



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Underernæring blant eldre med demens  
Malnutrition among elderly with dementia

**Kandidatnummer: 104**

Bachelor i sykepleie  
sk152

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap ved  
HVL Campus Førde  
Innleveringsdato: 7. desember 2020

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 Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## **Sammendrag**

### **Tittel**

Underernæring blant eldre med demens

### **Bakgrunn for valg av tema**

I praksis erfarte jeg at mange eldre personer med demens strevde med å opprettholde et tilstrekkelig nærings- og væskeinntak, og flere av disse var underernærte. Erfaringen her var at mange ikke ønsket å ta imot hjelp. Det anslås at hver fjerde pasient som mottar hjemmesykepleie er underernært eller står i fare for å bli underernært. Sykepleiere har et selvstendig ansvar for å observere og iverksette tiltak innen ernæringsarbeid. Det finnes flere verktøy for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. Det er en kjent problemstilling at mennesker med demens tidvis protesterer på eller motsetter seg hjelpetiltak. Hjemmesykepleien preges ofte av at det er begrenset med tid, fordi de ansatte følger en oppsatt plan for hvilke pasienter de skal besøke.

### **Problemstilling**

«Hvordan fremme ernæringsstatus hos eldre med demens?»

### **Metode**

Oppgaven er en litteraturstudie basert på litteratur fra pensum, selvvalgt litteratur, fem forskningsartikler og egne erfaringer. I tillegg har jeg med offentlige dokumenter.

### **Oppsummering**

Mangel på kunnskap og rutiner kan se ut til at kartlegging viker for andre arbeidsoppgaver i hjemmetjenesten. Det å bygge en relasjon og sette av mer tid til pasienter med demens kan føre til at det blir lettere å kartlegge. Det bør legges til rette for at det kun er noen faste sykepleiere som følger pasient en periode. Kartlegging kan gjøres i forbindelse med andre oppgaver, og informasjon er viktig å gi til pasient.

### **Nøkkelord**

*Underernæring, demens, kartlegging, hjemmesykepleie*

## **Abstract**

### **Title**

Malnutrition among elderly with dementia

### **Why I chose this subject**

I have experienced that many older people with dementia struggled to maintain a sufficient nutrition-and fluid intake, and many was malnourished. It's estimated that every fourth patient that receives home health nursing is malnourished or is in risk to be malnourished. Nurses has an independent responsibility to observe and implement measures within nutrition work. There are many screening tools that can identify patients in nutritionally risk. It's a common issue that people with dementia occasionally protests or opposes relief measures. Home health care often have limited time, because the employers follows a plan for which patients they are going to visit.

### **Issue**

"How to promote nutritional status at elderly with dementia?"

### **Method**

This task is a literature study, and it's based on literature from pensum, self-selected literature, five research articles and my own experience. In addition, I have public documents.

### **Summary**

Lack of knowledge and routines can look like that screening gives way to other work task in home health care. To build a relationship and set aside more time to patients with dementia can cause it easier to screen. It should be facilitated that some nurses follow the patient over a period. Screening can be done associated with other tasks, and information is important to give the patient.

### *Keywords*

*Malnutrition, dementia, nutritional screening, home health care*

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 Innledning.....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.3 Samfunnsperspektiv.....	2
1.4 Sykepleieperspektiv.....	3
1.5 Disposisjon av oppgave.....	4
<b>2.0 Problemstilling og avgrensning</b> .....	<b>4</b>
2.1 Problemstilling.....	4
2.2 Avgrensning av problemstilling.....	4
<b>3.0 Teori</b> .....	<b>5</b>
3.1 Demens.....	5
3.2 Underernæring.....	7
3.3 Kartlegging av ernæringsstatus.....	8
<b>4.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
4.1 Litteratur og artikler.....	9
4.2 Søkeord.....	10
4.3 Kildekritikk.....	10
<b>5.0 Presentasjon av forskning</b> .....	<b>11</b>
5.1 Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens (Rognstad et al., 2013).....	11
5.2 Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre (Gjerlaug et al., 2016).....	11
5.3 Vurdering av ernæringsstatus.....	12
5.4 Nutritional screening of older home-dwelling Norwegians: a comparison between two instruments (Söderhamn et al., 2012).....	12
5.5 Nurses Experiences of Providing Care to Dementia Patients Through Home Health Care: After Further Training and a Reorganization of Nursing Resources (Aasgaard et al., 2014).....	13
<b>6.0 Drøfting</b> .....	<b>13</b>
6.1 Kvalitet og kartlegging av ernæringsstatus.....	13
6.2 Relasjon mellom sykepleier og pasienter med demens.....	15
6.3 Kartleggingsverktøy.....	17
<b>7.0 Avslutning</b> .....	<b>19</b>
<b>8.0 Bibliografi</b> .....	<b>20</b>
<b>Vedlegg 1</b> .....	<b>24</b>
<b>Vedlegg 2</b> .....	<b>25</b>

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Innledning

Det er i dag om lag 80 000 personer i Norge som har en demenssykdom (Skovdahl, 2020, s.421). I tillegg fins det 25 000-30 000 eldre personer som har problemer med hukommelsen, og som sannsynligvis har en mild kognitiv svikt som kan føre til demens. Det regnes med at 10 000 personer får demens hvert år, og risikoen øker med alderen (Skovdahl, 2020). Det er allmenn kjent at mange hjemmeboende personer med demens ikke er diagnostisk utredet (Engedal & Haugen, 2018, s.25), og i praksis har jeg merket at mange eldre prøver å skjule sviktende hukommelse. De eldre bor lengre hjemme før det blir aktuelt med sykehjem, og dette fører til at stadig flere bor hjemme og mottar sykepleie i hjemmet sitt (Fjørtoft, 2016, s.18). Likevel kan man stille spørsmål om hvor lenge det er forsvarlig å bo hjemme. Her finnes det ikke noe fasitsvar, og hva den enkelte pasient trenger for å kunne bo hjemme varierer (Fjørtoft, 2016). Som sykepleier kan man kjenne på tidspress i hjemmesykepleien, ved at man snart må ut døra. Personer med demens kan glemme å spise og drikke, og enkelte kan miste følelsen av å være sulten og tørst (Skovdahl, 2020, s.435). Underernæring utvikler seg over tid og kan være vanskelig å oppdage (Brodtkorb, 2020). I tillegg kan forståelse for å få i seg næring være svekket, og redusert appetitt kan være det første subjektive og kliniske tegn på vekttap og fare for underernæring ( Skovdahl, 2020). Sykepleier har en sentral og selvstendig rolle knyttet til å kartlegge den gamle pasientens ernæringsstatus (Brodtkorb, 2020, s.313). Ved å kartlegge ernæringsstatus får en bekreftet eller avkreftet om pasienten har utviklet eller er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem (Brodtkorb, 2020, s.304). Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, og retningslinjene sier at alle personer som er innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved vedtak, og deretter månedlig (Guttormsen et al., 2013).

### 1.2 Bakgrunn for valg av tema

I praksis erfarte jeg at mange eldre personer med demens strevde med å opprettholde et tilstrekkelig nærings- og væskeinntak, og flere av disse var underernærte. Erfaringen her var at mange ikke ønsket å ta imot hjelp. Når de først ønsket hjelp hadde det gått så langt at det var helsefarlig og nesten for sent å sette inn tiltak. Sykepleiere har et faglig ansvar for å følge opp pasienter, men hva gjør sykepleieren når pasienter forteller at de har spist eller skal spise når sykepleieren drar?

Eldre er en svært sammensatt gruppe, og noen har god matlyst, mens andre har mindre matlyst og spiser mindre (Thoresen et al., 2019, s. 98). De eldre utgjør en utsatt gruppe med tanke på ernæring, og med alderen inntreffer flere forandringer som kan påvirke kosthold og ernæringsstatus (2019). Det er mer vanlig med underernæring enn overvekt blant eldre, og det anslås at hver fjerde pasient som mottar hjemmesykepleie er underernært eller står i fare for å bli underernært (2019, s.100).

