

# BACHELOROPPGAVE

Forebygging av underernæring  
hos eldre

**Malin Balsnes**

Bachelorutdanning i sjukepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt  
for helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie  
Førde

Veileder: Irene Sjursen

Innleveringsdato: 01.06.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskolen på Vestlandet, § 10

## **Sammendrag**

**Tittel:** Forebygging av underernæring hos eldre.

**Bakgrunn for valg av tema:** I praksis har jeg møtt pasienter som har vært tydelig underernærte eller på grensen til å bli det. Jeg har sett konsekvensene som underernæring har ført med seg og hvordan det har påvirket pasienten. Jeg ønsket derfor å skrive om dette temaet for å sette fokus på det forebyggende arbeidet.

**Problemstilling:** "Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre pasienter på sykehjem?"

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Jeg har benyttet meg av litteratur hentet fra pensum- og fagbøker, forskningsartikler og mine egne erfaringer.

**Oppsummering:** Gjennom teori, forskning og egne erfaringer har jeg drøftet hvordan kartlegging og vurdering av ernæringsstatus og tilrettelegging ved måltidsituasjonen kan forebygge underernæring hos eldre på sykehjem. MNA, KMI, rutinemessig vektkontroll, kostintervju og kostregistrering er nyttige verktøy i det forebyggende arbeidet og kan bidra til å forebygge, men det er en forutsetning at sykepleiere har kunnskap om ernæring, noe som viser seg å være mangelfullt. Ansvar er både hos sykepleierne selv og hos lederne.

Videre viser det seg at god tilrettelegging ved måltidsituasjonen kan øke matlysten og matinntaket og dermed kunne forebygge underernæring hos eldre. Miljøet spiller en viktig rolle og det samme gjør tilretteleggingen av selve måltidet, spesielt når det kommer til de normale aldersforandringene som kan begrense pasientens evne og lyst til å spise tilstrekkelig. Det er viktig at sykepleier er klar over hvordan disse virker inn og påvirker pasientens matlyst, slik at man kan legge til rette for hver enkelt pasient.

**Nøkkelord:** forebygging, underernæring, eldre, sykehjem

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1 Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	1
1.3 Avgrensing .....	1
1.4 Definisjon av omgrep.....	2
1.5 Oppgavens oppbygning .....	2
<b>2 Metode</b> .....	<b>3</b>
2.1 Litteraturstudie .....	3
2.2 Søke og utvalgsprosessen .....	3
2.3 Kildekritikk .....	4
<b>3 Teoridel</b> .....	<b>6</b>
3.1 Virginia Henderson.....	6
3.2 Aldring og underernæring .....	6
3.3 Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus .....	7
3.3.1 Mini Nutritional Assessment .....	7
3.3.2 Kostintervju og kostanamnese .....	7
3.3.3 Kostregistrering og ernæringsplan .....	8
3.3.4 Kroppsmasseindeks .....	8
3.4 Miljøet .....	8
3.5 Kunnskap om ernæring.....	8
3.6 Retningslinjer, lover og forskrifter.....	9
3.6.1 Nasjonale faglige retningslinjer .....	9
3.6.2 Yrkesetiske retningslinjer.....	9
3.6.3 Helsepersonelloven .....	9
3.6.4 Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.....	10
3.6.5 Forskriften om en verdig eldreomsorg.....	10
<b>4 Resultat</b> .....	<b>11</b>
4.1 Forskningsartikkel 1.....	11
4.2 Forskningsartikkel 2.....	11
4.3 Forskningsartikkel 3.....	12
4.4 Forskningsartikkel 4.....	12
4.5 Forskningsartikkel 5.....	13
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>14</b>
5.1 Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus .....	14
5.2 Tilrettelegging ved måltidsituasjonen.....	17
<b>6 Konklusjon</b> .....	<b>20</b>
<b>Bibliografi</b> .....	<b>21</b>
<b>Vedlegg 1</b>	
<b>Vedlegg 2</b>	

# 1 INNLEIING

## 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Hos eldre er underernæring det vanligste og største ernæringsproblemet (Brodtkorb, 2015, s. 301), og Helsedirektoratet (2013, s. 10) anslår at underernæring hos pasienter i sykehus og sykehjem varierer mellom 10% og 60%. Det er flere årsaker, både de normale aldersforandringene, funksjonssvikt og sykdom er faktorer som kan påvirke de eldres evne og lyst til å spise (Brodtkorb, 2015, s. 301). Konsekvensene av underernæring er flere, blant annet økt risiko for komplikasjoner, redusert motstand mot infeksjoner, forverring av fysisk og mental funksjon, redusert livskvalitet, forsinket rekonvalens og økt dødelighet. Videre gir også underernæring økonomiske konsekvenser i form av forlenget liggetid i institusjon (Helsedirektoratet, 2013, ss. 11-12).

Eldre er utsatt for underernæring (Jacobsen & Bye, 2015, s. 635), og i følge Brodtkorb (2015, s. 304) har sykepleiere en sentral rolle knyttet til å kartlegge og forbedre den eldres ernæringsstatus. Likevel viser tidligere studier at fokuset på blant annet kartlegging av ernæringsstatus ikke er optimalt hos sykehjemmene (Aagaard, 2010, ss. 39-40), og at kunnskapen om ernæring hos helsepersonell er mangelfull (Dahl Eide, Halvorsen, & Almendingen, 2014, s. 700; Suominen, Sandelin, Soini, & Pitkala, 2009, s. 294). Dette er også i tråd med mine egne erfaringer fra praksis.

Jeg opplever at fokuset på underernæring er moderat i institusjonene, og jeg har sett lite til forebyggende tiltak. I praksis har jeg møtt pasienter som har vært tydelig underernærte eller på grensen til å bli det, og jeg har sett konsekvensene som underernæring har ført med seg og hvordan det har påvirket pasienten. Jeg har ofte tenkt: Hva kan man gjøre for å forebygge dette og hvorfor blir det ikke gjort? Jeg har derfor valgt å skrive om forebygging av underernæring hos eldre fordi dette er noe jeg ønsker å sette fokus på. Jeg ønsker at sykepleiere som jobber med eldre skal være bevisste på hvor viktig det er med forebygging og hvilken tiltak som kan settes i verk.

## 1.2 PROBLEMSTILLING

”Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre pasienter på sykehjem?”

