

# Forebygging av underernæring hos brukere med demens i hjemmesykepleien

Kandidatnummer: 38  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8780  
Dato: 19.04.2022



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.2022
Tittel: Forebygging av underernæring hos brukere med demens i hjemmesykepleien	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilke tiltak kan iverksettes for å forebygge underernæring hos eldre med demens i hjemmesykepleien?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven inneholder teori om rammefaktorer i hjemmesykepleien, demens, ernæring og underernæring. I tillegg er det inkludert lovverk og yrkesetiske retningslinjer.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave hvor det er benyttet relevant fag- og forskningslitteratur. Forskningsartiklene ble funnet gjennom strukturerte søk i databasene CINAHL, PubMed og SweMed+. I tillegg er det gjort søk på nettsiden sykepleien.no/forskning. Det er inkludert tabell over litteratursøk og inklusjons- og eksklusjonskriterier før det kommer kildekritikk.</p> <p><u>Drøfting:</u> I diskusjonsdelen blir forebyggende tiltak i ernæringsarbeidet for brukere med demens vektlagt. Blant annet viktigheten av økt kompetanse blant helsepersonell, viktigheten av å identifisere de som er i ernæringsmessig risiko og tiltak som skal iverksettes ut ifra brukerens ernæringsstatus. Måltidsituasjon og tiltak for å øke næringsinntaket blir diskutert. Tiltakene blir diskutert opp mot forskning og litteratur, der det kommer frem hvilke utfordringer dette byr på.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Underernæring er et stort problem i hjemmesykepleien, og brukere med demens er spesielt utsatt. Det er flere tiltak som kan iverksettes for å bedre ernæringsstatusen til brukeren, men mange av tiltakene viser seg å være utfordrende å gjennomføre i hjemmesykepleien. Det er utfordringer med hjemmesykepleiens rammer og personalets kunnskap om underernæring, i tillegg til at det er mange ufaglærte i hjemmesykepleien. Tiltak som kartlegging, føre kostregistrering, inkludere bruker i matinnkjøp og medspising er mulige tiltak som kan iverksettes i hjemmesykepleien, men det byr på utfordringer grunnet tidspress og kunnskapsmangel.</p>	

(Totalt antall ord: 258)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	2
1.3	Avgrensninger .....	2
1.4	Begrepsavklaring .....	3
1.5	Temaets sykepleiefaglige relevans.....	4
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>5</b>
2.1	Rammefaktorer for hjemmesykepleien .....	5
2.2	Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring .....	6
2.3	Hjemmesykepleie som kontekst.....	6
2.4	Demens.....	7
2.4.1	Symptomer ved demens .....	7
2.4.2	Demens og kommunikasjon .....	8
2.5	Ernæring.....	8
2.5.1	Underernæring.....	9
2.5.2	Ernæringsbehovet til eldre.....	9
2.5.3	Underernæring og demens.....	9
2.5.4	Kartlegge ernæringsstatus .....	10
2.6	Etikk og lovverk.....	11
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>13</b>
3.1	Litteratursøk .....	13
3.2	Øvrig inkludert faglitteratur .....	15
3.3	Kildekritikk .....	16
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>20</b>
5.1	Forutsetninger for forebygging av underernæring .....	20
5.2	Kartlegge som tiltak for å avdekke risikoen for underernæring .....	22
5.3	Tiltak for å forebygge underernæring hos brukere som er i risiko .....	24
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>29</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>30</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>33</b>
	Vedlegg 1: Mini Nutritional Assessment (MNA) .....	33

# 1 Innledning

På verdensbasis er det om lag 50 millioner som lever med demens. Det er rundt 101 000 personer som lever med demens i Norge i dag, og det forventes mer enn en dobling innen år 2050 fordi det vil være et økende antall eldre. Demens er for tiden den syvende ledende dødsårsaken blant alle sykdommer og en av de viktigste årsakene til avhengighet av hjelp, pleie og omsorg blant eldre mennesker globalt (WHO, 2021). De aller fleste som lever med demens bor hjemme, omtrent to tredeler av de 100 000 med demens i 2020 bodde hjemme (Vollrath et al., 2021). Noen av disse bor sammen med en ektefelle eller andre pårørende, men mange bor også alene (Fjørtoft, 2016, s. 70).

Personer med demens kan ofte glemme å spise og drikke. Noen kan også miste sult- og metthetsfølelse (Skovdahl, 2020, s. 435). Det kommer frem i nasjonale kvalitetsindikatorer på oppfølging av ernæring i hjemmetjenester at i underkant av 20% av eldre brukere i hjemmetjenesten fikk vurdert sin ernæringsstatus i 2019. Av disse var det en tredjedel som enten var underernærte eller i risiko for å bli det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). På bakgrunn av dette vil mitt fokus i denne oppgaven være å forebygge underernæring hos eldre med demens i hjemmesykepleien.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har selv erfart at ernæring er et stort problem for mange i hjemmesykepleien, og hjemmesykepleien er min valgte kontekst. Det er mange brukere som er underernærte av ulike grunner. Jeg har sett hvor viktig mat var da konsekvensene ble store for de som ikke fikk i seg nok, men også hvor stor forandring det kunne være når de begynte å få i seg mer. Ut fra min kliniske erfaring har jeg valgt å ta for meg underernæring og valgt å spesifisere det til personer med demens da det er et stort problem for mange.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos eldre med demens i hjemmesykepleien.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvilke tiltak kan iverksettes for å forebygge underernæring hos eldre med demens i hjemmesykepleien?»

## 1.3 Avgrensninger

De fleste som får demens får tilstanden etter at de har fylt 65 år (Engedal & Tveito, 2019, s. 360). Derfor vil denne oppgaven ta for seg personer over 65 år med demens.

Det har stor betydning om brukeren bor sammen med pårørende eller ikke, men selv om pårørende ikke bor med brukeren, vil de ofte være mye involvert i brukerens liv da det ofte er deres innsats som gjør at innleggelse på institusjon utsettes. Det er viktig å ha godt samarbeid med pårørende når brukeren har demens, da det kan være vanskelig å få til et godt samarbeid med brukeren. Ernæring blir ivaretatt av flere yrkesgrupper, det er et tverrfaglig samarbeid, men jeg avgrensner imidlertid oppgaven til å gjelde kun sykepleie. Det er også viktig at vi som helsepersonell tar kontakt med pårørende, for å avklare hvem som skal gjøre hva av ulike oppgaver (Birkeland & Flovik, 2018, s. 161-162). I min oppgave kommer jeg til å ta utgangspunkt i de som bor alene.

Jeg har valgt å ta for meg de brukerne som er i risiko for underernæring, og utelukker da de som allerede er underernærte selv om det finnes tall på at det er mange som allerede er det. Dette valget har blitt tatt da det vil være ulike tiltak som skal iverksettes, og de som allerede er underernærte vil ha behov for mer behandling enn forebygging. I denne oppgaven vil det ikke være fokus på feilernæring som for eksempel overvekt, og behandlingsalternativer som sondeernæring og parenteral ernæring er ikke inkludert.

