg å oppdage ettersom det gjerne utviklar seg over tid. Det anbefalast rutinemessige vektkontrollar, og vekttapet må vurderast ut ifrå den enkelte sin størrelse, og reiknast ut i prosentandel tapt vekt (Bordtkorb, 2008, s. 256).

### 3.3.2 Vurdering av ernæringsbehov

For å vurdere pasienten sitt ernæringsbehov kan ein bruke tommelfingerreglar for å regne ut mengda kcal, protein og væske. Energibehovet vert påverka av kroppsstørrelse og muskelmasse, alder, aktivitetsnivå og sjukdom. Dersom inntak av energi tilsvarer forbruket, er ein i energibalanse og kroppsvakta vil halde seg stabil. For vaksne med lavt aktivitetsnivå reknar ein energibehovet til 30 kcal/kg kroppsvekt/døgn (Helsedirektoratet, 2012, s. 83).

For å berekne proteinbehovet brukar ein formelen 1 gram/kg kroppsvekt/døgn. Dersom proteininntaket er høgare enn behovet, vil kroppen bruke overskotet til energikjelde. Skulle kroppen dog få for lite protein, vil det bli brukt som energi framfor å vedlikehalde muskulatur. Mangel på protein kan føre til muskelsvakheit, ødem, hud- og hår forandringar (Helsedirektoratet, 2012, s. 83).

Vatn er den viktigaste enkeltkomponenten i kroppen vår. For å transportere næringsstoff, regulere kroppstemperatur og omsetje celler og vev, treng kroppen vatn. Om lag 45 % av kroppsvakta hjå eldre er vatn. Dehydrering skjer ofte som følge av lavt matinntak og sjukdomsrelatert underernæring. Ein hugseregel er at pasienten skal ha 30 ml/kg kroppsvekt/døgn (Helsedirektoratet, 2012, s. 84).

### 3.4 Sjukepleietiltak

Som sjukepleiar har vi eit mål om å sikre at alle pasientar får dekkja sitt grunnleggande behov for mat og drikke. Aagaard og Bjerkreim omtalar ernæringsbehandling som så viktig at det ikkje skal overlatast til tilfeldigheit, eller den enkelte sjukepleiar (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 189).

Helsedirektoratet har laga ei ernæringstrapp som er meint for å belyse ulike tiltak som er nødvendige og moglege, for å legge til rette for nok og riktig mat til den enkelte pasient (Helsedirektoratet, 2012, s. 98). Ettersom denne oppgåva ekskluderer sondeernæring og intravenøs ernæring, vel eg å sjå vekk ifrå dei to øvste trinna i ernæringstrappa.

#### 3.4.1 Underliggende faktorar

Det første steget i ernæringstrappa er å behandle underliggende faktorar. Dette, saman med dei neste to stega, vil være viktig for alle pasientar uavhengig av ernæringsstatus og behov. Anna behandling, fysiske funksjonsvanskar, psykososiale forhold, kvalme, smerte, symptom og ubehag, er alle faktorar som kan ha betydning for matinntak. Behandling av desse underliggende faktorane kan være naudsynt for at andre ernæringstiltak skal kunne være gjennomførbare. Av og til kan det være nok å lette, eller eliminere, desse typane hinder (Helsedirektoratet, 2012, s. 99).

#### 3.4.2 Måltidsmiljø

Måltid bør være eit avbrekk som bebuarar i institusjonar ser fram til og kan nyte. Aagaard og Bjerkreim meiner at dersom det er reint, ryddig og godt lufta i rommet der den eldre pasient inntar mat, vil dette ha ein positiv effekt på matinntaket. Ettersom stress og uro hemmar både appetitt og fordøyelse, bør sjukepleiar legge til rette for at pasienten får ro under måltid, og ikkje vert forstyrra av andre ting som t.d. legevisitt, blodprøver eller andre undersøkingar (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 188).

Helsedirektoratet påpeikar at for dei som er sengeliggande kan det være godt å kome opp i ei god sitjestilling, eller kome opp av senga dersom det lar seg gjere. Å sitje ved eit fint dekkja bord, gjerne i eit eige rom, kan skjerpe appetitten. Lukt kan også skjerpe appetitt, men dersom det er pasientar som er vare for lukt, til dømes grunna kvalme, er det viktig å skjerme desse (Helsedirektoratet, 2012, s. 99).

