



KANDIDAT

137

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:13
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

JA, jeg samtykker

NEI, jeg samtykker ikke

Besvart.

1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

↓ Last ned

✕ Fjern

↻ Erstatt

Filnavn: Bacheloroppgaven - endelig versjon.pdf

Filtype: application/pdf

Filstørrelse: 956.15 KB

Opplastingstidspunkt: 15.04.2021 11:00

Status: Lagret

Besvart.



Eldre og ernæring

Hvordan fremme en god ernæring for eldre i sykehjem?

The Elderly and nutrition

How to promote healthy nutrition in the Elderly in nursing homes?

Kandidatnummer: 137

VID vitenskapelige høyskole

Betanien, Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2018

Antall ord: 8308

Innleveringsfrist: 08.04.2021

Sammendrag

Bakgrunn: Eldre sykehjemsbeboere er utsatt for underernæring, forekomsten varierer mellom 20-60%. Hensikten med denne studien er å beskrive hvordan sykepleier kan fremme en god ernæring for beboere i sykehjem.

Metode: Dette er en litteraturstudie. Litteraturen er hentet fra forskningsartikler, offentlige dokumenter og pensum- og fagbøker.

Resultat: Kartleggingsverktøy kan effektivt identifisere underernæring. Det er vesentlig at sykepleier har kunnskap om ernæring. Flere studier viser at dette kan være mangelfullt. God samhandling mellom sykepleier og sykehjemslegen er viktig i ernæringsarbeidet. Både fysiologiske aldersforandringer, måltidsmiljø, måltidsfrekvens og hvilken kost som blir servert påvirker matlyst og matinntak. Dorothea Orems teori om egenomsorgssvikt belyser hvordan sykepleier kan kompensere for pasientens manglende evner til å få dekket sine ernæringsbehov.

Konklusjon: En god ernæringspraksis er avhengig av kompetanse og gode rutiner i alle ledd. Sett under ett kan dette legge grunnlaget for god helse og livskvalitet for sykehjemspasienter.

Nøkkelord: *Eldre, god ernæring, underernæring, sykehjem, sykepleie*

Abstract

Background: Elderly nursing home residents are exposed to malnutrition, the incidence varies between 20-60%. The purpose of this study is to describe how nurses can promote good nutrition for nursing home residents.

Method: This is a literature study. The literature is taken from research articles, public documents, syllabi, and textbooks.

Result: Mapping tools can effectively identify malnutrition. It is essential that the nurse has knowledge of nutrition. Several studies show that this may be deficient. Good interaction between the nurse and the nursing home doctor is important in the nutrition work. Both physiological age changes, meal environment, meal frequency and which diet is served affected appetite and food intake. Dorothea Orem's theory of self-care failure sheds light on how nurses can compensate for the patient's inability to meet their nutritional needs.

Conclusion: A good nutritional practice depends on competence and good routines at all levels. Taken as a whole, this can lay the foundation for good health and quality of life for nursing home patients.

Keywords: *Elderly, healthy nutrition, malnutrition, nursing homes, nursing*

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	<i>Problemstilling</i>	2
1.2	<i>Begrepsavklaring</i>	2
1.3	<i>Avgrensning av oppgaven</i>	2
2	Metode	3
2.1	<i>Vitenskapsteori</i>	3
2.2	<i>Metode</i>	4
2.3	<i>Litteratursøk</i>	4
2.4	<i>Kildekritikk</i>	6
2.5	<i>Etiske overveielser</i>	6
3	Teori	7
3.1	<i>Ernæring</i>	7
3.1.1	<i>Forandringer ved aldring og ernæringsmessige behov</i>	7
3.1.2	<i>Underernæring</i>	8
3.2	<i>Helsepolitiske retningslinjer</i>	8
3.2.1	<i>Måltidsmiljø og måltid på sykehjem</i>	10
3.2.2	<i>Kartlegging av ernæringsstatus</i>	10
3.3	<i>Dorothea Orems teori om egenomsorgssvikt</i>	11
3.3.1	<i>Teorien om egenomsorg</i>	11
3.3.2	<i>Misforhold – Egenomsorgssvikt</i>	12
3.3.3	<i>Teorien om sykepleiesystemene</i>	12
3.4	<i>Sykepleiers ansvar</i>	13
4	Resultat	14
4.1	<i>Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse</i>	14
4.2	<i>Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt</i>	14
4.3	<i>Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter</i> ...	15
4.4	<i>How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?</i>	16
4.5	<i>Assisted-living elderly and the mealtime experience</i>	16
4.6	<i>Undernutrition in geriatric institutions in South-West France: Policies and risk factors</i>	17
5	Drøfting	18
5.1	<i>Kost og måltidsfrekvens til beboerne</i>	18
5.2	<i>Tilrettelegging av måltidsmiljø</i>	19
5.3	<i>Rutiner og verktøy til kartlegging av ernæringsstatus</i>	23
5.4	<i>Sykepleiers kompetanse om ernæring</i>	25
6	Konklusjon	27
7	Litteraturliste:	28

Vedlegg 1: MNA-skjema

1 Innledning

Formålet med denne litteraturstudien er å få et større fokus på ernæring til eldre i sykehjem. Stortingsmelding om framtidens utfordringer framhever at en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet er mat og måltider i sykehjem (St. melding nr 25 (2005-2006)). Mellom 20-60% av sykehjemsbeboere er underernærte eller står i fare for å bli det (Helsedirektoratet, 2018), derfor er eldre og ernæring et viktig tema. Som sykepleier møter man både på ernæring og den eldre pasienten på flere områder innenfor sykepleieyrket. Derfor anser jeg temaet som relevant for den sykepleiefaglige praksisen.

Jeg har arbeidet på sykehjem i flere år og synes arbeidet er engasjerende. I løpet av disse årene har jeg fått jobbe med et stort spenn av eldre pasienter, både de som har god- og dårlig ernæringsstatus. Jeg har selv opplevd både på sykehus og sykehjem at ernæring og måltid kan bli nedprioritert, til tross for at det er et grunnleggende behov som er livsnødvendig å få dekket. Jeg har fått erfart hvor viktig ernæringen er for trivsel og for å opprettholde god helse og livskvalitet. Derfor vil jeg skrive om hvordan sykepleier kan fremme en god ernæring for å redusere underernæring i sykehjem.

1.1 Problemstilling

«Hvordan fremme en god ernæring for eldre i sykehjem?»

1.2 Begrepsavklaring

For å unngå misforståelser rundt begrepene i problemstillingen velger jeg å definere noen av de sentrale begrepene:

Fremme: Helsefremmende arbeid eller det å fremme kan forklares som det å hjelpe frem prosesser og faktorer som fører til god helse og livskvalitet (Garsjø, 2018).

Ernæring: Ernæring er den mat og drikke som vi daglig inntar. Det handler om behovet for energi og næringsstoffer, og hvordan næringsstoffene fordøyes og omsettes gjennom prosesser i celler og organismer (Sortland, 2015, s. 17).

Eldre: Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) blir betegnelsen «eldre» brukt om personer over 65 år (Sortland, 2015, s. 139).

Sykehjem: Sykehjem tilbyr en helhetlig omsorg døgnet rundt, og skal dekke behovene til mennesker som ikke lenger har god nok kapasitet til egenomsorg hjemme (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 199).

1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven avgrenses til å omhandle eldre sykehjemsbeboere over 65 år. God ernæring er viktig for alle, men oppgaven er tenkt spesielt til sykepleien som gis til beboere som er underernært eller i ernæringsmessig risiko. Jeg utelater derfor overvekt og overernæring. Pasientgruppen vil trenge hjelp til å opprettholde god egenomsorg relatert til det grunnleggende behovet for tilstrekkelig ernæring. Jeg ser bort i fra utfordringer knyttet til kulturforskjeller, kognitiv svikt eller som andre fysiske begrensninger og sykdommer kan medføre. Pasientene vil være i stand til å spise selv peroralt. Derfor utelukkes spesielle behov for assistanse knyttet til pasienter som trenger å få tilført næring enteralt, parenteralt, bli matet eller ved livets slutfase. Videre vil jeg vektlegge generelle tiltak for å fremme en god ernæring for beboerne ved å ha fokus både på system- og individrettede tiltak. Jeg vil sette søkelys på miljøtiltak fremfor behandling eller medisinske tiltak.