Det finnes flere kartleggingsverktøy for ernæringsstatus. Helsedirektoratet viser til at Mini Nutritional Assessment (MNA), og Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) anbefales for å vurdere ernæringsmessig risiko, men at MNA anbefales til bruk for eldre over 65 år (Guttormsen et al., 2013, s. 14 & 16). Jeg vil derfor kun ta for meg MNA i denne oppgaven ut ifra oppgavens omfang, men også at det er det verktøyet som er mest i bruk i hjemmesykepleien.

Denne oppgaven avgrenses til personer som har demens og mottar tjenester fra hjemmesykepleien. Disse brukerne vil mest sannsynlig være i en tidlig fase av demensutviklingen (Engedal & Tveito, 2019, s. 363). Demens deles gjerne inn i ulike hovedgrupper ut ifra hvilke symptomer brukeren har (Skovdahl, 2020, s. 419). Det vil ikke bli gjort et skille mellom de ulike formene for demens i denne oppgaven.

## 1.4 Begrepsavklaring

Forebygge:

Mæland (2021, s. 11) forklarer forebyggende helsearbeid som å redusere risiko for sykdom og skade og å fremme helse og livskvalitet

Eldre:

Eldre er definert som personer mellom 60-74 år, og personer som er 75 år eller eldre er definert som gamle. Disse begrepene brukes om hverandre i medisinsk faglitteratur, og begrepet eldre blir gjerne også brukt om personer over 75 år (Myrstad, 2015, s. 567).

Bruker:

Ifølge Fjørtoft (2016, s. 13) så vil det å bruke begrepet *bruker* istedenfor *pasient* formidle et perspektiv som legger vekt på pasientens muligheter til å være mer aktiv, og det tydeliggjør pasientens rett til selvbestemmelse og myndiggjøring. Samtidig omtaler Rokstad (2021) mennesker med demenssykdom som personer med demens i litteraturen. Både *bruker* og *personer med demens* vil altså bli anvendt i denne oppgaven.

Helsepersonell:

I Helsepersonelloven (1999) menes helsepersonell som personer med autorisasjon eller lisens og elever og studenter som utfører helsehjelp i forbindelse med helsefaglig opplæring. I min oppgave brukes begrepet helsepersonell om alle som jobber i hjemmesykepleien. Dette inkluderer da sykepleiere, helsefagarbeidere, sykepleierstudenter og ufaglærte.

## 1.5 Temaets sykepleiefaglige relevans

Som all annen sykepleie vil også hjemmesykepleien arbeider innenfor ulike områder. Det er ivaretagelse av grunnleggende behov, datasamling, undersøkelser og observasjon, behandling og forebygging og rehabilitering. Noen oppgaver i utøvelsen av sykepleie vil være mer sentrale i hjemmesykepleien enn for eksempel i en institusjon, og omvendt. Det å ivareta brukerens grunnleggende behov er hjemmesykepleiens hovedfunksjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 42). Virginia Henderson er en sykepleieteoretiker og hennes definisjon av sykepleie får frem at sykepleie primært er en tjeneste for personen (Kristoffersen, 2021, s. 237). Henderson har formulert 14 punkter som konkretiserer sykepleierens funksjoner og oppgaver. Ett av punktene er å sørge for at brukeren skal kunne spise og drikke tilstrekkelig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 42).

Som sykepleier har vi ulike funksjonsområder. Forebyggende helsearbeid i sykepleie er et eksempel og retter seg mot både friske og syke. Nortvedt og Grønseth (2016, s. 22) beskriver primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging. Til denne oppgaven er tertiærforebygging aktuelt da man skal forhindre ytterligere komplikasjoner hos brukeren som allerede har en sykdom, i dette tilfellet forebygge underernæring hos en med demens (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Med den forebyggende funksjonen har sykepleiere en sentral rolle, og et ansvar til å kartlegge og forbedre brukerens ernæringsstatus (Brodtkorb, 2020, s. 313). På bakgrunn av dette er det sykepleiers ansvar å få kartlagt brukerens ernæringsstatus, identifisere ernæringsmessig risiko, og sette i gang forebyggende tiltak for å unngå underernæring hos eldre med demens i hjemmesykepleien.

## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

### 2.1 Rammefaktorer for hjemmesykepleien

Politiske føringer er en rammefaktor som i stor grad styrer handlingsrommet og kan påvirke kvaliteten i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s.151). Samhandlingsreformen fra 2012 har ført til store oppgaveforskyvninger i helsetjenestene. En viktig endring er at kommunene har fått mer ansvar ved at brukere skrives raskere ut fra sykehus til hjemmet. De ansatte opplever et økt tidspress i hjemmesykepleien og et økt tempo i arbeidet (Fjørtoft, 2016, s. 152-153). Fjørtoft (2016, s. 163) understreker at handlingsrommet begrenses av de økonomiske rammene. Fjørtoft (2016, s. 164) trekker frem at tiden ofte er det som blir trukket frem som en styrende faktor for helsetjenestene, og hverdagen i hjemmesykepleien er ofte hektisk. Tiden er ofte for knapp til å imøtekomme brukernes behov. Bruker man mer tid hos én, blir det mindre hos en annen. Man kan si at tiden er en moralsk verdi (Fjørtoft, 2016, s. 164). Det er flere ressursmessige rammefaktorer som påvirker tjenestene hos den enkelte brukeren. Det kan være både begrensninger og muligheter for det daglige arbeidet. Det kan for eksempel være personalets kompetanse, tilgjengelige hjelpemidler og brukerens egne ressurser. Det er viktig at personalet og deres kompetanse er tilstrekkelig for å dekke brukerens behov. Tilgangen på kompetent personale er styrt av økonomiske og politiske prioriteringer, og vi vet at bemanningssituasjonen er utfordrende, og at det er mange ufaglærte i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 162).

I samhandlingsreformen ble det lovet at kommunenes økonomiske rammer skulle styrkes, men Gautun (2021, s. 145) understreker at det kommer frem i flere evalueringer og undersøkelser at kapasiteten og kompetansen ikke har økt i takt med ansvaret for flere brukere med økende komplekse behov. Dette viser at hjemmesykepleien har flere og mer kompliserte oppgaver som de må utføre, men til samme eller lavere bemanning enn tidligere (Gautun, 2021, s. 144). I tillegg kommer det frem at det er vanskelig å få dekt behovet for sykepleiere, som fører til at det er bemanning med lavere kompetanse enn planlagt, eller at tjenesten blir underbemannet (Gautun, 2021, s. 145).