Helsedirektoratet meiner viktig at den som serverer maten har kjennskap til om pasienten har problem som påverkar måltidssituasjonen. Det er også viktig at personalet kjenner til den enkelte pasient sine behov og ynskjer. Heile måltidet vert påverka av korleis maten vert lagt fram, og korleis personalet kommuniserer med pasienten. I institusjonar har måltidet lett for å bli nedprioritert grunna andre oppgåver og aktivitetar. Det å beskytte måltidet handlar ikkje kun om maten, men

respekt for pasienten. Det skal alltid være sett av tilstrekkeleg med tid til måltid (Helsedirektoratet, 2012, s. 100).

Mens dei fleste føretrekk å ete saman med nokon, er det pasientar som ynskjer å ete åleine. Når pasientar et i fellesskap, deltar personalet med praktisk støtte, og styrkar samtidig det sosiale fellesskapet (Helsedirektoratet, 2012, s. 100). Aagaard og Bjerkreim påpeikar at personalet kan halde samtalanane i gong, passe på at der ikkje er nokon som fell utanfor, samt være behjelpelege dersom det er naudsynt. I tillegg kan ein medverke til ro både kring og under måltidet, sørge for at alle får tilstrekkeleg med tid, og passe på at måltidet pregast av ei roleg og god atmosfære (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 189).

### **3.4.3 Mattilbod**

Bordtkorb seier at dersom ein aukar innhaldet av protein og feitt i kosten, kan ein sikre at pasienten får tilstrekkeleg næringsrik kost. Maten bør være meir næringstett til mindre pasienten et. Ved underernæring bør 35 % av energien i kosthaldet kome frå feitt, mens 15-20 % bør kome frå protein (Bordtkorb, 2008, s. 264). Dei nasjonal faglege retningslinjene påpeikar at dersom pasienten har behov for energi og næringstett kost, vil det være mindre porsjonar, men same innhald av energi og protein som nøkkelrådkost. Det kan også være aktuelt å konsistenstilpasse kosten (Helsedirektoratet, 2012, s. 100).

### **3.4.4 Beriking og mellommåltid**

I følgje Helsedirektoratet kan ein, for å auke energitettheit i eit måltid, tilsetje ekstra fett i maten. Dette er fordi fett og feite matvarer har høgaste energitettheit per gram, og er derfor velegna som energiberiking. Ved sjukdom vil proteinbehovet auke, og pasienten bør då få mat med høgt proteininnhald til kvart måltid. Til dømes har havregraut laga på heilmjølke og nøytral olje dobbelt så stort energi og proteininnhald enn havregraut laga kun med vatn. Lettprodukt bør kuttast ut ettersom det inneheld færre kaloriar, og dermed ikkje eignar seg der utfordringa er å dekke energibehov (Helsedirektoratet, 2012, s. 101).

I «kosthåndboken» står det at servering av mellommåltid i institusjonar bør ha meir fokus. For pasientar som et lite ved hovud måltid, kan fleire måltid være naudsynt for å sikre eit tilstrekkeleg næringsinntak i løpet av dagen. Eit forslag er at pasienten et kvar andre time, og at nattfaste ikkje er lenger enn 11 timar. Dersom pasienten likevel er våken om natta, kan ein med fordel tilby mat eller næringsdrikk (Helsedirektoratet, 2012, s. 101).



### **3.4.5 Næringsdrikk**

Når matlysta er dårleg, er det ofte enklare å drikke enn å ete. Studiar har vist at rutinemessig bruk av næringsdrikk betrar ernæringsstatus, minkar risiko for komplikasjonar, og gjev betre helse for eldre og underernærte. Næringsdrikk kan skjerpe appetitten dersom den vert gitt ved slutten av måltid eller like før sengetid (Helsedirektoratet, 2012, s. 103).

### **3.5 Sjukepleiar sitt ansvar**

Bordtkorb påpeikar at det krev ei systematisk og tverrfagleg tilnærming når ein skal kartlegge årsaker og behov, for å løyse den enkelte sitt ernæringsproblem. Det er naturleg at sjukepleiar i institusjon leiar det tverrfaglege arbeidet både med pasienten sjølv, pårørande, og andre yrkesgrupper. Som sjukepleiar har ein også ansvar for å undervise og vegleie hjelpepleiarar, omsorgsarbeidarar og assistentar, samt å koordinere det daglege arbeidet med matserving og måltid (Bordtkorb, 2008, s. 257).