2 Metode

Dette er en litteraturstudie. En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra allerede eksisterende skriftlige kilder. Å systematisere vil si å hente inn litteratur, videre gå kritisk gjennom den og avslutningsvis sammenfatte det hele (Thidemann, 2015, s. 79).

2.1 Vitenskapsteori

For å besvare problemstillingen trenger jeg naturvitenskapelig, humanvitenskapelig og samfunnsvitenskapelig kunnskap. Jeg bruker naturvitenskapelig kunnskap for å finne ut av hvilke fysiologiske prosesser som skjer ved aldring og for å tilegne meg kunnskap om eldres ernæringsbehov, betydningen av underernæring og hva som fremmer en god ernæring. Jeg trenger samfunnsvitenskapelig kunnskap for å svare på hvilke muligheter, utfordringer og begrensninger et sykehjem kan medvirke til i forhold til eldres ernæring (Thidemann, 2015, s. 62–63).

Jeg har brukt kvantitative studier som gir data i form av målbare enheter, i forhold til hvor mange sykehjem som følger ernæringsprosedyrer (Dalland, 2017, s. 52). Humanvitenskapelig kunnskap blir benyttet når jeg innhenter informasjon fra kvalitative studier knyttet til enkeltindividers opplevelser og erfaringer som ikke lar seg tallfeste eller måle (Thidemann, 2015, s. 62–63). Jeg bruker offentlige dokumenter som lovverk, statistikk, rapporter, veiledere og forskrifter som omhandler hvordan eldre på sykehjem skal få dekket sitt næringsbehov (Thidemann, 2015, s. 63).

Selv om dette er en litteraturstudie vil jeg i drøftingsdelen, i tillegg til pensumlitteratur, vitenskapelige artikler og teori, komme med egne erfaringer. Jeg ønsker å trekke frem egne eksempler fra praksis, jobb på sykehus og sykehjem og for øvrig den kunnskapen jeg har tilegnet meg ved å studere sykepleie.

2.2 Metode

Jeg valgt å bruke aktuell pensumlitteratur som omhandler eldre og ernæring. Fra pensumlitteraturen har jeg brukt boken "Metode og oppgaveskriving" (Dalland, 2017) og "Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter" av Thidemann (2015) som grunnlag for "Metode" kapittelet i oppgaven. For å finne naturvitenskapelig kunnskap om ernæring og eldres ernæringsbehov, brukte jeg pensumbøker og fagbøker; "Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten" (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2015), "Ernæring – mer enn mat og drikke" (Sortland, 2015), "Sykepleierens ernæringsbok" (Sjøen & Thoresen, 2012) og "Grunnleggende sykepleie 2» (Aagaard, 2011).

Offentlig informasjon og statistikk er inkludert for å beskrive samfunnsvitenskapelig kunnskap (Thidemann, 2015, s. 60). Jeg søkte på Helsedirektoratets nettsider for å finne retningslinjer, veiledere og rapporter, deriblant «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring». Jeg har valgt å bruke Dorothea Orem sin teori om egenomsorgssvikt. Teorien kan anvendes for å beskrive hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten til å få dekket sine ernæringsbehov.

2.3 Litteratursøk

Jeg begynte å søke med norske søkeord i databasen Svemed+ for å finne gode MeSH-termer på engelsk. Jeg søkte med ordene: «eldre, ernæring, underernæring, måltider, ernæringstiltak, sykehjem». Jeg haket av for "Peer reviewed tidsskrifter" og "Läs online".

Jeg fikk opp forslag til MeSH-termer underveis når jeg søkte med norske søkeord. Brukbare MeSH-termer var: «Aged, Aged 80 and over, nutrition, nutrition assessment, malnutrition, meals, nursing homes, geriatric nursing".

Videre søkte jeg i databasen Cinahl med flere av MeSH-termene jeg hadde fått via søk i Svemed+. Siden Svemed+ ikke lenger oppdateres har jeg gjort flest søk i Cinahl da dette er en stor sykepleiedatabase som stadig oppdateres. I Cinahl brukte jeg også søkeordene «MNA, screening, nutrition intervention, nutritional status, geriatric nutrition, mealtime». Jeg haket av for «full text, peer reviewed, aged: 65+ years». Jeg brukte OR imellom de ordene som handlet om det samme, for eksempel de ordene som dreide seg om ernæring,

da fikk jeg flere tusen treff. Deretter kombinerte jeg disse søkene med AND, på denne måten snevret jeg søkene inn til noen hundre. For å finne de artiklene jeg nå har valgt å inkludere i oppgaven, leste jeg først overskriften på dem og hvis den virket interessant gikk jeg videre til abstrakt. Deretter scannet jeg innholdsfortegnelsen før jeg eventuelt skimleste hele artikkelen. Avslutningsvis leste jeg nøye gjennom de artiklene jeg vurderte som relevant for min oppgave.

I Svemed+ valgte jeg artikkelen "Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse" (Aagaard, 2010). Denne inkluderte jeg fordi den sa noe om hvordan lederne av sykehjemmene vurderte maten og måltidene som ble servert, samt rutinen for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet. I Oria fant jeg "Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt" (Leirvik et al., 2016). Denne inkluderte jeg fordi den så på hvordan sykepleierne kunne øke sin kompetanse i å kritisk vurdere egen praksis og iverksette forbedringstiltak.

I Cinahl valgte jeg studien "How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?" (Suominen et al., 2009). Denne var aktuell fordi den viste betydningen av å kartlegge pasientenes ernæringsstatus for å fange opp de som allerede er underernært og de som står i fare for å bli det. Videre valgte jeg artikkelen "Assisted-living elderly and the mealtime experience" (Mahadevan et al., 2014). Denne artikkelen viste flere forhold som virket inn på velværet til de eldre under måltidet, og derfor var denne relevant. I tillegg inkluderte jeg artikkelen "Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter" (Kuven & Giske, 2017). Denne ble tatt med fordi den belyste betydningen av at sykepleier samhandler med sykehjemslegen. Til slutt valgte jeg studien "Undernutrition in geriatric institutions in South-West France: Policies and risk factors" (Bourdel-Marchasson et al., 2009). Denne var brukbar da den søkte etter institusjonelle faktorer som var forbundet med økt underernæring.

2.4 Kildekritikk

De artiklene jeg anser som relevante å bruke, er alle publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrift og fagfelleurdert. Det vil si at de er kvalitetssikret av eksperter innenfor faget. Nettsider og rapporter fra myndighetene er kvalitetssikret av dem. Helsedirektoratets litteratur er evidensbasert og informasjonen er kvalitetssikret. Fagbøkene er kvalitetssikret av forlagene. Eksempelvis har jeg hentet informasjon om Mini Nutritional Assessment (MNA) fra Helsedirektoratets anbefalinger for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009).

Jeg har valgt å bruke sekundærlitteratur på Dorothea Orems teori. Valget om å bruke sekundærlitteratur har både fordeler og ulemper. Grunnen for dette er at originallitteraturen er skrevet på engelsk språk og teoriens budskap kan feiltolkes ved oversettelse av leser. Med hensyn til at det er begrenset med tid til å sette seg godt inn i Orems originallitteratur har jeg valgt sekundærlitteratur skrevet av Kirkevold (1998, s. 128–143). Kirkevold presenterer en grundig gjennomgang av Orems teori, teorien ble først skrevet på 70-tallet.

Jeg vektlegger å bruke oppdaterte kilder fra senere år, så sant kildematerialet er av god kvalitet og egnet for min problemstilling. Først valgte jeg å avgrense søket fra 2011-2021, men på grunn av mangel på tilfredsstillende artikler, valgte jeg å utvide søket fra 2009-2021. Som følge av at prosedyrer og tiltak knyttet til ernæring oppdateres kan det være en svakhet å inkludere litt eldre artikler. Jeg må derfor være ekstra kritisk når jeg nå anvender dem. Til tross for dette har jeg likevel valgt å inkludere noen, da jeg anser dem som relevante. Internasjonale artikler har andre helsesystemer enn Norge. Dette må tas i betraktning på hvor godt de kan sammenlignes med norske sykehjem. Imidlertid anser jeg artiklene som overførbare og relevante for praksisen til sykehjem i Norge.

2.5 Ethiske overveielser

Jeg vektlegger å overholde akademiske normer for kildehenvisning. Ved sitering av kilder refererer jeg til dem på en adekvat måte (Thidemann, 2015, s. 12). Ved bruk av egne erfaringer vil jeg selvsagt anonymisere eksemplene for å ivareta personvern.

