



Ernæring til demente brukere av hjemmesykepleien

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 238

Antall ord: 9 221

Dato: 24.05.17

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

JA, jeg tillater

Innhold

1. INNLEDNING

1.1. Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2. Hensikt og problemstilling.....	2
1.3. Begrepsavklaring.....	2
1.4. Avgrensning.....	2
1.5. Oppgavens videre oppbygning.....	3

2. METODE

2.1. Beskrivelse av metoden.....	4
2.2. Fremgangsmåte og beskrivelse av forskningen.....	5
2.3. Kildekritikk.....	8

3. TEORI

3.1. Sykepleieteoretiker: Dorothea Orem.....	10
3.2. Demens.....	12
3.3. Ernæring, demens og aldring.....	14
3.3.1. Ernæringscreening.....	16
3.4. Bemanning og kunnskap.....	17
3.5. Lovverk.....	18
3.6. Etikk.....	19

4. DRØFTING

4.1. Kunnskap, tid og bemanning.....	21
4.2. Ernæring og ernæringscreening.....	23
4.3. Etikk og lovverk.....	25

5. KONKLUSJON.....

26

6. LITTERATURLISTE.....

27

VEDLEGG

1. INNLEDNING

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for valg av tema, jeg skal presentere problemstillingen min og avklare begreper knyttet til den. Videre skal jeg forklare hensikten med oppgaven og problemstillingen jeg har valgt. Til slutt skal jeg avgrense og si noe om oppgavens videre oppbygning.

1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema

I praksis i hjemmesykepleien har jeg ofte sett at mat som var gjort i stand til demente brukere, fortsatt står igjen ved neste besøk. Jeg har også tenkt over hvor lite det blir nevnt i rapporter, det at pasienten ikke spiser opp maten sin, og jeg har blitt mer og mer nysgjerrig på om det ikke finnes noen bedre tiltak for å øke næringsinntaket til de demente hjemmeboende.

Kravene til ernæringskompetanse hos ansatte i hjemmesykepleien øker, men allikevel er det mye som tyder på at ernæringen blir glemt (Aagaard & Grøndahl, 2013). Eldre demente personer er spesielt utsatt for vekttap og sykdom knyttet til dårlig ernæring. En annen risikofaktor som er av stor betydning, er det at pasienten bor hjemme (Rognstad, 2013).

I Norge i dag er det ca. 78 000 personer som mottar hjelp fra hjemmesykepleien (Aagaard & Grøndahl, 2017). Studier viser at opp mot 10 % av disse er underernærte (Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye, 2016).

I løpet av den tiden jeg har jobbet i hjemmesykepleien, har jeg vært innom flere demente eldre som bor alene, og som stort sett ordner seg selv. Det er mange av de eldre som vi i hjemmesykepleien er innom for å hjelpe med måltider, men som ikke ønsker hjelp når vi kommer. De kan for eksempel forklare det med at de har spist, eller at de skal spise seinere. I en slik situasjon er det ikke lett å få registrert inntak av mat hos brukerne. I tillegg er det som regel tidspress i hjemmesykepleien, og man har derfor ikke tid til å observere og spørre noe mer.

Jeg vil i oppgaven fokusere på de demente og hvordan hjemmesykepleien skal kunne bidra til å bedre ernæringen til disse pasientene. Det er viktig å være klar over hva som feiler pasienten man skal inn til, slik at man kan møte pasientene på en respektfull måte, og da særlig de demente.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å lære mer om hvordan vi som sykepleiere kan forebygge underernæring hos demente brukere av hjemmesykepleien. Dette er et veldig relevant tema og noe hjemmesykepleien i dag må bli bedre på, også med tanke på fremtidig pasientøkning. Jeg håper det vil gi meg en større forståelse av problemet og lærdom til å observere og forebygge underernæring hos de demente i hjemmesykepleien. Min problemstilling er derfor:

- Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens?

1.3 Begrepsavklaring

Underernæring: En situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en vesentlig negativ effekt på kroppssammensetningen og personens funksjoner (Sortland, 2015, s. 165).

1.4 Avgrensning

Min oppgave dreier seg om hvordan vi som sykepleiere skal kunne hjelpe demente hjemmeboende eldre med å forbedre kostholdet og spisevanene for å opprettholde god ernæring. I oppgaven velger jeg å definere ”eldre” som personer eldre enn 67 år, fordi det er en gjentakende begrensning i de forskningsartiklene jeg har funnet. Personlig mener jeg det er en lav alder å begrense til, men på bakgrunn av at vi stadig lever lengre, og antallet demente også i lavere alder øker, velger jeg å begrense slik.

Brukerne jeg skal skrive om, er i en såpass tidlig fase av demenssykdommen at de fortsatt kan bo hjemme, men de trenger hjelp til å få dekket sitt ernæringsbehov. Jeg velger å ta med noe om hovedtrekkene når det gjelder næringsinnholdet i maten fordi det er viktig for å bedømme ernæringsstatusen til pasienten. Det er viktig å følge med på antall måltider og spisetider, men det gir ikke mening hvis ikke maten er næringsrik og tilpasset pasientens behov.

Hvordan hjemmesykepleien skal kunne registrere matinntak og få hjulpet pasientene, er relevant i oppgaven. Jeg velger å fokusere på demente som bor alene uten partner eller noen andre som kan følge med på pasienten til enhver tid. Det gjør problemstillingen mer

utfordrende, men også desto mer viktig og relevant for dagens hjemmesykepleie. Ved å skrive om pasienter som bor alene, blir det mer interessant fordi det er hjemmesykepleien som har ansvaret og må følge opp pasienten. Samtidig blir eventuelle pårørende viktige samarbeidspartnere for hjemmesykepleien, og er derfor relevante i oppgaven. Bemanning i hjemmesykepleien, tid og screeningsmetoder (ulike skjemaer for registrering av matinntak) er temaer som har en stor rolle i forhold til problemstillingen og oppgaven. Jeg har også valgt å ta med kommunens tilbud til de demente og kunnskapsbehovet som finnes blant helsepersonell og ledelsen i kommunehelsetjenesten. Jeg har derimot valgt å ikke ha så stort fokus på økonomi og kommunens plikter og prioriteringer fordi jeg heller ønsker å skrive om hva sykepleieren kan gjøre for pasienten. Samtidig er dette relevant for oppgaven fordi hjemmesykepleien er en kommunal tjeneste, og driftes av kommunens økonomi og bestemmelser. Økonomi vil derfor bli tatt opp i teoridelen under punktet lovverk, og vil være en del av diskusjonsdelen og konklusjonen.

Eldre mennesker som får hjemmesykepleie, har ofte flere diagnoser, og det er viktig å ta hensyn til dette og se helheten, men jeg har valgt å ikke skrive om andre sykdommer enn demens. Jeg nevner kort noe om livsstilssykdommer som gir god grunn for bedre oppfølging av pasienten.

Medisinbruk kan også ha en innvirkning på matlyst og allmenntilstanden. Det er derfor naturlig å skrive noe rundt dette, men fokuset i oppgaven blir demens og utfordringer knyttet til pasienter med demens.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven starter med en innledningsdel, deretter metodekapittelet, teorikapittelet og så en drøftingsdel før den avsluttes med en konklusjon. Problemstillingen dras med gjennom oppgaven, og besvares i konklusjonen på bakgrunn av mine funn underveis i arbeidet.

2. METODE

I dette kapittelet skal jeg si noe om hvordan jeg har funnet aktuell litteratur. Kapittelet skal inneholde hvilke databaser jeg har søkt i, og hvilke søkeord jeg har brukt for å finne forskningen samt konkret fremgangsmåte i mine søk. Jeg skal også si noe om hver og en av artiklene jeg har valgt å ta med, og hvorfor jeg valgte akkurat disse artiklene.

2.1 Beskrivelse av metoden

Vilhelm Aubert blir sitert i Dalland (2014, s. 111), og hans definisjon av metode er:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”

I min litteraturstudie har jeg søkt i databasene PubMed, SweMed og sykepleien.no. Jeg har funnet artikler som jeg mener belyser oppgaven min fra ulike vinkler, og sammen fører til nyttig kunnskap og viktige funn.