I «kosthåndboken» står det skrive at sjukepleiar vanlegvis har ansvaret for å kartlegge og vurdere pasienten sin ernæringsstatus. I lag med anna pleiepersonell skal sjukepleiar tilby mat som er appetittvekkande og tilpassa den enkelte sine behov og ynskjer. Gjennom observasjon og systematisk dokumentasjon, skal pasienten sitt mat- og væskeinntak følgast opp. Pasienten sjølv skal medverke i planlegging av mattilbod og ernæringsbehandlinga så langt som mogleg, med forbehold om at det er gjeve naudsynt informasjon om ernæringsstatus og aktuelle tiltak (Helsedirektoratet, 2012, s. 25).

### **3.6 Ethiske prinsipp i arbeid med ernæring og eldre**

Sentrale etiske prinsipp som å ta vare på menneskets autonomi, ikkje skade personen, gjere godt, vise respekt og barmhjertigheit, skal alltid ligge til grunne for dei val ein tek i arbeid med menneske i helse- og omsorgstenesta. Alle former for tiltak knytt til ernæringsstatus hjå pasienten kan være utgangspunkt for etiske spørsmål (Helsedirektoratet, 2012, s. 17).

## 4.0 Drøfting

På grunnlag av den forskinga eg har funne kring problemstillinga, er det fire punkt som peikar seg ut som effektive og naudsynte i arbeid med førebygging av underernæring hjå den geriatriske pasient. Basert på forsking og teori har eg valt ut fire hovudpunkt i drøftinga, som eg ser går igjen fleire plasser i litteraturen. Mine forskingsartiklar og litteratur peikar gjentatte gonger på viktigheita av kompetansen hjå helsepersonell, kartlegginga av underernæring, hensyn til pasienten si oppleving av måltidssituasjonen og at ein veit kva tiltak ein skal setje i verk.

### 4.1 Kompetanse

Kompetanse er samla kunnskap, ferdigheiter, evner og haldningar som gjer det mogleg å utføre aktuelle funksjonar og oppgåver i tråd med definerte krav og mål (Helsedirektoratet, 2012, s. 22).

I arbeid med førebygging av underernæring, er det heilt essensielt at sjukepleiar har kunnskap nok om kva underernæring er, og kva ein kan gjere vidare for å fremje ein god ernæringsstatus. Sortland seier eit av sjukepleiar sine ansvarsområde er ernæring, og for å ivareta dette ansvarsområdet er det vesentleg at sjukepleiar har naudsynt kompetanse om pasienten sitt ernæringsbehov, uansett helsetilstand og alder (Sortland, 2015, s. 13).

Som sjukepleiar skal ein alltid utføre fagleg forsvarleg sjukepleie. Kravet om fagleg forsvarlegheit fordrar at hjelpa som vert gjeve, skal baserast på kunnskap (Molven, 2012, s. 127-128).

I helsepersonellova §4 første ledd omtalast hovedbestemmingane om forsvarlegheit slik; *«Helsepersonell skal alltid utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»* (Helsepersonellova, 1999).

I ei kartleggingsstudie av Heidi Aagaard kjem det fram av over 4 av 5 seier at personalet treng meir kunnskap om ernæringsarbeid i sjukeheim. Her gjeld det hovudsakleg kunnskap om anbefalingar for kosthald og berekning av ernæringsbehov for eldre og sjuke, mat ved demens, samt kva tiltak ein skal setje i verk dersom matinntaket vert for lite (Aagaard, 2008). Desse opplysingane samsvarar med mine erfaringar frå praksis på sjukeheim. Personalet i avdelinga har for lite kunnskap om kva mat ein bør servere til pasientar som ikkje er tilstrekkeleg. Eg ser også manglande kunnskap om bruk av skjema for kartlegging og dokumentasjon.

Korleis kan ein heve kompetansenivået hjå sjukepleiarane i arbeid med geriatriske pasientar? Aagaard påstår at eit av alternativa kan være at det vert arrangert undervisning om underernæring, næringsbehov og status i institusjonane (Aagaard, 2008). I sjukeheimane jobbar det ofte mange

ufaglærte, og utfordringane i identifisering av underernæring vert desto større. Dette fører også til at ein må forvente meir av sjukepleiar si evne til å undervise medarbeidarar. Den same kartleggingsstudia som referert til over, viser at 42 % seier det ikkje vert arrangert undervisning i ernæring for dei tilsette. Altså får kun halvparten (49 %) undervisning i tema (Aagaard, 2008). Dette kan tyde på at området har rom for forbetringar. Det kjem også fram i Helsedirektoratet sine retningslinjer at det er betydeleg behov for å auke undervisningsdelen i ernæring (Helsedirektoratet, 2013). Ca. 2/3 uttrykker ynskje om felles undervisning (Aagaard, 2010).