## 1.3 AVGRENSING

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til eldre pasienter over 65 år som bor på langtidsavdeling på sykehjem. Jeg har satt fokus på to områder hvor sykepleier kan være med på å forebygge underernæring: gjennom kartlegging og vurdering av ernæringsstatus og tilrettelegging ved måltidsituasjonen. Jeg skal drøfte hvordan kartlegging og vurdering av ernæringsstatus ved hjelp av MNA, rutinemessig vektkontroll, KMI, kostintervju og kostregistrering kan være med på å forebygge

underernæring. Kunnskap om ernæring hos sykepleiere er en viktig forutsetning for å kunne gjennomføre kartleggingen og vurderingen, og jeg vil derfor også drøfte viktigheten av dette. Videre skal jeg drøfte hvordan tilrettelegging ved måltidsituasjonen kan øke matlysten og matinntaket med fokus på miljøet og selve måltidet. De normale aldersforandringene er en utfordring, og jeg skal se på hvordan sykepleier kan legge til rette på best mulig måte slik at aldersforandringene ikke påvirker pasientens matinntak.

Jeg har ikke satt fokus på noen diagnose og omtaler heller ikke hvordan bruk av ulike legemidler kan påvirke ernæringen, men jeg har tatt utgangspunkt i de normale aldersforandringene og hvordan de kan virke inn.

#### 1.4 DEFINISJON AV OMGREP

**Forebygging:** Er å hindre sykdom, skade, tidlig død og bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2015, s. 162).

**Underernæring:** Når næringsinntaket er mindre enn behovet utvikler underernæring seg. Dette kan være fordi behovet øker, eller fordi inntaket av ernæring reduseres (Brodtkorb, 2015, ss. 306-308).

**Eldre:** Verdens helseorganisasjon (WHO) bruker betegnelsen "eldre" om personer over 65 år (Arsky et al., 2012, s. 44).

**Sykehjem:** Institusjon der pasienter får opphold hele døgnet. De får behandling og pleie som de ikke trenger innleggelse i sykehus for, men som krever en helsefaglig innsats som ikke er praktisk mulig eller forsvarlig å gi i pasientens hjem (Braut, 2009).

#### 1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING

I kapittel 1 har jeg begrunnet valg av tema, presentert problemstilling, avgrensing og definert viktige omgrep. Kapittel 2 tar for seg hvilken metode jeg har brukt i oppgaven, søke- og utvalgsprosessen for å finne litteratur og kildekritikk. Kapittel 3 inneholder teorigrunnlaget for oppgaven og gir grunnlag for drøftingen. Deretter er forskningsartiklene mine presentert i kapittel 4. Kapittel 5 inneholder drøftingen og er den største delen av oppgaven. Her skal jeg drøfte ulike tiltak for hvordan sykepleier kan forebygge underernæring. Til slutt kommer kapittel 6 som inneholder oppgavens konklusjon.

## 2 METODE

### 2.1 LITTERATURSTUDIE

I følge Dalland (2017, s. 51) forteller metoden oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Denne oppgaven er en litteraturstudie, noe som betyr at man systematiserer kunnskap fra ulike kilder (Thidemann, 2017, s. 79). Jeg har benyttet meg av litteratur som er hentet fra pensumbøker, fagbøker og forskningsartikler for å svare på min problemstilling. I tillegg har jeg også brukt mine egne erfaringer og observasjoner fra praksis. Jeg har brukt både kvantitative og kvalitative studier i oppgaven som bidrar på hver sin måte. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene fanger opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52).

### 2.2 SØKE OG UTVALGSPROSESSEN

Gjennom biblioteket på Høyskolen har jeg søkt i databasene Svemed+, Academic Search Elite (la også til databasen Cinahl with full text) og Oria for å finne relevant forskning. Jeg har søkt på norske og engelske ord, både som enkeltord og i kombinasjon. De engelske søkeordene benyttet jeg fordi jeg ønsket å få flere resultater som var relevant for min oppgave. Jeg avgrenset søkene mine til tidsperioden 2008-2018 slik at ingen av artiklene var eldre enn 10 år. Videre var det studier gjennomført på sykehjem jeg var ute etter. Jeg leste flere abstrakter før jeg valgte ut de forskningsartiklene som jeg anså som mest aktuelle for min problemstilling. Søkeprosessen ble gjennomført 12.03.18 – 24.04.18.

I Svemed+ brukte jeg søkeordene "Nutrition" og "Screening". Jeg haket av for "Peer reviewed tidsskrifter" og "Läs online". Dette ga meg 8 treff. Jeg valgte ut artikkelen "Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre" (Gjerlaug, Harviken, Uppsata, & Bye, 2016). Denne anså jeg som aktuell for min oppgave fordi den undersøkte ulike screeningverktøy som egnet seg til å avdekke risiko for underernæring blant eldre.

Videre i Svemed+ søkte jeg "Måltider" og "Sykehjem". Her haket jeg også av for "Peer reviewed tidsskrifter" og "Läs online". Dette gav meg 7 treff. Jeg valgte artikkelen "Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse" (Aagaard, 2010). Denne valgte jeg fordi den blant annet så på hvordan lederne av sykehjemmene vurderte rutinene for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet.

I databasen Academic Search Elite la jeg til CINAHL with full text og kombinerte søkeordene "Nurse" AND "Elderly" AND Malnutrition". Jeg haket av for "Full text" og "Peer reviewed", og la inn årstall 2008-2018. Dette gav meg 33 treff og jeg valgte artikkelen "How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?" (Suominen et al., 2009). Artikkelen var relevant for min oppgave

siden den viste hvor viktig det er å kartlegge pasientenes ernæringsstatus for å oppdage de som er i risiko for underernæring og de som allerede er det.

I Oria brukte jeg søkeordene "Mealtime" og "Experience". Her haket jeg av for "Fra fagfelleverdertidsskrift", "Fulltekstdokument", "Engelsk", "Nutrition", "Artikler" og la inn årstall 2008-2018. Jeg fikk 407 treff og valte artikkelen "Assisted-living elderly and the mealtime experience" (Mahadevan, Hartwell, Feldman, Ruzsilla, & Raines, 2014). Denne artikkelen fant flere faktorer som virket inn på velværet til de eldre under måltidet, og artikkelen ble derfor relevant for min oppgave.

Videre brukte jeg søkeordene "Nutritional", "Care" og "Undernourished" i Oria. Jeg haket av for "Fra fagfelleverderte tidsskrift", "Fulltekstdokument", "Malnutrition" og la inn årstall 2008-2018. Søket gav meg 134 treff og jeg valte artikkelen "Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses" (Dahl Eide et al., 2014). Jeg valgte denne fordi artikkelen undersøkte hva sykepleierne opplevde som hinder når det kom til å sikre tilstrekkelig ernæringsmessig omsorg for de underernærte pasientene.

Vedlegg 1 viser dato for søk, database, søkeord, avgrensinger, antall treff og hvilken artikkel jeg valgte.