3 Teori

Begrepene pasient og beboer blir brukt om hverandre som synonymmer.

3.1 Ernæring

Ernæring handler om sammenhengen mellom mat, næringsstoff og menneskers helse. Ernæringsstatus sier noe om hvor godt det fysiologiske behovet for næringsstoffer er dekket. Både inntak og forbruk av næringsstoffer spiller inn på hvor godt kroppen er i energibalanse. Både for mye og for lite kan gå utover kroppens funksjoner. Ved for høyt inntak av energi i forhold til forbruk vil dette kunne føre til overvekt, og motsatt vil et lavt inntak i forhold til forbruk kunne føre til undervekt (Sortland, 2015, s. 166).

3.1.1 Forandringer ved aldring og ernæringsmessige behov

Eldre er særlig utsatt for sykdom og funksjonssvikt. Ved økende alder skjer det kroppslige forandringer som spiller inn og kan påvirke inntak av mat og ernæringsstatus. En god ernæring kan bidra til at fysiologiske funksjoner vedlikeholdes lengre, samt at livskvalitet og trivsel fremmes (Aagaard, 2011).

Kroppsmassesammensetningen endres med økende alder. En eldre kroppen vil bestå av mindre væske og muskulatur, mens fettinnholdet vil øke (Brodtkorb, 2014, s. 302).

Reduksjon i basalstoffsiftet er en viktig grunn for at behovet for energi og dermed behovet for mat går ned med alderen (Sortland, 2015, s. 142). Kaloribehovet hos eldre er 20-30% lavere, sammenlignet med yngre voksne. Det daglige energibehovet for eldre varierer i forhold til aktivitet, inaktivitet og helsetilstand. Gjennomsnittlig ligger behovet rundt 25 kcal/kg (Brodtkorb, 2014, s. 302).

Sammenlignet med yngre har eldre en nedsatt spiseregulering, dette kan både føre med seg overvekt eller undervekt. Dersom eldre legger på seg har de lettere for å beholde de ekstra kiloene, mens for en undervektig er det vanskeligere å gå opp i vekt (Sortland, 2015, s. 140). Lukte- og smakssansen endres og blir dårligere, både ved at man mister smaksløker med alderen, men også fordi terskelen for smak endrer seg (Sortland, 2015, s. 141).

Fordøyelsessystemet kan påvirkes ved tap av tenner, dårlig munnstell, soppinfeksjoner og betennelse i tannkjøtt samt svelgproblemer. Dårlig munnhygiene kan gi manglende matlyst. Tørstfølelsen svekkes med alderen. Lavt væskeinntak kan gi munntørrehet og skape problemer med både tygging og svelging (Sortland, 2015, s. 142). Lavere spyttsekresjon kan derfor gi infeksjoner (Sortland, 2015, s. 142). Hvor mye væske man har bruk for henger blant annet sammen med kroppsstørrelse, temperatur, fysisk aktivitet og sykdommer. Det daglige inntaket bør være på 1,5-2,5 liter eller 30 ml per kilo kroppsvekt per døgn (Sortland, 2015, s. 145). Kroppsmasseindeks (KMI) for voksne bør ligge mellom 20-25 kg/m². For eldre over 65 år anbefales en høyere KMI, den bør være mellom 24-29 kg/m². En KMI under 22 kg/m² kan være et signal på underernæring hos eldre (Sortland, 2015, s. 142).

3.1.2 Underernæring

Underernæring er en ernærings situasjon der næringsinntaket er for lavt i forhold til behovet. Det kan skyldes for lavt matinntak, utilstrekkelig fordøyelse eller ufullstendig absorpsjon. For å oppdage underernæring tidlig trengs gode rutiner for veiing og nøye observasjon av matinntak. Underernæring kan vise seg på ulike måter og forekomme i ulike grader, fra lett til alvorlig. Dette har sammenheng med hvor mye vekt som er tapt (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 249).

Underernæring blir en ugunstig effekt på kroppssammensetningen og kroppslige funksjoner (Helsedirektoratet, 2009, s. 14). Underernæring kan føre med seg en rekke alvorlige konsekvenser som kan ramme flere organsystemer. Eldre er særlig utsatt for vekttap og underernæring som følge av aldersmessige forandringer. Immunforsvaret svekkes og kan være årsak til nedsatt infeksjonsmotstand. Den motoriske kapasiteten til tarmen blir nedsatt noe som medfører dårligere næringsopptak. Det kan være årsak til økt søvnbehov, psykologiske tegn som depresjon, apati eller følelse av utmattelse (Sortland, 2015, s. 165).

3.2 Helsepolitiske retningslinjer

De nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring skal sikre god kvalitet på helsehjelpen som gis til underernærte pasienter (Helsedirektoratet, 2009). De bygger på oppdatert kunnskap og formidler det Helsedirektoratet anser som god

praksis. Målet med retningslinjen er å gi råd om hvordan helsepersonell og ledere i spesialist- og primærhelsetjenesten skal indentifisere, forebygge og iverksette en målrettet ernæringsbehandling for underernærte eller pasienter som er i ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2009).

I helseinstitusjoner foreslås det to ulike koststandarder, nøkkelråds kost og energi- og næringstett kost (Helsedirektoratet, 2016). *Nøkkelråds kost* anbefales til alle med god ernæringsstatus, både friske og syke. I denne kosten anbefales magre kjøtt og meieriprodukter. Målet er å bidra til en god helse og forebygge livsstilssykdommer. Kosten følger også Helsedirektoratets generelle kostråd for befolkningen. *Energi- og næringstett kost* anbefales som standardkost for eldre i sykehjem. I denne type kost er det høyere fett og proteininnhold, samt porsjonsstørrelsen er mindre enn i nøkkelråds kosten. Målet er å forebygge og behandle underernæring (Helsedirektoratet, 2016).

Ifølge Helsedirektoratets anbefalinger bør eldre i institusjon, eldre med sykdom eller nedsatt appetitt og allmenntilstand få i seg rundt 35-40 energiprosent med karbohydrater, 35-40 energiprosent med fett og 15-20 energiprosent med protein (Helsedirektoratet, 2009). I sykehjem anbefaler Helsedirektoratet 3-4 hovedmåltider og 1-2 mellommåltider. Tiden mellom siste kveldsmåltid og første måltid dagen etter kalles nattfaste og varigheten bør ikke overskride 11 timer (Helsedirektoratet, 2016).

Det stilles krav til ledelsen i helse og omsorgstjenesten om å utarbeide gode systemer og rutiner (Helsedirektoratet, 2009). På den måten kan pasientens behov for energi og næringsstoffer ivaretas. Dette innebærer tilstrekkelig fagkompetanse blant ansatte knyttet til observasjon og kartlegging, et godt mattilbud og en målrettet ernæringsbehandling (Helsedirektoratet, 2009). Ved god ernæringsbehandling i primærhelsetjenesten kan dette redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Når det behandles på et lavere og billigere tjenestenivå gir det i tillegg økonomisk fordeler for samfunnet (Helsedirektoratet, 2009, s. 13).

3.2.1 Måltidsmiljø og måltid på sykehjem

God ernæringspraksis i sykehjem er avhengig av gode rutiner i alle ledd. Det er viktig å utarbeide gode rutiner og systemer som gjør det håndterbart å ivareta den enkelte pasients individuelle ernæringsbehov (Brodtkorb, 2014, s. 304). Maten på sykehjem skal ha høy næringsverdi og det bør være mat som de eldre liker og er vant med. For enkelte er måltidene dagens høydepunkt og måltidet kan være med på å stimulere de ulike sansene (Sortland, 2015, s. 146).

Måltidsmiljø har stor betydning for appetitt og trivsel. Det bør settes av tilstrekkelig med tid til måltidet. Hvordan måltidet presenteres påvirker matlysten. Det kan være nyttig med små næringstette og hyppige måltider for beboere som spiser lite (Helsedirektoratet, 2016). Det sosiale aspektet ved måltidet blir muligens viktigere med alderen. Ved trivsel er det lettere å spise bedre og måltidet kan bli assosiert med noe positivt. Sykehjemspasienter er avhengig av at pleiepersonalet legger til rette for godt psykososialt miljø rundt måltidene, da pasientene selv ofte ikke er i stand til dette på egenhånd (Brodtkorb, 2014, s. 308).

3.2.2 Kartlegging av ernæringsstatus

Alle pasienter som legges inn i sykehjem skal vurderes for ernæringsmessig risiko. Deretter månedlig eller et individuelt tilpasset opplegg (Helsedirektoratet, 2009, s. 16).