Med tanke på Aagaard sitt forslag om undervisning, meiner eg det er viktig at helsepersonell motivera kvarandre i arbeid med førebygging av underernæring. Personalet må opplysast om årsak til underernæring, og kva konsekvensane er. Her kan det være naudsynt å syne skrekkeksempla frå andre stader, for at ernæringsarbeidet skal bli tatt like seriøst som alt anna helsereelatert arbeid. Viser her til eit tilfelle der ei dame i 60 åra vart funnen død i eigen heim grunna avmagring, og kommunen vart sikta for brot av helsepersonellova (Johannessen & Røed, 2016).

## 4.2 Kartlegging

I følgje Helsedirektoratet er ein av hovudgrunnane til at underernæring oppstår, at problemet ikkje vert identifisert. Dersom ein set i verk ei tidleg identifisering av den enkelte sin ernæringsmessige risiko, kan ein setje i verk tiltak før pasienten har utvikla underernæring. For og få til dette, er bruk av screening verktøy eit godt hjelpemiddel (Helsedirektoratet, 2012, s. 80).

For at screening skal tene sitt formål, må skjema måle det som skal målast (høg validitet), og gje same resultat ved gjentatte målingar (reliabilitet). I ei litteraturstudie kjem det fram at MNA-SF screening skjema har høg validitet i institusjonar (Gjerlaug, Harviken, Uppsata, & Bye, 2016). Desse resultatane er i samsvar med Helsedirektoratet sine anbefalingar for screening verktøy i primærhelsetenesta, og for eldre (Helsedirektoratet, 2012, s. 80). Men vert anbefalingane følgt i praksis?

I følgje kartleggingsstudia til Heidi Aagaard er det kun 16 % av sjukeheimane som har skriftlege prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus, og omlag to tredjedelar svarar at dei benyttar seg av retningslinjene for kosthald i institusjon. Dog vert retningslinjene hovudsakleg nytta som oppslagsverk og som hjelpemiddel dersom nokon har behov for spesialkost eller kostrådgeving (Aagaard, 2008).

Resultata frå studia til Aagaard er urovekkande for pasientar i risiko for underernæring. Slik eg ser det har sjukepleiepraksisen i dette feltet mange rom for forbetringar. I kvar sjukeheimsavdeling bør der være gode prosedyrar for ernæringsarbeid, og då spesielt for kartlegging. Dei nasjonale

retningslinjene frå Helsedirektoratet gjev uttrykk for kva som vert ansett som god praksis, og er meint som eit hjelpemiddel for å oppnå forsvarlegheit og god kvalitet i tenesta. Retningslinjene skal langt på veg være styrande for dei val som vert tatt, men er ikkje rettsleg bindande for mottakar. Ein kan likevel være forberedt på å begrunne vala ein tar dersom det vert vald løysingar som har vesentleg avvik frå retningslinjene (Helsedirektoratet, 2013, s. 32).

På bakgrunn av det som kjem fram i forskning, bør institusjonane innarbeide betre og sikrere rutinar for kartlegging av underernæring. Erfaringar eg har frå praksis er samanfallande med dei opplysingane som viser seg i studia til Heidi Aagaard. Det er ingen nedskrivne prosedyrar for kartlegging, og vektmålingar skjer kun ved innkost, samt dersom pasienten har hjartesvikt og nettopp er sett på vandrivande legemidlar. Helsedirektoratet påpeikar at for å oppdage underernæring er det heilt essensielt at rutine for veging vert standardisert. I institusjonar skal vektendringar dokumenterast over tid for å oppdage prosentvis vekttap. Alle pasientar i sjukeheim/institusjon skal vurderast for ernæringsmessig risiko ved innkost, og deretter månadleg (Helsedirektoratet, 2012, s. 79). Sortland påpeikar at dersom underernæring allereie er eit faktum, så skal veging skje to-tre gonger i veka. Ho viser også til KMI som eit godt hjelpemiddel for og få ein indikasjon på underernæring (Sortland, 2015).

### 4.3 Hensyn til pasientoppleving

Forskinga til Melheim viser at pasientane ynskjer eit fellesskap med positiv atmosfære. For bebuarane i sjukeheim skal måltida være noko å sjå fram til, i kontrast til ein elles monoton kvardag (Melheim, 2008).