Bøkene som er brukt i denne oppgaven har jeg funnet gjennom pensumlisten, tidligere pensum og ved søk på bibliotekets sine sider. Fra pensumlitteraturen har jeg brukt boken "Metode og oppgaveskriving" (Dalland, 2017) og "Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter" av Thidemann (2017) som ga meg grunnlaget for å skrive "Metode" kapittelet i oppgaven. Videre har jeg brukt bøkene "Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten" (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2015), "Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie" (Groven & Holter, 2015), "Ernæring – mer enn mat og drikke" (Sortland, 2015) og "Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Arsky et al, 2012) siden alle omhandler eller har innhold om eldre og ernæring. Boken "ICN Sykepleiens grunnprinsipper" utarbeidet av Virginia Henderson (1993) var også relevant for min oppgave siden den handler om sykepleiens grunnprinsipper og pasientens grunnleggende behov. I søket etter litteratur gjennomførte jeg også manuelt søk ved å se på referanselisten til forskningsartiklene og bøkene som omhandlet temaet.

## 2.3 KILDEKRITIKK

I følge Dalland & Trygstad (2017, s. 158) skal man i kildekritikk vurdere om litteraturen lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillingen. For å finne forskning har jeg søkt i troverdige databaser gjennom biblioteket på Høgskolen og alle artiklene har vært fagfelleverderte. Jeg anser artiklene som relevante for min oppgave og mener at de belyser min problemstilling. Jeg har valgt å bruke

forskningsartikler som følger IMRaD-strukturen, som er mye brukt for oppbygging av forskningsartikler. Denne strukturen gjør det enkelt å orientere seg og få et overblikk over hva artikkelen handler om (Dalland & Trygstad, 2017, s. 163).

I utgangspunktet var det forskning gjort på sykehjem jeg var ute etter. Likevel valgte jeg å ta med studien til Dahl Eide et al., (2014, s. 696) som er gjort på et sykehus siden jeg mener den har overføringsverdi og viser viktige faktorer som påvirker ernæringsarbeidet. Noen av artiklene er også skrevet på engelsk, og jeg har selv måtte oversette teksten. Det er derfor en viss risiko for mistolkning.

Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur og fagbøker som jeg har funnet gjennom biblioteket på Høyskolen, og jeg anser de dermed som troverdige. Boken "ICN Sykepleiens grunnprinsipper" utarbeidet av Virginia Henderson (1993) er oversatt til norsk, og det kan dermed ha oppstått mistolkninger. Den er også over 10 år gammel, men jeg anser den likevel som relevant og velger derfor å ha den med.



### 3 TEORIDEL

I dette kapitlet tar jeg for meg teori som gir grunnlag for drøftingen.

#### 3.1 VIRGINIA HENDERSON

Henderson (1993, s. 27) har i sin teori fjorten ulike komponenter som er beskrivende for menneskets grunnleggende behov. Å hjelpe pasienten å spise og drikke er en av de. Sykepleieren skal sørge for at pasientens næringstilførsel er tilstrekkelig, og har ansvar for å bøte på appetittmangel. Henderson sier at sykepleieren er den som best kan oppmuntre pasienten til å spise og drikke, og er også den som er best egnet til å vite hva pasienten ønsker, siden hun tilbringer mest tid sammen med pasienten. Videre trekker hun også frem at det er viktig å legge rette for pasienten i spisesituasjonen for å øke matinntaket (1993, ss. 30-33).

#### 3.2 ALDRING OG UNDERERNÆRING

Når vi blir eldre endrer kroppsmassesammensetningen seg, noe som fører til at andelen av væske og muskulatur reduseres, det relative fettinnholdet øker og kroppens basalstoffsifte synker. Dette fører igjen til at kroppens energibehov avtar. Eldre har et energibehov som er 20-30% mindre enn hos unge voksne, og har et gjennomsnittlig daglig energibehov på ca. 25 kcal per kilo kroppsvekt. Det reduserte energibehovet fører til at de automatisk spiser mindre (Brodtkorb, 2015, s. 302).

De normale aldersforandringene påvirke den eldre evne og lyst til å spise tilstrekkelig (Brodtkorb, 2015, s. 301). Når vi blir eldre blir både lukte- og smakssansene dårligere, både fordi antall smaksløker reduseres og fordi terskelen for smak endres. Det skjer også forandringer i fordøyelsessystemet. Svelgeproblemer, tap av tenner og/eller dårlig tilpasset tannprotese kan påvirke pasientens evne til å tygge og få konsekvenser for mengden og typen mat som eldre spiser. Videre kan også munntørrhet gjøre det vanskelig for pasienten å tygge og svelge (Sortland, 2015, ss. 141-142).

I følge Brodtkorb (2015, s. 306) opptrer underernæring når næringsinntaket er mindre enn behovet, enten fordi behovet øker, eller fordi inntaket reduseres. En kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak er gjerne årsaken hos eldre, og resultatet blir tap av fett og muskelvev (s. 308). Videre er konsekvensene av underernæring blant annet økt risiko for komplikasjoner, redusert motstand mot infeksjoner, forverret fysisk og mental funksjon, redusert livskvalitet, forsinket rekonvalesens og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2013, s. 11). På grunn av mangel på næringsstoffer følges også underernæring av blant annet svakhet, tretthet og sløvheter (Sortland, 2015, s. 166).

### 3.3 KARTLEGGING OG VURDERING AV ERNÆRINGSSTATUS

Ernæringsstatus sier noe om tilførselen, forbruket og tapet av næringsstoffer. Den sier noe om det fysiologiske behovet for næringsstoffer oppfylles og om det er samsvar mellom behov og inntak av næringsstoffer. Når man kartlegger pasientens ernæringsstatus får man informasjon om pasienten har utviklet eller er på vei til å utvikle et ernæringsproblem, og den danner grunnlaget for å kunne bedre pasientens ernæringsstatus. I institusjoner som arbeider med eldre pasienter bør dette være en etablert rutine (Brodtkorb, 2015, s. 303).

#### 3.3.1 *MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT*

MNA er et kartleggingsverktøy hvor sykepleier systematisk kan kartlegge årsaksforhold ved underernæring (Brodtkorb, 2015, s. 304). MNA består av to deler, en innledende screening, del 1, og en vurderingsdel del 2. De utgjør til sammen 18 spørsmål (skåringsalternativer 0-30). Først måles vekt og høyde før man starter på den innledende screeningen, del 1. Del 1 består av seks spørsmål (A-F). Dersom pasienten skårer over 11 poeng på del 1, blir screeningen avsluttet og gjentatt etter en uke, en måned eller etter individuelle behov (Jacobsen & Bye, 2015, s. 642). MNA-SF er kortversjonen av skjemaet og inneholder bare del 1 (Gjerlaug et al., 2016, s. 152).