Kartleggingsmetoder kan være å utføre kostsamtaler og kostregistrering for å få et bilde av hvordan pasientens matinntak har vært tidligere. Ernæringscreening anbefales fordi underernæring kan være vanskelig å indentifisere (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 251). På den måten kan en tidlig fange opp underernæring, iverksette ernæringstiltak og videre oppfølging (Sortland, 2015, s. 169). Et screeningverktøy skal være lett å håndtere og effektivt å bruke på alle pasienter.

MNA er et screeningverktøy som er best egnet for eldre over 65 år og mye brukt i geriatrien (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 253). Målet er å indentifisere ernæringsmessig risiko raskest mulig. MNA er utformet som et skjema i to deler med spørsmål om blant annet nåværende vekt, høyde, vekttap, matinntak, KMI og helsemessige og medisinske forhold. Se vedlegg 1 for MNA-skjema. Det scores poeng ut fra svarene, det sier noe om hvor høy risiko pasienten har for ernæringsproblemer. Dersom del 1 av skjemaet blir 11 eller mindre, er det nødvendig

å gå videre til del 2 av skjemaet. Blir totalsummen mellom 17 og 23,5 poeng, regnes pasienten for å være utsatt for underernæring. Ved lavere poengsum enn 17 blir pasienten vurdert til å være underernært (Helsedirektoratet, 2009).

3.3 Dorothea Orems teori om egenomsorgssvikt

Dorothea Orems teori om egenomsorgssvikt bygger på hennes egne erfaringer som sykepleier. Hun skrev første bok om teoriene sine i 1971 (Orem, 1971), og har stadig revidert denne utgaven frem til den siste og sjettede utgaven som kom i 2001 (Kirkevold, 1998, s. 128). Orem vektlegger en vitenskapelig tilnæringsmåte i sykepleien, og ser på sykepleien som praktisk vitenskap. Praktiske vitenskaper er opptatt av prinsipper og årsaker for ting som skal gjøres og skal utvikle den kunnskapsbasis som er nødvendig for å handle målrettet og sikkert (Kirkevold, 1998, s. 128–129). Orems teori er en av de mest brukte sykepleieteoriene, både for sin konkrete tilnæringsmåte og for stor relevans innenfor mange områder av sykepleien (Kirkevold, 1998, s. 143). Målet med å utarbeide teorien om egenomsorgssvikt har vært å tydeliggjøre sykepleiefagets særegne ansvarsområde. Inndelingen av Orems teori består av egenomsorg, egen omsorgssvikt og sykepleiesystem (Kirkevold, 1998, s. 128–129).

3.3.1 Teorien om egenomsorg

Orem forklarer egenomsorg som «utførelsen av aktiviteter som individet tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Kirkevold, 1998, s. 129). Egenomsorg handler om å møte sine egenomsorgskrav, som er bestemte handlinger som må utføres for å sikre helse og velvære. Orem viser til åtte egenomsorgskrav (Kirkevold, 1998, s. 130), her nevnes tre av dem som er særlig relevante for oppgaven:

- Opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av vann
- Opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av mat
- Forebygging av farer for menneskelig liv, funksjon og velvære.

Egenomsorgskrav knyttet til helseavvik blir utført helt eller delvis av andre enn personen selv på grunn av sykdom, skade eller handikap (Kirkevold, 1998, s. 131). Egenomsorgskapasitet er det personen selv klarer å utføre for å ta vare på helse, fremme utvikling og velvære.

Kunnskap, motivasjon og mentale og praktiske evner er nødvendig for å forstå sine

egenomsorgskrav og hvilke tiltak som må iverksettes for å oppfylle disse.

Egenomsorgskapasiteten endres med blant annet alder, helsetilstand, livserfaring og ressurser (Kirkevold, 1998, s. 132).

3.3.2 Misforhold – Egenomsorgssvikt

Teorien om egenomsorgssvikt er ifølge Orem selve forklaringen på hvorfor en person trenger sykepleie. Egenomsorgssvikten kan forklares som et misforhold mellom det personen klarer selv, og det han trenger for å ta vare på seg selv (Kirkevold, 1998, s. 132).

Ved et slikt tilfelle kan for eksempel pårørende overta for personens egenomsorg. Sykepleie er påkrevd der det ikke er andre i personens omkrets som kan gå inn og oppfylle kravene.

Egenomsorgssvikten kan omfatte enkelte områder eller være fullstendig (Kirkevold, 1998, s. 132).

3.3.3 Teorien om sykepleiesystemene

Teorien om sykepleiesystem inneholder begrepene sykepleiekapasitet, hjelpemetoder og sykepleiesystemer. Begrepet sykepleiekapasitet omhandler de kunnskaper, holdninger, evner og egenskaper som trengs for å utøve sykepleie. Å utføre sykepleiehandlinger er en avansert evne som krever en spesifikk utdanning (Kirkevold, 1998, s. 133).

Hjelpemetoder omhandler ulike måter sykepleier kan hjelpe pasienten i ulike grader. Det kan eksempelvis være å gjøre noe for pasienten eller å legge til rette for et utviklende miljø (Kirkevold, 1998, s. 133–134).

Sykepleiesystemer er noe som blir til via sykepleierens og pasientens samhandling i en sykepleiesituasjon. Orem mener at sykepleiesystemer gjør sykepleiesituasjoner mer definert og oversiktlig ved å identifisere hvilke rolleforhold sykepleier og pasient skal ha og hvilke hjelpemetoder som skal brukes. Orem deler inn i tre forskjellige sykepleiesystemer:

-helt kompenserende-, der egenomsorgssvikten er total (Kirkevold, 1998, s. 134),

-delvis kompenserende-, pasienten gjør de delene av egenomsorgen som han mestrer.

-støttende og undervisende-, pasienten trenger støtte, tilrettelegging eller veiledning fra sykepleier (Kirkevold, 1998, s. 135).

3.4 Sykepleiers ansvar

Ifølge Helsepersonelloven §4 har sykepleiere en plikt til å yte faglig forsvarlig pleie. Når sykepleiere følger oppdaterte Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, bidrar dette til å oppnå kravet om faglig forsvarlighet i lovverket (Helsedirektoratet, 2009, s. 26). Sykepleier har et selvstendig ansvar knyttet til å ivareta pasientens ernæring og forholdene rundt (Stubberud et al., 2016, s. 18). Pasientens inntak av væske og ernæring observeres og dokumenteres systematisk (Helsedirektoratet, 2016). Sykepleier skal legge til rette for en god atmosfære og et helsefremmende miljø (Sortland, 2015, s. 150). For å løse pasientens ernæringsproblem kan sykepleier samarbeide med lege, ernæringsfysiolog og ergoterapeut. Legens ansvarsområde er å forordne medisinsk ernæringsbehandling som sykepleier vider følger opp. Ernæring vil i mange tilfeller være den viktigste delen av behandlingen ved sykdom (Stubberud et al., 2016, s. 18).

4 Resultat

I denne delen vil forskningsartiklene bli presentert.

4.1 Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse (Aagaard, 2010).

Bakgrunn: Hensikten med studien var å undersøke hvordan ledere ved sykehjem vurderte maten som beboerne fikk servert, antall måltider, tidspunkt for måltidene og rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet.

Metode: Undersøkelsen var en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse. Alle sykehjem i Norge ble spurt om å delta. Ved 570 sykehjem svarte sykehjemmets ledere på spørreskjemaet.

Resultat: 62% svarte at maten var appetittvekkende og delikat. 49% svarte at det ble servert frukt hver dag. Ved to av tre sykehjem var tiden mellom det siste måltidet og det første om morgenen lengre enn anbefalte retningslinjer. Studien viste at kun 16% av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus.

Konklusjon: Lederne var i stor grad fornøyd med maten beboerne ble tilbudt, men frukttilbudet bør forbedres og nattfasten reduseres. Det er behov for nasjonale faglige retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.

Styrke/svakhet: En svakhet ved studien kan være at det bare var sykehjemmets ledere som svarte. De kan ha hatt et ønske om at negative sider ikke kom så godt frem for å stille sykehjemmet i bedre lys.

4.2 Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt (Leirvik et al., 2016).

Bakgrunn: Hensikten med studien var å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasientene innen området mat, måltider, ernæring og å øke sykepleiepersonalet og sykepleierstudentenes kompetanse i kritisk vurdering av egen praksis.