## **2.2 Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring**

Helsedirektoratet utga i 2009 «*Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*» for å bidra til å sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring. Disse faglige retningslinjene gir anbefalinger og råd som bygger på oppdatert kunnskap (Guttormsen et al., 2013, s. 3). Guttormsen et al. (2013) beskriver viktigheten med blant annet god kompetanse, ledelsesforankring og samhandling for å styrke ernæringsarbeidet. Det kommer frem at dersom man implementerer fire enkle tiltak vil mye være gjort. Tiltakene er «å vurdere ernæringsmessig risiko, å gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling, å dokumentere ernæringsstatus og -tiltak i pasientens journal og epikrise og å videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå» (Guttormsen et al., 2013, s. 3).

## **2.3 Hjemmesykepleie som kontekst**

Hjemmesykepleie er helsehjelp som blir utført i brukerens hjem. Hjemmesykepleie er helt avgjørende for at brukerne kan leve et best mulig liv med sin sykdom og/eller funksjonsnedsettelse, og skal sikre at brukeren får ivaretatt sine grunnleggende behov når deres egne evne til å gjøre dette selv svikter (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13). Et overordnet mål for hjemmesykepleien er at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem og et annet mål er at den enkelte skal kunne bo hjemme så langt det er forsvarlig og ønskelig (Fjørtoft, 2016, s. 17).

Arbeidstiden er tiden hjemmesykepleien har til rådighet. Vedtakene angir tidsressursen som skal benyttes hos brukerne og viser hvor mye tid hver enkelt bruker tildeles per uke til ulike tjenester. Tjenester kan være alt fra besøk som krever besøk en gang i uken, til flere ganger om dagen. I enkeltvedtakene er det oppgitt hvor mye tid i timer og minutter brukeren er tildelt per uke til den tjenesten vedkommende er innvilget. Denne tiden deler hjemmesykepleien opp i antall besøk i løpet av uken (Holm & Wiik, 2020, s. 44-45). Tønnesen kommer frem til i sine studier at sykepleiere opplever at det ikke alltid er samsvar mellom tiden som brukeren har fått innvilget til tjenester og det faktiske behovet for tjenester (Tønnesen 2011, 2014 referert i Holm & Wiik, 2020, s. 45)

Pasientansvarlig sykepleier er en ordning noen hjemmetjenester har, og den pasientansvarlige sykepleieren har ansvar for å utarbeide og følge opp brukeren og iverksette tiltak ut fra brukerens behov som fortløpende dukker opp. Erfaringer viser at dette fører til bedre tjenestekvalitet, økt pasienttrygghet og bedre samarbeid med andre tjenester (Birkeland & Flovik, 2018, s. 96).

## **2.4 Demens**

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. Demens kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt, en sviktende evne til å ivareta de daglige aktivitetene og endret sosial atferd. Det er en progredierende sykdom, som vil si at den som har fått påvist diagnosen vil bli mer og mer redusert, og vil trenge mer hjelp utover. Det er den enkeltes personlighet, mestringsevne og omgivelser som har betydning for hvordan sykdommen utvikler seg (Fjørtoft, 2016, s. 70-71). Demens er knyttet til aldring i stor grad, men ikke forårsaket av aldring (Engedal & Tveito, 2019, s. 360). Personen med demens som sykepleier møter i hjemmesykepleien kan ha vanskeligheter med å formidle hvordan de har det, og hvilket behov de har og mange prøver å skjule svikten. Det er ulike sykdommer som hyppig fører til demens, disse kalles demenssykdommer og deles inn i tre hovedgrupper: degenerativ demens, vaskulær demens og sekundær demens (Engedal & Tveito, 2019, s. 362).

### **2.4.1 Symptomer ved demens**

Symptomene ved demens deles gjerne inn i tre hovedgrupper, selv om symptombildet kan variere noe. Ved kognitive symptomer vil det være svekket oppmerksomhet, svekket hukommelse, svekket orienteringsevne, handlingssvikt, språkvansker, svekket forståelse og generell intellektuell svikt. Ved psykologiske og atferdsmessige symptomer er det blant annet angst og katastrofereaksjoner, depresjon og tilbaketrekning, hallusinasjoner, motorisk uro, vandrings og vrangforestillinger og illusjoner. Den siste gruppen er motoriske symptomer som er muskelstivhet, styringsproblemer og inkontinens (Fjørtoft, 2016, s. 71-72).

Det tydeligste kjennetegnet på demens er kognitiv svikt, der denne svikten vil bli mer og mer uttalt og gjøre det vanskeligere for brukeren å klare hverdagen, som eksempelvis å ivareta

behovet for ernæring (Fjørtoft, 2016, s. 72). Redusert hukommelse er vanlig og ofte et tidlig symptom. Dette fører til vansker med å lære nye ting, og læring krever oppmerksomhet (Skovdahl, 2020, s. 422). Oppmerksomheten kan svikte slik at brukeren har vansker med å skille mellom ulike stimuli og å la seg stimulere. Dette kan gjelde fokusert oppmerksomhet som er evnen til å la seg forstyrre av andre stimuli. Fokusert oppmerksomhet er for eksempel nødvendig når en skal følge med på noe som skjer, men også løse et problem, som for eksempler å lage mat der flere ingredienser skal blandes i en rekkefølge (Engedal & Tveito, 2019, s. 366). Dette kan være et eksempel på symptomer hos en bruker sykepleiere kan møte i hjemmesykepleien.

#### **2.4.2 Demens og kommunikasjon**

Det er flere faktorer vi bør tenke på når det gjelder kommunikasjon og samhandling med personer som har en demenssykdom. Det er viktig å vise respekt og skape en positiv atmosfære (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162). Det er viktig å skape en god relasjon med brukeren, og for å klare det er det nødvendig med god kommunikasjon. Det bør være enkelt og direkte språk vi bruker i kommunikasjon med personer med demens, og det bør være minst mulig tvetydig innhold. Det bør være en klar, spesifikk og konkret mening som ikke bidrar til misforståelse. Man bør unngå å ha flere budskap i samme setning. Vi må lese den responsen vi får fra brukeren for å tilpasse ordbruken, og justere etter den tilbakemeldingen vi mottar. Dersom vi ser at brukeren fakker med blikket, virker forvirret eller rastløs, er dette et tegn på at vi ikke har nådd inn. Det er viktig å lese den tilbakemeldingen vi mottar for å tilpasse ordbruken (Rokstad, 2021, s. 55).

### **2.5 Ernæring**

Ernæring har stor betydning for kroppens helse, og en god og gunstig ernæringsstatus er avgjørende for kroppens vekst og utvikling. Det bidrar til å opprettholde daglige aktiviteter, god helse og beskytter kroppen mot sykdom og skader (Brodtkorb, 2020, s. 302).

Kroppsmasseindeks (KMI) er det enkleste målet på ernæringsstatus. KMI bør beregnes hos alle mottakere av hjemmetjenesten med faste intervaller. Det er nødvendig med informasjon om vekt og høyde for å kunne regne ut KMI (Wyller, 2020, s. 163). For eldre er det ønskelig

at KMI-verdien er høyere enn for voksne, og det anbefales å ligge mellom 24 og 28 (Brodtkorb, 2020, s. 304).