Med en skår på under 11 poeng, går man videre til del 2. Del 2 består av 12 spørsmål (G-R). Dersom pasienten får over 24 poeng totalt, er den eldre godt ernært. Med en skår på 17 til 23,5 poeng, er pasienten i fare for underernæring. Skårer pasienten mindre enn 17 poeng, er han eller hun underernært (Jacobsen & Bye, s. 642). Se vedlegg 2 for MNA skjema (Helsebiblioteket, 2006).

#### 3.3.2 *KOSTINTERVJU OG KOSTANAMNESE*

Kostintervju skal gjennomføres når pasienten blir innlagt i sykehjemmet. Det er et viktig hjelpemiddel når sykepleier skal vurdere pasientens kosthold og ernæringsstatus, og det danner grunnlag for pasientens ernæringsbehov. Videre er det også et viktig verktøy for å finne sammenhengen mellom symptomer på sykdom, underernæring og feilernæring (Sortland, 2015, s. 169).

Formålet med et kostintervju er å få oversikt over pasientens daglige kosthold og matvaner. Det må innhentes data om blant annet spisevaner, appetitt, tannstatus, tannprotese og tyggeeve for å få oversikt over hva pasienten vanligvis spiser og drikker. Munnhulens og tannkjøttets tilstand, soppinfeksjon i munnhulen, belegg på tungen og svelgefunksjon er også viktig data å samle inn. Videre må sykepleier også samle inn data om matmengde, antall måltider, måltidenes tidspunkt, spesielle ønsker, spesialkost og matintoleranse for å få en god oversikt (Sortland, 2015, s. 169).

### 3.3.3 KOSTREGISTRERING OG ERNÆRINGSPLAN

Ved kostregistrering kartlegger man alt pasienten spiser og drikker i løpet av en dag eller flere dager. Den kan ha flere formål, blant annet kan man gjennomføre kostregistrering for å kartlegge i hvilken grad pasienten dekker sitt energi- og proteinbehov. Den kan også danne grunnlag for tilpassede tiltak og samtale om matvaner med pasienten. Videre kan også formålet være å dokumentere effekt av tiltak (Arsky et al., 2012, s. 87).

En ernæringsplan inneholder dokumentasjon om pasientens ernæringsstatus og behov for energi og næringsstoffer. Videre inneholder den også informasjon om matinntak og oversikt over målrettede tiltak (Arsky et al., 2012, s. 92). Dersom pasientene er i ernæringsmessig risiko skal de ha individuell ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2013, s. 9).

### 3.3.4 KROPPSMASSEINDEKS

Kroppsmasseindeks (KMI) sier noe om forholdet mellom høyde og vekt (Brodtkorb, 2015, s. 303). Et enkelt mål på utredning av ernæringsstatus er registrering av kroppsvekt over tid og utregning av KMI, noe som gir verdifull informasjon om pasientens ernæringstilstand. KMI beregnes ved å dividere vekt (kg) med kvadratet av høyden (m). Veiing bør skje uten klær og til samme tid på døgnet, helst før frokost etter at pasienten har tømt urinblæren (Sortland, 2015, ss. 171-172). Hos eldre bør KMI være noe høyere enn hos yngre siden de har en høyere andel fettvev på kroppen (Brodtkorb, 2015, s. 304). For personer over 70 år regnes en KMI på 22-27 som normalt (Arsky et al., 2012, s. 79).

## 3.4 MILJØET

Sykepleier har ansvar for å hjelpe den eldre med mat og drikke, og man har også ansvar for å opprettholde en god atmosfære og et helsefremmende miljø (Sortland, 2015, s. 147). I følge Sortland (2015, s. 147) påvirker atmosfæren humøret og er derfor viktig for opplevelsen av måltidet. Når man har en god atmosfære ved måltidene kan det føre til at den eldre spiser bedre. Videre kan den eldre også få dekket psykososiale behov, blant annet tilhørighet, samhold og hyggelig samvær med medpasienter (Brodtkorb, 2015, s. 308). At personalet er tilstede sammen med pasientene under måltidet kan bidra til en positiv og trygg opplevelse (Sortland, 2015, s. 147).

## 3.5 KUNNSKAP OM ERNÆRING

Sykepleierens holdninger, bevissthet og ansvarlighet i forhold til mat og drikke er svært viktig for at eldre skal få dekket sitt ernæringsbehov (Sortland, 2015, s. 142). Sykepleier må ha kunnskap om rollen som ernæringen har i aldringsprosessen, og det er viktig at de er klar over de konsekvensene som høy alder har for kosthold og ernæringsstatus (s. 139). I følge Helsedirektoratet (2013, s. 30) er

god omsorg og ernæringsbehandling avhengig av kompetanse og oppfølging på alle nivåer i spesialist- og primærhelsetjenesten.

### 3.6 RETNINGSLINJER, LOVER OG FORSKRIFTER

#### 3.6.1 NASJONALE FAGLIGE RETNINGSLINJER

”Helsedirektoratet ønsker med disse Nasjonale faglige retningslinjene å bidra til å sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring. Målet med retningslinjene er at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko blir identifisert og får en målrettet ernæringsbehandling” (Helsedirektoratet, 2013, ss. 3-7).

Retningslinjene omfatter blant annet anbefalinger som gjelder indentifisering og behandling av underernærte og pasienter i ernæringsmessig risiko som er innlagt på sykehjem (Helsedirektoratet, 2013, s. 7).

#### 3.6.2 YRKESETISKE RETNINGSLINJER

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten. Sykepleieren ivaretar den enkeltes pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2011, ss. 7-8).

#### 3.6.3 HELSEPERSONELLOVEN

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillitt til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Virksomhet som yter helse-

og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999, §1,4,16).

#### *3.6.4 FORSKRIFTEN OM KVALITET I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE*

”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel” (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1).

Kommunene skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov, blant annet fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3).

#### *3.6.5 FORSKRIFTEN OM EN VERDIG ELDREOMSORG*

”Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen skal tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom” (Verdighetsgarantien, 2010, §1).

Tjenestetilbudet skal blant annet legge til rette for et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider (Verdighetsgarantien, 2010, §3).

## 4 RESULTAT

### 4.1 FORSKNINGSARTIKKEL 1

**Tittel:** "Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre" (Gjerlaug et al., 2016).

**Hensikt:** Å identifisere screeningverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring blant eldre bosatt i langtidsinstitusjoner og eldre som mottar hjemmesykepleie, ved å oppsummere hva forskning sier om validitet, reliabilitet og anvendbarhet.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie.

**Funn:** De fant fire ulike screeningverktøy – MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI – fordelt på ni valideringsstudier. MNA-SF var validert flest ganger (fire studier), og både sensitivitet og spesifisitet var høy. MST var validert i én studie med moderat spesifisitet. De andre verktøyene viste moderat validitet. Ingen av de inkluderte studiene undersøkte anvendbarheten av verktøyet. Studien konkluderer med at MNA-SF var best egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko i begge gruppene, men mer forskning er nødvendig.