Søkeordene jeg har brukt i mine søk er: ”hjemmesykepleie”, ”demens i hjemmesykepleien”, ”underernæring hos demente”, ”underernæring og demens” og ”Mini Nutritional Assessment”. De utvalgte artiklene valgte jeg først på bakgrunn av det jeg leste i abstracten og overskriftene, deretter er de lest gjennom og valgt ut på bakgrunn av innhold. Artiklene ser på ernæringsproblematikken hos eldre demente og hjemmeboende med ulik hensikt, og artiklene blir derfor vinklet på ulike måter, noe som gjør at de får frem viktige synsvinkler og løsninger på problemstillingen min.

Jeg har også brukt bøker fra skolebiblioteket og egen pensumlitteratur for å finne teori. Jeg har hele tiden vurdert kildene og tekstene jeg har valgt ut, for å være sikker på at de er pålitelige og interessante til min oppgave. Artiklene har ulike fokus, men alle har absolutt en relevans til min problemstilling.

2.2 Fremgangsmåte og beskrivelse av forskningsartiklene

Jeg skal nå presentere forskningsartiklene jeg har valgt ut. Jeg skal si noe om hvordan jeg kom frem til de ulike artiklene og beskrive dem i korte trekk. Dette for å gi en oversikt over de ulike undersøkelsene som er benyttet i oppgaven.

På sykepleien.no søkte jeg ”demens i hjemmesykepleien”. Da fikk jeg opp 59 treff, men dette var fra helt tilbake til 2007. Jeg valgte derfor å begrense søket og sortere bort dem som var eldre enn fra 2012, og fikk da 40 treff. Ved å velge bare forskning var det 10 artikler som sto igjen. Den øverste artikkelen hadde en interessant overskrift i forhold til mitt tema, nemlig ”Rutiner for vurdering av ernæringsstatus i hjemmesykepleien”. Jeg gikk derfor inn på den artikkelen, som er skrevet av Aagaard H. & Grøndahl V. A (2017). Jeg leste gjennom artikkelen og tok den med fordi den belyser deler av min oppgave ved å fokusere på kunnskapsmangel hos helsepersonell og ledelse. Den var fra 2017 og var derfor ny og enda mer interessant. Artikkelen viser hvor stort forbedringspotensialet er, både med tanke på bemanning og også kommunikasjon mellom ledere, sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte. Denne artikkelen er viktig for å gjøre kommunehelsetjenesten oppmerksom på hvor stor mangelen er på kunnskap om – og kjennskap til – lover og regler. Artikkelen er basert på en kvantitativ studie, og det er delt ut spørreskjemaer til helsepersonell.

Jeg vil nå beskrive artikkelen ved kort å si noe om resultatet og konklusjonen i undersøkelsen.

Resultat

En av tre svarte at hjemmesykepleien har skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. 80 prosent av lederne svarte at det ikke var vanlig å veie brukerne ved innskrivning i hjemmesykepleien.

Konklusjon

Undersøkelsen konkluderer med at det bør utarbeides skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus i kommunene. Det finnes retningslinjer, men dette må gjøres mer kjent, og opplæring av helsepersonellet bør få høyere prioritet.

I mitt neste søk søkte jeg etter ”underernæring hos eldre” på sykepleien.no og fikk opp 39 treff. Så valgte jeg å begrense søket for å få artikler som ikke var eldre enn fra 2016, og satt da igjen med 10 treff. Ved å huke av for forskning fikk jeg opp 6 treff og fant da artikkelen ”Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre”, som er skrevet av Gjerlaug A. K., Harviken G., Uppsata S. & Bye A. (2016)” som artikkel nr. 2 på listen. Jeg leste gjennom artikkelen og valgte å ta den med i oppgaven fordi den vurderer ulike screeningsverktøy for å avdekke underernæring. Den vekket oppmerksomhet og gir nyttige innspill til mitt tema. Denne undersøkelsen er basert på en litteraturstudie. Denne undersøkelsens resultat og konklusjon:

Resultat

I undersøkelsen ble det gjort funn av fire ulike screeningsverktøy; MNA, SNAQ, MST og GNRI. MNA var anbefalt flest ganger. Sensitiviteten og spesifisiteten ved MNA var god. Det skal sies at det ikke var noen av studiene i undersøkelsen som sjekket brukbarheten til verktøyene.

Konklusjon

Forskningsartikkelen konkluderer med at MNA, som står for ”Mini Nutritional Assessment” (se vedlegg), var det screeningsverktøyet som egnet seg best til å oppdage ernæringsmessig risiko. Forfatterne gir klart uttrykk for at det er nødvendig med mer forskning på feltet.

Nytt søk på sykepleien.no med søkeordene ”underernæring og demens” ga meg 22 treff fra 2007 til 2017. Jeg valgte forskning og fikk da 9 treff. Ved å se på overskriftene og deretter på innholdet i de mest interessante artiklene valgte jeg en artikkel som er skrevet av Rognstad M-K., Brekke I., Holm E., Lindberg C. & Lühr N. (2013). Artikkelen heter ”Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens”. Den passet godt til min oppgave siden det er en tverrsnittstudie, og den vil derfor gi en bred forståelse av temaet, samtidig som den omhandler akkurat det jeg skal skrive om. Sammen med annen forskning vil den gi et godt utgangspunkt for å besvare min problemstilling ved å ha fokus på hjemmeboende demente. Undersøkelsen er utført i Oslo, og for å samle inn data ble MNA benyttet.

Resultater

Underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt og demens. Ca. halvparten av brukerne i undersøkelsen var – eller sto i fare for å bli – underernærte. Det viser seg også at kvinner som har problemer med matinntak, har større sjanse for å utvikle

underernæring enn menn. Det faktum at kvinner er mer utsatt for underernæring, får man ikke gjort noe med, men det er derfor viktig å være ekstra oppmerksom og forebygge underernæring så langt det lar seg gjøre.

Konklusjon

Studien viser at det er avgjørende om helsepersonell og pårørende er godt kjent med risikofaktorer ved underernæring. Tiltakene som er nødvendig, må igangsettes på et tidlig stadium for å forhindre alvorlig underernæring, som igjen kan føre til alvorlig sykdom.

Et søk i SweMed+ ga meg et interessant treff på en engelsk artikkel. Jeg søkte ”mini nutritional assessment”, huket av for ”Les online” og ”Engelsk”. Da fikk jeg 70 treff. De ble da sortert etter dato, og jeg leste nummer tre fordi den ikke var så gammel, i tillegg til at abstracten og overskriften ga meg lyst til å lese artikkelen fordi forskningen var gjort over så lang tid, og det dreide seg om både ernæring og demente. Overskriften var ”Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangements – a one-year follow up”. Etter å ha lest den valgte jeg å ta denne artikkelen med fordi undersøkelsen viste en måte å løse noe av problemet på ved å la de demente bo i kollektiv i tilpasset landsby, noe som man ikke ser så mange steder. Forskningen er gjort i Tyskland og er fulgt opp over et år. Det ble gjennomført intervjuer med sykepleiere angående ernæring, kognitive evner, daglige aktiviteter og sosiale kjennetegn (Meyer, S., Gräske, J., Worch, A., & Wolf-Ostermann, K., 2015)

Resultat

45 beboere med en gjennomsnittsalder på 78,4 år som bor i et kollektiv med demente eldre i byen Berlin i Tyskland, ble inkludert i studien. Av deltagerne i studien var 73,3 % kvinner og 88 % hadde diagnosen demens med en moderat til alvorlig kognitiv svikt og lave ferdigheter i daglige gjøremål. De fleste beboerne hadde en risiko for underernæring ifølge en undersøkelse gjort med MNA. Den gjennomsnittlige poengsummen i MNA-systemet gikk litt ned i løpet av året; noe som vil si at ernæringsstatusen ble dårligere. MNA blir fremtild som et godt screeningsverktøy i denne artikkelen.

Konklusjon

Regelmessig screening for underernæring ved hjelp av undersøkelser som er lett å gjennomføre, bør innføres i kollektivene for å unngå ernæringsmessige og helsemessige

problemer som følge av underernæring. Gode rutiner for omsorg og oppfølging kan også legge til rette for bedre ernæring.

Den siste av forskningsartiklene jeg skal presentere, er konkret og sier mye om pasientens opplevelse av hjemmesykepleien. Jeg har tatt den med fordi den har noen andre synspunkter enn de andre artiklene og har veldig interessante refleksjoner og løsninger. Artikkelen er skrevet av Tønnessen S., & Nortvedt P. i 2012. og er basert på en kvalitativ studie. Overskriften er: "Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?" Resultat og konklusjonen i undersøkelsen:

Resultat

Sykepleierne i undersøkelsen mente at kjennskap til pasienten og pasientenes ulike ernæringsbehov er en viktig del av hjemmesykepleien. Å vurdere mat- og drikkeinntaket til pasienten ble sett på som utfordrende av sykepleierne, som også påpekte at det var vanskelig å prioritere enten selvbestemmelsesretten til pasienten, systematisk kartlegging av ernæring eller tid.