Sykepleiere har et selvstendig ansvar for å observere og iverksette tiltak innen ernæringsarbeid (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135). Det finnes flere verktøy for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko (Brodtkorb, 2020, s. 305). Det er en kjent problemstilling at mennesker med demens tidvis protesterer på eller motsetter seg hjelpetiltak (Fjørtoft, 2016, s. 77). De kan nekte å ta imot besøk fra hjemmesykepleien, og motsette seg hjelp i konkrete situasjoner (2016).

Hjemmesykepleien preges ofte av at det er begrenset med tid, fordi de ansatte følger en oppsatt plan for hvilke pasienter de skal besøke, og det er avsatt en viss tid til hver enkelt (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162-163).

Jeg ønsker å fordype meg i og benytte bacheloroppgaven til å belyse dette temaet. Ernæringsomsorg er viktig del i arbeidet som sykepleiere har ansvar for, og kan alltid forbedres.

### 1.3 Samfunnsperspektiv

Mennesker med demens har behov for et omsorgstilbud som er tilpasset den enkeltes livssituasjon og funksjonsnivå (Fjørtoft, 2016, s. 73). Hjelpebehovet vil gradvis bli større, og omsorgstilbudet må gjenspeile dette behovet (2016). Kommunen må ha et fleksibelt og koordinert tjenestetilbud som gjør det mulig å lage et tilpasset opplegg for den enkelte i hjemmet (2016, s. 73). Det må legges vekt på planlagte og forebyggende tiltak, og tilbudene må være tilrettelagte og ta hensyn til sykdomsutvikling og særlige behov (2016). Kartlegging og utredning bør foregå i pasientens eget hjem, og det må være en kontinuerlig prosess som fanger opp endringer etterhvert som sykdommen utvikler seg (2016, s.73-74). Å kjenne personen er en forutsetning for å kunne tilpasse hjelpen og dekke de spesielle behovene (Fjørtoft, 2016, s. 74). Kommunen skal vurdere risiko for underernæring, samt forebygge og følge opp eventuell underernæring hos mottakere av helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2019b).

Pasienter med demens er en gruppe som krever betydelig innsats fra helse- og omsorgstjenesten, og om lag to tredeler av personer som har demens bor hjemme (Birkeland & Flovik, 2018, s. 158). I dag er demens den hyppigste årsaken til at eldre ikke kan bo hjemme, og må flytte på sykehjem (Fjørtoft, 2016, s. 70). Mange med demens bor alene, og pårørende og nettverket har betydning for hvor lenge

det er forsvarlig å bo hjemme (2016, s. 73). I dagens helse- og sosialpolitikk fungerer det slik at om lag 30 % av alle personer med demens til enhver tid får plass i et botilbud (Engedal & Haugen, 2018, s. 25). Dette fører til at hvis denne politikken skal fortsette, må det bygges flere sykehjems plasser eller tilrettelagte boformer for personer med demens (2018). Dette fører da til at mange bor hjemme lengre enn det som er forsvarlig. Én av de største utfordringene vi står ovenfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning, er at antall personer med demens vil fordobles de nærmeste 30-40 årene (2018). Demensplan 2020 er Regjeringens plan og tiltak for å bedre det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet til personer med demens. Målet med demensplanen er å skape et mer demensvennlig samfunn og å skape brukerens og pasientens helse- og omsorgstjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

For å skape et mer demensvennlig samfunn, er det viktig å tenke over at pasient har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og pasient har rett til et verdig tjenestetilbud (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, § 2-1a). Pasienter og brukere har rett til medvirkning og informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 (Helsedirektoratet, 2019a). Dette vil være særlig viktig for pasienter med behov for omfattende og langvarige tjenester, som da ofte er personer med demens (2019a).

#### 1.4 Sykepleieperspektiv

Sykepleiere har en sentral og selvstendig rolle knyttet til å kartlegge og forbedre den gamle pasientens ernæringsstatus (Brodtkorb, 2014, s. 304). En viktig oppgave sykepleiere har er å utvikle fleksible rutiner og systemer som gjør det mulig å ivareta den enkelte pasients individuelle ernæringsbehov (Brodtkorb, 2020). Sykepleiere skal bidra til å legge til rette hverdagen i eget hjem, og målet for sykepleien til personer med demens er å fremme livskvalitet og bevare restfunksjoner (Fjørtoft, 2016, s. 75). Mennesker med demens har behov for forutsigbarhet, og det er viktig at sykepleiere som yter helsehjelpen har kunnskap om denne målgruppen (2016). Ofte er det sykepleieren som står nærmest pasienten, og samler viktige data om pasientens inntak av ernæring og pasientens ressurser for å dekke dette behovet selv (Thoresen et al., 2019, s. 20). I hjemmesykepleien må det legges til rette slik at det stadig ikke kommer nye pleiere, noe som kan forvirre og uroe unødige (Fjørtoft, 2016, s. 76).

Sykepleiere har ansvar for at de grunnleggende behovene til mennesker blir ivaretatt, og nødvendigheten av kompetent sykepleie karakteriserer utøvelse av god sykepleie (Mathisen, 2015, s.

120). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere forteller punkt 2 at sykepleier ivaretar den enkeltes pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I disse yrkesetiske retningslinjene er det flere underpunkter til hvert hovedpunkt, og underpunkt 2.1 sier at sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Underpunkt 2.3 sier at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (2019). Virginia Henderson fremhevet at behov for mat og drikke er et av de grunnleggende behovene sykepleier har ansvar for (referert i Thoresen et al., 2019, s. 20). Henderson var den som brakte arven til Florence Nightingale inn i moderne sykepleie, og for over 70 år siden kom hennes første beskrivelser av sykepleie. Henderson hevdet at sykepleierens grunnleggende formål er å ivareta de universelle menneskelige behovene, som behov for å sove, spise og være i aktivitet (referert i Holter, 2015, s. 111).

## 1.5 Disposisjon av oppgave

Oppgaven er delt inn i syv hovedkapitler. Første og andre kapittel er introduksjon og problemstilling. Kapittel tre omhandler teori, hvor tre hoveddeler presenteres; demens, underernæring og kartleggingsverktøy. Kapittel fire handler om metode, og i kapittel fem presenteres forskning som anvendes i drøftingsdelen. Deretter kommer drøftingsdel, hvor tre hoveddeler presenteres; kvalitet og kartlegging av ernæringsstatus, relasjon mellom sykepleier og pasienter med demens, og kartleggingsverktøy. Oppgaven oppsummeres kort med en avslutning.

## 2.0 Problemstilling og avgrensning

### 2.1 Problemstilling

«Hvordan fremme en god ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende pasienter med demenssykdom?»

### 2.2 Avgrensning av problemstilling

Oppgaven er avgrenset til å omhandle eldre hjemmeboende pasienter med demenssykdom. Aldersgruppen som er inkludert er fra 80 til 90 år. I tillegg vil det rettes fokus på at den eldre bor alene i eget hjem, og mottar helsehjelp fra hjemmesykepleien. Oppgaven vil ha et fokus på



kartlegging av ernæringsstatus og personsentrert omsorg. I tillegg har jeg valgt å avgrense oppgaven med fokus på sykepleier og pasient. Dette betyr at tverrfaglig samarbeid ikke er inkludert i denne oppgaven.

## 3.0 Teori

### 3.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand eller et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Demens er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evne til å gjennomføre dagligdagse aktiviteter på en tilfredsstillende måte, sammenliknet med tidligere. I tillegg kan personen ha endret sosial atferd, og redusert hukommelse må alltid være til stede for at begrepet demens kan brukes. Tilstanden demens er kronisk, kan ikke kureres og den forverrer seg over tid (2018). Personen som er rammet av demens vil bli mer og mer redusert, og trenger stadig mer hjelp (Fjørtoft, 2016, s. 71). Etter hvert som sykdommen utvikler seg, kan pasienten møte flere vansker i hverdagen. Utviklingen kan deles inn i tre stadier, og kjennetegner ulike vansker som kan oppstå (Engedal & Haugen, 2018, s. 20). I startfasen ses det første tegnet på kognitiv svikt, og hukommelsen svikter. Pasientene kan glemme å lage mat og handle inn matvarer. Det oppstår vansker med å utføre enkle praktiske gjøremål. I sykdommens neste fase har pasientene ofte vansker med å bruke sine tillærte mestringsevner, og de mister grepet på sin tilværelse. De blir lett forvirret og kan bringes ut av fatning, spesielt ved stress. I tillegg kan grunnleggende behov som stell og matlaging bli mer utfordrende å gjennomføre. I siste fase er de fleste personer med demens totalt avhengige av fysisk pleie (2018, s. 21).