### **2.5.1 Underernæring**

Når inntaket av energi og næringsstoffer er så lavt at man går ned i vekt, oppstår underernæring. Desto mindre brukeren spiser, desto større er risikoen for underernæring (Sortland, 2015, s. 165). Underernæring oppstår når en ernærings situasjon har mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer og forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og kroppsfunksjon (Guttormsen et al., 2013, s. 14).

### **2.5.2 Ernæringsbehovet til eldre**

Vekten endrer seg når vi blir eldre, og etter 70-årsalderen regnes gjerne et visst vekttap som fysiologisk. Kroppssammensetningen endrer seg når vi blir eldre der redusert muskelmasse, lavere basalstoffskifte og lavere aktivitetsnivå fører til at energibehovet avtar. Dette gjør at mange også spiser mindre fordi appetitten avtar (Brodtkorb, 2020, s. 302).

Vekttap hos eldre kan doble risikoen for å dø, uavhengig av hva personens KMI er. De eldre brukerne med en demenssykdom er blant de som er mest utsatt for underernæring (Næss, 2020, s. 251). Normale aldersforandringer, men også sykdom i munn og i mage-tarm-kanalen kan påvirke matinntaket. Lavt væskeinntak og lite fysisk aktivitet kan bidra til obstipasjon sammen med atrofi av mage-tarm-slimhinnen og reduksjon av glatt muskulatur i tarmen. Dersom brukeren har dårlig balanse, redusert gangfunksjon eller lite krefter kan det gjøre det vanskelig å få handlet inn og tilberedt mat. Underernæring kan være en medvirkende årsak til sykdom, eller sykdom kan gi underernæring som igjen kan påvirke den underliggende sykdommen (Brodtkorb, 2020, s. 303).

### **2.5.3 Underernæring og demens**

Demenssykdommen kan føre til at mange brukere har begrenset evne til å ta hensiktsmessige valg når det kommer til sitt eget matinntak (Sortland, 2015, s. 140). Det er viktig å kartlegge mat- og drikkeinntaket til personer med demens da forstyrret appetitt og spiseatferd er et

betydelig problem hos disse (Skovdahl, 2020, s. 435). Årsaken til sammenhengen mellom demens og vekttap er sammensatte, da det kan dreie seg om at brukere med demens ikke greier eller husker å få i seg mat grunnet den kognitive svikten, i tillegg til de normale aldersforandringene som skjer når vi blir eldre. Det kan også være fordi depresjon er vanlig hos de som har demens, og dette vil forsterke tendensen til dårlig matlyst og vekttap. Sosiale forhold er også en faktor, da mangel på noen å spise med bidrar til et inadekvat kosthold hos mange eldre som bor alene (Wyller, 2020, s. 77).

#### **2.5.4 Kartlegge ernæringsstatus**

I de fleste tilfeller er underernæring usynlig, på den måten at det utvikler seg over tid, og hvis ikke det blir gjort en vurdering av ernæringsrisiko systematisk, vil tilstanden bli oversett og oppdages først når det har utviklet seg til å bli synlig og alvorlig (Thoresen et al., 2019, s. 160). Ernæringsstatus uttrykker i hvilken grad det fysiologiske behovet for næringsstoffet er dekket. Det er et resultat av tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer (Thoresen et al., 2019, s. 129). Det betyr ikke nødvendigvis at man er underernært hvis man er i ernæringsmessig risiko, men at man er i risiko for å få en forverret ernæringsstatus (Thoresen et al., 2019, s. 159).

Et verktøy for å vurdere risikoen for underernæring skal være raskt og enkelt å bruke, og skal kunne brukes på alle voksne pasienter. Det er flere kartleggingsverktøy for å kartlegge ernæringsstatusen til de ulike pasientene, der de aller fleste inneholder spørsmål om vekttap, beregning av KMI og størrelsen på matinntaket (Thoresen et al., 2019, s. 162). For eldre er MNA godt egnet, da det er utviklet for geriatrien. MNA består av to deler, der den første delen inneholder seks spørsmål med poengskår. Dersom poengskåren blir 11 eller mindre, går man videre til del to, hvor man besvarer spørsmål om blant annet boforhold, medisiner og matinntak. Dersom summen bli mellom 17 og 23,5 poeng anses brukeren til å være i risiko for underernæring, mens ved poengskår lavere enn 17 vurderes brukeren til å være underernært (Thoresen et al., 2019, s. 163).

Helsedirektoratet har utviklet ernæringstrappen for å veilede i valg av tiltak når næringstiltaket til brukeren blir for lavt. Tiltakene er presentert i en trapp, men man må ikke nødvendigvis starte på nederste trinn. Det er en trapp for å minne om at ernæringstiltak bør

tilstrebes på lavest mulig trinn (Thoresen et al., 2019, s. 171). Første trinn er å se på underliggende faktorer, slit at brukeren kan få hjelp til å ha best mulig forutsetninger for å klare og spise (Thoresen et al., 2019, s. 172). Videre ser man på måltidsmiljø, blant annet om spisemiljøet er slik at det fremmer appetitt og matinntak. Neste steg i trappa er mattilbud, og da er det snakk om antall måltid som tilbys og hvor lang nattfasten er (Thoresen et al., 2019, s. 190). Beriking og mellommåltider er neste trinn før næringsdrikker. Til slutt er det sondeernæring og intravenøs ernæring.

## **2.6 Etikk og lovverk**

Hjemmesykepleien styres av etiske prinsipper, forskrifter og lovverk (Fjørtoft, 2016, s. 154). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er den sentrale loven i hjemmesykepleien. Loven skal legge til rette for bedre samhandling og sørge for at personer som oppholder seg i kommunen skal få tilbud om nødvendig helse- og omsorgstjenester. Loven beskriver videre hvilke tjenester og oppgaver som kommunen skal sørge for (Fjørtoft, 2016, s. 154-155; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Den som er mottaker av helsetjenester har fått lovfestet flere rettigheter i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), blant annet rett til informasjon og brukermedvirkning. Vi helsepersonell har Helsepersonelloven (1999) som regulerer de pliktene og det ansvaret vi har. Det at hjelpen skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull kommer frem i § 4, første ledd.

Norsk sykepleierforbund har utviklet yrkesetiske retningslinjer for å sikre en høy etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleiere (Brinchmann, 2016, s. 98). I punkt 2.1 kommer det frem at sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som skal fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019). Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), er dette også en lovpålagt oppgave i §3-3. I punkt 2.5 i de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Sykepleier skal respektere de valgene brukeren tar, som det står i punkt 2.6 (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) blir dette bekreftet i §3-1, 3-2 og 3-5. Det står at brukeren har rett til å medvirke i egen behandling, rett til den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen og at informasjonen skal være tilpasset den brukeren det gjelder. Jf. Helsepersonelloven (1999) §10 er også

helsepersonell pliktig til å gi informasjon til den som har krav på det, og sørge for at informasjonen er forstått.