Konklusjon

Det er usikkert hvorvidt kravene i de nasjonale faglige retningslinjene ivaretar hensynet til hjemmebaserte tjenester. Artikkelen kommer frem til at vurderingen av den ernæringsmessige risikoen krever tett samarbeid mellom ledere og ansatte i kommunehelsetjenesten.

2.3 Kildekritikk

Når jeg har søkt etter forskningsartikler i ulike databaser, er det flere av treffene som ikke har vært aktuelle. Det har vært overskrifter som har omhandlet helt andre temaer, eller som har hatt for lite fokus på mitt tema. En artikkel har jeg bestilt fra skolebiblioteket, og noen har jeg fått tilgang til selv. Jeg har prøvd å skaffe meg en så god oversikt som mulig, men jeg har sett at det finnes mye litteratur tilgjengelig. Det er mye av forskningen som omhandler ernæring og demens på institusjon, men ikke fullt så mye i pasientens hjem. Men jeg har funnet noen aktuelle artikler, og i noen av dem kan det trekkes paralleller mellom sykehjemsavdelinger og hjemmesykepleien. Forskningsartiklene jeg har plukket ut, omhandler litt ulike temaer, men er alle relevante for min problemstilling. Dette kommer frem i drøftingsdelen.

Artikkelen til Meyer S. (2015) omhandler en undersøkelse som er gjort i Tyskland med oppfølging over et år. Artikkelen baserer seg på en studie som gjelder eldre demente som bor i en form for kollektiv med opptil åtte andre eldre med eller uten demens. Jeg er litt kritisk til denne artikkelen fordi den omhandler noe som er ulikt hjemmesykepleien i Norge, der pasienten bor alene. I tillegg er det i et slikt kollektiv personale som kan følge med på pasientene og inntaket av mat hos hver enkelt, noe som blir en større utfordring i hjemmesykepleien. Kollektivene er også basert på at pasientene lager mat sammen, og at dette øker matgleden. Dette er faktorer som ikke er så lett å sammenligne med hjemmesykepleien. Samtidig er det interessant å se andre løsninger og muligheter.

Artikkelen til Gjerlaug A. K. (2016) har jeg valgt å ta med fordi den omhandler de ulike screeningsverktøyene, og sier noe om hvem som gir mest riktige resultater. Artikkelen omtaler MNA som det verktøyet som gir det mest korrekte resultatet, noe som både Aagaard H. (2017) og Rognstad M. K. (2013) støtter.

Aagaard H. (2017) er en kvantitativ studie blant hjemmetjenestene i samtlige kommuner i Norge. Undersøkelsen i denne studien er gjort blant ansatte og ikke pasientene, noe som gir en litt annen vinkling. Men det er interessant å se på helsepersonellens kunnskap og deres oppfølging av rutiner i hjemmesykepleien.

Det er skrevet mange artikler om tilrettelegging av måltider med sosialisering og en hyggelig ramme rundt måltidet. Dette handler stort sett om livet på institusjon. Samtidig finnes det løsninger som dagsenter for hjemmeboende pasienter som kan sosialisere de eldre, og føre til bedre ernæring. Temaer som sondeernæring og ernæringsproblemer ved langtkommen sykdom har dukket opp blant søkeresultatene, men dette har jeg valgt å se bort fra.

3. TEORI

Sykepleie er et allsidig yrke som har stor betydning for allmenn helse. Selv har jeg stort sett jobbet med eldre pasienter. Jeg tenker på grunnlag av dette at sykepleie handler om omsorg og støtte til pasientene, både fysisk og psykisk. Personlig støtter jeg meg til Orem, som forklarer sykepleie som en ”tjeneste” og en annerledes måte å hjelpe mennesker på (Biermann, K. U, 1996).

I dette kapittelet vil jeg presentere Orems sykepleieteori, før jeg fortsetter med én del om demens og én om ernæring, der jeg også tar for meg ernæringscreening for å avdekke feilernæring. Bemanning og tid er viktige temaer i dagens hjemmesykepleie, og jeg har derfor valgt å skrive et avsnitt om disse temaene. Til slutt i kapittelet vil jeg ta for meg lovverk og etikk.

3.1. Sykepleieteori: Dorothea Orem

Orems egenomsorgsteori er relevant i min oppgave fordi den omhandler noe som svekkes, og som etter hvert kommer til å forsvinne helt hos den demente pasienten, nemlig egenomsorgen. Egenomsorgsteorien bygger på ordet egenomsorg, og beskrives av Orem som både ”omsorg for seg selv” og ”omsorg gitt av seg selv” (Biermann, 1996).

Sykepleieteorien til Orem består av tre deler: teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvikt og teorien om sykepleiesystem. Disse tre del-teoriene henger sammen og skaper en generell sykepleieteori som ofte blir kalt egenomsorgsteorien. Orem selv kaller derimot teorien sin for egenomsorgssviktteorien for å få frem ordet ”svikt”. Dette gjør hun for å bevise behovet for sykepleie (Biermann, 1996).

Egenomsorgssvikt er utgangspunktet for hjelpebehov hos pasienter, og kan være grunnlaget for å få hjemmesykepleie. Demente pasienter har etter hvert en tydelig egenomsorgssvikt og trenger hjelp for å få dekket sine behov.

Fire av Orems åtte grunnleggende egenomsorgsbehov er:

- Opprettholdelse av balansen mellom det å være alene og sosialt samvær
- Opprettholdelse av tilstrekkelig tilførsel av vann
- Opprettholdelse av tilstrekkelig tilførsel av mat

- Omsorg i forbindelse med eliminasjonsprosesser og avfallsstoffer.

Jeg har valgt å bare ta med disse fire behovene fordi det er de mest sentrale med tanke på ernæring og hjemmesykepleie til demente. De ulike behovene som nevnes her, påvirker hverandre fordi mangel ved ett behov skaper konsekvenser for andre behov (Biermann, 1996).

I denne oppgaven er det egenomsorg og egenomsorgssvikt som er mest relevant. De demente opplever etter hvert større og større grad av egenomsorgssvikt, noe som ofte er vanskelig å håndtere for pasienten, men også for pårørende rundt. Ved egenomsorgssvikt oppstår det et behov for hjelp og veiledning av enten pårørende eller sykepleier (Biermann, 1996).

Min problemstilling omhandler hvordan *sykepleier* kan forebygge underernæring hos demente, og en stor del av løsningen er kanskje et godt samarbeid og god kommunikasjon med pårørende.

Orem mener at samfunnet og de enkelte samfunnsmedlemmene har et felles ansvar for helsen. Ansvarer ligger ikke alene hos hver enkelt person (Biermann, 1996). Dette er ikke noe Orem mener alene, med det er også en del av norsk lov. Orem understreker betydningen av at sykepleier skaffer seg informasjon om pasientens miljø, for å kunne sette seg inn i situasjonen til pasienten.

Orem definerer helse slik:

”En tilstand hos en person som karakteriseres ved sunnhet eller helhet i utviklede menneskelige strukturer og i kroppslig og mental fungering” (Biermann, s. 6, 1996).

Med begrepet *sunnhet* understreker Orem at helse innebærer å ha livskraft og styrke, og også det å være fri fra lidelse og sykdom. Ordet *helhet* sier oss at helse omfatter hele mennesket.

Sunnhet og *helhet* sammen understreker da at helse ikke bare er fravær av sykdom, men også en utvikling av mennesket (Biermann, s. 6, 1996).

3.2. Demens

Demens er en betegnelse som dekker alle sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner (Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff H, s. 411, 2014). Alle demenssykdommene forverres over tid, og personen som rammes vil fungere dårligere og dårligere i hverdagslivet (Kirkevold M, 2014).

I 2015 ga Helse- og omsorgsdepartementet ut en ny demensplan for 2020. Planen har blitt utarbeidet ved hjelp av personer med demens og deres pårørende sammen med organisasjoner og fagfolk (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Formålet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn enn det vi har i dag, og at vi blir flinkere til å integrere personer med demens i fellesskapet.