Vanlige kognitive symptomer på demens er redusert hukommelse og læringsevne (Skovdahl, 2020, s. 422). Dette er et tidlig symptom, og personen har vansker med å lære nye ting. Svekket oppmerksomhet kan påvirke evnen til å holde tråden i en samtale eller å lage mat. Forstyrret appetitt og spiseatferd er et betydelig problem hos eldre hjemmeboende med demens (2020, s. 435). Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, kan pasienten trenge økt hjelp relatert til ernæring. Dette kan eksempelvis være påminnelser om å spise eller drikke, eller tilpasninger med bestikk og mat som ikke krever bruk av finmotorikk (2020).

Å etablere en ivaretagende relasjon mellom pasient og sykepleier er som regel en viktig forutsetning for å kunne yte integritetsbevarende sykepleie overfor gamle pasienter (Kirkevold, 2020, s. 94). Omsorg og respekt er grunnleggende verdier i alt hjelpearbeid, og beskriver kvaliteten på

samhandlingen som skjer (Fjørtoft, 2016, s. 136). Personsentrert omsorg blir i økende grad anbefalt som den foretrukne tilnærmingen i behandling og omsorg for personer med demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 300). Personsentrert sykepleie tar utgangspunkt i individet, i verdier, livssituasjon, behov og helseutfordringer (Eriksen, 2015, s. 899). Det er avgjørende for opplevelsen av verdighet og respekt at den gamle pasienten føler at sykepleieren tar erfaringer, synspunkter og verdier på alvor. Sykepleie med utgangspunkt i den enkeltes opplevelser, verdier, ønsker og behov forutsetter en anerkjennende relasjon mellom pasient og sykepleier. De fleste eldre foretrekker å etablere en relasjon til én eller noen få sykepleiere, som de kan bli kjent med og som kjenner deres situasjon (Kirkevold, 2020, s. 99). I Demensplanen 2020 er det beskrevet at personer med demens skal bli sett som den de er (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18). For at personer med demens skal kunne utnytte sine ressurser lengst mulig, og oppleve trygghet og mestring, er det viktig å ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, interesser, vaner og aktivitetsmønster. Dette må danne grunnlaget for utforming av konkrete tjenestetilbud, og personsentrert tilnærming legger vekt på kjennskap til personens historie, personlighet, helsetilstand og vaner (2015). I de yrkesetiske retningslinjene fra Norsk Sykepleierforbund (2019) omhandler punkt 2 sykepleier og pasient. Sykepleier understøtter håp, mestring og livsmot hos pasient, og sykepleier ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (2019).

Ingen lover eller forskrifter omhandler spesifikt demens eller personer med demens. Personer med demens har samme rettigheter som andre personer, og helsetjenester til personer med demens reguleres av de samme lover og forskrifter som gjelder alle andre (Kirkevold, 2018, s. 373). For å bidra til at personer som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester får ivare tatt sine grunnleggende behov, omhandler forskriften at det stilles krav til kommunen om å ha et system og prosedyrer for å sikre kvalitet i tjenestene (2018). Dette gjelder blant annet at den enkelte får de tjenestene vedkommende har behov for til rett tid og at det finnes rutiner for brukermedvirkning. I tillegg er det punkter som dekker grunnleggende behov, og disse er at personen skal oppleve respekt og trygghet, få dekket fysiologiske behov som tilstrekkelig ernæring og mulighet for ro og skjermet privatliv (Kirkevold, 2018; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2013, § 3). Pasient- og brukerrettighetsloven trådte i kraft i 2001. Loven beskriver klare rettigheter til brukermedvirkning gjennom plikten til å gi informasjon (1999, § 3), og om krav til samtykke til all behandling (1999, § 4). Ved demens vil ofte både evnen til å forstå informasjon og til å bruke den til å fatte beslutninger være redusert (Kirkevold, 2018, s. 379; Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Pasient har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, § 3-1).

Pasient skal i tillegg har den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I tillegg skal det informeres om mulige risikoer (1999, § 3-2).

### 3.2 Underernæring

Underernæring er en tilstand der mangel på energi eller protein gir vekttap og redusert muskelmasse som fører til forverret fysisk eller mental funksjon og dårligere utfall ved sykdom (Thoresen et al., 2019, s. 156). Konsekvensene av underernæring er mange og omfatter alt fra mentale endringer og nedsatt livskvalitet til økt dødelighet (2019, s. 157). Desto lengre dette pågår, jo grovere blir underernæringen, og mer alvorlig kan utfallet blir for pasienten (2019, s.158). Underernæring er i de fleste tilfeller usynlig, og hvis ikke ernæringsrisikoen vurderes systematisk, overses tilstanden og oppdages først når den har utviklet seg til å bli synlig og alvorlig (2019, s. 160). Tilstanden oppstår over en periode når matinntaket har vært utilstrekkelig eller når maten ikke er blitt fullstendig fordøyd eller absorbert i tarmen. Gode rutiner for å registrere vekt og oppdage vektendringer og hvordan matinntaket er, vil bidra til at underernæring oppdages tidlig (2019).

Ernæringsstatus er resultatet av tilførselen, forbruket og tapet av næringsstoffer (Brodtkorb, 2020, s. 304). Personer med demens er særlig utsatt for underernæring, og ernæringsutfordringene er sammensatte (Helsedirektoratet, 2019). Eldre er en svært sammensatt gruppe, og noen har god matlyst, mens andre har mindre matlyst og spiser mindre (Thoresen et al., 2019, s. 98). De eldre utgjør en utsatt gruppe med tanke på ernæring, og med alderen inntreffer flere forandringer som kan påvirke kosthold og ernæringsstatus (2019). Risiko for feil- og underernæring befinner seg ofte hos personer over 80 år, aleneboende menn og personer med kronisk sykdom og mental svikt (2019). Behovet for energi vil normalt gå ned med alderen, men behovet for vitaminer og mineraler er stabilt gjennom hele det voksne liv. Et tilstrekkelig inntak av energi vil være viktig for eldre pasienter. Siden eldre er særlig utsatt for underernæring, er det dermed vesentlig at de får i seg nok av de energigivende næringsstoffene. Det anbefales blant annet at eldre får i seg litt mer fett enn den øvrige befolkningen og at de har et høyere proteininntak (Jacobsen & Bye, 2015, s. 635-636). Mange eldre kan i tillegg ha nedsatt appetitt både som følge av biologisk og sosial aldring og sykdom, og at de kan ha flere diagnoser og sammensatte sykdommer (2015, s. 635). Ernæringsutfordringene kan være redusert evne til å lage mat, handle den inn, eller å gjenkjenne matvarene. Utisiktet vekttap og ernæringstilstand hos eldre med demens kan medføre negativ endring i helsetilstand. Dette kan føre til forverring av kognitiv funksjon, økt falltendens og raskere tap av selvstendighet (Helsedirektoratet, 2019b).

### 3.3 Kartlegging av ernæringsstatus

Ernæringsstatus uttrykker i hvilken grad det fysiologiske behovet for næringsstoffer oppfylles, og det er et mål på om det er samsvar mellom behov og inntak av næringsstoffer (Brodtkorb, 2020, s. 305). Ved å kartlegge ernæringsstatus får en bekreftet eller avkreftet om pasient har utviklet eller er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem. Screening benyttes i mange sammenhenger og kan defineres som undersøkelser som tilbys øyensynlig friske personer for å oppdage et spesielt fenomen eller en sykdom (Gjerlaug et.al, 2016). Kartlegging danner grunnlaget for å kunne bedre pasientens ernæringsstatus og bør være en etablert rutine hos helsepersonell som arbeider med eldre pasienter (Brodtkorb, 2020).