Helsepersonell har dokumentasjonsplikt og etter Helsepersonelloven (1999) §39 er sykepleiere pliktig til å dokumentere helsehjelpen som blir utført for å sikre kontinuitet i arbeidet (Fjørtoft, 2016, s. 184).

### 3 Metode

Dalland (2020, s. 56) beskriver metode som et redskap i en undersøkelse, og som en beskrivelse av å følge en vei mot et mål. Denne oppgaven er en litterær oppgave. En litterær oppgave kjennetegnes ved at jeg henter data fra relevant forskning, faglitteratur og teori (Dalland, 2020, s. 199).

#### 3.1 Litteratursøk

For å finne relevant forskning til å svare på denne problemstillingen gjorde jeg et søk så strukturert som mulig i databasene PubMed, CINAHL og SweMed+. Disse databasene ble brukt da de er anbefalt av skolen. I tillegg har jeg søkt inne på nettsiden sykepleien.no/Forskning etter å ha funnet en artikkel der via et søk på SweMed+.

Ut ifra min problemstilling har jeg valgt søkeord som «malnutrition», «Home health care», «underernæring» og «hjemmesykepleie». For å finne andre alternative ord har jeg brukt Mesh slik at jeg har hatt ord jeg har kunnet kombinert med OR under søkene mine. Ettersom oppgaven omhandler personer med demens, falt det naturlig å inkludere demens som et søkeord. Ved bruk av «dementia» som et søkeord i CINAHL og PubMed fikk jeg få treff som jeg vurderte som ikke å ha relevans for min problemstilling. Jeg valgte derfor etter anbefaling fra biblioteket å fjerne dette som et søkeord og heller bruke det som et inklusjonskriterie. Ved begge disse søkene, altså søk 1 og 2 i CINAHL, kom den ene artikkelen som er inkludert opp og som jeg inkluderte fordi den hadde relevans for min oppgave.

I tabellen under er det en oversikt over hvilke søk som er gjort, når de er utført og hvordan søkeordene er kombinert. Det ble kun inkludert en artikkel hver etter søkene mine i henholdsvis CINAHL og PubMed etter å ha lest gjennom sammendrag og hele tekster. Dette fordi de andre forskningsartiklene ikke var relevante for å besvare min problemstilling da de blant annet hadde feil kontekst.



Tabell 1

Søke-dato	Søk nr.	Database	Søkeord/ Ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
10.03.2022	1	CINAHL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. malnutrition</li> <li>2. nutritional assessment</li> <li>3. dementia</li> <li>4. home health care</li> <li>5. home nursing</li> <li>6. 1 OR 2</li> <li>7. 4 OR 5</li> <li>8. 6 AND 3 AND 7</li> </ol>	11	3	2	1	<p>Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C. &amp; Hickson, M. (2018). <i>The nutritional care of people living with dementia at home; A scooping review.</i></p>
10.03.2022	2	CINAHL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. malnutrition</li> <li>2. nutritional assessment</li> <li>3. home health care</li> <li>4. home nursing</li> <li>5. 1 OR 2</li> <li>6. 3 OR 4</li> <li>7. 5 AND 6</li> </ol>	177	18	6	1	<p>Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C. &amp; Hickson, M. (2018). <i>The nutritional care of people living with dementia at home; A scooping review.</i></p>
10.03.2022	3	PubMed	(malnutrition or nutritional assessment or nutrition) and ("home health care" or "home nursing")	84	9	6	1	<p>Leão, L. L., Engedal, K., Monteiro-Junior, R. S., Tangen, G. G. &amp; Krogseth, M. (2021). <i>Malnutrition is associated with impaired functional status in older people receiving home care nursing service</i></p>
10.03.2022	4	SweMed+	Underernæring og demens	1	1	1	1	<p>Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C. &amp; Lühr, N. (2013). <i>Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens</i></p>
10.03.2022	5	Sykepleien Forskning	Hjemmesykepleie	94	7	5	3	<p>Meyer, S. E., Velken, R. &amp; Jensen, L. H. (2017). <i>Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien</i></p> <p>Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. &amp; Bye, A. (2016).</p>

								<i>Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre</i>  Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). <i>Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien</i>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Mine søk er begrenset til språkene norsk, dansk, svensk eller engelsk. I tillegg er det gjort begrensninger på årstall. Ettersom samhandlingsreformen kom i 2012, som førte til endringer i kommunehelsetjenesten, har jeg ikke inkludert forskning som er publisert før dette. For at forskningen skulle bli inkludert måtte artikkelen være fagfellevurdert og følge IMRAD-struktur. Nedenfor vil inklusjons- og eksklusjonskriteriene bli presentert i en tabell.

Tabell 2

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Forskningsartikkel	Fagartikkel eller andre artikler som ikke er forskningsartikler
Publisert etter år 2012	Publisert før år 2012
Artikkelen er fagfellevurdert	Artikler som ikke er fagfellevurdert eller fagartikler
Følger IMRAD-struktur	Følger ikke IMRAD-struktur
Språket er engelsk, dansk, norsk eller svensk	Artikler på øvrige språk

### 3.2 Øvrig inkludert faglitteratur

For å besvare oppgavens problemstilling er det benyttet relevant faglitteratur, hovedsakelig fra pensumlitteratur for sykepleierutdanningen, og øvrig litteratur er funnet på skolens bibliotek gjennom søk i Oria. Faglitteratur som *Hjemmesykepleien: ansvar, utfordringer og muligheter* (Fjørtoft, 2016) og *Sykepleie i hjemmet* (Birkeland & Folvik, 2018) er blitt benyttet hyppig da de begge tar for seg hjemmesykepleie, som er svært relevant for problemstillingen. Ernæring er også relevant for oppgaven, hvor *Sykepleierens ernæringsbok* (Thoresen et al., 2019) og *Ernæring: mer enn mat og drikke* (Brodtkorb, 2020) har bidratt

med god kunnskap. Ellers handler oppgaven om eldre pasienter, der *Geriatrisk sykepleie* er en bok som inneholder mye relevant om denne gruppen mennesker der redaktørene er Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylén Ranhoff. I denne oppgaven har det vært fokus på å finne tiltak som kan forebygge underernæring og *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Guttormsen et al., 2013) har derfor blitt mye brukt. Det har også *Kosthåndboken* (Helsedirektoratet, 2016) da den gir konkrete tiltak til hvordan man kan forebygge og behandle underernæring.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å karakterisere og vurdere den litteraturen du har funnet (Dalland, 2020, s. 152). Søk etter forskningsartikler er nytt for meg, og det kan derfor være en svakhet i hvordan søkene mine har blitt utført. Hadde søkene blitt utført annerledes, kunne jeg ha kommet frem til bedre, mer presise og mer relevante forskningsartikler. Samtidig har jeg fått god hjelp og veiledning fra ansatte ved skolens bibliotek, slik at jeg har fått gjennomført relativt gode søk.