En av de aller største utfordringene vi kommer til å møte som følge av økt levealder og endret alderssammensetning, er at antall personer med en demensdiagnose mest sannsynlig vil bli økt til det dobbelte i løpet av de 30–40 neste årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette vil by på utfordring for kommunehelsetjenesten, og for å håndtere denne økningen er det viktig at kommunene ser fremover allerede nå.

I Norge er det ca. 70 000 demensrammede, og omtrent halvparten av disse bor hjemme (Fjørtoft, 2016). I 2013 ble nye undersøkelser gjort, og det kom da frem at Alzheimers (som er den vanligste demenssykdommen) hadde gått fra å være på 26. plass til å være på 8. plass over sykdommer som tar flest leveår. (Strand et al. 2014). Det betyr at Alzheimers forårsaker flere tapte leveår enn prostatakreft eller brystkreft (Strand et al. 2014). Det er ikke bare tidlig død, men også tap av livskvalitet som rammer den syke, og også de pårørende rundt. Det er enda ingen medikament som kan knekke sykdommen, men medisiner og endring av livsstil kan gi håp om å forebygge eller utsette sykdommen (Strand et al. 2014).

Personer med demens har ulike måter å reagere på og ulik bakgrunn og historie. Det kan derfor være vanskelig å vite hva man egentlig observerer hos den demente brukeren (Fjørtoft, 2016). Observasjonene kan skyldes alder i seg selv, og kalles da ”godartet aldersbetinget glemsomhet”. Dette er noe annet enn sykelige forandringer som demens er eksempel på. Forvirring og uklarhet trenger ikke skyldes starten på en demenssykdom, men kan blant annet skyldes tilstander som infeksjoner, dehydrering, underernæring, medisiner eller sorg (Fjørtoft, 2016).

Det er vanskelig å forestille seg hvordan personer med demens opplever sin egen situasjon. De har ofte vanskeligheter med å formidle hvordan de egentlig har det, og hvilke behov de har. Mange prøver så godt de kan å skjule svikten, og oftest er det den første fasen av sykdommen, hvor de har større innsikt, som virker mest smertefull og frustrerende for pasienten selv. Det er naturligvis i denne perioden det er mest aktuelt med hjemmesykepleie før pasienten får et enda større behov for tilsyn, og må på en demensavdeling på et sykehjem. Etter hvert mister pasienten erindringen om sine nærmeste og livet sitt. Historien til vedkommende blir borte, i likhet med livserfaringene og kunnskapen han/hun har hatt. Det er smertefullt for personen selv, men også pårørende. Personer med demens har derfor behov for mye psykisk støtte og tett oppfølging gjennom sykdomsutviklingen (Fjørtoft, 2016).

Jeg har valgt å skrive om enslige eldre demente, og ifølge Kvaal (Kirkevold, s. 438, 2014) forekommer depresjon ofte hos eldre personer, og det ses gjerne i forbindelse med sorg over tap av ektefelle eller venner. Depresjonen påvirker kostholdet og ernæringen til de eldre, og sykepleier må sette inn tiltak for å hjelpe pasientene. Det er flere årsaker til at demente hjemmeboende er dårlig ernært. Det kan være at de handler det samme hver gang de er på butikken, eller at de glemmer å lage seg mat på grunn av nedsatt sultfølelse. Jeg har selv sett enslige demente som for eksempel kjøper litervis med melk uten å ha behov for det, eller som har fryseren helt full av brød og annen bakst som ikke blir tatt opp. Dette tyder på gamle vaner som henger igjen, men som personen ikke har oversikt over selv lenger.

VIPS-modellen er en modell som går ut på personsentrert tilnærming i omsorgen for personer med demens. VIPS står for verdigrunnlag som anerkjenner menneskets verdi, individuell tilnærming, pasientens perspektiv og tilrettelegging av det sosiale rundt pasienten (Fjørtoft, 2016). Disse punktene danner ifølge Fjørtoft et godt grunnlag for sykepleien som gis til personer med demens, og har som mål å bidra til gode dager for den demente.

Denne oppfølgingen og støtten kan ifølge Fjørtoft (2016) fremme livskvaliteten og bevare de funksjonene som pasienten ikke har mistet helt enda.

3.3. Ernæring, demens og aldring

Ifølge Brodtkorb (Kirkevold, s. 301, 2014) bør ernærings situasjonen til eldre hjemmeboende få mer oppmerksomhet. Et av de grunnleggende behovene som skal ivaretas i hjemmesykepleien, er ”fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat” (Tønnessen, 2012).

Dårlig ernæringsstatus er kjent som noe svært negativt hos eldre. Vekttap hos personer i denne aldersgruppen nærmest dobler risikoen for å dø, uavhengig av den eldre kroppsmasseindeks (KMI) (Kirkevold s. 248, 2014). I en svensk studie kommer det frem at 21 % av eldre over 75 år som bor hjemme, har en middels risiko for å oppnå underernæring. Studien anbefaler kartleggingsverktøy for å fange opp eldre som står i fare for underernæring, og at man må bruke annet enn KMI som indikator på ernærings tilstand hos eldre personer (Kirkevold, s. 248, 2014).

Aldring påvirker både smaken, sultfølelse og kroppens evne til å ta i bruk næringsstoffer (Meyer, S, 2015). Dette medfører en stor utfordring når det gjelder å få de eldre til å opprettholde en næringsrik kost for å forhindre vekttap og sykdommer. Når man blir eldre, beveger man seg mindre og seinere enn før. Da har kroppen også behov for mindre mat, samtidig som det da er viktig at maten er desto mer næringsrik. En eldre kropp trenger fiber, vitaminer, kalsium og jern. Et annet tiltak for å dekke disse behovene er å spise oftere og da mindre om gangen (Sjøen, 2012). Dette byr på vanskeligheter dersom pasienten i tillegg har en demenssykdom. Da vil det være utfordrende å registrere matinntaket og sørge for at personen med demens får i seg nok (Fjørtoft, 2016).

Hjemmeboende, enslige og demente eldre er mer utsatt for dårlig kosthold enn andre er. Mange av dem er avhengige av hjelp både med å kjøpe inn mat og å tilberede maten (Sjøen, 2012). Mange eldre har livsstilsykdommer eller andre tilstander som gjør at de må ha tilrettelagt mat. Et eksempel på dette er eldre med diabetes (Kirkevold, 2014). Dette krever tett oppfølging av kunnskapsrike hjemmesykepleiere.

Underernæring defineres i Aagaard H. & Grøndahl V. A (2017) som ”en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetningen og funksjon”.

Munnhygiene er viktig for å fremme matlyst og gode opplevelser rundt et måltid (Tønnessen, 2012). Dårlige tenner eller sår i munnen skaper dårlig matlyst og smak og kan også bidra til dårlig humør og atferd hos demente (Rognstad, 2013). Et punkt på skjemaet MNA spør om pasienten har problemer med å tygge eller svelge maten. Det er viktig å få frem slikt for å ta hensyn til pasienten og kanskje hjelpe til med munnstell hvis det viser seg å være nødvendig. Demente med problemer relatert til munn og svelg kan ofte reagere med å vise dårlig atferd eller bli aggressive (Rognstad, 2013).

Medisinbruk er også et område hvor man må ta hensyn til munnhygiene og svelgproblematikk (Rognstad, 2013). Eldre tar ofte mange tabletter per dag. Fjørtoft (2016) nevner en norsk studie som avslørte at fastlegen ofte ikke har oversikt over medisinene som pasienten tar. Dette fordi pasienten blir satt på nye medisiner på legevakt eller på sykehus uten at det registreres hos fastlegen. De tablettene som mange eldre tar hver dag, har ulike bivirkninger som i seg selv er et stort helseproblem for de eldre. Derfor er det viktig at hjemmesykepleien fanger opp bivirkningene og informerer både pasienten selv og også legen (Fjørtoft, 2016).

Dagsenter er et kommunalt tilbud til eldre der de får tilbud om mat og sosialt samvær. Tilbudene varierer fra sted til sted, men er ofte rettet mot eldre personer med demens. Måltider med sosialt samvær ved dagsentrene kan være verdifullt og kan ha stor ernæringsmessig betydning for de hjemmeboende. Det bør være god og næringsrik mat ved slike måltider, og godt samarbeid med hjemmesykepleien vil gjøre det mulig å gi tilpasset mat til hver enkelt bruker. Ved et slikt samarbeid kan hjemmesykepleien være trygg på at pasienten har fått i seg mat den dagen (Helsedirektoratet, 2016).