Uten gode rutiner kan vekttap være vanskelig å oppdage, og gode kartleggingsrutiner kan gjøre det lettere å forebygge underernæring med målrettede ernæringstiltak (Melheim & Sandvoll, 2017). Kartlegging av pasienter legger grunnlaget for videre utredning og iverksetting av tiltak. I hjemmesykepleien er ofte besøkene korte, og det er ikke alltid lett å observere eller spørre om matinntak. For å kartlegge pasienter er det viktig at sykepleier kjenner til verktøyene som brukes, og at sykepleier har kunnskap om alternativer hvis man ikke får målt høyde. Med skalaen Mini Nutritional Assessment, MNA, kan en systematisk kartlegge årsaksforhold ved underernæring hos eldre pasienter (Brodtkorb, 2020, s.305), og MNA er utviklet for bruk innenfor geriatrien (Thoresen et al., 2019, s. 163). I tillegg til MNA, kan også bruke kortversjonen som kalles for MNA-SF brukes. Skjemaet er utviklet for personer over 65 år, og består av to deler. Den innledende delen består av 6 spørsmål med poengscore. MNA-SF tar kun for seg del en av MNA skjemaet (Melheim & Sandvoll, 2018, s.123). Hvis poengscoren blir 11 eller lavere, går man videre til del 2 av skjemaet, og besvarer 12 nye spørsmål. Disse spørsmålene omhandler boforhold, medisiner, matinntak med mer. Blir sluttsummen mellom 17 og 23,5 poeng, anses pasienten for å være i risiko for underernæring. Ved lavere score enn 17 vurderes pasient til å være underernært (Thoresen et al., 2019, s.163). Mange kartleggingsverktøy, som MNA, bruker kroppsmasseindeks som et viktig ledd. Hvis pasientens høyde ikke kan måles må sykepleier ha kunnskap at det kan tas mål av legg eller tas høydemål ut ifra andre mål på kroppen. Disse kan være underarmslengde og knehøyde (Melheim & Sandvoll, 2017). Kartlegging av pasienter bør foregå i deres eget hjem (Fjørtoft, 2016, s. 73), og det er viktig med kjennskap til enkeltpasienters daglige rutiner (Birkeland & Flovik, 2018, s.141). For å kartlegge pasientens ernæringsstatus kreves det kompetanse, og ansvaret bør avgrensnes til en eller noen ansatte over tid som har kontakt med pasient (2018). Sykepleieren kan spørre pasienten direkte om

matvaner, appetitt og næringsinntak, om hva hen liker og vanligvis har spist tidligere (Brodtkorb, 2020, s. 305). Eldre med kognitiv svikt og redusert hukommelse er ofte ikke i stand til å gi tilstrekkelige opplysninger. Dårlig matlyst, tretthet og redusert evne til å utføre daglige aktiviteter kan være tegn på underernæring. Inntak av mat og drikke bør observeres, måles og dokumenteres i to til tre dager. Med en slik registrering skapes det et grunnlag for å sammenlikne energibehovet med det faktiske inntaket. I tillegg for hjemmeboende personer bør evnen til å spise, handle mat og tilberede maten også dokumenteres (2020, s. 307).

## 4.0 Metode

Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke, og metoden hjelper oss med å samle inn data (Dalland, 2020, s. 54). Å samle inn data vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen (2020). Spørsmål eller problemer kan angripes med ulike metoder, og det betyr at det må gjøres valg (2020, s. 56). Refleksjoner rundt valg av metode må komme klart fram (2020). I denne bacheloroppgaven har undertegnede valgt å benytte litterær metode, og i den litterære oppgaven hentes det data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (2020, s. 199).

### 4.1 Litteratur og artikler

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt å anvende litteratur fra pensum på bachelorstudiet i sykepleie. Dette innebærer litteratur fra fag som grunnleggende sykepleie og grunnleggende sykepleie til eldre, teori og egen erfaring fra hjemmesykepleien, og annet relevant fagstoff fra andre emner. I tillegg valgte jeg å benytte bøker som ikke står på pensumlisten, fordi jeg ønsker mer litteratur for å bygge på teori. Jeg har anvendt de nyeste utgavene av bøkene, og nyeste utgave av de bøkene man kan oppdatere. Det er ikke alle bøker som har kommet som nye utgaver etter et visst årstall, men jeg valgte å bruke disse da skolen har godkjent disse utgavene som en del av pensum. I tillegg til pensumbøker har jeg valgt å ta med teori fra Helsedirektoratet, Sykepleien og Regjeringen.

For å finne relevant forskning har jeg fått tips fra bibliotekar på Høgskulen på Vestlandet om hvilke databaser som kan brukes. Da valgte jeg å bruke databasene SveMed+, CINAHL, MEDLINE og Idunn. Jeg brukte rundt tre dager på å søke etter forskning og plukke ut forskningsartikler som skulle inkluderes i oppgaven. Under søkeprosessen forsøkte jeg å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler, samt oversiktsartikler. I tillegg valgte jeg ut forskning av nyere data, og jeg valgte å begrense

inn søket fra 2010 til 2020, og 2015 til 2020. Jeg leste igjennom en del artikler som jeg hadde tilgang til, og valgt ut de som hadde relevans for oppgavens problemstilling. Søkehistorikken er lagt med som vedlegg i oppgaven (Vedlegg 1). Noe av forskningen som er inkludert er fra nettsider som ikke er godkjente søkedatabaser. Jeg har funnet forskning som kan finnes på slike nettsider via databaser Høgskulen på Vestlandet har godkjent. Ifølge bibliotekar på Høgskulen på Vestlandet var dette helt greit, og det er derfor jeg har tatt med disse. Eksempler på dette er forskning fra sykepleien.no.

## 4.2 Søkeord

Det ble valgt å finne engelske ord gjennom MeSH og SveMed+ i søkeprosessen. MeSH brukte jeg for å finne ord både på engelsk og norsk, og lette etter synonymer av samme ord, slik at jeg hadde flere ord å ta med i søket. På SveMed+ søkte jeg etter noen ord og deretter så etter synonymer jeg kunne bruke. På norsk anvendte jeg ordene «demens», «underernæring», «ernæring», «hjemmesykepleie» og «kartleggingsverktøy». På engelsk brukte jeg søkeordene «dementia», «malnutrition», «home» «health nursing», «nutrition» og «screening tools».

I enkelte av databasene jeg brukte for å finne forskning kom det automatisk opp flere synonymer jeg kunne bruke. Når jeg valgte å gjøre dette ble søket gjort om til søkeordet for synonymet. Deretter la jeg til «and» når jeg ville ha med neste søkeord.

## 4.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å både vurdere og å karakterisere den litteraturen man har funnet (Dalland, 2020, s. 152). Kildekritikk betyr ikke at forskningsarbeidet skal dømmes, men at det skal vurderes i hvilken grad litteraturen lar seg bruke for å beskrive og belyse problemstillingen (2020). Relevansen for kilden handler om hvorvidt kilden kan bidra til spørsmålene som problemstillingen reiser (2020, s. 153). Kildens kvalitet handler om hvilken type kilde det er, hvor gyldig og troverdig den er, og hvilken holdbarhet den har (2020).

De fleste vitenskapelige artikler er bygd opp etter IMRAD-prinsippet (Nortvedt et al., 2012 s. 69). IMRAD er en forkortelse for Introduksjon (hvorfor studien gjøres), Metode (hvordan studien ble gjennomført og analyserte resultatene), Resultat (hva fant forskerne) og Diskusjon (hva resultatene betyr) (2012). Når jeg leste igjennom artiklene brukte jeg dette prinsippet for å kartlegge om forskerne har svart på problemstillingen. Som tidligere nevnt så søkte jeg etter forskning som ikke ble publisert for mer enn 10 år siden, og prøvde også å finne forskning utgitt innenfor de siste fem år.

Dette for å opprettholde relevans og holdbarhet. Oppgavens inkluderte forskningsartikler har sin opprinnelse i Norge og studiene er gjennomført i Norge. I tillegg har noen av studiene blitt utført ulike steder i Norge, noe som kan medføre ulike resultater grunnet innbyggertall og geografi.