### 4.2 FORSKNINGSARTIKKEL 2

**Tittel:** "Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse" (Aagaard, 2010).

**Hensikt:** Å beskrive hvordan styrer/leder av sykehjemmet vurderte maten som ble servert pasientene ved sykehjemmet, antall måltider og tidspunkt for måltidene, og rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet.

**Metode:** Undersøkelsen var en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse. Forespørsel om deltakelse ble sendt til alle sykehjem i Norge. Hvert sykehjem fikk tilsendt ett spørreskjema med faste svaralternativ. 570 sykehjem deltok og det var sykehjemmets ledere som svarte på spørreskjemaet.

**Funn:** 62% svarte at maten var appetittvekkende og delikat. Studien viste at kun 15% av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. 43% av respondentene svarte at det ikke var en standard prosedyre å veie pasientene ved innskriving, og 30% svarte at det heller ikke var rutine for regelmessig veiing. 68% svarte imidlertid at vekten ble registrert dersom det var mistanke om at en pasient spiste lite. 4% beregnet pasientenes kroppsmasseindeks. Ved 76% av sykehjemmene hadde hver avdeling egen vekt. Nesten alle, 94%, svarte at matinntaket ble registrert hvis pasienten hadde dårlig ernæringsstatus.

80% av respondentene hevdet at personale trengte mer kunnskap om ernæringsarbeid i sykehjem. Dette gjaldt hovedsakelig kunnskap om anbefalinger for kosthold, beregning av ernæringsbehov til

eldre og syke, mat ved demens og hvilke tiltak som bør settes inn overfor pasienter som spiser lite og kost ved svelgeproblemer.

### 4.3 FORSKNINGSARTIKKEL 3

**Tittel:** "Assisted-living elderly and the mealtime experience" (Mahadevan et al., 2014).

**Hensikt:** Å undersøke beboere i omsorgsboliger sitt eget syn på måltider og faktorer som påvirket deres følelse av velvære under måltidene.

**Metode:** Kvalitativ studie. 38 menn og kvinner over 65 år deltok i fokusgruppe diskusjoner.

**Funn:** Muligheten til å ta sunne matvalg, sosialisere, omgås med tilsette, venner og familie, og å nyte måltidet i et varm og innbydende miljø, var faktorer som var viktige for velvære under måltidene.

Matens presentasjon var viktig for de eldre. Videre gav de uttrykk for at nå når de var blitt eldre så hadde de mistet gleden av å spise på grunn av tap av blant annet sanser og nedsatt appetitt. Følelsen av sosial isolasjon ble også trekt frem som en faktor som påvirket de Eldres mulighet til å glede seg over måltidet. De fleste følte at å ha mer kunnskap om ernæring ville hjelpe dem i å velge riktig mat under måltidene. Sykepleierne var en av de som deltakerne følte kunne gi dem denne kunnskapen.

### 4.4 FORSKNINGSARTIKKEL 4

**Tittel:** "How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?" (Suominen et al., 2009).

**Hensikt:** Ernæringsstatusen til 1043 eldre pasienter ble vurdert ved bruk av MNA, BMI og faktorer knyttet til deres ernæringspleie, som ble forespurt ved hjelp av et strukturert spørreskjema. I tillegg ble 53 sykepleiere spurt om de anså pasientene sine som underernært. Hensikten med studien var å undersøke hvor godt sykepleierne gjenkjente underernæring hos pasientene ved å sammenligne deres mening med resultatene av MNA og BMI.

**Metode:** Tverrsnittstudie.

**Funn:** Sykepleierne anså bare 15,2% av pasientene som underernærte, selv om MNA viste at 56,7% var det. Av de pasientene med BMI <20 og MNA <17, anså sykepleierne kun en tredjedel for å være underernærte. Av de med BMI >24 og MNA <17, ble bare 2% sett på som underernært. Studien konkluderer med at sykepleierne gjenkjente underernæring dårlig hos pasientene og at sykepleiere trenger mer kunnskap om ernæring.

## 4.5 FORSKNINGSARTIKKEL 5

**Tittel:** "Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses" (Dahl Eide et al., 2014).

**Hensikt:** Å identifisere hva sykepleierne opplevde som et hinder for dem når det kom til å sikre tilstrekkelig ernæringsmessig omsorg for de underernærte pasientene.

**Metode:** Kvalitativ studie. Fire fokusgrupper intervjuer med totalt 16 sykepleiere var med.

**Funn:** Det ble identifisert fem temaer som sykepleierne anså som hinder i arbeidet med å sikre tilstrekkelig ernæringsmessig omsorg for de eldre som var underernærte; ensomhet i ernæringsarbeidet, behov for økt kompetanse, lav fleksibilitet i matserveringen, systemfeil i ernæringsarbeidet, og ignorering av ernæringsarbeid. Studien konkluderer med at ernæringsarbeidet i sykehus har sine grenser innenfor sykehusets struktur og organisasjon, men også når det kommer til sykepleierne sin kompetanse. Videre viser studien også at de underernærte ikke er identifisert og behandlet slik som de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring sier de skal.



## 5 DRØFTING

”Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre pasienter på sykehjem?”

I dette kapittelet skal jeg drøfte hvordan sykepleier kan forebygge underernæring ved hjelp av kartlegging og vurdering av ernæringsstatus og tilrettelegging ved måltidsituasjonen.

### 5.1 KARTLEGGING OG VURDERING AV ERNÆRINGSSTATUS

I følge Helsedirektoratet (2013, s. 8) skal alle pasienter i sykehjem vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov, blant annet fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). Likevel viser studier at kartleggingen er mangelfull og at prosedyrene er dårlig innarbeidd i sykehjemmene (Aagaard, 2010, ss. 39-40).

Å kartlegge pasientens ernæringsstatus er et viktig tiltak for å oppdage de som er i fare for å utvikle underernæring og de som allerede har utviklet det (Suominen et al., 2009, s. 292). Det er viktig å oppdage pasientene tidlig for å kunne iverksette tiltak så fort som mulig. De finnes flere måter å kartlegge pasientens ernæringsstatus på. Brodtkorb (2015, s. 302) sier at rutinemessig vektkontroll er en enkel metode når man skal følge pasientens ernæringsstatus. Videre nevner hun blant annet KMI og MNA som gode verktøy for vurdering (s. 304). At MNA er et godt og viktig verktøy for å oppdage pasienter i risiko for underernæring støttes også både av Helsedirektoratets retningslinjer (2013, s. 8), studien til Gjerlaug et al., (2016, s. 148) og studien til Suominen et al., (2009, s. 292). Studien til Gjerlaug et al., (2016, s. 148) viste at MNA-SF, som er kortversjonen av MNA, var best egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko. Den inneholder bare del 1 av MNA skjemaet og er dermed mindre tidkrevende, noe som kan være positivt i en travel hverdag.