Mi personlege erfaring er at det fort kan bli til at sjukepleiar tenker praktiske gjeremål, framfor kommunikasjon som gjev tillit og livskvalitet hjå pasienten. Dette siste bør være grunnmuren i alt helserelatert arbeid. Dette gjeld både bebuarane seg i mellom og personalet. I Melheim si studie vert det påpeika at dersom fellesskapet ikkje representerer trygghet, hygge, forståing eller tillit, vert det heller ikkje oppsøkt (Melheim, 2008).

Erfaringar eg har tilseier at dersom pasienten ikkje kjenner på meining med livet og er nedfor, enten grunna tap eller sjukdom, så vil ein heller ikkje kunne klare å førebygge ei eventuell underernæring. Brodtkorb viser også til depresjon som årsak til nedsett næringsinntak (Bordtkorb, 2008, s. 263). Ein vil gjerne klare å auke energiinntaket noko, men over tid trur eg at det vil stagnere om livslysta er borte. På grunnlag av dette meiner eg at ein bør ta dei gode samtalane, snakke om kva mål den enkelte har, kva tankar dei bær på og kva som gjev dei meining i livet. Kva gjer kvardagen betre? *«Gammelt folk har lett for å prate mye, og får de ikke det, øker ensomheten, og det knekker dem til slutt»* (Melheim, 2008). Dersom ein startar med det grunnleggande kommunikasjonsbehovet og får

auke livskvalitet, trur eg også det er lettare å auke matinntak hjå bebuaren. Ein må dog vise forståing for den enkelte sin situasjon, og ikkje tvinge nokon til å ete dersom det ikkje er pasientens ynskje. Dette kan gje dårlege opplevingar for bebuaren, og strid i mot dei etiske retningslinjene og lover som styrer sjukepleiaren sitt arbeid. Viser her til pasient- og brukarrettighetslova §4-1. Hovudregel om samtykke «Helsehjelp skal bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp utan samtykke ...» (Pasient- og brukarrettigheter, 1999).

I ein fagartikkel er det gjort eit intervju med sjukepleiar Gunn Marie Sævareid som påpeiker dette med einsemd og underernæring. Ho jobbar i heimesjukepleie på Hamar, der dei har innført eit begrep dei kallar for «samspising». Dette inneber at dei et saman med pasientar for å auke appetitten (Fonn, 2016). Sjølv om dette er erfaringar frå heimesjukepleie, meiner eg det kan implementerast til sjukeheimsavdelingar og gje rom for refleksjonar kring samanhengen mellom einsemd og ernæring. Pasienten i artikkelen er ein 85 år gamal mann som vart antatt å være dement, mens han i realiteten berre var underernært (Fonn, 2016). Sortland påpeikar at eit for lågt væskeinntak kan føre til forvirring og demensliknande symptom (Sortland, 2015, s. 146). I ei amerikansk studie er det kartlagt samanhengen mellom å ete i eit fellesskap, kontra å ete åleine. Studia viser at selskap av andre under måltid, vil ha positiv innverknad på den eldre pasient sitt matinntak (Paquet, et al., 2008).

I tillegg til dette har eg også erfart at miljø og atmosfære kring måltidet gjev pasientane meir matlyst. Dersom ein har tid, bør ein lage til måltida på kjøkenet slik at det luktar mat når pasientane set seg ved bordet. Sortland viser også til at matlukt vil ha ein positiv verknad på matinntak, samt at lukt og smak kan frambringe minner. For dei eldre er måltida ofte dagens høgdepunkt (Sortland, 2015, s. 147). Melheim si studie viser til at blommar på bordet gav oppmuntring og inspirasjon, samt gode minner om eigen hage og eigen heim. Bilete på veggane frå heimtrakter er kjelde til minner og samtalar (Melheim, 2008). Forskinga til Aagaard viser at sjukeheimane er opptatt av stemning og hygge kring måltida for pasientar. Dei fleste deltakarane i studia var heilt, eller delvis einige i at det vart tilrettelagt slik at bebuar opplevde ro, og hygga seg under måltid (Aagaard, 2008).

#### **4.4 Iverksetjing av tiltak**

Brodtkorb påpeikar at dersom kartlegginga viser at pasienten er i ernæringsmessig risiko, så må det lagast ein målretta plan for å betre ernærings situasjonen. Dette skal gjerast i så nært samarbeid med den eldre som mogleg (Bordtkorb, 2008, s. 259).