I tillegg til å bli bedre til å søke etter forskningsresultater og bruke dem i egen praksis.

Metode: Prosjektet hadde en aksjonsforskningsorientert tilnærming. Både prosess- og summativ evaluering ble brukt.

Resultat: Sykepleiepersonalet valgte selv forbedringspotensialer. Flere tiltak ble iverksatt personalet ble mer oppmerksom på eget ansvar for ro og trivsel ved måltid, tilrettelegging

av spisesituasjonen, flere mellommåltider, energiberiket kost, og individuell kartlegging og oppfølging av pasientene.

Konklusjon: Prosjektet førte med seg verdifulle endringer innen mat, måltider og ernæring på sykehjem. Personalet ble mer kritisk til egen praksis, og ble mer orientert mot forskningsbasert kunnskap.

Styrke/svakhet: En svakhet var at personalet ved sykehjemmene selv valgte utviklingsområdene. Triangulering blir sett på som en styrke for troverdigheten. En styrke ville vært å ha erfaringer fra pasientene, ledelsen og pleiepersonalet for å bedre bekreftbarheten.

4.3 Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter (Kuven & Giske, 2017).

Bakgrunn: Forskning og tilsyn har avdekket at mellom 20-60 prosent av pasientene i sykehjem er underernærte. Ved flere sykehjem inngår ernæringsarbeidet som et samarbeid mellom flere faggrupper. Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleiere samhandler med lege.

Metode: Studien har et kvalitativt design med analyse av fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som er involvert i direkte pleie.

Resultat: Samarbeidet mellom sykepleiere og sykehjemslegen spiller en viktig rolle i ernæringsarbeidet i sykehjem. Pasientene og pårørende trygges når sykehjemslegen tar opp ernæring ved innkost, informerer om forventet utvikling underveis, samt kjenner pasientens ønsker og behov. Sykepleierne har behov for en sykehjemslege som vektlegger dette og etterspør ernæringsarbeidet i avdelingen.

Konklusjon: Samarbeidet med sykehjemslegen er viktig i ernæringsarbeidet, og det fremmer faglig forsvarlig ernæringsbehandling for pasientene.

Styrke/svakhet: Studiens styrke er fokusgruppeintervjuene med sykepleiere fra flere deler av landet. En svakhet kan være at det ikke ble spurt direkte om sykehjemslegens rolle i ernæringsarbeidet under fokusgruppene.

4.4 How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? (Suominen et al., 2009).

Bakgrunn: Hensikten med studien var å undersøke hvor godt sykepleierne gjenkjente underernæring hos eldre pasienter som mottar langtidsomsorg på sykehus i Helsingfors.

Metode: I denne tverrsnittstudien ble ernæringsstatusen til 1043 eldre pasienter vurdert ved bruk av MNA, BMI og faktorer knyttet til deres ernæringspleie. Det ble her benyttet et strukturert spørreskjema. I tillegg ble 53 sykepleiere spurt om de anså pasientene som underernært.

Resultat: Sykepleierne anslo at bare 15,2% av pasientene var underernærte, selv om MNA viste at 56,7% var det. Ved BMI <20 og MNA <17, vurderte sykepleierne bare en tredjedel av pasientene til å være underernærte og ved BMI >24 og MNA <17, ble ikke mer enn 2% sett på som underernært.

Konklusjon: Studien viser at sykepleierne i mindre grad gjenkjente underernæring hos pasientene. De trenger derfor mer kunnskap om emnet.

Styrke/svakhet: En begrensning ved studien var at de samme sykepleierne som vurderte MNA også svarte på spørsmål om hva de mente om pasientenes underernæring.

4.5 Assisted-living elderly and the mealtime experience (Mahadevan et al., 2014).

Bakgrunn: Hensikten med studien var å undersøke hvordan beboere i omsorgsboliger så på måltidene og hva som under måltidet virket inn på deres følelse av velvære.

Metode: Kvalitativ studie av beboere i omsorgsboliger, der 38 menn og kvinner over 65 år fra USA deltok i fokusgruppe diskusjoner.

Resultat: Muligheten til å velge sunn mat og omgås andre, både ansatte, venner og familie var betydningsfullt. Matens presentasjon og det å nyte måltidet i et innbydende miljø hadde også mye å si for velværet. Flere hadde mistet noe av gleden ved å spise på grunn av tap av blant annet sanser, nedsatt appetitt og følelsen av sosial isolasjon.

Konklusjon: Funnene i denne studien viser hvor viktig det er å lytte til beboernes egne ønsker og synspunkter. Slik kan man finne løsninger som forbedrer måltidet og på den måten være med å opprettholde god helse for beboerne.

Styrke/svakhet: Svakheter ved studien var at utvalgsstørrelsen var relativ liten, men verdifull informasjon om de eldres syn på måltidet kommer frem.

4.6 Undernutrition in geriatric institutions in South-West France: Policies and risk factors (Bourdel-Marchasson et al., 2009).

Bakgrunn: Målet med studien var å identifisere institusjonelle faktorer forbundet med økt underernæring og å kartlegge ernæringsstatusen hos eldre i institusjon.

Metode: Studien var en kvantitativ undersøkelse. Alle geriatrike institusjoner i regionen Aquitaine i Sørvest-Frankrike, totalt 514, ble intervjuet om prosedyrer på ernæringsområdet. Et tilfeldig utvalg på 601 beboere fra 42 av institusjonene gjennomgikk MNA.

Resultat: Den estimerte prevalensen av underernæring var 19,1%. Den var høyere i institusjoner med langtidspleie (48%) enn på sykehjem (14,5%). I Frankrike er institusjoner som her er beskrevet med langtidspleie beregnet for beboere med høyt pleiebehov til forskjell fra institusjoner beskrevet som sykehjem hvor pleiebehovet er langt mindre. Forekomsten av underernæring var høyere i langtidspleie, på steder med bedre veieutstyr, ved bedre bemanning og når en høyere andel av beboerne trengte hjelp til å spise. I det som her ble betegnet som sykehjem var forekomsten lavere på steder med bedre kompetanse i ernæringscreening og en god ledelse.

Konklusjon: Underernæring i langtidspleien var knyttet til beboernes helseproblemer og det var lite som tydet på at institusjonelle forhold hadde noe særlig innvirkning.

Svakhet: Artikkelforfatterne bemerket at målingen av kvaliteten på maten var utilstrekkelig. Spesielt når det gjaldt smak og hvordan maten var tilpasset tygge- og svelgevansker. Behandlingen av underernæringen og effektiviteten av den ble lite dokumentert.

5 Drøfting

Begrepene pasient og beboer blir brukt om hverandre som synonyme og omtales som hankjønn. Jeg omtaler sykepleier som hunkjønn.

5.1 Kost og måltidsfrekvens til beboerne

For eldre med lite matlyst kan det være vanskelig å spise mye mat. Da blir næringsverdien i den maten som spises avgjørende for ernæringsstatusen. Helsedirektoratet (2016) har foreslått hvordan anbefalingene for energi- og næringstett kost kan følges. Måltidene kan serveres hyppigere enn ved nøkkelråds kost, gjerne med flere mellommåltider. For underernærte beboere kan det være utfordrende å få egenomsorgskapasiteten til å strekke til. Beboerne vil da trenge hjelp av sykepleier til å velge mat med høy næringsverdi (Kirkevold, 1998, s. 132). Sykepleier kan berike mat slik at næringstettheten øker. Beboerne kan eksempelvis få servert fiberrikt brød, påsmurt med smør av høyt fettinnhold, egg, ekstra pålegg og grønnsaker som pynt på toppen. Sauser, grøt og supper kan berikes med olje, fløte og eggeplomme for å øke næringstettheten. Energiholdig drikke som helmelk bør velges fremfor lettmelk (Helsedirektoratet, 2016). På den måten arbeider sykepleier etter et delvis kompensierende sykepleiesystem, idet hun kompenserer for beboernes egenomsorgskapasitet. Når beboerne får spise maten selv får de bruke sine ressurser (Kirkevold, 1998, s. 135).