Å kartlegge ved hjelp av rutinemessig vektkontroll, KMI og MNA er viktig for å vurdere ernæringsstatus (Brodtkorb, 2015, ss. 302-304). Likevel viser Aagaard (2010, s. 39) sin studie at kun 15% av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. Videre svarte 43% at det ikke var en standard prosedyre å veie pasientene ved innskrivning, og 30% svarte at det heller ikke var rutine for regelmessig veiing. En annen studie viser også at vekt ofte ble målt for andre grunner enn å sikre god ernæring, for eksempel for å se på væskebalansen i kroppen til pasienten (Dahl Eide et al., 2014, s. 701).

En mulig årsak til at veiing av pasientene ikke blir gjort er tilgang på utstyr. I studien til Aagaard (2010, s. 42) viste det seg at ved ett av fem sykehjem måtte flere avdelinger dele vekt. Når flere

avdelinger må dele vekt kan det by på problemer når flere har behov for å bruke vekten samtidig. Dette kan medføre at vektregistrering ikke blir foretatt og at pasienten ikke blir veid slik som retningslinjene tilsier, noe Aagaard også trekker frem. Dette vil igjen bidra til at pasienter som er i risiko gruppen, eller som allerede er underernært, ikke blir oppdaget, og utsatt for noe som kunne vært unngått. Videre kan også utfordringer ved implementering av rutinene være en årsak til at prosedyrene ikke blir fulgt. Studien til Aagaard (s. 42) viste at rutinene for å følge pasientenes ernæringsstatus ikke var godt nok innarbeidet i sykehjemmene.

Et annet tiltak er kostintervju og kostanamnese, noe som skal foretas ved innleggelse (Sortland, 2015, s. 169). Sortland (2015, s. 169) trekker dette frem som et viktig hjelpemiddel i vurderingen av pasientens kosthold og ernæringsstatus. Ved å spørre spørsmål som; "Når spiser du frokost?", "Hvilket pålegg liker du?" og "Hva drikker du helst til måltidene?" får man oversikt over pasientens daglige kosthold og matvaner. Kostintervjuet gjør det også enklere å servere mat og drikke som pasienten liker, noe som kan vekke appetitten (Brodtkorb, 2015, s. 308), og man unngår å tilby mat som kan føre til at pasienten ikke spiser.

Det er viktig å være oppmerksom på at kostholdet til den eldre ikke blir for ensformet, og at kostintervjuet ikke blir brukt som en fasit på hva pasienten skal ha. Selv om pasienten har svart at han helst drikker melk til måltidene, så betyr ikke dette at han kun drikker melk og kun skal serveres det. Det samme gjelder pålegg. Selv om hvitost er favoritten, betyr det ikke nødvendigvis at det bare er hvitost pasienten liker. Dersom det blir servert det samme hver eneste dag, kan dette medføre at den eldre mister matlysten og slutter å spise, noe jeg opplevde i praksis. Pasienten fikk servert det samme pålegget hver eneste dag fordi det var det han hadde sakt at han likte best. Det er derfor viktig å være oppmerksom slik at man unngår for ensformig kost.

Dersom pasienten spiser lite er det viktig å kartlegge hvor mye energi pasienten tar inn i løpet av en dag gjennom kostregistrering. Alt som pasienten spiser og drikker må dokumenteres og beskrives så presist som mulig, samt type, mengde og tidspunkt. Den må gjennomføres helt nøyaktig, noe som kan være en utfordring siden det er vanskelig å gi helt nøyaktige beskrivelser av mat- og drikkeinntak (Arsky et al., 2012, s. 87). Ved å summere pasientens energi-, protein og væskeinntak fra kostregistreringen, oppdager man dersom pasienten inntar for lite energi i forhold til beregnet behov. Kostregistreringen kan dermed bidra til å oppdage de som spiser for lite slik at tiltak kan bli iverksatt så fort som mulig. I følge Arsky et al., (2012, s. 92) er et energiinntak mindre enn 60-75% av beregnet behov en indikasjon for tiltak. Det er da viktig å lage en ernæringsplan med tiltak for å forbedre ernæringsstatusen og unngå videre utvikling av underernæring.

Studier viser at det er behov for kartlegging av ernæringsstatus for å oppdage de som er underernærte (Suominen et al., 2009, s. 292). I studien til Suominen et al., (2009, s. 292) anså sykepleierne bare 15,2% av pasientene som underernærte, mens MNA viste at hele 56,7% var det. Studien viser at man ikke kan se med øynene hvem som er underernært og ikke, og den viser viktigheten av å kartlegge ved hjelp av MNA. Sykepleierne gjenkjente underernæring dårlig hos pasientene sine, og studien trekker frem manglende ernæringskunnskaper som en mulig årsak.

Mangelen på ernæringskunnskaper kan være en mulig årsak til mangelfull kartlegging og vurdering. En studie gjort på et sykehus i Norge viste at sykepleierne hadde manglende kunnskaper og ferdigheter for å identifisere og behandle eldre underernærte pasienter. De var usikre på hvordan de skulle evaluere ernæringsstatusen, anslå ernæringsbehov og måle ernæringsinntak. Videre var retningslinjene for det meste ukjente for sykepleierne, og konseptet av underernæring virket ukjent for de fleste. Studien viste også at sykepleierne hadde lite kunnskap om risikofaktorer og konsekvenser for underernæring (Dahl Eide et al., 2014, s. 700).

Når sykepleiere har lite kunnskap om risikofaktorene for underernæring og hva det påfører pasienten, kan det tenkes at ernæringsarbeidet blir tilsidesatt i en hektisk hverdag. Dette er noe Aagaard (2010, s. 42) også trekker frem i sin studie. Hun sier at manglende praksis med for eksempel veiing kan bero på mangelfull forståelse av betydningen fra et ernærings synspunkt, siden en slik registrering ikke er tidkrevende. Videre sier hun at helsepersonell bør ha kunnskaper om viktigheten av å identifisere pasientenes ernæringsmessige risiko. I følge Sortland (2015, s. 142) er manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet hos helsepersonell om ernæringsstatus og ernæringsbehov en medvirkende faktor til at Eldres ernæringsstatus forringes ved innleggelse i institusjon. Brodtkorb (2015, s. 306) sier også at manglende kompetanse er en årsak til at pasienter ikke får den hjelpen de trenger.