Eit av tiltaka ein kan setje i verk ved risiko for underernæring er fleire faste måltid, med fleire mellommåltid. I kosthandboka til Helsedirektoratet, anbefala dei 6-8 måltid/dag, og ikkje lenger

nattefaste enn 11 timar (Helsedirektoratet, 2012, s. 101). Brodtkorb skriv at det ikkje bør gå meir enn 12 timar i nattefaste (Bordtkorb, 2008). I min praksis på sjukeheim vert det servert kveldsmat klokka 18.00, og frukost klokka 09.00. Dette gjev ei nattefaste på 15 timar, og er langt over anbefalingane frå både Helsedirektoratet og Bordtkorb. Mine erfaringar samsvarar med Heidi Aagaard si studie «ærlig talt», som viser at om lag halvparten av respondentane hadde ei nattefaste på 14 timar, samt at 7 av sjukeheimane hadde ei nattefaste på heile 16 timar. Det kjem også fram at pasientane syntest det vart for lang tid mellom kveldsmaten og frukost, og nokre løyste problemet sjølv med kjeks og liknande på rommet (Aagaard, 2010).

Sjøen og Thorensen påpeikar at ein måltidsrytme som vist til i praksis og forskning ovanfor, kan føre til at pasientane nesten kjem i fastetilstand før dei legg seg om kvelden. Dei meiner også at eit lite måltid før sengetid kan redusere behovet for sovemedisinar (Sjøen & Thoresen, 2008).

Helsedirektoratet påpeikar at næringsdrikk før pasienten legg seg, kan bidra til skjerpa appetitt (Helsedirektoratet, 2012, s. 103). Aagaard viser til at 79 % av respondentane i studia gjev næringsdrikk til pasientar som et lite (Aagaard, 2008). Slik eg ser det, kan timane med nattefaste reduserast dersom nattevakt tilbyr dei av pasientane som er vakne, ein næringsdrikk eller anna mat. Helsedirektoratet har også føreslege dette som tiltak (Helsedirektoratet, 2012, s. 101). Eventuelt kan det innførast tilbod om seinkvelds saman med kveldsmedisinering. Mange av respondentane i studia til Aagaard seier dei er svoltne på kvelden og at dei ynskjer mat eller drikke før det er frukost (Aagaard, 2010).

Ved fleire anledningar har eg erfart at pasientane ikkje er svoltne til middag fordi denne vert servert kun nokre timar etter frukost. Store middagsporsjonar kan då bli ekstra vanskeleg og få i seg for dei som allereie slit med matlysta. I samtalar med andre helsearbeidarar opplever eg at dei fleste er einige i at middagen vert servert for tidleg, men det vert likevel ikkje gjort noko. Respondentane i studia til Aagaard kommentera at måltida kjem for tett på dagtid (Aagaard, 2010). Sortland sin teori påpeikar at det kan være ein fordel å servere middag seinare (Sortland, 2015, s. 148). Aagaard si forskning viser at over halvparten svarar at dei ikkje kunne bestemme sjølv kva tid dei ynskja mat. Den same studia viser at 53 % av bebuarane i sjukeheim fekk servert tradisjonell mat, mens berre 22 % seier dei har fått servert livretten sin. Respondentane seier også at dei ikkje får være delaktige i planlegging av meny eller i tillaging av måltid (Aagaard, 2010). Alt dette til tross for at teorien viser til at kosten bør være i tråd med den enkelte sine ynskjer og matkultur (Sortland, 2015, s. 146).

Bordtkorb påpeikar også viktigheita av ynsjekost til betring av næringsinntaket (Bordtkorb, 2008, s. 260). Forskinga til Aagaard samsvarar med mine erfaringar frå praksis. Vi må bli flinkare til å involvere pasienten, samt endre måltidsrytme dersom vi ser at pasientane ikkje er svoltne til middag. Det vil

også være ein fordel om kveldsmaten vert servert seinare, då fleire av pasientane i studia seier at det går for lang tid mellom kvelds og frukost (Aagaard, 2010).

## 5 Konklusjon

I arbeid med denne oppgåva har eg støtt på fleire utfordringar kring val av relevant teori og forskning. Grunna oppgåva sitt omfang, kjenner eg på at eg ikkje har fått med alt eg hadde ynskje om. Eg skulle gjerne drøfta meir kring fleire individuelle tiltak, pasientopplevinga av måltidet, og fått med meir om viktigheita av dokumentasjon og oppfølging. På tross av dette føler eg at eg har fått fram det viktigaste i arbeid med førebygging av underernæring, og tar med hovudpunkta i ernæringsarbeid hjå geriatrike pasientar.