To av de valgte forskningsartiklene er publisert på engelsk. Dette har resultert i at jeg har brukt god tid på å lese gjennom dem, satt meg godt inn i ulike ord og uttrykk, men det kan likevel gjøre at artiklene feiltolkes. I tillegg er en av de to artiklene fra Canada. Om Canada har samme struktur på hjemmesykepleien som det Norge har, eller om deres struktur avviker fra det vi er kjent med her er ukjent. Dette reiser spørsmål om overførbarhet til norsk kontekst, og det kan være at resultatene i forskningen kunne vært annerledes om studien hadde blitt utført i Norge. Jeg har likevel valgt å inkludere denne artikkelen i min oppgave da jeg ser på den som relevant og troverdig. Den andre artikkelen som publisert på engelsk, er utført i Norge. Utenom disse to artiklene har jeg valgt å inkludere artikler som både publisert på norsk, og utført i Norge. Disse ser jeg derfor på som svært relevante da det er forskning fra nettopp hjemmesykepleien her i landet. Den ene av disse artiklene har gjennomført studien sin i 2011, før samhandlingsreformen. Ettersom den er publisert i 2017 og at det er påpekt i studien at det ikke har skjedd store endringer i rutinene knyttet til ernæring de senere årene, har jeg valgt å inkludere forskningsartikkelen. Jeg har en henvisning til sekundærkilde da jeg ikke får opp primærkilden i fulltekst.

## 4 Resultater

Hovedfunnene i de inkluderte artiklene viser tydelig at underernæring er et stort problem for eldre i hjemmesykepleien. Forskingen understreker at brukere med demens er spesielt utsatt og viser at blant annet rutinene i hjemmesykepleien er avgjørende. Det er viktig å kartlegge brukerens ernæringsstatus og det er viktig at det er god forankring i ledelsen og faste rutiner for å sørge for at kartleggingen blir gjennomført. Imidlertid kommer de frem at nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal følges, men det er manglende kjennskap til dette og manglende generell kunnskap om ernæring blant ledere og ansatte i hjemmesykepleien. Resultatene viser at MNA er et godt egnet kartleggingsverktøy.

Tabell 3

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C., Hickson, M. (2018)	The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review	Health Soc Care Community	Kartlegge omfanget av underernæring blant eldre hjemmeboende med demens som får hjemmesykepleie. De ville også få frem hull i forskningen og kunnskapen om ernæringspleie til brukerne.	En litteraturstudie som inkluderer 61 ulike studier presentert i 63 artikler. Det fleste inkludert studiene var tverrsnitt, kohort eller kvalitative.	De eldre med demens som bor hjemme og får hjelp av hjemmesykepleien er svært utsatt for underernæring. MNA er muligens det kartleggingsverktøyet som er best egnet til eldre med demens.
2	Leão, L. L., Engedal, K., Monteiro-Junior, R. S., Tangen, G. G. & Krogseth, M. (2021).	Malnutrition is associated with impaired functional status in older people receiving home care nursing service	Frontiers in nutrition	Utforske omfanget og betydningen av assosiasjoner mellom ernæringsstatus, funksjonsstatus, komorbiditeter, alder og kjønn hos eldre som mottar hjelp fra hjemmesykepleien	Tverrsnittsstudie der 210 hjemmeboende brukere 65 år eller eldre ble evaluert. For å vurdere sammenhengen mellom faktorene som påvirker ernæringsstatus ble en teoretisk modell utviklet og justert ved hjelp av baneanalysemodellen.	Funksjonsstatus henger sammen med ernæringsstatus og kvinner er mer utsatt for å være i risiko for underernæring enn det menn er. Det er de eldre enkene som er mest utsatt. Det er litt under 50% av de hjemmeboende som er i fare for å bli underernært, og ekstra utsatt er de med demens.
3	Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C., Lühr, N.	Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens	Sykepleien Forskning	Belyse og kartlegge ernæringsstatusen til eldre pasienter med demens og kognitiv svikt som bor hjemme og får bistand av hjemmetjenesten i	Tverrsnittstudie i fire utvalgte bydeler i Oslo. Mini Nutritional Assessment (MNA) ble brukt til innsamling av data.	Eldre personer med demens som bor hjemme og mottar hjelp fra hjemmesykepleien er svært utsatt for underernæring. Det er litt under 50% som er i

	(2013)			fire ulike bydeler i Oslo		fare for underernæring. De brukerne som handler selv, har lavere sannsynlighet for å stå i fare for underernæring enn de som får hjelp til det. Kvinner er mer utsatt for å stå i fare for underernæring enn menn.
4	Aagaard, H., Grøndahl, V. A. (2017)	Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien	Sykepleien Forskning	Beskrive hvilke rutiner som helsepersonell og ledere i hjemmesykepleien tar i bruk for å vurdere pasientens ernæring	En kvantitativ tverrsnittundersøkelse og består av to delstudier: en blant ledere av hjemmesykepleien og en blant helsepersonell i hjemmesykepleien. Data samles inn ved hjelp av spørreskjema.	67% av lederne og 37% av helsepersonellet kjenner til helsedirektoratets retningslinjer om forebygging og behandling av underernæring, og det er kun 1/3 som sier at det er skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. 80% av lederne og 69% av helsepersonellet sa det ikke var vanlig å veie brukerne ved innskriving. De ser på tid som den største utfordringen for oppfølging av ernæring.
5	Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017).	Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien	Sykepleien Forskning	Å se hvordan hjemmesykepleierne fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis ut ifra de kravene som kommer frem i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring	Kvalitativ studie med analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter. Datamaterialet omfatter 12 gruppesamtaler med nitten sykepleiere fra to kommuner.	Ikke alle kommunene har et kartleggingsverktøy forankret i rutinene, og de bør bestemme seg for et kartleggingsverktøy de skal ta i bruk. Enkelte av sykepleierne i studien sa det var upassende å veie pasienten, grunnet verdighet og selvbestemmelse. Andre sykepleiere ble positivt overrasket over brukerens positivitet til veiing. Kostregistrering viste seg å være utfordrende i hjemmesykepleien,

						det er vanskelig å vekke appetitten når man bare varmer mat i mikrobølgeovnen, men medspising er positivt, men en utfordring å få til.
6	Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016).	Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre	Sykepleien Forskning	Identifisere screeningverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring blant eldre i hjemmesykepleien	Systematisk litteraturstudie	Underernæring er et stort problem blant eldre i hjemmesykepleien, og de med demens er spesielt utsatt. Det er litt under 50% av de hjemmeboende som er i fare for underernæring. Mulig årsak til at underernæring er et såpass stort problem kan være at helsepersonell ikke identifiserer de som er i risiko for underernæring. Det kommer frem at det er behov for mer forskning på hvor godt kartleggingsverktøyene fanger opp de som er i ernæringsmessig risiko. Det kommer frem at det gir bedre ernæringsvurdering er man bruker KMI istedenfor andre alternativer. Og til tross for muligheter for overdiagnostisering er det bedre enn å ikke fange opp de som er i risiko.