Sykepleier bør legge vekt på at maten skal se fristende ut, både lukte og smake godt, da dette kan bedre næringsinntaket (Brodtkorb, 2014, s. 308). Hvordan maten ble presentert var også viktig for måltidsopplevelsen til beboerne i studien til Mahadevan et al., (2014). Noen kan miste matlysten av store porsjoner, det kan virke overveldende og føre til at beboerne spiser mindre. I en slik situasjon kan det ofte oppleves mer overkommelig å spise en mindre porsjon. En av beboerne i studien til Mahadevan et al., (2014) trakk frem at porsjonsstørrelsen hadde mye å si for matinntaket. Dessuten bør beboerne få mat som de liker og er vant med (Sortland, 2015, s. 146). Min erfaring er at på flere institusjoner må beboerne spise maten som blir servert og de har ikke mulighet til å fritt velge av et bredt utvalg. Man kan da spørre seg selv om man hadde spist mye av mat man ikke liker? Appetitten øker når beboerne får smøre maten og selv kan forsyne seg av det som står på

bordet (Brodtkorb, 2014, s. 308). Både studien til Mahadevan et al., (2014) og Aagaard (2010) viser at matinntaket økte når beboerne fikk valgmuligheter.

De eldre vil ha behov for hyppigere måltider da fysiologiske endringer fører til at de blir raskere mett (Aagaard, 2010). Det øker også næringsopptaket med små måltider (Helsedirektoratet, 2016). Måltidene bør være fordelt utover dagen med passe avstand for at man skal klare å bli sulten igjen før neste måltid (Aagaard, 2010). I studien til Aagaard (2010) viste det seg at rundt 65 sykehjem serverte åtte måltider om dagen og omtrent like mange serverte bare fire måltider, der kaffemåltidet ble regnet som ett av dem. Dette betyr at bare halvparten av sykehjemmene serverte måltidene i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger (2016). Varigheten på nattfasten bør være under 11 timer (Helsedirektoratet, 2016), men ifølge studien til Aagaard (2010) var det under 19% av sykehjemmene som praktiserte dette. En medvirkende årsak til at anbefalingene ikke følges på alle sykehjem kan være mangel på opplæring og faglig kunnskap (Brodtkorb, 2014, s. 306). Dette bekrefter også undersøkelsen til Aagaard (2010).

5.2 Tilrettelegging av måltidsmiljø

Det er ikke bestandig at det er noe galt med maten eller måltidsordningen som fører til at eldre spiser mindre. For enkelte beboere kan det være momenter i selve spisesituasjonen som er problemet og dermed reduserer matinntaket. I en slik situasjon kan det være nyttig å reflektere over hvordan spisemiljøet er, er sittestillingen ergonomisk god, i hvilken grad klarer pasienten seg selv eller har behov for assistanse (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 276)? Dersom beboerne sitter fremoverbøyd når de spiser kan dette føre til raskere metthetsfølelse, da magesekken presses sammen (Sortland, 2015, s. 147). Derfor bør sykehjemmet sørge for at bord og stoler er tilpasset ergonomisk, slik at ikke dette er med på å redusere matinntaket. Ergoterapeuten kan også foreslå spesialbestikk og tallerken med kant for at enkelte beboere kan klare seg selv under måltidet. Sykepleiers samarbeid med ergoterapeuten, og dermed tilrettelegging for beboerne, vil være det Orem omtaler som en hjelpemetode (Kirkevold, 1998, s. 133–134).

Det er viktig at sykepleier er til stede under måltidene for å observere hva beboerne trenger, og er bevisst på hva som kan bedre spisesituasjonen. Studien til Mahadevan et al., (2014) påpekte at personalets oppmerksomhet knyttet til beboernes matinntak var viktig. Ved å være observant på lavt inntak kunne de iverksette tiltak som gikk på å forbedre måltidene og ivareta ernæringsbehovet. Studien til Leirvik et al., (2016) hevder at det ble mer ro rundt måltidet når flere av pleierne var til stede. Det var også et ønske fra beboerne at pleierne skulle sitte sammen med dem (Leirvik et al., 2016). På sykehjemmet jeg arbeider ved, pleier personalet å sette seg ned sammen med beboerne for å bidra til et hyggelig måltid. Slik kan personalet lettere observere hva beboerne får i seg og sørge for at de får påfyll av den maten og drikken de har behov for. For enkelte er måltidene dagens høydepunkt og måltidet kan være med på å stimulere de ulike sansene (Sortland, 2015, s. 146). En av beboerne i studien til Mahadevan et al., (2014) fortalte at det var lukten av mat som gjorde han sulten. For å ivareta opplevelsen av matlukt, innførte flere avdelinger i studien til Leirvik et al., (2016) egne bakedager.

Sykehjemspasienter er avhengig av at pleiepersonalet legger til rette for godt psykososialt miljø rundt måltidene, da pasientene selv ofte ikke er i stand til dette på egenhånd (Brodtkorb, 2014, s. 308). Sortland (2015, s. 147) hevder at fellesskapet først blir meningsfullt når personalet er til stede. Et av de viktigste momentene for opplevelsen av trygghet og velvære under måltidet, var personalets evne til å tilrettelegge for det sosiale aspektet (Mahadevan et al., 2014). Dessuten kan trivsel bidra til at måltidet assosieres med noe positivt, som igjen kan få beboerne til å spise mer (Brodtkorb, 2014, s. 308). Sortland (2015, s. 147) hevder at hvem beboerne spiser sammen med kan ha større betydning for måltidsopplevelsen enn selve maten, dette påpekte også beboerne i studien til Mahadevan et al., (2014). Angående dette bør sykepleier la de beboerne som trives i hverandres selskap få sitte ved samme bord. Slik bruker sykepleier Orems støttende og undervisende sykepleiesystem (Kirkevold, 1998, s. 135). En studie viste at det ble mer ro og rom for hyggelig samtale når disse beboerne fikk sitte sammen (Leirvik et al., 2016). Beboerne vil i mindre grad engasjere seg i det sosiale dersom de sitter sammen med andre som ikke angår dem (Sortland, 2015).

Som følge av fysiologiske forandringer med alderen reduseres ofte både følelsen av sult og tørste (Sortland, 2015, s. 42). Dette kan være en av grunnene til at flere eldre både spiser og drikker for lite. To av Orems universelle egenomsorgskrav handler om å opprettholde tilstrekkelig inntak av mat og vann (Kirkevold, 1998, s. 130). Når de eldre ikke kjenner at de er sultne eller tørste, må sykepleier kompensere for denne egenomsorgssvikten ved å sørge for at dette behovet dekkes. Slik det ble gjort i studien til Leirvik et al., (2016) kan sykepleier tilby beboerne både mat og drikke jevnlig, samt å minne dem på det. Ved å hjelpe beboerne med å få dekket dette behovet, kan et annet av Orems universelle egenomsorgskrav bli dekket, nemlig å forebygge fare for menneskelig liv, funksjon og velvære (Kirkevold, 1998, s. 130).

Når en pasient først har blitt underernært kan det være vanskelig å gå opp i vekt (Sortland, 2015, s. 140). Dette fikk jeg erfare i praksis på et sykehjem. Vi iverksatte tiltak med beriking av maten, men beboeren gikk ikke opp i vekt med næringstett mat. Beboeren isolerte seg på rommet, noe som igjen kan redusere matlyst (Brodtkorb, 2014, s. 309). En sykepleier kontaktet pårørende, forklarte situasjonen og foreslo om pårørende kunne komme og spise med beboeren for å øke matlysten (Brodtkorb, 2014, s. 304). Beboeren hadde et nært og godt forhold til sine pårørende og hygget seg i deres selskap. Familien tok med mat som pasienten likte godt, samt hadde gode minner fra, slik som pannekaker med krem og syltetøy. Det bidro til at beboeren gikk opp flere kilo og fikk en bedre ernæringsstatus. Etter hvert spiste beboeren mer til hovedmåltidene i spisestuen sammen med de andre beboerne på sykehjemmet. Studien til Mahadevan et al., (2014) viste også at pårørende kunne fremme en positiv assosiasjon og en god atmosfære ved måltidet. I tillegg vil en hyggelig atmosfære stimulere fordøyelse og opptak av næringsstoffer (Leirvik et al., 2016).

Ifølge Orem har pårørende en rolle som omsorgsgivere. De kan overta for pasientens egenomsorg og kompensere for egenomsorgssvikten som har oppstått, i den grad dette er mulig (Kirkevold, 1998). Samtidig er det viktig at sykepleier også ivaretar pårørende og at det ikke blir en unødvendig belastning for dem. Når en pasient har kommet på sykehjem er det sykepleiers rolle å ta over for beboerens egenomsorgssvikt, slik Orems teori påpeker (Kirkevold, 1998).