Oppgåva taler for at arbeid med ernæring må vektleggast i større grad i primærhelsetenesta, og då spesielt kartlegging og kunnskap. Dette er problemstillingar som dukkar opp i all den forskinga og litteraturen eg har funne, til tross for at det er det viktigaste. Det skal òg seiast at ein kan kartlegge så mykje ein vil, men dersom det ikkje er rutinar for dokumentasjon og evaluering, vil det ikkje ha noko nytte. I tillegg til dette har eg merka meg at det må leggast meir fokus på pasientopplevinga kring måltid, og sjukepleiarane må være flinkare til å involvere pasientane.

I Heidi Aagaard si studie «ærlig talt» vart eg spesielt forundra over eit sitat frå ein av pasientane «*har aldri spurt om mat- vil ikke være til bry*» (Aagaard, 2010). Har vi det så travelt i arbeidet vårt at vi overser det viktigaste? Er ikkje sjukepleiaren der for å hjelpe pasientane, utan at dei skal føle at dei er til bry? Mykje tyder på at vi må gje oss meir tid, og være audmjuke med dei vi hjelper.

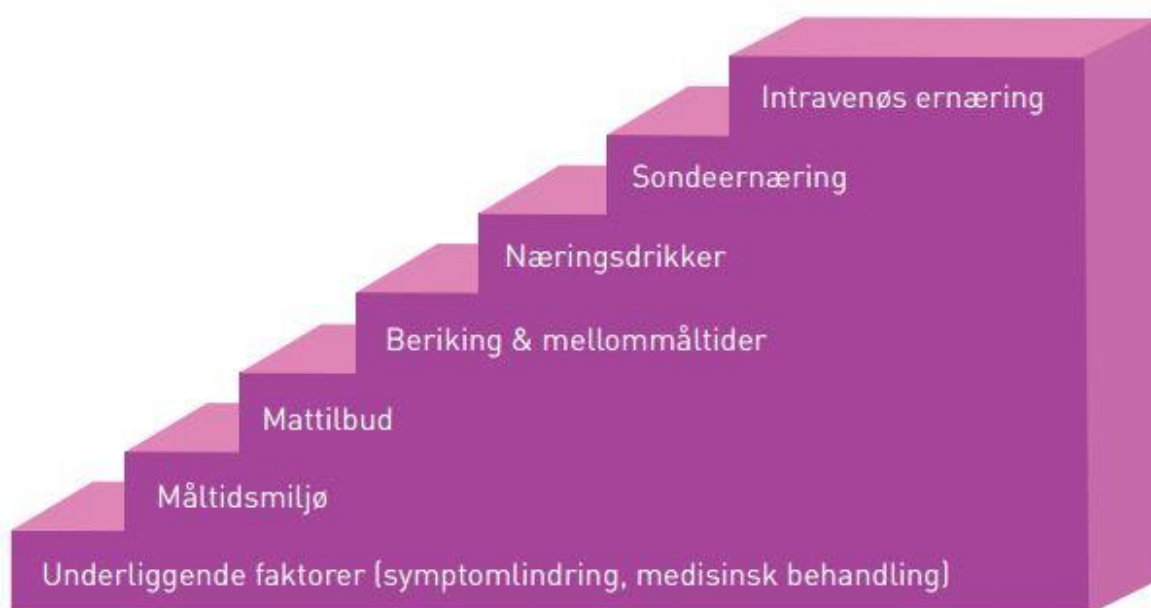


## Bibliografi

- Aagaard, H. (2010). "Ærlig talt" Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold. Henta frå Brage.Bibsys:  
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/147795/hefte1-2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aagaard, H. (2015). *Mat og måltider i sykehjem, en nasjonal kartleggingsstudie*. Henta frå Sykepleien:  
<https://sykepleien.no/forskning/2010/03/mat-og-maltider-i-sykehjem-en-nasjonal-kartleggingsundersokelse>
- Aagaard, H., & Bjerkeim, T. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie- grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bordtkorb, K. (2008). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Bordtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fonn, M. (2016). *Hun samspiste med Arne*. Henta frå Sykepleien:  
<https://sykepleien.no/2016/04/hun-samspiste-med-arne>
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2016). *Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre*. doi:10.4220/Sykepleienf.2016.57692
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonalfaglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*. Henta frå Helsedirektoratet:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering-IS-1580.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken- Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Henta frå Helsedirektoratet:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering-IS-1580.pdf>
- Helsepersonellova. (1999). *Lov om helsepersonell*. Henta frå  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Johannessen, N., & Røed, R. (2016). *Kvinne i sekstiårene døde av avmagring i eget hjem- gigantbot til Oslo kommune*. Henta frå Verdens gang:  
<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/oslo/kvinne-i-sekstiaarene-doede-av-avmagring-i-eget-hjem-gigantbot-til-oslo-kommune/a/23849743/>
- Lerdal, A. (2012). *Forskningsartikkel eller fagartikkel?* doi:10.4220/sykepleiens.2012.0018
- Melheim, G. B. (2008). *Pasientopplevelser av måltidsfelleskap i sykehjem*. doi:10.4220/sykepleienf.2008.0049

- Mensen, L. (2008). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den eldre pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mowè, M. (2002). *Behandling av underernæring hos eldre pasienter*. Henta frå Tidsskriftet- den norske legeförening: <http://tidsskriftet.no/2002/03/tema-geriatri/behandling-av-underernaering-hos-eldre-pasienter>
- Norsk helseinformatikk. (2009). *Fordøyelse*. Henta frå Norsk Helseinformatikk: <http://nhi.no/forside/animasjoner/mage-tarm/fordoyelse-32279.html>
- Paquet, C., St-Arnaud-McKenize, D., Ma, Z., Kergoat, M.-J., Ferland, G., & Dubè, L. (2008). *More Than Just not Being Alone: The Number, Nature, and Complementarity of Meal-Time Social Interactions Influence Food Intake in Hospitalized Elderly Patients*. doi:10.1093/geront/48.5.603