I tillegg til å benytte meg av kvalitativ og kvantitativ forskning, tok jeg i tillegg med oversiktsartikler. I en oversiktsartikkel har forfatterne brukt en systematisk og åpen fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier om samme emne (Nortvedt et al., 2012, s. 135). En slik oversiktsartikkel gir leseren oversikt over hva som eksisterer av forskning innenfor et bestemt emne (2012). Jeg har valgt å inkludere disse slik at flere enkeltstudier kan sammenlignes.

## 5.0 Presentasjon av forskning

### 5.1 Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens (Rognstad et al., 2013)

Denne studien handler om at eldre personer med hukommelsestap er utsatt for underernæring. Hensikten var å belyse og kartlegge ernæringsstatus til hjemmeboende personer. Det ble plukket ut fire bydeler i Oslo. Pasientene i studien fikk bistand av hjemmesykepleien og hadde demenssykdom eller kognitiv svikt. Dette er en kvantitativ studie, og forskerne brukte MNA-skjema for å samle inn data. De plukket ut pasienter som var over 67 år og scorete 3-5 på IPLOS på variabelen «hukommelse» (IPLOS er individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Pleier krysser av en score etter hvor mye bistand pasient trenger). Det var 80 mannlige og 202 kvinnelige pasienter som deltok.

Studien viste at personer med demenssykdom og kognitiv svikt har økt risiko for underernæring og at dette er svært utbredt hos de hjemmeboende pasientene. I tillegg viste det seg at det å være kvinne og å ha problemer med matinntak kan være en risikofaktor for underernæring (Rognstad et al., 2013, s.306).

### 5.2 Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre (Gjerlaug et al., 2016)

I denne artikkelen ble det identifisert screeningverktøy som egner seg til å avdekke underernæring hos eldre som bor på institusjon og som mottar hjemmesykepleie. Forskerne utførte denne studien ved å oppsummere hva forskning sier om validitet, reliabilitet og anvendbarhet. Dette er en systematisk litteraturstudie, og det ble gjort søk på ulike databaser. Det ble valgt ut fire

screeningverktøy; MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI. Alderen på pasientene var over 65 år, og som mottok helsehjelp hjemme eller på institusjon. Forskerne har valgt å ikke ta med sykdomsspesifikke målgrupper som eksempelvis kreftpasienter, pasienter med Alzheimers sykdom og pasienter med nevrologiske sykdommer. Ut ifra resultatet av de fire screeningverktøyene fordelt på ni valideringsstudier, var MNA-SF validert flest ganger. Det ble konkludert med at MNA-SF var best egnet for begge gruppene (hjemmeboende og institusjon), men at det trengs mer forskning (Gjerlaug et al., 2016).

### 5.3 Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien (Meyer et al., 2017)

I denne studien skulle sykepleiere fra to ulike kommuner (studie A og B) granske sitt eget ernæringsarbeid i hjemmesykepleien. Studie A skulle ha fokus rettet mot kartleggingsverktøy. Det var 5 sykepleiere fra studie A som ble med og 14 sykepleiere fra studie B. Til sammen var det 19 sykepleiere med i studien. Alle hadde en stilling på 75 % eller mer, hvor to av dem var faglige ledere (fra studie B). Det ble brukt intervjuguide med åpne spørsmål, og deltakerne fikk komme med egne erfaringer og praktiske eksempler. Det ble samlet data i et halvt år, og sykepleierne ble delt inn i tre grupper. De møttes fire ganger denne perioden (Meyer et al., 2017).

### 5.4 Nutritional screening of older home-dwelling Norwegians: a comparison between two instruments (Söderhamn et al., 2012).

Denne studien ble utført i Norge og det ble sendt ut informasjonsskriv og spørsmål til et antall tilfeldige mennesker. Skrivet ble sendt ut til 6033 eldre personer, og til slutt endte forskerne opp med et antall på 2106 personer i alderen 65 til 96 år som ønsket å delta. Det ble spurt om spørsmål som alder, kjønn, arbeid, samt ulike spørsmål om helse hvor deltakerne skulle svare ja eller nei. I tillegg ble det fylt ut ulike screeningverktøy for å kartlegge. Under studien ble deltakerne delt inn i tre grupper ut ifra alder. Verktøyene som ble brukt var MNA-SF og the Nutritional Form for the Elderly (NUFFE). Verktøyene ga ulike svar. Likevel kan spørsmålene i de to skjemaene ha noe å gjøre med utfallet. I tillegg har forskerne sett faktorer som kan spille inn på underernæring og hva som gjør at noen ikke står i fare for underernæring. Begge verktøyene er anbefalt for å screene eldre i forhold til ernæring (Söderhamn et al., 2012).



## 5.5 Nurses Experiences of Providing Care to Dementia Patients Through Home Health Care: After Further Training and a Reorganization of Nursing Resources (Aasgaard et al., 2014)

I denne kvalitative studien ble det forsket på arbeid med eldre mennesker med demenssykdom i hjemmetjenesten. Forskerne har foretatt gruppeintervjuer av helsepersonell som jobber i hjemmetjenesten og deres utfordringer. Denne studien ble gjort i en mellomstor by sør-øst i Norge i 2011. Alle deltakerne fra hjemmetjenesten var kvinner, og det var totalt 8 deltakere. Det kom tydelig fram at det var utfordrende å jobbe med en pasientgruppe som har demens, og at det trengs mer kunnskap om demens. Ved å endre måten de jobbet på, kommer deltakerne fram til at hverdagen ble lettere både for dem selv og pasientene. Ved å ha en god relasjon til den eldre, fikk helsepersonell mer selvtillit i arbeidet sitt og opplevde at de pasienter med demens takket oftere ja til hjelpen hjemmetjenesten tilbydde. Sykepleierne i studien hadde fokus på å bygge relasjoner, arbeide med den eldre flere vakter på rad, ta seg tid og tilegne seg mer kunnskap om demens (Aasgaard et al., 2014).

## 6.0 Drøfting

Drøfting er diskusjon sett i lys av presentert teori, forskning og egen erfaring fra praksis. I drøftingen er det fem forskningsartikler som brukes. Denne delen består av tre deler, og omhandler kvalitet og kartlegging av ernæringsstatus. I tillegg drøftes relasjon mellom sykepleier og pasienter med demenssykdom, og kartleggingsverktøy.

### 6.1 Kvalitet og kartlegging av ernæringsstatus

Sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. God kvalitet i ernæringsarbeid betyr at ernæringstiltak er tilpasset den enkeltes behov, noe som også skal følge prinsippet om personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2019b). Ved å kartlegge ernæringsstatus får en bekreftet eller avkreftet om pasienten har utviklet eller er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem (Brodtkorb, 2020, s. 304). Kartleggingen danner grunnlaget for å kunne bedre pasientens ernæringsstatus og bør være en etablert rutine hos helsepersonell som arbeider med eldre pasienter (2020).

Alle pasienter som tildeles vedtak om hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsmessig risiko (Birkeland & Flovik, 2018, s. 139). Målet er at underernærte og pasienter som er i ernæringsmessig risiko skal identifiseres og motta en målrettet ernæringsbehandling. I enhver vurdering eller datasamling, skal en finne ut og stadfeste om pasient får i seg adekvate mengder med mat, og om maten har et tilfredsstillende næringsinnhold. Jeg opplevde i praksis at mange sykepleiere var opptatt av matinntak. Mange var opptatt av at pasientene fikk i seg nok mat, og at pasientene hadde mat tilgjengelig i kjøleskapet. Jeg fikk et inntrykk av at personalet ikke tenkte så mye over hva pasientene fikk i seg, men de tenkte mer på at pasientene faktisk fikk i seg noe. Etterhvert som jeg ble kjent med pasientene og fulgte dem opp over en periode, opplevde jeg selv det ble lettere å oppdage om pasient hadde endret sine daglige rutiner, matinntak og mistet vekt. Mye kan tyde på at vektkontroll er lite brukt i hjemmesykepleien, og at det mangler prosedyrer som sikrer ernæringsoppfølging (2018, s. 140). Tiltak blir ofte iverksatt når ansatte observerer at pasientens klær er blitt for store. Samtidig kan det være en rekke andre symptomer som kan være uttrykk for at pasienter har en utilstrekkelig ernæringsstatus, slik som tretthet, forvirring eller slapphet. Mange ansatte i hjemmesykepleien gir uttrykk for behov for økt kunnskap om ernæring. Manglende vurdering av ernæringsstatus kan skyldes mangel på kunnskap, likevel kan mye av årsaken tilskrives mangel på rutiner og systemer, nedskrevet som skriftlige prosedyrer som er lite kjent av de ansatte og følges i praksis (2018, s. 141).