Hjemmesykepleien i dag er travel, og det kommer frem i undersøkelser at pasientene opplever krenkelser i omsorgssituasjonen. I tillegg er hjemmesykepleie ofte omsorg på systemets premisser. Når hjemmesykepleien er forsinket, og tjenesten er uforutsigbar, krenkes pasientens autonomi. Undersøkelser viser at pasientene opplever sprik mellom deres behov for hjelp og det de får hjelp til (Tønnessen, 2012).

Undersøkelsen som står beskrevet hos Meyer (2015), er gjort i Tyskland og baserer seg på å skape et eget miljø og felleskap for de demente. De demente bor da i kollektiv og lever i en tilrettelagt landsby der helsepersonell jobber som ansatte i butikker, apotek og lignende. Ved å lage en tilrettelagt landsby er det ingen som bor alene, og alle har noen å lage mat sammen med og helsepersonell som følger med på om de spiser eller ikke. Denne løsningen gjør at

hjemmesykepleien slipper å reise til de demente flere ganger daglig uten å ha tid til å følge opp pasientene, og det skaper et sosialt fellesskap for de demente.

Tønnessen (2012) skriver om tre forsvarlighetskrav som omhandler hvilke tjenester sykepleiere i hjemmesykepleien skal ivareta, hva omsorgsfull hjelp innebærer, og hvilke verdier sykepleieren bør legge vekt på i sin væremåte i møte med pasienten.

1. Pasientene skal få hjelp til å få dekket grunnleggende behov
 - Respekt, forutsigbarhet, trygghet, selvstendighet, sosiale behov, personlig hygiene og mulighet til å selv ivareta egenomsorg.
2. Tildelte pleie- og omsorgstjenester skal ivaretas slik at behov dekkes i tråd med faglige normer.
 - Kvaliteten på tilbudet pasienten får, skal være faglig tilfredsstillende.
3. Pasientens behov for tjenester skal tas vare på slik at grunnleggende verdier i samhandlingen mellom pasient og sykepleier ikke krenkes.
 - Sykepleier skal gi omsorgsfull hjelp på en slik måte at pasientens integritet bevares.

3.3.1 Ernæringscreening

For å kontrollere at pasienten får i seg tilstrekkelige mengder ernæring, benyttes det ulike screeningsmetoder som kan avdekke både sykdom og mangler hos pasienten (Gjerlaug A. K, 2016)

Gjerlaugs (2016) undersøkelse av verktøy for ernæringscreening er basert på en litteraturstudie. Den tar for seg ulike screeningsverktøy og hva effekten er ved bruk av disse skjemaene. I denne artikkelen defineres screening som ”undersøkelser som tilbys øyensynlig friske personer for å oppdage et spesielt fenomen eller en sykdom”.

Det er flere screeningsverktøy som er utviklet for å kartlegge ernæringsmessig risiko, men alle er ikke like gode (Gjerlaug A. K, 2016). MNA, som står for ”en ernæringsmessig vurdering”, er det spørreskjemaet som gir de mest riktige resultatene ifølge Gjerlaug (2016). Dette støttes av Rognstad (2013), som mener MNA er et nyttig verktøy for å identifisere underernæring hos eldre hjemmeboende. MNA- skjemaet ligger som vedlegg til oppgaven.

3.4. Bemanning og kunnskap

Det er definitivt ikke nok folk på jobb jevnt over i eldreomsorgen i dag (Andreassen, 2015). Pasienter i hjemmesykepleien kan risikere å måtte vente i flere timer før de får hjelp til morgenstell eller en tur på toalettet. Slik ventetid er både uverdigg og respektløst, og bryter med faglige normer (Tønnessen, 2012). På grunn av den svekkede hukommelsen har personer med demens vanskeligheter med å forholde seg til hjemmetjenestens rutiner. Derfor er det meget viktig at hjemmesykepleien har kapasitet til å dekke behovene for hjelp til enhver tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Tid er en avgjørende faktor for å kunne gi god omsorg og pleie som er tilpasset hver enkelt pasient (Fjørtoft, 2016). Tid er en faktor som avhenger av øynene som ser. Tid slik pasienten ser det, tid på den måten sykepleieren opplever det, og tid i et økonomisk perspektiv er tre ulike forståelser. Dette kan og vil skape store konflikter i helsetjenesten (Fjørtoft, 2016). I hjemmesykepleien jobbes det etter vedtak, og sykepleier ser på tiden som veiledende, men bruker tiden som er nødvendig hos hver pasient. Det er ikke mulig å jobbe etter eksakte tider i hjemmesykepleien, hvis man skal dekke de varierende behovene til hver enkelt pasient. Samtidig er det viktig å huske på hva dette kan ha å si for pasientene (Fjørtoft, 2016). Ifølge Helsepersonelloven (1999) skal helsepersonell ta vare på pasientens behov for pleie- og omsorgstjenester på en omsorgsfull og faglig forsvarlig måte.

Dårlig tid i hjemmesykepleien er en konsekvens av for lav bemanning, og tilgangen på kompetent personalet er styrt av politiske og økonomiske prioriteringer (Fjørtoft, s. 162, 2016). En hjemmesykepleier skal være i stand til å handle der og da i en uforutsigbar hverdag. Man vet aldri hva som venter bak neste dør. Det å jobbe i andres hjem krever evne til å samarbeide med pasienten samt å finne kreative løsninger (Fjørtoft, s. 215, 2016).

Dette blir ikke mindre viktig i arbeidet med demente pasienter som mottar hjemmesykepleie. Sykepleier er nødt til å strebe etter å få så mye informasjon om pasienten og familien rundt som mulig. Dette for å forstå personen bak demenssykdommen, hans/hennes familie og hvordan sykdommen påvirker livet til pasienten (Kirkevold, s. 419, 2014).

I en undersøkelse sier både pasienter og sykepleiere at pasienten ikke får tjenestene til avtalte tider, og at de kan risikere å måtte vente i flere timer på morgenstell eller for å komme på toalettet. Slike tilfeller er både uverdige og respektløse ovenfor brukerne av hjemmesykepleien. Til tross for dette er det mye som tyder på at pasientene ønsker å bo

hjemme. De kan da fortsette med sine interesser, ivareta sitt sosiale nettverk og leve i sine vante omgivelser (Tønnessen, 2012). Dette er særlig positivt for de demente som ofte har et sterkt ønske om og stor glede av å få bo hjemme så lenge som mulig (Kirkevold, 2014).

3.5. Lovverk

Hjemmesykepleien er en offentlig tjeneste som styres av en rekke ulike lover og forskrifter. Disse lovene og forskriftene omhandler hva tjenesten skal inneholde, og hvem som er ansvarlige for at det skjer (Fjørtoft, 2016). Helse- og omsorgstjenesteloven er den loven som er mest sentral for hjemmesykepleien, og erstatter kommunehelsetjenesteloven fra 1982 og sosialtjenesteloven fra 1991. Målet med denne felles loven for helse- og omsorgstjenestene i kommunene er å bedre samhandlingen mellom helseinstitusjonene (Fjørtoft, 2016).

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 står det at det er kommunens ansvar at *alle* som oppholder seg i kommunen får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere arbeidet, slik at tjenestens innhold og omfang stemmer med kravene som er fastsatt i loven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I § 3-3 står det at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og forebygge skade, sykdom og sosiale problemer ved blant annet opplysning, veiledning, hjelp og råd.

I Pasient – og brukerrettighetsloven står det at pasient eller bruker *”har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd”* (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette byr på utfordringer for min problemstilling, fordi dette utdraget er i strid med tidskapasiteten man har i hjemmesykepleien, og man må da prioritere hvor store behovene er hos hver enkelt. Noe som også byr på utfordring, da man ikke vet sikkert hva neste pasient på besøkslista har behov for.

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det:

”Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig” (NSF, 2016).

Det betyr at det er hver enkelt sykepleiers ansvar å følge lover og regler i arbeidet med pasienter og medikamenter.