Sortland (2015, s. 147) trekker frem at måltidsmiljøet blir desto viktigere ved lite matlyst. Ved sykehjemmet jeg arbeider på legges det vekt på estetikk og et hjemmekoselig miljø. Dette var også viktig for beboerne i studien til Mahadevan et al. (2014). For at ikke alle dagene skal føles like pleier vi å markere forskjell på hverdag og helg. I helgene bretter vi servietter, tar på duker, dekker med fint servise og stettglass, pynter med lys og friske blomster. Dette er med på å skape en god atmosfære og et av sykehjemmene i studien til Leirvik et al., (2016) hadde dette som rutine. En av beboerne i studien til Mahadevan et al. (2014) fortalte at sykehjemmet føltet som et sykehus der alt bare var kjedelig og det ødela mye for spiseopplevelsen. Det Orem beskriver som hjelpemetoder blir benyttet når sykepleier legger til rette for et godt måltidsmiljø (Kirkevold, 1998, s. 133–134).

Å føle seg vel kan bety mye for beboerne i måltidssammenheng (Brodtkorb, 2014, s. 309). Når beboeren ikke mestrer egenomsorgen, oppstår det en egenomsorgssvikt (Kirkevold, 1998, s. 132). Her er det viktig at sykepleier kompenserer for svikten og hjelper beboeren med for eksempel morgenstell og tannpuss. Da hjelpes beboeren med å få oppnå egenomsorgskravet knyttet til velvære (Kirkevold, 1998, s. 130). Dårlig munnhygiene kan gi manglende appetitt, hvis matrester blir værende i munnen fra tidligere måltid (Sortland, 2015, s. 42). God munnhygiene var et av forbedringsområdene til sykehjemmene i studien til Leirvik et al., (2016). Ved følelsen av velbehag kan dette øke lysten til å spise sammen med de andre. Det er viktig at sykepleier motiverer beboerne til å komme ut i dagligstuen, da isolasjon kan påvirke matlysten negativt, samtidig bør beboerens ønsker respekteres (Brodtkorb, 2014, s. 309). Flere beboere i studien til Mahadevan et al., (2014) opplevde måltidsituasjonen som et sosialt møtepunkt som reduserte opplevelsen av å føle seg deprimert eller ensom.

Helsedirektoratet (2016) underbygger viktigheten av nok tid ved måltidet. I praksis opplevde jeg ofte at middagen ble ryddet vekk etter hvert som beboerne ble ferdig med å spise, deretter fikk de fortløpende utdelt dessert. Enkelte beboere er underernærte og har behov for lengre tid. Når disse beboerne ser at andre er ferdig og allerede har begynt på desserten, er det lett for at de stopper å spise før de egentlig er mette. Det kan være at de ikke vil være til bry å bruke lang tid eller at de heller vil spise dessert fremfor hovedmåltidet, da eldre ofte foretrekker søte smaker (Sortland, 2015, s. 41). Dette kan være uheldig med hensyn til at

hovedmåltidet inneholder nødvendige næringsstoffer. Leirvik et al., (2016) trekker frem personalets bevisstgjøring knyttet til å ikke rydde av bordet for tidlig da dette kan skape unødig støy og uro, slik at måltidsroen forstyrres. 22% av beboerne i studien til Leirvik et al., (2016) synes støynivået var for høyt under måltidet. Det er derfor viktig at sykepleier sørger for nok tid og ro ved måltid, samt passer på at alle beboerne får spise seg mette før det blir ryddet av. Kvalitetsforskriften understreker også at beboerne har krav på dette (Leirvik et al., 2016). En løsning kan være å begynne å servere mat til de som trenger litt ekstra hjelp eller tid ved måltidet. Deretter bør man rydde av etter hovedmåltidet, når først alle er ferdig og videre gi desserten samtidig. Dette kan være med å bevare måltidsroen.

5.3 Rutiner og verktøy til kartlegging av ernæringsstatus

Dersom beboeren er i ernæringsmessig risiko, bør det foretas en grundig vurdering av årsaksfaktorer som for eksempel sykdom, fysisk funksjon og medisiner. For noen beboere kan matinntaket økes ved å lette eller eliminere underliggende forhold som kan ha negativ innvirkning på matinntaket (Helsedirektoratet, 2016). Å registrere kroppsvekt over en lengre periode og regne ut KMI er en enkel måte å sikre mål til utredning av ernæringsstatus og gir betydningsfull informasjon om pasientens ernæringsstilstand (Helsedirektoratet, 2009). Enkelte kan mene at det ikke er behov for veiing, fordi beboerne ikke ser underernærte ut og at de spiser godt til måltidene. Studien til Suominen et al., (2009) viser at få sykepleiere gjenkjente underernæring hos pasienten ved å se på dem. Sykepleierne vurderte 15,2% av pasientene til å være underernærte, mens MNA viste at 56,7% var det. Sjøen & Thoresen (2012, s. 247) skiver også at underernæringen kan være bekymringsfull når det er mulig å se det på beboeren. Det er lettere å forebygge underernæring enn å behandle en som allerede har blitt underernært (Leirvik et al., 2016).

En studie viste at det ikke var standard rutine å veie beboerne ved innskriving, heller ikke jevnlig. Studiens funn viste at 399 av 570 sykehjem i Norge ikke hadde dette som rutine (Aagaard, 2010). Dette til tross for de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring som sier at pasienter skal veies og måles ved innskriving (Helsedirektoratet, 2009, s. 16). Man kan da lure på om alle ansatte kjenner til retningslinjene om at beboerne skal veies regelmessig. En annen mulig årsak til at veiing kan bli nedprioritert er mangel på utstyr. Studien til Aagaard (2010) påpeker at flere avdelinger

ikke hadde egen vekt. Dette kan medføre at vektregistreringen utelates som følge av at vekten ikke er tilgjengelig (Aagaard, 2010). Ved underernæring skal pasientene veies to-tre ganger ukentlig (Sortland, 2015, s. 178). Å standardisere veiing av pasienter til faste ukedager, samme tidspunkt, for eksempel om morgenen, og uten klær er med å lage gode rutiner. Vekten dokumenteres videre i pasientens journal (Helsedirektoratet, 2016).

Det er avgjørende at previsitten på sykehjem har søkelys på beboerens ernæring. Riktig ernæringsbehandling vil kunne føre til bedre helse og livskvalitet. Resultatet av kartleggingsverktøyet MNA tas opp på legevisitten. Dette er for å se om det skal iverksettes forebyggende eller behandlende tiltak. Eksempelvis kan legen ordinere næringsdrikker til pasienten. Det er sykepleiers oppgave å administrere disse (Stubberud et al., 2016, s. 18). Sykepleier har et særegent ansvarsområde med å tilrettelegge for helhetlig omsorg til pasienten (Kirkevold, 1998, s. 128-129). Det mener jeg kommer tydelig frem når sykepleier tilrettelegger og utfører praktiske oppgaver som er nødvendig for å fremme en god ernæringstilstand (Kirkevold, 1998, s. 133-134). Sykehjemmene som har god samhandling mellom sykepleier og lege har ofte god ernæringspraksis (Kuven & Giske, 2017). Studien til Kuven & Giske (2017) viste at dersom legen ikke vektlegger ernæring, kan holdningen videreføres til resten av personalet, slik at heller ikke de vektlegger det. Det kan bidra til mangelfull oppfølging (Kuven & Giske, 2017).

For å løse pasientens ernæringsproblemer er sykepleier i noen tilfeller helt avhengig av å samarbeide tverrfaglig. I tillegg til legen, kan det være nødvendig å kontakte en ernæringsfysiolog for å få råd til å sette sammen et dekkende og tilfredsstillende kosthold (Brodtkorb, 2014, s. 304). I studien til Bourdel-Marchasson et al., (2009) fant man at kunnskapen til personalet var viktig for å forebygge og behandle underernæring. Det viste seg også at sykehjem med få rutiner på ernæringsområdet, og der det ikke var samarbeid med ernæringsfysiolog, var det noe høyere grad av underernæring (Bourdel-Marchasson et al., 2009).

Ved gjennomføring av MNA-skjema er det av betydning at jeg som sykepleier sørger for at det er ro rundt pasienten og at han er opplagt. Gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleier er vesentlig når MNA skal kartlegges. Sykepleier må være observant om pasienten har forstått spørsmålene. Dermed legges det til rette for at spørsmålene blir besvart best mulig.