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres problemstillingen Hvilke tiltak kan iverksettes for å forebygge underernæring hos eldre med demens i hjemmesykepleien? I studien av Rognstad et al. (2013) viser funnene at eldre personer med demens som bor hjemme og mottar hjelp fra hjemmesykepleien er svært utsatt for underernæring. Dette støtter både Gjerlaug et al. (2016) og Mole et al. (2018). Problemstillingen skal forsøke å bli besvart ved å se på de ulike tiltakene som kommer frem av funnene til den inkluderte forskningen. Sammen med funnene skal relevant teori og egne erfaringer brukes til å drøfte den valgte problemstillingen.

Fjørtoft (2016, s. 164) understreker at tid er et kjent problem i hjemmesykepleien, og ofte den rammefaktoren som blir trukket frem som styrende for hjemmetjenesten. Aagaard og Grøndahl (2017) viser til at det er mangel på tid som er den største hindringen for oppfølging av ernæring.

### 5.1 Forutsetninger for forebygging av underernæring

Birkeland og Folvik (2018, s. 143) understreker at underernæring er lettere å forebygge enn å behandle. Ettersom at både norske og internasjonale studier viser at hjemmeboende eldre er i risikoen for underernæring, og at det er spesielt utfordrende for aleneboende brukere med demens, ser vi at forebygging av underernæring er noe som må tas tak i hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135). Tallene fra studiene til Leão et al. (2021), Gjerlaug et al. (2016) og Rognstad et al. (2013) viser til at det er litt under 50 prosent av de hjemmeboende som er i fare for å bli underernært, og at en stor del av disse har demens. Det kan da stilles spørsmål om det er tilstrekkelig med kunnskap blant helsepersonellet i hjemmesykepleien. Etter samhandlingsreformen kom har hjemmesykepleien fått mer kompliserte arbeidsoppgaver. Det kan tenkes at disse arbeidsoppgavene krever flere sykepleiere på jobb, slik at man kan stille med den kompetansen som er nødvendig innen ernæring. Men, etter min erfaring er det mange ufaglærte i hjemmesykepleien. Dette påpeker også Fjørtoft (2016, s.162). Ettersom at det er mange ufaglærte i hjemmesykepleien, kan det tenkes at det er nødvendig og ekstra viktig med faste rutiner og god ernæringsopplæring.

En kjent problemstilling er at personer med demens tidvis kan protestere eller motsette seg hjelpetiltak. Dette kan være i form av å nekte besøk fra hjemmesykepleien eller å spise

(Fjørtoft, 2016, s. 77). Personer med demens kan også ofte glemme om de har spist eller ikke (Helsedirektoratet, 2016, s. 201). Birkeland og Folvik (2018, s. 162) sier det er flere faktorer man bør tenke på når det kommer til kommunikasjon med brukere med demens. De sier det er viktig å vise respekt og skape en positiv atmosfære. Samtidig sier Rokstad (2021, s. 56) at man bør bruke enkle og direkte ord, og unngå flere budskap samtidig. Videre sier hun at det er viktig å lese tilbakemeldingen fra brukeren, se om brukeren er forvirret eller om vi har gjort oss forstått. Det er viktig å få brukeren til å føle seg trygg, og da kan det være en utfordring at det er så mange forskjellige som kommer innom brukeren. Det at det ofte er flere ansatte som besøker brukerne, gjør at det kan bli ansvarspulverisering (Birkeland & Folvik, 2018, s. 141). For å begrense antall ansatte som kommer inn i pasientens hjem, kan pasientansvarlig sykepleier være et alternativ (Birkeland & Folvik, 2018, s. 96). Dette kan muligens bidra til bedre kontinuitet og individuell helsehjelp for brukeren. Etersom at personer med demens vil ha endret hjelpebehov over tid, kan det å benytte seg av pasientansvarlig sykepleier trolig være med på å oppdage det endrede behovet for hjelp raskere. Samtidig vet vi at bemanningssituasjonen i hjemmesykepleien er en utfordring, og at det vil være skift i helsepersonell som besøker brukeren. Dette tiltaket vil muligens kunne bidra til at bruker og pårørende kan forholde seg til en sykepleier som har hovedansvaret for personen med demens.

I studien til Gjerlaug et al. (2016) kommer det frem at en av årsakene til at forekomsten for underernæring hos eldre er såpass høy, kan være at helsepersonell ikke identifiserer de som er i risiko for underernæring i tilstrekkelig grad. Helsedirektoratet har utviklet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. I disse retningslinjene kommer det tydelig frem at screening av ernæringsmessig risiko skal inngå som en del av sykepleierens rutinemessige utredning. Retningslinjene fastslår at brukere skal screenes for ernæringsmessig risiko ved vedtak om hjemmesykepleie, og deretter månedlig (Guttormsen et al., 2013, s. 8). De nasjonale retningslinjene er en god veiledning på hvordan man skal arbeide med brukere rundt temaet ernæring. Disse vil derimot være til lite hjelp dersom ledelsen og helsepersonell ikke er kjent med dem. Dette har de sett på i studien til Aagaard og Grøndahl (2017). Der kommer det frem at det er 67 prosent av lederne og 37 prosent av helsepersonellet som kjenner til helsedirektoratets retningslinjer. Med andre ord så er det en stor andel som ikke kjenner til retningslinjene. Videre kommer det også frem at det er kun en tredjedel av respondentene som svarte at de har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017).



Meyer et al. (2017) påpeker at det ikke er alle steder de har et kartleggingsverktøy som er forankret i kommunen og hjemmesykepleiens ledelse. Men, ved at hjemmesykepleien har et fast kartleggingsverktøy som skal tas i bruk hos alle brukere, kan trolig dette føre til bedre implementering av kartleggingsverktøy i rutinen til helsepersonellet som jobber i hjemmetjenesten. På en annen siden kan man se at dersom det ikke er bestemt hvilket kartleggingsverktøy som skal brukes, kan dette være et hinder for kartlegging av ernæringsstatus hos brukerne. Det vil derfor være et nødvendig førsteskritt å bestemme seg for et kartleggingsverktøy som de skal ta i bruk (Meyer et al., 2017).

## **5.2 Kartlegge som tiltak for å avdekke risikoen for underernæring**

Det er flere forebyggende tiltak som kan iverksettes for å forebygge underernæring. For å kunne iverksette nødvendige tiltak, er det viktig å starte med tiltaket som er å kartlegge ernæringsstatusen til brukeren. Brodtkorb (2020, s. 304) understreker at kartleggingen danner grunnlaget for å kunne bedre brukers ernæringsstatus.