I sykepleiefaglig ernæringsarbeid dreier personsentrert omsorg seg om praktisk tilrettelegging av måltider i samarbeid med den hjemmeboende (Meyer et al., 2017). Det å forberede pasienten på veiing og kartlegging kan være lurt, og deltakerne fortalte at det å informere kvelden før gjorde at pasient nærmest satt klar dagen etter (2017). Det kan være krevende for sykepleiere å gi informasjon til en pasient som har svekket mental kapasitet, og sykepleieren må informere på en måte som er begripelig og håndterbar. En person med demens trenger mer tid til å bearbeide inntrykk og forstå hva som skjer (Fjørtoft, 2016, s.77). Noen ganger uttrykker pasienten en annen forståelse, vilje og mening (Alvsvåg, 2015, s.165). Sykepleieren skal lytte til pasientens forståelse og oppfatning, syn og vilje, men det er ikke alltid riktig å følge den. Sykdom kan gjøre at pasienten kan ta beslutninger som ikke alltid er veloverveide, men som tvert imot kan stride mot det som er det beste menneskelig og faglig (2015). Personer som har demens kan ha tapt sin forståelse for sin situasjon, og det kan føre til at pasient tenker og gjør noe de ikke ville ønsket om de ikke var syke (2015, s. 165). Når sykepleierne foretok mer planlegging og ga informasjon til pasienten, møtte sykepleierne mer positivitet (Meyer et al., 2017). Det kunne virke som om pasientene følte at noen brydde seg, og da kunne sykepleierne begynne stille spørsmål om matinntak. Systematisk ernæringskartlegging kan også gjøres i forbindelse med andre oppgaver, og kan lette arbeidet med å faktisk kartlegge når sykepleieren er

hjemme hos en pasient (2017), eksempelvis ved å ta vekt i forbindelse med dusj. Likevel konkluderer denne studien med at hjemmesykepleien har begrenset mulighet til å gjennomføre konkret registrering i løpet av døgnet (2017).

## 6.2 Relasjon mellom sykepleier og pasienter med demens

Samhandling med pasienten er grunnleggende i hjemmesykepleien, og møtet mellom pasient og tjenesteyter beskrives som selve testen på helsetjenestens verdigrunnlag (Fjørtoft, 2016, s. 197). Sykepleieren skal arbeide for å skape bærende relasjoner, og pasienten skal oppleve positivitet av å få besøk av hjemmesykepleien. Å forholde seg til pasienter i deres eget hjem medfører noen spesielle utfordringer og muligheter som skiller hjemmesykepleien fra det å arbeide i institusjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50). Hjemmet er for mange der man opplever seg som trygg og kan være privat, og den tryggheten utfordres når det oppstår behov for hjemmesykepleie. Hjemmesykepleien kommer inn i hjemmet for å utføre arbeid, samtidig som de er på besøk. Dette kan lett oppleves ved at private grenser trås over. Å få fremmede inn i hjemmet kan oppleves som en trussel mot eget privatliv, og noen reagerer med å stenge døra (2018, s.51). Min erfaring fra praksis er veldig delt når det kommer til disse utfordringene. Mange eldre pasienter slapp oss lett inn og var veldig takknemlige for all hjelp. Likevel var det noen som ikke ville ha oss inn. Sykepleierne på praksisplassen var flinke til å ringe på døra og la de som kunne åpne opp døra selv gjøre dette før vi eventuelt låste oss inn. Når pasientene åpnet døra og så oss i uniform, ble de litt skeptiske og nærmest barrikaderte døra. Å få komme inn ble da vanskelig, og det ble mest prat i døra. Jeg uttrykte denne problemstillingen til veilederen min, og lurte på hva de gjør i situasjoner hvor pasient ikke vil ha hjemmesykepleiere inn. Hun fortalte at enten så får de stole på at det går bra og bare dra, eller så må de snakke med pasient om de kunne komme inn. Pasientene må slippe oss inn, vi må ikke presse oss inn. Det å snu samhandlingen med mennesker med demens fra aktiv motstand til samarbeid er lurt, og det kan bidra til å forebygge vanskelige konfliktsituasjoner (Fjørtoft, 2016, s. 77).

Personsentrert sykepleie er et begrep som ikke er entydig og kan brukes på ulike måter (Kirkevold, 2020, s. 99). Likevel er det viktigste for å utføre personsentrert sykepleie at prinsippene om fokus på menneskets hverdagsliv blir ivaretatt; at personen er ekspert på sitt liv og respekt for personen bak sykdommen og funksjonssvikten. For å virkeliggjøre idealet om person- og individtilpasset sykepleie, må sykepleiere ha noen sentrale ferdigheter (2020, s. 100). Sykepleiere må ha evnen til å være oppmerksomme, noe som innebærer kontinuerlig observasjon eller samtale med pasient for å vite hvordan hen har det og hva den enkelte trenger. Sykepleie bygd på pasientens verdier og på

pasientdeltakelse forutsetter et reelt samarbeid mellom pasient og sykepleier. Derfor er det viktig at sykepleieren har kompetanse til å understøtte pasientens ferdigheter og kompetanse.

Pasientdeltakelse inngår i de fleste daglige aktiviteter og behandlingsmessige tiltak som sykepleieren gjennomfører til beste for pasienten. Det er en kontinuerlig prosess som endres over tid, avhengig av situasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren legger til rette for deltakelse ved å etterspørre pasientens ønsker og behov, gi rom for valg og ved å komme med forslag som pasienten kan ta stilling til. Når pasienten og sykepleieren kjenner til hverandre og har en relasjon over tid, blir det også lettere å bygge på ønsker og verdier som pasienten har (Kirkevold, 2020, s. 101).

En god relasjon betyr mye, og det at pasienten har tillit til deg som sykepleier er verdifullt. Ved å ha tillit og en god relasjon skapes det ro og trygghet (Fjørtoft, 2016, s.77). Jeg opplevde at noen pasienter hadde en bedre relasjon til andre og dermed slapp lettere inn i hjemmet. Dette var ofte fordi sykepleieren hadde jobbet mye med pasienten, og pasienten begynte å kjenne til denne sykepleieren. Pasienten kjente da på en trygghet rundt denne sykepleieren, og jeg merket også at det å ikke gi seg med å skape en relasjon er viktig. God sykepleie til demenspasienter krever faglig og etisk kompetanse i tillegg til empati og engasjement (2016, s. 78). Respekt for menneskers liv og integritet er å vise omsorg (2016, s. 136). Det kan være nødvendig med mer avsatt tid til pasienter med demens (Birkeland & Flovik, 2018, s. 163), og det bør jobbes med at det ikke stadig kommer nye personer inn i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s.76). Dette kan skape forvirring og uro hos pasienten, og det er viktig at det skapes forutsigbarhet (2016). Det er viktig at sykepleiere som kommer hjem til pasienter med demens har kunnskap om målgruppen, og informasjon, relasjon og tid er avgjørende faktorer for å legge til rette for en god samhandling (2016). God omsorg til personer med demens er fleksibel i tilnærmingen og bygger på god kunnskap og kjennskap til personen (2016, s. 77). I studien til Meyer et al. (2017), sa deltakerne at det å ha kjennskap til pasienten og ernæringsbehovet er viktig. Sykepleierne understrekte at respekt er viktig for at den hjemmeboende skal bestemme selv, og la vekt på at hjemmet er en privat arena (2017). Enkelte av deltakerne mente at det var upassende å veie pasienten, og mente at pasienten selv skal bestemme om de vil veies. I grupperefleksjon kom det fram at mange pasienter vegret seg for å veies, og deltakerne diskuterte at man ikke skulle krenke eldre kvinners «husmorsstolthet», ved at de ikke kan ivareta ernæringen sin (2017). Eldre vil være selvstendige, og unngår å fortelle om vanskeligheter knyttet til matinntak. Dette er fordi de er redde for at de skal miste sin selvstendighet (Mole et al., 2018). utfordringene mange av sykepleiere uttrykte var det å følge opp hva den hjemmeboende faktisk spiser (Meyer et al., 2017).