For å kunne kartlegge og vurdere ernæringsstatusen til de eldre er det derfor viktig at sykepleierne tar ansvar for egen kompetanse. De Yrkesetiske retningslinjene (2011, s. 7) sier at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Helsepersonelloven (1999, §4,§16) slår også fast at sykepleier har ansvar for å utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet, men virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester skal også legge til rette slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. For å øke kunnskapen kan en for eksempel gjennomføre kurs. Kurs koster tid og ressurser, noe som kan være en utfordring, men på den andre siden koster også underernæring mye, både når det kommer til lengre liggetid i institusjon og ikke minst helsemessige konsekvenser for pasienten (Helsedirektoratet, 2013, ss. 11-12).

## 5.2 TILRETTELEGGING VED MÅLTIDSITUASJONEN

Forskriften om en verdig eldreomsorg (2010, §3) slår fast at en skal legge til rette for et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider. Henderson (1993, ss. 30-33) sier at en av sykepleiernes oppgaver er å hjelpe pasienten å spise og drikke, og sykepleier har ansvar for å sørge for at næringstilførselen er tilstrekkelig. For å kunne oppfylle dette og for å øke matlysten og matinntaket hos pasientene slik at underernæring unngås, er det viktig med god tilrettelegging, både når det kommer til miljøet og selve måltidet.

Miljøet kan påvirke pasientens matlyst og er viktig for opplevelsen av måltidet (Sortland, 2015, s. 147). Det er derfor en viktig oppgave å tilrettelegge slik at miljøet kan fremme matlysten hos de eldre, spesielt hos de som spiser lite og som er utsatt for underernæring. I følge Sortland (2015, s. 147) blir spisemiljøet enda viktigere dersom appetitten er dårlig. Dette kommer også frem i studien til Mahadevan et al., (2014, s. 152) som fant at et innbydende miljø var en viktig faktor for velvære under måltidet.

Funnene til Mahadevan et al., (2014, s. 156) stemmer overens med det Sortland (2015, s. 147) skriver om spisemiljøet. En hyggelig atmosfære rundt måltidet kan øke appetitten. Videre påvirker både interiør, design på tekstiler, farger, lys og lyder måltidet. Møblene må være komfortable og pasientene bør ha en god sittestilling ved bordet. Det er også viktig å sørge for god belysning i rommet og ro. Videre kan man bidra til en god atmosfære ved å pynte bordet med en duk, lys og blomster. Frisk luft kan også skjerpe appetitten blant de eldre. At spisemiljøet er en viktig faktor i forebyggingen av underernæring viser seg også i Helsedirektoratets ernæringstrapp, der tiltak rundt spisesituasjonen er det første trappetrinnet (2013, s. 19). I følge Helsedirektoratet (s. 19) er delikat mat i et hyggelig måltidsmiljø grunnleggende faktorer for trivsel og god matlyst.

Måltidet er også viktig for å forebygge ensomhet og kan gi en opplevelse av trygghet, glede og tilhørighet. Det at de eldre spiser sammen med andre kan øke både appetitten og matinntaket. Tilstedeværelsen av sykepleierne kan også virke positivt inn på pasientens matinntak og kan gi en positiv og trygg opplevelse (Sortland, 2015, s. 147). Henderson (1993, s. 30) trekker også frem sykepleierens tilstedeværelse, og sier at sykepleieren er den som best kan oppmuntre pasienten til å spise og drikke. Noen pasienter kan "glemme" seg litt bort når de sitter ved bordet, noe jeg ofte har observert i praksis, og trenger en påminnelse på å komme i gang igjen med spisingen. Videre er det også viktig å være på tilbudssiden når det kommer til sending av pålegg og skiver. Ofte har de lyst på en skive til, men rekker kanskje ikke fatet. Noen velger da å heller takke for maten og forlate bordet, isteden for å spørre om å få tilsendt en skive. Det er viktig å være oppmerksom, ofte kan man se om pasienten leter etter noe med blikket. Ved å være tilstede under måltidet kan sykepleier også

observere eventuelle utfordringer som pasientene har under måltidet, og dermed lettere tilrettelegge for dem.

Selv om fellesskap virker positivt inn på matinntaket så er det ikke alle som ønsker å spise sammen med andre, noe som må respekteres, selv om ensomhet kan redusere matlysten (Brodtkorb, 2015, s. 309). Brodtkorb (s. 308) trekker også frem at noen pasienter kan ha en spiseatferd som virker negativt inn på medpasientens trivsel og matlyst, noe som man må ta hensyn til på en skånsom måte. Ved slike tilfeller kan det være gunstig å lage mindre grupper og plassere pasienter med lik funksjonsevne og hjelpebehov sammen (s. 309).

Selv om man tilrettelegger miljøet rundt spisesituasjonen så kan det være andre faktorer som påvirker den eldre matlyst. Energibehovet avtar med alderen, og hos de fleste fører redusert energibehov til at de også spiser mindre (Brodtkorb, 2015, s. 302). De eldre kjenner og opplever heller ikke sultfølelse slik som før (Sortland, 2015, s. 146). Videre kan også de normale aldersforandringene være en medvirkende faktor. Det blir derfor også viktig å tilrettelegge slik at de ikke påvirker matlysten. Munntørrhet, dårlig tannstatus, nedsatt evne til å tygge på grunn av svakere muskulatur og svelgeproblemer er noen av de faktorene som påvirker den gamles lyst og evne til å spise (Brodtkorb, 2015, s. 309). Dersom pasienten har gått ned i vekt kan også tannprotesene bli løse og for store, og det kan ligge igjen matrester i protesen som vil føre til dårlig munnhygiene og påvirke matlysten (Sortland, 2015, s. 142). I slike tilfeller blir det derfor viktig med god munnhygiene, for eksempel ved at pasienten skyller munnen og protesene etter måltid.

Når pasientene får nedsatt evne til å tygge må man tilpasse matens konsistens. Noen trenger for eksempel moset mat. Dessverre kan dette resultere i at maten ikke lenger ser like appetittlig ut, noe som igjen kan påvirke matlysten til pasienten negativt. Presentasjonen av maten blir derfor viktig, noe som kommer frem i studien til Mahadevan et al., (2014, s. 156). At maten var fin å se på, med variasjon av farger og grønnsaker, var viktig for de eldre. Ved å pynte maten med for eksempel agurk, salat eller tomat, slik som Sortland (2015, s. 185) trekker frem, kan det bidra til at maten ser penere ut og dermed fremme matlysten. Henderson (1993, s. 32) trekker også frem at dersom måltidet er smakfullt og appetittvekkende anrettet, spiser gjerne pasienten mer.