Ved kostregistrering blir det dokumentert hva pasienten får i seg av mat og drikke. Dette sees i lys av hvilket behov eldre har for væske og ernæring (Sortland, 2015, s. 142). Når sykepleier utfører en kostsamtale med beboeren kan hun spørre om; «Når og hvor mange måltider spiser du hver dag?», «Hva liker du best av lyst eller grovt brød?» og «Hva foretrekker du av pålegg?» (Sortland, 2015, s. 169). På denne måten får sykepleier et bilde av pasientens ernæringsstatus, hun legger til rette for brukermedvirkning og at måltidet er individuelt tilpasset. På den ene siden er dette en god kartleggingsmetode, derimot kan beboerens svar på kostsamtalet oppfattes som en fasit på hva han skal få av mat og drikke (Leirvik et al., 2016). Ved for ensformig kost kan dette gi mangelsykdommer (Sortland, 2015, s. 165). Dersom pasienten får det samme kan det føre til at han blir matlei og dermed mister matlysten, noe jeg opplevde i praksis.

5.4 Sykepleiers kompetanse om ernæring

For å yte faglig forsvarlig ernæringsbehandling er man avhengig av både kompetanse og oppfølging (Helsedirektoratet, 2009). Manglende kompetanse kan være medvirkende årsak til at sykehjemsbeboerne ikke får den hjelpen de har behov for (Brodtkorb, 2014, s. 306). Aagaard (2010) trekker også frem i sin studie at ernæringsarbeidet fort kan bli tilsidesatt i en hektisk hverdag dersom pleiepersonalet ikke har nok kunnskap om risikofaktorer og hvilke konsekvenser dette kan påføre beboerne.

Som utdannet har sykepleieren en sykepleiekapasitet (Kirkevold, 1998, s. 133). Ifølge Orem skal sykepleiere handle etter denne sykepleiekapasiteten og bør derfor kjenne til Helsedirektoratets retningslinjer, samt å ha kunnskap om betydningen av å kartlegge ernæringsstatus. En studie har vist at ernæringskompetansen til helsepersonell kan være for dårlig (Kuven & Giske, 2017). I en annen undersøkelse svarte 80% at de manglet kunnskap om ernæring (Aagaard, 2010). Verdens helseorganisasjon (WHO) påpeker at det er mangel

på målrettede ernæringskurs for helsepersonell (Kuven & Giske, 2017). Sykehjemmets ledelse kan legge til rette for å stimulere til faglig interesse ved at avdelingen abonnerer på noen tidsskrift, kjøper fagbøker eller sender de ansatte på ernæringskurs. Imidlertid har alle sykepleiere et personlig ansvar for å oppdatere seg faglig (Kuven & Giske, 2017).

For øvrig bør ledelsen på sykehjemmene ha rutiner der de ansatte kan få den kunnskapen de trenger for å yte god sykepleie. Studier har vist at god ernæringspraksis er knyttet til god ernæringsmessig kunnskap (Kuven & Giske, 2017). Ifølge Orem har sykepleiere et spesielt ansvar som følger med det å være utdannet sykepleier (Kirkevold, 1998, s. 128–129). Ikke alle som arbeider på sykehjem er fagutdannet. Sykepleier har et ansvar om å veilede og undervise annet personale i ernæringsarbeid (Brodtkorb, 2014, s. 304). Når dette blir prioritert og organisert fra ledelsen kan det bli gjennomført i praksis. Studien til Leirvik et al., (2016) påpeker at det er av betydning å utvikle en kultur for kvalitetsarbeid, der det settes krav til lederes og ansattes kompetanse, og til stadig faglig utvikling. Et forslag kan være at en fagutviklingssykepleier bidrar med internundervisning, følger opp de ansatte og fremmer et godt læringsmiljø. En perm kan være lett tilgjengelig der retningslinjer og rutiner er samlet. I tillegg bør personale signere på de skrivenne som er lest igjennom. Dette praktiseres på det sykehjemmet jeg arbeider på, og personalet opplever dette som nyttig. Å løse enkelte av ernæringsproblemene på denne måten kan være ressursbesparende, siden dårlig ernæringsstatus kan føre med seg økt bruk av ressurser (Sortland, 2015, s. 166). Slik kan kunnskap virke forebyggende (Garsjø, 2018).

6 Konklusjon

Studier viste at det er mange forskjellige forhold som kan forklare hvorfor beboere i sykehjem blir underernært. Det kan være kroppslige aldersforandringer og helseplager hos beboerne, for lite kunnskap hos helsepersonell og uhensiktsmessige rutiner i sykehjemmene. Bruken av kartleggingsverktøy allerede ved innleggelse er viktig og MNA er et egnet verktøy for eldre. Videre er både måltidsmiljøet og det sosiale aspektet av betydning for å fremme en god atmosfære og bedre matlyst, i tillegg til nok ro og tid ved måltidet.

God ernæringspraksis er avhengig av gode rutiner i alle ledd. Derfor er det ikke bare sykepleiers individuelle kunnskap som er av betydning, men også rammene til hele systemet. Sykehjemmets ledere bør utarbeide gode og håndterbare rutiner som både sykepleierne og resten av pleiepersonalet følger opp. Det er helt avgjørende at alle har en felles forståelse for hvordan rutinene skal følges for å sikre en god og forsvarlig oppfølging av beboerne. Teoretisk sett vil det kunne se overkommelig ut å følge Helsedirektoratets retningslinjer. Gjennom å arbeide med denne litteraturstudien og de erfaringene jeg har fra arbeid på sykehjem, ser jeg imidlertid at det kan være vanskelig å få gjennomført dette i praksis med tanke på tid og ressurser. Avslutningsvis mener jeg det er viktig med videre forskning på ernæringsarbeid i sykehjem for å kunne fremme beboeres helse og livskvalitet.

7 Litteraturliste:

- Bourdel-Marchasson, I., Rolland, C., Jutand, M.-A., Egea, C., Baratchart, B. & Barberger-Gateau, P. (2009). Undernutrition in geriatric institutions in South-West France: Policies and risk factors. *Nutrition*, 25(2), 155–164.
<https://doi.org/10.1016/j.nut.2008.07.016>
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301–315). Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 197–209). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid: fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten (Nettdokument)*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 19. desember 2017, lest 15. mars 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018). *Ernæringsoppfølging hos sykehjemsbeboere - Helsedirektoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem#referere>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kuven, B. M. & Giske, T. (2017). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernærings=tilstanden til sykehjems=pasienter. *Sykepleien Forskning*, 64510, e-64510. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64510>

- Leirvik, Å. M., Høye, S. & Kvigne, K. (2016). Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(02), 179–197. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07>
- Mahadevan, M., Hartwell, H. J., Feldman, C. H., Ruzsilla, J. A. & Raines, E. R. (2014). Assisted-living elderly and the mealtime experience. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(2), 152–161. <https://doi.org/10.1111/jhn.12095>
- Orem, D. E. (1971). *Nursing: concepts of practice* (1. utg.). McGraw-Hill.
- Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring: mer enn mat og drikke* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- St. melding nr 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- Stubberud, D.-G., Kondrup, J. & Almås, H. (2016). Ernæring ved sykdom. I R. Grønseth, D.-G. Stubberud & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 17–50). Gyldendal akademisk.
- Suominen, M. H., Sandelin, E., Soini, H. & Pitkala, K. H. (2009). How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition*, 63(2), 292–296. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602916>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Aagaard, H. (2010). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien Forskning*, 1, 36–43. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0023>
- Aagaard, H. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2, Grunnleggende behov* (2. utg., s. 161–208). Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1

Mini Nutritional Assessment



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.

0 = betydelig redusert matinntak 1 = noe redusert matinntak 2 = ingen endring i matinntaket	<input type="checkbox"/>	0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag 	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 = sengeliggende / sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute 2 = går ute	<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"/>
0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>	0 = nei 1 = ja	<input type="checkbox"/>
0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>	0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
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"/>	0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng) 12 - 14 poeng: <input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus 8 - 11 poeng: <input type="checkbox"/> Risiko for underernæring 0 - 7 poeng: <input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R		0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>	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"/>
0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>	0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
0 = ja 1 = nei	<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"/>

Ref. Velas B, Villars H, Abellan G, et al. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: J. Geront 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.

MNA resultat

24 til 30 poeng Normal ernæringsstatus
17 til 23.5 poeng Risiko for underernæring
Mindre enn 17 poeng Underernært