Aasgaard et al. (2014) har i sin studie snakket med helsepersonell i hjemmesykepleien som jobbet med demenspasienter (2014). Deltakerne fortalte at å kjenne pasienten, pasienten kjenner til personalet og rutiner, gjør at den eldre selv takker ja til hjelp. Sykepleierne opplevde at den eldre ikke ønsket å motta hjelp når de ikke hadde kjennskap til personalet som kom hjem til dem den dagen (2014). I tillegg merket deltakerne i studien at hvis de tok seg litt ekstra tid og satt seg ned mens pasient lagde seg mat, medførte dette at pasientene oppførte seg mer rolig. Selv om sykepleierne kom litt på etterskudd på listen sin for dagen, opplevde de at det var verdt det. De to minuttene ekstra hos pasienten ved å ta et glass vann og snakke med pasienten, gjorde at tillit og en rolig atmosfære ble skapt. Når en tillitsbærende relasjon var opparbeidet hos pasient, kunne helsehjelpen utøves (2014).

### 6.3 Kartleggingsverktøy

Det er viktig å fokusere på underernæring i helsevesenet siden tilstanden kan gi økt lidelse og død hos pasient (Gjerlaug et.al, 2016). Screening av ernæringsmessig risiko skal inngå som en del i sykepleierens rutinemessige utredning. Ved å screene for ernæringsmessig risiko kan man identifisere personer med økt risiko for underernæring (2016).

Rognstad et al (2013) har i sin studie brukt MNA-skjema for å kartlegge ernæringsstatusen til eldre, og MNA er enkel å bruke (2013). I tillegg er MNA et godt egnet og validert screeningsverktøy, og det er blitt brukt i mange norske studier (2013, s.303). Det som er positivt ved å benytte seg av skjemaet er at det er lett å anvende, ta med seg til pasient og sykepleieren får raskt et svar. Min egen erfaring fra praksis er at det å benytte seg av skjemaer og få en score på spørsmålene egner seg godt for å kartlegge om pasient er eller står i fare for underernæring. I tillegg er det fint å bruke skjemaer hos eldre som har en demenssykdom, da man kan fylle ut MNA skjema uten å spørre pasienten, men man kan innhente informasjon ved å observere pasienten over tid og kjenne til livshistorien. Forskingen til Rognstad et al. (2013) viste at halvparten av deltakerne var underernærte eller sto i fare for å bli det. Ved å bruke skjemaer som er enkle å anvende, kan man lett fange opp dette. I studien forekom det kjønnsforskjeller, men det var flere kvinner som var med i denne studien. I tillegg viste det seg at de pasientene som handlet maten selv, hadde mindre sannsynlighet for underernæring (2013, s.307). I en annen forskningsstudie foretok Gjerlaug et al (2016) for seg ulike kartleggingsverktøy for å oppdage underernæring. Skjemaene som ble benyttet var MNA, MNA-SF og Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ). I denne studien fant de ut at MNA var et godt egnet screeningsverktøy for ernæringsstatus, og de så at resultatene var entydige med moderat til

høy validitet (Gjerlaug et al., 2016). Likevel understreker Gjerlaug med kollegaer at det er viktig å vite at et skjema bare avdekker hvorvidt personen er i risiko for underernæring. Da er det viktig at sykepleiere følger opp med ulike tiltak hos pasientene der det blir funnet risiko for underernæring (2016).

Jeg stiller meg litt kritisk til det å få en score da dette kan både gi positive og negative resultater. Hvis pasient får en lav score, viser det seg at pasienten er underernært. Det som er skummelt med slike resultater, er at vekt og høyde kan score til underernæring. Noen kan være naturlig slanke og spiser godt, og da må man ta en vurdering. I praksis synes jeg ikke det er tilstrekkelig at man skal fokusere på poengscoren. Jeg synes det er mer brukbart å faktisk sette seg litt inn i pasient og observere litt mer over tid. Jeg synes det er hensiktsmessig å observere og kartlegge hva pasienten spiser og får i seg. I daglig praksis ønsker vi å få en oversikt over energibalansen til en pasient, slik at det er mulig å bedre inntaket dersom det er for lavt (Thoresen et al., 2019, s.149). For å kartlegge inntaket kan man benytte seg av skjemaer hvor all mat og drikke skrives inn på et ark. Dette oppsettet gir et bilde over matinntaket ved de ulike måltidene, og man må raskt gjøre en vurdering av selve måltidsrytmen og se om pasienten hopper over måltider (2019). I studien til Meyer et al. (2017) fortalte sykepleierne at kravet til systematisk kartlegging av ernæringsstatus var utfordrende. Deltakerne begrunner utfordringene ved at observasjoner og kartlegging er vanskelig å gjennomføre hos hjemmeboende, da eldre kan glemme hva de har spist og at det ikke er kontinuerlig observasjon som på institusjon. I tillegg påpeker sykepleierne at det er upassende å bruke registreringer i hjemmet (2017).

Söderhamn et al. (2012) har også forsket på bruk av kartleggingsverktøy, og resulterer i sin studie med at de har god effekt for å oppdage underernæring (2012, s.390). I tillegg fant forskerne flere faktorer i sin studie som kan påvirke eldre personer sitt matinntak som ikke er av medisinske grunner, men går mer på det psykososiale. MNA var ett av verktøyene som ble brukt, og det viser seg at denne var lett å bruke og ga konkrete resultater (2012). Fullversjonen av MNA er brukt med hell hos hjemmeboende pasienter med demens, og selv om fullversjon av MNA har flere vurderingspunkt vil kortversjonen være tilstrekkelig i de fleste tilfeller (Melheim & Sandvoll, 2018), s.127. Det å spare tid ved å bruke MNA-Sf er ikke et godt argument, og det bør foretas fullversjon om det trengs. Dette er fordi fullversjonen av MNA åpner opp for pasientens egen vurdering av egen helse og oppfatning av ernæringsstatus (Melheim & Sandvoll, 2018).

Ifølge Rognstad et al. (2013) og Söderhamn et al. (2012), er det enighet om at MNA er det mest gunstige kartleggingsverktøy for hjemmeboende eldre. Dette er fordi MNA tar med spørsmål om kognitiv funksjonsevne og mobilitet. Ofte scorer hjemmeboende eldre høyere på dette, siden dette kan være svekket når de kommer på sykehjem (Gjerlaug et al., 2016). Likevel ses det at

grunnleggende behov som ernæring kan være bedre ivaretatt på sykehjem, da man har helsepersonell tilstede til enhver tid (Gjerlaug et al., 2016).

## 7.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg belyst kartlegging av ernæring i hjemmetjenesten. I tillegg har jeg hatt fokus på at kartleggingen foregår hos pasienter med demenssykdom, samtidig som jeg har hatt et stort fokus på relasjon mellom sykepleier og eldre med demenssykdom. For å kartlegge ernæring kan man bruke ulike kartleggingsverktøy, som MNA-skjema. Slike skjemaer gir sykepleier raskt et svar for om pasient er eller står i fare for underernæring. I tillegg er det en kjent problemstilling at eldre med demens ikke ønsker hjelp, og det kan føre til at sykepleier ikke får lov til å komme inn i hjemmet. Man kan stille flere spørsmål til hvorfor kartlegging av ernæring i hjemmesykepleien ikke blir fulgt opp like nøye som på institusjon. Mangel på kunnskap og rutiner kan se ut til at kartlegging viker for andre arbeidsoppgaver i hjemmetjenesten. Hjemmet er en privat arena, og det å bygge en relasjon og sette av mer tid til pasienter med demens kan føre til at det blir lettere å kartlegge. Det bør legges til rette for at det kun er noen faste sykepleiere som følger pasient en periode. Kartlegging kan gjøres i forbindelse med andre oppgaver, og informasjon er viktig å gi til pasient. Å informere kvelden i forveien og avklare med pasient om de ønsker å veies, kan lette arbeidet med at pasient ikke motsetter seg kartleggingen.