Videre fører også svakere luktesans og færre smaksløker til dårligere smaksans, noe som ofte fører til nedsatt appetitt hos de eldre. Maten smaker mindre og dermed frister den også mindre. Nedsatt syn påvirker også gleden ved å spise (Brodtkorb, 2015, s. 308), noe som også viste seg i studien til Mahadevan et al., (2014, ss. 156-157) der de eldre mistet gleden fordi de hadde tap av sanser. Smaken av mat var borte, og det samme var luktesansen. Man må derfor tilby mat som frister for å øke inntaket. Kostintervjuet er et godt utgangspunkt (Sortland, 2015, s. 169). Videre kan også mat

med mer utpreget smak og lukt øke matinntaket. I følge Brodtkorb (2015, s. 308) beholdes gjerne evnen til å smake søtt lengre, og hun trekker frem at søte påleggstyper og kaker kan være hensiktsmessige, selv om de gir få næringsstoffer utover energi. Så langt det er mulig bør likevel kosten være næringsrik, og tomme kalorier bør unngås (Sortland, 2015, s. 185). For personer med liten matlyst, som er i ernæringsmessig risiko, har nedsatt allmenntilstand eller moderat underernæring anbefaler Arksy et al., (2012, s. 116) at fett bør stå for 35-40%, protein 15-20% og karbohydrat 40-50% av energifordelingen.

Det er ikke alltid det skal så mye til. Små justeringer kan gjøre store utslag for å forebygge underernæring hos eldre.

## 6 KONKLUSJON

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos eldre på sykehjem gjennom kartlegging og vurdering av ernæringsstatus og tilrettelegging ved måltidsituasjonen. Jeg har drøftet tiltakene opp mot teori, forskning og mine egne erfaringer. De viser seg å ha en forebyggende effekt.

Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus er et viktig forebyggende tiltak som kan forebygge underernæring. Ved bruk av MNA, KMI og rutinemessig vektkontroll kan man identifisere de som er i risiko for underernæring og de som allerede er underernært, og dermed raskt iverksette nødvendige tiltak for å unngå videre utvikling. Kostintervju og kostregistrering er også et godt hjelpemiddel i vurderingen av pasientens kosthold og ernæringsstatus, og kan være med på å få nyttig informasjon om pasientens matvaner og matinntak. Studier viser at det er behov for kartlegging av ernæringsstatus i sykehjemmene, og at kunnskap hos sykepleiere er en viktig forutsetning, noe som viser seg å være mangelfullt. Det er behov for økt kunnskap hos sykepleiere. Her har sykepleierne et ansvar selv, men ansvaret ligger også hos lederne.

Videre kan god tilrettelegging ved måltidsituasjonen være med på å øke matlysten og matinntaket og dermed forebygge underernæring hos de eldre. Miljøet og det sosiale aspektet spiller en viktig rolle og det er derfor viktig å skape en god atmosfære for å fremme matlysten. Det samme gjør tilretteleggingen av selve måltidet, spesielt når det kommer til de normale aldersforandringene som kan påvirke pasientens evne og lyst til å spise tilstrekkelig. Det er viktig at sykepleier er klar over hvordan disse virker inn og påvirker pasientens matlyst, slik at man kan legge til rette for hver enkelt pasient.

## BIBLIOGRAFI

- Aagaard, H. (2010). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien forskning*, 5(1), ss. 36-43. doi: 10.4220/sykepleienf.2010.0023
- Arsky, G. H., Arntzen, R. B., Berg, O., Bjørnstad, E., Brantsæter, A. L., Bye, A., Wilberg, M. M. (2012). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Braut, G. S. (2009, 09 01). *Sykehjem*. Hentet 05 24, 2018 fra Store norske leksikon: <https://snl.no/sykehjem>
- Brodtkorb, K. (2015). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 301-315). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dahl Eide, H., Halvorsen, K., & Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), ss. 696-706. doi:10.1111/jocn.12562
- Dalland, O. (2017). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 51-61). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dallan, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 149-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gjerlaug, A., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien forskning*, 11(2), ss. 148-156. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.57692
- Grov, E. K., & Holter, I. M. (Red.). (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helsebiblioteket. (2006). Mini Nutritional Assessment MNA. Hentet fra <http://nske.no/screening/MNA.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. (1993). *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Jacobsen, E. L., & Bye, A. (2015). Ernæring. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1* (5. utg., ss. 619-673). Oslo: Cappelen Damm AS.



- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2015). *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Mahadevan, M., Hartwell, H., Feldman, C., Ruzsilla, J., & Raines, E. (2014). Assisted-living elderly and the mealtime experience. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(2), ss. 152-161. doi: 10.1111/jhn.12095
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Ranhoff, A. H. (2015). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 162-173). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sortland, K. (2015). Eldre og ernæring. I K. Sortland, *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5. utg., ss. 139-152). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Sortland, K. (2015). Når næringsinntaket blir for lite. I K. Sortland, *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5. utg., ss. 165-190). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Suominen, M., Sandelin, E., Soini, H., & Pitkala, K. (2009). How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition*, 63(2), ss. 292-296. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602916
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Verdighetsgarantiforskriften. (2011). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighetsgarantien>

## VEDLEGG 1

Dato:	Database:	Søkeord:	Avgrensinger:	Antall treff:	Artikkel valgt:
10.04	Svemed+	Nutrition Screening	Peer reviewed tidsskrifter Läs online	8 treff	Artikkel nr.1: "Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre"
12.03	Svemed+	Måltider Sykehjem	Peer reviewed tidsskrifter Läs online	7 treff	Artikkel nr.7: "Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse"
18.04	Academic Search Elite + CINAHL with full text	Nurse AND elderly AND malnutrition	Full text Årstall 2008-2018 Peer reviewed	33 treff	Artikkel nr.1: "How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?"
14.04	Oria	Mealtime Experience	Fra fagfelleverderte tidsskrift Fulltekstdokument Årstall 2008-2018 Engelsk Nutrition Artikler	407 treff	Artikkel nr.2: "Assisted-living elderly and the mealtime experience"
24.04	Oria	Nutritional Care Undernourished	Fra fagfelleverderte tidsskrift Fulltekstdokument Årstall 2008-2018 Malnutrition	134 treff	Artikkel nr.1: "Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses"

## 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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p><b>E Neuropsykologiske lidelser</b></p> <p>0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Undersøkelsespoengsum vurdering, del I (sumtotal maks. 14 poeng)</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p><b>H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag</b></p> <p>0 = ja      1 = nei <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p><b>I Trykksår eller hudsår</b></p> <p>0 = ja      1 = nei <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p>	<p><b>J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?</b></p> <p>0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?</b></p> <p>1 = ja      0 = nei <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>R Leggomkrets (LO) i cm</b></p> <p>0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Vurdering, del II (maks. 16 poeng)</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Gradering av underernæringsstilstand</b></p> <p>17 til 23.5 poeng <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>      i fare for underernæring</p> <p>Mindre enn 17 poeng <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>      underernært</p>
--	--

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