Pasientenes rett til selvbestemmelse er viktig å være klar over, og særlig med tanke på demente pasienter. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 bortfaller medbestemmelsesretten når den demente pasienten åpenbart ikke forstår:

”Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.” (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

I loven står det også at det er den sykepleieren som yter helsehjelp, som skal avgjøre om pasienten mangler kompetanse til å samtykke (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom sykepleieren mener at brukeren ikke er samtykkekompetent, skal dette begrunnes skriftlig og så fort som mulig legges frem for pasient og nærmeste pårørende (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.6. Etikk

I sykepleien er ikke etikk bare dramatiske spørsmål om liv eller død. Det dreier seg ofte om små hverdagslige konflikter og utfordringer. Etikken i sykepleien har ofte å gjøre med verdier, holdninger og evne til å se og lytte (Brinchmann, 2013). Det er svært utfordrende å ta beslutninger om ernæringsbehandling når det gjelder andre mennesker (Helsedirektoratet, 2016). Når man jobber med demente, er etikk særlig utfordrende og viktig. De har behov for å bli sett, og mange trenger tid for at de skal bli trygge på sykepleieren. Dette byr på etiske dilemmaer som for eksempel prioritering av tiden (Fjørtoft, 2016).

Som sykepleier jobber man med mennesker, og møter da stadig på etiske dilemmaer og utfordringer. Det kan være dilemmaer som raskt må avklares, eller det kan være utfordrende mellommenneskelige ting som kan være kjekt å ha kunnskap om i forkant (Brinchmann, 2013).

Menneskesyn er en sentral del i denne oppgaven fordi det er med på å forme holdningene våre i møte med brukerne i hjemmesykepleien. Menneskesynet vårt kan påvirke vårt syn på sykdom, helse og pasientens rett til medbestemmelse. I tillegg kan det være med på å påvirke våre meninger om hva et menneskeverdig liv er, og hvem som skal få leve eller dø. Sykepleien som profesjon støtter seg til det som kalles et ”holistisk menneskesyn”. Det vil si en helhetlig forståelse av mennesket, og innebærer at sykepleieren betrakter pasientene som

medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere for å få løst pasientens helsemessige problem (Brinchmann, s. 27, 2013).

Det er flere etiske utfordringer og vanskelige situasjoner for sykepleieren, og ifølge Brinchmann (2013) har hjemmesykepleien for lite fokus på etiske problemstillinger. En etisk vanskelig situasjon i hjemmesykepleien er for eks. at man ønsker å gi den demente brukeren et verdig stell og selskap under måltidet for å observere om pasienten får i seg maten. Dette har ofte sykepleieren for lite tid til, slik hjemmesykepleien praktiseres i dag. Det blir dermed et etisk dilemma om hva man skal prioritere: riktig tid eller rett behandling av pasienten.

I møte med en dement pasient i hjemmesykepleien er det viktig å ta med seg etikken i de vurderingene som skal tas, og selv om pasienten er dement, må sykepleieren respektere pasientens verdighet og integritet så lenge pasienten har rett til å bestemme selv (Fjørtoft, 2016).

En del av etikken som passer godt til denne oppgaven, er den normative etikken. Den er delt i to undergrupper: pliktetikkk, som består av fornuft, plikter normer og regler, og nærhetsetikk, som innebærer følelser, erfaring og faglig skjønn. I møte med hjemmeboende og demente eldre er det viktig å balansere alt dette, og forholde seg til både plikter og normer, men også vise faglig skjønn og følelser i møte med pasienten (Brinchmann, 2013).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er en slags prinsippbasert etikk, og kan minne om pliktetikkk. Lovverket og yrkesetiske retningslinjer samsvarer i stor grad, men straffen er ikke lik ved brudd. Brudd på yrkesetiske retningslinjer kan gi utstenging av fagforeninger, mens brudd på lovverket gir strafferettslige konsekvenser (Brinchmann, s. 99, 2013).

I denne oppgaven er demenssykdommen vesentlig, og når en person får en demensdiagnose, er det fort gjort å automatisk tenkte at personen mangler innsikt i egen situasjon. Dette fører til at de dementes autonomi kanskje overkjøres, og at andre mennesker viser mindre respekt (Rokstad, 2009). Det er viktig at helsepersonell i hjemmesykepleien motarbeider dette, og lar brukerne være med på å bestemme så godt det lar seg gjøre.

Personlig har jeg opplevd mange situasjoner der jeg har vært nødt til å ta vanskelige valg som uansett vil påvirke noen negativt. Dette er ikke noen god følelse, men tiden strekker ikke til, og man er nødt til å prioritere.

4. DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien på en best mulig måte kan legge til rette for at eldre med demens får dekket ernæringsbehovet sitt. Jeg skal se på dette fra ulike vinkler. Jeg skal se på forhold som vanskeliggjør prosessen, og utfordringer som demenssykdommen i seg selv, teori og lovverk kan by på. Jeg vil også komme med mine egne meninger og erfaringer i drøftingen. Jeg gjentar min problemstilling her:

”Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens?”

4.1 Kunnskap, tid og bemanning

Hjemmesykepleien er en kommunal tjeneste som har plikt til å hjelpe de som oppholder seg i kommunen, og som har omsorgsbehov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dette kan by på utfordringer for kommunene, som må sørge for nok helsepersonell med nok kunnskap til å få hjulpet alle. Enkelte kommuner ser ikke behovet før det har gått for langt, og det hele resulterer ofte i utslitte sykepleiere og dårlig utført arbeid (Bollig, 2009).

Etikken peker på utfordringer ved å prioritere tiden i hjemmesykepleien. Brinchmann (2013) mener at sykepleierne har for dårlig tid til hver enkelt bruker og dermed må nedprioritere enkelte oppgaver. Fjørtoft (2016) er enig i det Brinchmann hevder, og mener at dårlig tid er en konsekvens av for lav bemanning. I hjemmesykepleien vet man aldri hva som venter bak neste dør, og det kan derfor kreve mye tid på ett sted – uten at dette går å planlegge på forhånd.

Tid og kunnskapsmangel er omstridte temaer i hjemmesykepleien. Er det nok folk på jobb? Har de ansatte god nok kunnskap og utdanning? Og har man nok tid til hver enkelt pasient? Dette er veldig aktuelle temaer når det gjelder observasjon av ernæring og det å skape trygghet hos de demente pasientene i hjemmesykepleien. Et mål i Demensplanen for 2020 er at alle skal ha muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig og motta individuelle tjenester i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Kommer kommunehelsetjenesten til å nå dette målet?

Det hevdes at VIPS-modellen gir et godt grunnlag for sykepleie til demente ved å ha fokuset på personsentrert omsorg (Fjørtoft, 2016). Andreassen (2015) er uenig i dette og mener at hjemmesykepleien ikke har tid til å bruke slike verktøy på grunn av for lav bemanning, noe som Fjørtoft (2016) er uenig i. Hun mener at kunnskap er nøkkelen til å få gjennomført

arbeidet innenfor tidsrammene, og at tid er en faktor som er avhengig av personen som ser. Andreassen (2015) støttes av Aagaards (2017) undersøkelse, hvor det kommer frem at sykepleiere i hjemmesykepleien mener tid er det viktigste hinderet for god ernæringsvurdering.

Personlig er jeg klar over hvor mye tiden har å si i hjemmesykepleien, men samtidig vil jeg si meg enig med Fjørtoft (2016), fordi kunnskap om både pasienten og ernæring som fag gjør oss mer bevisste og effektive. Rognstad (2013) mener det er avgjørende at pleiere og pårørende er kjent med aktuelle risikofaktorer ved dårlig ernæring, slik at det raskt blir satt i gang forebyggende tiltak. Flere av forskningsartiklene jeg har funnet, støtter Fjørtoft i at det viktigste er kunnskap.

Ifølge Gjerlaug (2016) mener både helsepersonell og ledere at det er behov for mer kunnskap om ernæring. De mener at kunnskap er den viktigste årsaken til at de ikke er i stand til å vurdere og følge opp brukernes ernæringsstatus. Gjerlaug (2016) mener også at det er nødvendig med kartleggingsverktøy for å få oversikt over ernæringsstatusen til eldre pasienter. Dette støttes av Skovdahl (Kirkevold, s. 408, 2014), som også mener at personsentrert omsorg bør være omsorgsfilosofien og verdiene som danner grunnlaget for all omsorg som gis til personer med demens.