## 8.0 Bibliografi

- Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utgave, s. 156–178). Cappelen Damm Akademisk.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utgave). Cappelen Damm Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave, s. 301–315). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utgave, s. 14–28). Forlaget Aldring og Helse Akademisk.
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utgave, s. 887–907). Cappelen Damm Akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie- Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utgave). Fagbokforlaget.
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2016, juli 5). *Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre*. Sykepleien. [https:// 10.4220/Sykepleienf.2016.57692](https://10.4220/Sykepleienf.2016.57692)
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowe, M., Sørbye, I. W., Thoresen, L., Øien, H., Alhaug, J., & Smedshaug, G. B. (2013, april). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Helsedirektoratet.
- [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/\\_/attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)



- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, desember 2). *Demensplan 2020*. Regjeringen.no.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- Helsedirektoratet. (2019a, november 27). *Demens*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lovverk>
- Helsedirektoratet. (2019b, november 27). *Ernæring og oral helse ved demens*. Helsedirektoratet.no.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/ernaering-og-oral-helse-ved-demens#kommunen-skal-vurdere-risiko-for-under-og-feilernaering-hos-mottakere-av-helse-og-omsorgtjenester-herunder-personer-med-demens-praktisk>
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utgave, s. 107–118). Cappelen Damm Akademisk.
- Jacobsen, E. L., & Bye, A. (2015). Ernæring. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utgave, s. 619–673). Cappelen Damm Akademisk.
- Kirkevold, M. (2020a). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3.utgave, s. 84–97). Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2020b). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3.utgave, s. 98–111). Gyldendal.
- Kirkevold, Ø. (2018). Rettssikkerhet for personer med demens. I Knut Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens—Sykdommer, diagnostikk og behandling* (1.utgave, s. 373–389). Forlaget Aldring og Helse Akademisk.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2013). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=forskrift%20om%20kvalitet%20i%20pleie->
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (1999). *Pasient- og brukerrettighetslovn*. Lovdata.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_2)

- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utgave, s. 119–141). Cappelen Damm Akademisk.
- Melheim, B. G., & Sandvoll, A. M. (2017). Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast. *Sykepleien.no*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64708>
- Melheim, B. G., & Sandvoll, A. M. (2018). Nasjonale og internasjonale verktøy for å kartlegge ernæringsstatus hos heimebuande eldre. I H. Hogset, D. M. Berge, & K. Y. Dale (Red.), *Det Regionale I Det Internasjonale -Fjordantologien 2018* (1.utgave, s. 118–135). Universitetsforlaget.
- Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017, mai 4). *Vurdering av ernæringsstatus- et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien*. *Sykepleien*.  
<https://sykepleien.no/forskning/2017/05/vurdering-av-ernaeringsstatus-et-sykepleiefaglig-ansvar-i-hjemmesykepleien>
- Mole, L., Kent, B., Abbot, R., Wood, C., & Hickson, M. (2018). The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. *Health Soc Care Community*, e485–e496.  
<https://doi.org/10.1111/hsc.12540>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2.utgave). Cappelen Damm Akademisk.
- Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013, desember 10). *Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens*. *Sykepleien*.  
<https://sykepleien.no/forskning/2013/11/underernaering-hos-eldre-hjemmeboende-personer-med-demens>
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasient* (3.utgave, s. 416–439). Gyldendal Akademisk.

Söderhamn, U., Dale, B., Sundsli, K., & Söderhamn, O. (2012). Nutritional screening of older home-dwelling Norwegians: A comparison between two instruments. *Clinical Interventions in Aging, 7*, 383–391.

Thoresen, L., Borchsenius, C., & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5.utgave). Gyldendal.

Aasgaard, H. S., Fagerstrom, L., & Landmark, B. (2014). Nurses' Experiences of Providing Care to Dementia Patients Through Home Health Care: After Further Training and a Reorganization of Nursing Resources. *Home Health Care Management & Practice, 26*, 230–238. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1084822314530992>

## Vedlegg 1

Database	Søkeord	Treff+avgrensning	Dato
SveMed+	Dementia, malnutrition	19	12/10
SveMed+	Malnutrition, independent living	4	12/10
Idunn	Demens, hjemmesykepleie	18	12/10
Svemed+	Dementia, cooperative behavior	9	12/10
Idunn	Demens, samarbeid	51	12/10
Svemed+	Demens, underernæring	5	12/10

CINAHL	Dementia, Malnutrition	1,900 Avgrenset til Europa: 512	13/10
MedLine	Dementia, Malnutrition, home care	48	13/10
MedLine	Undernutrition, dementia, home nursing	3 treff, Avgrenset Norge i søk i artikler	13/10
Medline	Dementia, independent living, cooperative behavior	6	13/10
SveMed+	Home care and screenings and nutrition	1	14/10
Medline	Screening tools or assessment tools and home care nursing and nutrition	8	14/10

## Vedlegg 2

# Mini Nutritional Assessment MNA<sup>®</sup>

Nestlé  
Nutrition Institute

Etternavn:	<input type="text"/>	Fornavn:	<input type="text"/>
Kjønn:	<input type="text"/>	Alder:	<input type="text"/>
Vekt, kg:	<input type="text"/>	Høyde, cm:	<input type="text"/>
Dato:	<input type="text"/>		

Besvar undersøkelsen (screeningen) ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre, fortsett med del II for å få en samlet vurdering av ernæringsstilstanden.

Screening, del I	
<b>A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?</b> 0 = betydelig redusert matinntak 1 = noe redusert matinntak 2 = ingen endring i matinntaket	<input type="checkbox"/>
<b>B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene</b> 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>
<b>C Mobilitet</b> 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"/>
<b>D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene?</b> 0 = ja    2 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>E Neuropsykologiske problemer</b> 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
<b>F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde(m) x høyde(m)]</b> 0 = BMI mindre enn 19 1 = BMI 19 til mindre enn 21 2 = BMI 21 til mindre enn 23 3 = BMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>
<b>Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng)</b>	
12 - 14 poeng:	<input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus
8 - 11 poeng:	<input type="checkbox"/> Risiko for underernæring
0 - 7 poeng:	<input type="checkbox"/> Underernært
For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R	
Screening, del II	
<b>G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)</b> 1 = ja    0 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag</b> 0 = ja    1 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>I Trykksår eller hudsår</b> 0 = ja    1 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?</b> 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
<b>K Utvalgte markører for proteininntak</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag</li> <li>To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke</li> <li>Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag</li> </ul>	ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?</b> 0 = nei    1 = ja	<input type="checkbox"/>
<b>M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?</b> 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>N Matinntak</b> 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
<b>O Eget syn på ernæringsmessig status</b> 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
<b>P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsestilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?</b> 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>Q Overarmens omkrets (OO) i cm</b> 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"/>
<b>R Leggomkrets (LO) i cm</b> 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
Screening, del II (maks. 16 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Screening, del I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>MNA resultat</b>	
24 til 30 poeng	<input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus
17 til 23.5 poeng	<input type="checkbox"/> Risiko for underernæring
Mindre enn 17 poeng	<input type="checkbox"/> Underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA<sup>®</sup> - Its History and Challenges. J Nut 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<sup>®</sup>) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.  
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.  
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.  
 Se mer info på: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Lagre    Skriv ut    Reset



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-12-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 HØST
<b>Sluttdato:</b>	07-12-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2020 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	Aud Berit Fossøy		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	104
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7964
----------------------	------

Kan eksamensbesvarelsen gjøres til gjenstand for utlån?:

Nei

Egenerklæring \*:

Ja

Jeg bekrefter innlevering til biblioteket \*:

Ja

Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:

Nei

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

**Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

**Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Nei