- Pasient- og brukerrettigheter. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Henta frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_4#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4)
- Sjøen, R. J., & Thoresen, L. (2008). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring- mer enn mat og drikke*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

## Vedlegg 1



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak

## 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.

<p><b>Vurdering, del I</b></p> <p><b>A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?</b></p> <p>0 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt <input type="checkbox"/></p> <p><b>B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene</b></p> <p>0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap <input type="checkbox"/></p> <p><b>C Mobilitet</b></p> <p>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"/></p> <p><b>D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene</b></p> <p>0 = ja    2 = nei <input type="checkbox"/></p> <p><b>E Neuropsykologiske lidelser</b></p> <p>0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser <input type="checkbox"/></p> <p><b>F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)</b></p> <p>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"/></p> <p><b>Undersøkelsesspoengsum vurdering, del I (sumtotal maks. 14 poeng)</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II</p> <p>11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II</p> <p><b>Vurdering, del II</b></p> <p><b>G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)</b></p> <p>1 = ja    0 = nei <input type="checkbox"/></p> <p><b>H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag</b></p> <p>0 = ja    1 = nei <input type="checkbox"/></p> <p><b>I Trykksår eller hudsår</b></p> <p>0 = ja    1 = nei <input type="checkbox"/></p>	<p><b>J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?</b></p> <p>0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider <input type="checkbox"/></p> <p><b>K Utvalgte markører for proteininntak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/></span></li> <li>• To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/></span></li> <li>• Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/></span></li> </ul> <p>0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?</b></p> <p>1 = ja    0 = nei <input type="checkbox"/></p> <p><b>M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?</b></p> <p>0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>N Matinntak</b></p> <p>0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter <input type="checkbox"/></p> <p><b>O Eget syn på ernæringsmessig status</b></p> <p>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> <p><b>P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?</b></p> <p>0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Q Overarmens omkrets (OO) i cm</b></p> <p>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"/></p> <p><b>R Leggomkrets (LO) i cm</b></p> <p>0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større <input type="checkbox"/></p> <p><b>Vurdering, del II (maks. 16 poeng)</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Undersøkelsesspoengsum, vurdering, del I</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Gradering av underernæringsstilstand</b></p> <p>17 til 23.5 poeng <input type="checkbox"/> I fare for underernæring</p> <p>Mindre enn 17 poeng <input type="checkbox"/> underernært</p>
--	--

Ref. Velas B, Velas H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006;10:456-465.

Rubenstein L.Z, Harker JO, Salva A, Gulgoz Y, Velas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Patients: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol* 2001;56A: M366-377.

Gulgoz 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](http://www.mna-elderly.com)