Meyer (2015) skriver om demensomsorg innenfor kollektiv der de demente bor sammen 5–8 personer, og lever i en tilrettelagt ”landsby”. Dette er et bra tiltak, men er det positivt å flytte på de demente hvis de har et eget hjem som fungerer? Av egen erfaring vet jeg at det å flytte demente pasienter fra hjemmet og inn i for eksempel en sykehjemsavdeling, gjør at pasienten blir mer forvirret og rotete. Hjemmesykepleien jobber for at eldre skal få bo i hjemmene sine så lenge som mulig. Dette er den beste løsningen for pasientene – og særlig for demente som er i en tidlig fase av sykdommen og ofte ikke selv skjønner at de trenger oppfølging (Fjørtoft, 2016). Undersøkelsen om ernæring som ble gjort i disse kollektivene, viste at ernæringsstatusen til mange av de eldre ikke ble bedre, og faktisk noen ganger verre. Jeg mener at for mange demente er det bedre å få tilbud om hjemmesykepleie i eget hjem enn å flytte på institusjon eller til demenslandsby.

Kunnskap og tid er begge viktige faktorer for å få til en god hjemmesykepleie, og det viser seg at det er uenighet om hva som er aller viktigst. Forskingen jeg har funnet, er stor sett enig om at det er tidsmangel i hjemmesykepleien, og at dette går ut over kvaliteten. Fjørtoft

(2016) mener at økt kunnskap blant ansatte løser den største delen av problemet. Personlig mener jeg at et løft både i bemanning og kunnskapsnivå ville gjort hjemmesykepleien bedre rustet.

4.2 Ernæring og ernæringscreening

Gjerlaug (2016) mener at opp mot 10 % av eldre som mottar hjemmesykepleie, er underernærte, og at en av årsakene kan være at helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad identifiserer risikofaktorene hos de eldre pasientene. Dette støttes av Aagaard (2017).

Det kan se ut som kravene til ernæringskompetansen i hjemmesykepleien øker, samtidig som ernæringen blir glemte (Fjørtoft, 2016). Brodtkorb (Kirkevold, s. 301, 2014) mener at ernærings situasjonen til eldre hjemmeboende bør få mer oppmerksomhet enn den har per i dag. Min egen erfaring tilsier det samme, og det er behov for et økt fokus på ernæring i hjemmesykepleien.

Fermann (Kirkevold, s. 248, 2014) kritiserer dagens hjemmesykepleie for å reise rundt med ferdigproduserte og smakløse middagsporsjoner til eldre demente, og mener også at noen minutters selskap kanskje kunne hjelpe på matlysten. Tønnessen (2012) støtter Fermann, og mener at det å være selskap under måltidet er en viktig del av hjemmesykepleiens ansvar. Det bidrar både til at pasienten får en god opplevelse rundt måltidet, pasientene spiser ofte mer mat, og sykepleier får en fin mulighet til å observere. Dette støttes av Sjøen (2012), som i tillegg mener det er viktig at de eldre har tilgang på næringsrik og smakfull mat med både fiber, kalsium, jern og vitamin D. Sjøen (2012) foreslår mindre, men oftere måltider og variasjon fordi de eldre ofte har dårlig matlyst. Men hvordan skal hjemmesykepleien kunne hjelpe de demente pasientene med mat så ofte? Dette krever bedre bemanning, effektiviserte planer og personale med høyt kunnskapsnivå.

Tønnessen (2012) og Fjørtoft (2016) er enige om at munnhygiene er en av de tingene som blir nedprioritert og undervurdert i hjemmesykepleien på grunn av tidsmangel. Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal hjemmesykepleien forbygge skade og sykdom ved å hjelpe og gi råd. Jeg støtter meg til Fjørtoft og mener munnhygiene spiller en stor rolle for ernæringsbildet til pasienten. For lav bemanning og for lavt kunnskapsnivå i dagens hjemmesykepleie ser ut til å bryte med pasientens rettigheter og krav på hjelp.

Orems egenomsorgssviktteori bygger på personer som ikke klarer å ha omsorg for seg selv ved å ivareta liv, helse og velvære (Biermann, 1996). Teorien beskriver hva sykepleie er, og hvorfor det er så viktig. Demente er et godt eksempel på personer som ikke klarer å ivareta omsorgen for seg selv, og behøver hjelp til dette. Men vil det si at det holder å hjelpe pasienten på med støttestrømpene og levere maten på døra?

Ifølge Tønnessen (2012) og Fjørtoft (2016) er ikke dette godt nok. De mener munnhygiene og medisinerbruk er viktig å ta hensyn til hos eldre. Og om pasienten ikke klarer dette på egen hånd, er det ifølge loven hjemmesykepleiens ansvar (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Tønnessen (2012) mener at kravet om omsorgsfull hjelp er særlig viktig og må tas på alvor. Dette kan bety at kravet til bemanning bør økes, og dermed vil også kostnadene for kommunen økes. Som sykepleier er det derfor vanskelig å gjøre noe annet med dette enn å rapportere oppover i systemet.

Rognstad (2013) og Aagaard (2017) har fokus på at kunnskap blant ansatte og tydelige retningslinjer kan gi bedre ernæringsresultater i hjemmesykepleien. Dette støttes av Meyer (2015), som også mener at det kreves høy faglig kompetanse, og at sykepleierne må være i stand til å vurdere ernæringen til de demente eldre på en faglig måte.

For å få registrert ernæringen til demente pasienter er både Gjerlaug (2016) og Meyer (2015) enige om at det er viktig å kartlegge pasientenes ernæringsbehov og vaner ved ernæringscreening. Gjerlaug (2016) kommer frem til at det er MNA som gir de mest riktige resultatene når undersøkelsen blir gjort i hjemmesykepleien eller på sykehjem. Dette støttes av Meyer (2015), som benytter MNA i sine undersøkelser.

Ifølge kosthåndboken til Helsedirektoratet (2016) er dagsenter et tilbud som gir de demente mulighet til å spise næringsrik kost utenfor hjemmet. Jeg har selv god erfaring med dagsenter der jeg har jobbet, men tilbudene varierer i stor grad over hele landet, og det er ofte et tilbud som gjelder for to eller tre dager i uken.

Det er generelt stor enighet om at det er muligheter for forbedring når det kommer til ernæringsoppfølging i hjemmesykepleien. Alle undersøkelser viser at det er behov for tettere oppfølging og økt bemanning. Kunnskapen blant ansatte må økes og kan gjøre hjemmesykepleien mer effektiv. Etikken peker på utfordringer når det kommer til prioriteringer som helsepersonellet i dag må gjøre. Orems teori gir en god forståelse av behovet til de demente.

4.3. Etikk og lovverk

Pliktetikken og nærhetsetikken er to ulike måter å arbeide på. Det å blande inn følelser og faglig skjønn i hjemmesykepleien burde være det mest riktige ovenfor pasienten, men tiden strekker ikke til. Dermed blir ofte det mellommenneskelige nedprioritert, og hjemmesykepleierne fokuserer på å få gjort det pasienten har krav på, før de drar videre (Brinchmann, 2013). For å få dekket pasientenes krav som i dag ikke blir ivaretatt, mener Tønnessen (2012) at det er nødvendig med økt bemanning i kommunehelsetjenesten.

Lovverket og etikken samsvarer i stor grad når det kommer til sykepleierens oppgaver i problemstillingen. I Helse- og omsorgsloven § 3-1 står det at det er kommunens ansvar å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, får et tilbud om nødvendige helsetjenester. Men hva menes med nødvendige? Ifølge Tønnessen (2012) tilfredsstiller hjemmesykepleien i mange tilfeller kun minstekravet til pasientene. Tønnessen (2012) mener de tre forsvarlighetskravene som er nevnt under ”ernæring, demens og aldring” i teoridelen, burde være hensikten og grunnlaget til hjemmesykepleien.

Loven sier at den demente pasienten skal få bestemme selv inntil selvbestemmelsesretten er fratatt pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Samtidig byr dette på ulike utfordringer, som for eksempel at den demente pasienten ikke åpner døren, eller ikke ønsker å ta imot hjemmesykepleiens tilbud om hjelp. Ifølge Fjørtoft (2016) er verdighet og integritet grunnleggende verdier som må respekteres og ivaretas av sykepleieren. I en slik situasjon er det vanskelig å vite hva som er rett å gjøre. Samtidig får ikke sykepleier gjort noe annet enn å la pasienten bestemme, og dokumentere hva som har skjedd, i etterkant.

Helse - og omsorgsdepartementets demensplan ønsker et mer demensvennlig samfunn, og ifølge Orem er helsen samfunnets ansvar (Biermann, 1996). Personlig mener jeg Orem har et godt poeng, samtidig som jeg er klar over at dette byr på utfordringer.

Disse lovene og kravene til hjemmesykepleien byr på utfordringer i forhold til tid og ressurser.

Å konkludere i etikken er ikke lett, men lovverket er noe alle må respektere og følge, derfor blir loven det mest grunnleggende. Skal hjemmesykepleien følge loven, er vi nødt til å ha mer helsepersonell på jobb til enhver tid. Det er mange etiske hensyn å ta i hjemmesykepleien fordi man jobber med mennesker, og det bør derfor kreves høyt kunnskapsnivå hos ansatte.

5. KONKLUSJON

I løpet av tiden jeg har jobbet med denne oppgaven, har jeg innsett at problemstillingen ikke er så lett å løse som jeg først hadde antatt. Løsningen er ganske enkel å forstå, men ikke fullt så lett å gjennomføre. En del av løsningen er å gi mer penger til kommunehelsetjenestene – og øke bemanningen i hjemmesykepleien, men det munner ut i en økonomisk utfordring og noe jeg som sykepleier ikke får gjort noe med.

For at sykepleier skal kunne forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens, må sykepleier bruke kartleggingsverktøy for å bli bedre kjent med pasienten. Ved å ernæringssscreene pasienten får sykepleieren bedre kjennskap til pasientens ressurser samt svakheter og utfordringer.

Orems teori gir en god retning for arbeidet med ernæring til demente. Det er viktig å flytte fokus fra tid og over på brukeren. Hjemmesykepleien må bære preg av respekt for hver enkelt bruker og ha kunnskap nok til å gi de demente den hjelpen de trenger. For å få til dette er det nødvendig med bedre bemanning i kommunehelsetjenesten. Det er på tide med flere ansettelse og et kunnskapsløft blant de ansatte i hjemmesykepleien. Dette er vanskelig å få gjort som sykepleier, og jeg velger derfor å legge en del av ansvaret på kommunene og økonomistyringen i landet. Med økt bemanning og høyere kunnskapsnivå blant ansatte i kommunene vil hjemmesykepleien være et bedre alternativ for mange demente fordi de da kan få god oppfølging i hjemmet, og unngå underernæring.

For sykepleierne er det viktig å gjøre det man kan for pasienten, og vi kan da sjekke hva pasienten har av mat, og eventuelt følge med på hva som forsvinner. Vi kan også hjelpe de demente med å gjøre klar maten på bordet eller smøre ferdig, for at de ikke skal glemme å spise når vi har gått. Vi må også prate med pasientene om hvor viktig det er at de spiser, og høre på deres ønsker om mat.

Et av de mest sentrale punktene jeg har funnet ved en god demensomsorg, er at brukerne får stabile personer å forholde seg til, og at de får oppleve forutsigbarhet og trygghet ved besøk av hjemmesykepleien (Tønnessen, 2012). Dette burde være på plass i et velstående land som Norge.

6. LITTERATURLISTE

Andreassen L. E. (2015). *Hva er riktig bemanning?* Sykepleien. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/04/hva-er-riktig-bemanning>

Biermann K. U. (1996) *Dorothea E. Orems Egenomsorgsteori – en innføring*. Høgskolen i Oslo. Avdeling for sykepleierutdanning. HiO-notat nr. 5. ISBN: 82-579-0302-7.

Bollig G, Pedersen R & Førde R (2009). *Etikk i sykehjem og hjemmetjenester*. Sykepleien forskning. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/10/etikk-i-sykehjem-og-hjemmetjenester>

Brinchmann B. S. (2013). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal.

Dalland O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.

Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Gjerlaug A.K., Harviken G., Uppsata S. & Bye A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien Forskning*. 2016 11(2)(148–156). DOI: 10.4220/Sykepleienf. 2016. 57692. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/05/egnet-verktoy-ved-screening-av-risiko-underernaering-hos-eldre>

Guigoz Y. (1997) Mini Nutritional Assessment. Hentet fra:

<http://www.evidencebasednursing.it/Scale/Nutrizione/MNA/Mini%20nutritional%20assessment.png>

Helsedirektoratet (2016). *Kosthåndboken*. Hentet fra:

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

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020 – et demensvennlig samfunn*.

Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse – og omsorgstjenestester m.m. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse og omsorg#KAPITTEL_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg#KAPITTEL_3)

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff H. (2014). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal.

Meyer, S., Gräske, J., Worch, A., & Wolf-Ostermann, K. (2015). *Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangements – a one-year follow-up*. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 29(4), 785–792. doi:10.1111/scs.12210. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12210/abstract>

Meyer S., Velken R., Jensen L. H. (2017). *Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien*. Sykepleien Forskning. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/05/vurdering-av-ernaeringsstatus-et-sykepleiefaglig-ansvar-i-hjemmesykepleien>

NSF (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)

Rognstad M-K., Brekke I., Holm E., Lindberg C. & Lühr N. (2013). *Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens*. Sykepleien Forskning. DOI: 10.4220. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/underernaering-hos-eldre-hjemmeboende-personer-med-demens>

Rokstad, A. M. M., Smebye K. L. (2009). *Personer med demens – Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Sortland K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Oslo: Fagbokforlaget.

Strand B. H., Tambs K., Engedal K., Bjertness E., Selbæk G. & Rosness T. A. (2014). *Hvor mange har demens i Norge?* DOI: 10.4045/tidsskr.13.1601. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/2014/02/kommentar-og-debatt/hvor-mange-har-demens-i-norge>

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

Tønnessen S. & Nortvedt P. (2012). *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?* Sykepleien Forskning. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie>

Aagaard H. & Grøndahl V. A (2017). *Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien*. Sykepleien Forskning. DOI: 10.4220. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2017/03/rutiner-vurdering-av-ernaeringsstatus-i-hjemmesykepleien>

Aagaard H. & Grøndahl V. A. (2013). *Mat og måltider i hjemmesykepleien*. ISBN: 978-82-7825-380-9. Hentet fra:

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/147833/Hefte%204-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vedlegg I: MNA-vurderingsskjema (Guigoz Y, 1997).



Mini Nutritional Assessment MNA*

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

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengstifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsstilstanden.

Vurdering, del I

A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?
 0 = alvorlig nedsatt appetitt
 1 = moderat nedsatt appetitt
 2 = ikke nedsatt appetitt

B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene
 0 = vekttap over 3 kg
 1 = vet ikke
 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg
 3 = ikke vekttap

C Mobilitet
 0 = sengeliggende/sitter i stol
 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute
 2 = går ute

D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene
 0 = ja 2 = nei

E Neuropsykologiske lidelser
 0 = alvorlig demens eller depresjon
 1 = mild demens
 2 = ingen psykologiske lidelser

F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)
 0 = KMI mindre enn 19
 1 = KMI 19 til mindre enn 21
 2 = KMI 21 til mindre enn 23
 3 = KMI 23 eller større

Undersøkelsespoengsum vurdering, del I
 (sumtotal maks. 14 poeng)

12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II

11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II

Vurdering, del II

G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)
 1 = ja 0 = nei

H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag
 0 = ja 1 = nei

I Trykksår eller hudsår
 0 = ja 1 = nei

J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?
 0 = 1 måltid
 1 = 2 måltider
 2 = 3 måltider

K Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja nei
- To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja nei
- Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja nei

0.0 = hvis 0 eller 1 ja
 0.5 = hvis 2 ja
 1.0 = hvis 3 ja .

L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?
 1 = ja 0 = nei

M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?
 0.0 = mindre enn 3 kopper
 0.5 = 3 til 5 kopper
 1.0 = mer enn 5 kopper .

N Matinntak
 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp
 1 = spiser selv med noe vanskeligheter
 2 = spiser selv uten vanskeligheter

O Eget syn på ernæringsmessig status
 0 = ser på seg selv som underernært
 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand
 2 = ser ikke på seg selv som underernært

P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsestilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?
 0.0 = ikke like bra
 0.5 = vet ikke
 1.0 = like bra
 2.0 = bedre .

Q Overarmens omkrets (OO) i cm
 0.0 = OO mindre enn 21 cm
 0.5 = OO 21 til 22 cm
 1.0 = OO mer enn 22 cm .

R Leggomkrets (LO) i cm
 0 = LO mindre en 31 cm
 1 = LO 31cm eller større

Vurdering, del II (maks. 16 poeng) .

Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I .

Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) .

Gradering av underernæringsstilstand

17 til 23.5 poeng I fare for underernæring

Mindre enn 17 poeng underernært

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

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA*) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 For more information : www.mna-elderly.com