Det finnes ulike kartleggingsverktøy for underernæring. Helsedirektoratet viser til at MNA anbefales for å vurdere ernæringsmessig risiko, og anbefales til bruk for eldre over 65 år (Guttormsen et al., 2013, s. 14 & 16). Dette bekreftes i litteraturen, da MNA er utviklet for bruk innenfor geriatrien (Thoresen et al., 2019, s. 163). Etter egne erfaringer fra hjemmesykepleien er det MNA som oftest blir brukt i hjemmesykepleien. Dette opplevde jeg som et enkelt og brukervennlig kartleggingsverktøy. Mole et al. (2018) presenterer at MNA muligens er det verktøyet som er best egnet til å vurdere ernæringsstatusen til brukere med demens, da verktøyet inkluderer et spørsmål om neuropsykologiske problemer. Samtidig påpeker Gjerlaug et al. (2016) at det er behov for mer forskning på hvor godt MNA og andre kartleggingsverktøy identifiserer brukere i ernæringsmessig risiko. Videre er det en forutsetning at helsepersonellet har kunnskap rundt bruken av dette verktøyet. For å sikre at helsepersonell har denne kunnskapen er det nødvendig med tilstrekkelig opplæring av kartleggingsverktøyet.

Å beregne KMI er en av de viktigste metodene vi har for å vurdere ernæringsstatusen til brukerne, og som Wyller sier er det også det enkleste målet (Brodtkorb, 2020, s. 304; Wyller,

2020, s. 163). Aagaard og Grøndahl (2017) hevder at 80 prosent av lederne og 69 prosent av helsepersonellet oppga at det ikke er vanlig å veie brukeren ved innskriving i hjemmesykepleien. Vekt er en nødvendig faktor for å kunne regne ut KMI. Enkelte i studien til Meyer et al. (2017) mente at det var upassende å veie pasienten, og begrunnet dette i pasientens verdighet og selvbestemmelse. Videre kommer det frem at dersom pasienten vegret seg for å veie seg, kunne dette påvirke sykepleier til å la være å veie brukeren. Andre sykepleiere antok at brukere ikke ville veies, og ble overrasket over brukernes og pårørendes positive innstilling til vektkontrollen. På den ene siden skal helsepersonell etter Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) tilrettelegge den hjelpen som tilbys brukerens selvbestemmelse så langt det la seg gjøre. Dette er også nedfelt i yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleieforbund, 2019). På den andre siden skal helsepersonell etter Helsepersonelloven (1999) §4, første ledd, arbeide i samsvar med de kravene som er til faglig forsvarlighet. Det kan diskuteres om det er faglig forsvarlig å unnlate å veie brukeren fordi de ikke vil dette, da vi vet at underernæring ikke skjer fra en dag til en annen, men er en prosess over tid. Samtidig har vi punkt 2.1 i de yrkesetiske retningslinjene og §3-3 i Helse- og omsorgstjenesteloven som sier at sykepleier har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3). Dette vil ikke bli gjort dersom man ikke får kartlagt brukerens ernæringsstatus.

Ettersom at det å veie pasienten kan by på utfordringer i hjemmesykepleien, er det positivt at MNA har flere versjoner der man kan ta i bruk andre måleverktøy dersom det ikke er mulig å få dataen som trengs for å regne ut brukerens KMI. Dette er for eksempel å måle leggomkrets (Gjerlaug et al., 2016). Videre viser derimot forskningen til Gjerlaug et al. (2016) at det ga bedre ernæringsvurdering der det ble tatt i bruk KMI.

Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) kjøpte inn enkle vekter til hjemmesykepleien dersom det var brukere som ikke hadde en vekt hjemme. De så også at det var best å informere bruker om veiing og kartlegging av ernæringsstatus på forhånd, da det må planlegges fra helsepersonell sin side med tanke på at vekt, skjema og blant annen målebånd må tas med. Da dette ble gjort var brukerne mer åpne og forberedt på hva som skulle skje. Jeg har selv opplevd at det å informere bruker om at det skal tas en vekt i morgen, har hatt positiv effekt. Samtidig har jeg også erfart at brukerne med demens kan ha glemt dette dagen etter. En ekstra utfordring med brukere som har demens kan tenkes å være at brukeren kan motsette seg vektmålingen. Dette presiserer Fjørtoft (2016, s. 77) i litteraturen at det ikke er uvanlig at

brukere med demens kan motsette seg hjelpetiltak. Det kommer også frem at det kan være utfordrende å måle høyden til brukeren. Dersom brukeren ikke kan stå eller klarer å strekke seg helt ut, er det andre alternative måter å få målt høyden til brukeren på. Et alternativ er å bruke «husket høyde». Imidlertid kan det tenkes at det kan være utfordrende for en bruker med demens å huske høyden sin. Engedal og Tveito (2019, s. 366) peker på at svekket hukommelse er et av kjernesymptomene ved demens.

Screening av underernæring innebærer en viss risiko for overdiagnostisering som kan føre til at brukere som ikke er underernært eller i fare for underernæring regnes som dette (Zahl, 2003). Likevel, som Gjerlaug et al. (2016) påpeker så kan man argumentere for at det er bedre å overdiagnostisere enn å underdiagnostisere underernæring. Dette på grunnlag av at behandlingen ved underernæringen vil i første omgang være å gi ekstra oppmerksomhet rundt mattilbudet, noe som ikke vil innebære direkte fare for brukeren. Selv om det å vurdere brukerens ernæringsmessige risiko er viktig, vil ikke dette være tilstrekkelig for å forebygge underernæring.

Dersom brukeren er i risiko for underernæring, vil det være behov for å sette i gang tiltak. Det skal da lages en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om brukerens ernæringsstatus, behov, matinntak og tiltak (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135). Dette er i tråd med helsepolitiske føringer etter de nasjonale faglige retningslinjene. Disse tiltakene skal evalueres jevnlig. En generell anbefaling er at dette skal gjøres en gang i måneden hos brukere i hjemmesykepleien, men oftere dersom man ser at det er behov for det (Guttormsen et al., 2013, s. 24). Dersom dette ikke blir gjort så hyppig som det er anbefalt at det skal gjøres, er det tenkelig at brukeren kan utvikle seg mot å bli mer underernært uten at helsepersonell oppdager det og får iverksatt nødvendige tiltak. Man bør vurdere tiltak i prioritert rekkefølge, og der er ernæringstrappen et fint hjelpemiddel (Guttormsen et al., 2013, s. 24; Thoresen et al., 2019, s. 171).

### **5.3 Tiltak for å forebygge underernæring hos brukere som er i risiko**

Et tiltak er å føre kostregistrering. Føre hva og hvor mye brukeren har spist i løpet av en dag, for å få en oversikt over hva brukeren faktisk får i seg. Dette for å få et bedre grunnlag til å vurdere nødvendige tiltak som må iverksettes til hver enkelt bruker. Det er viktig at

registreringen blir utført nøyaktig og fullstendig for at det skal ha noen verdi (Guttormsen et al., 2013, s. 55). Kostregistrering viser seg å være en utfordring ut ifra studien til Meyer et al. (2017) da det er vanskelig å følge opp med systematisk registrering av mat og drikkeinntak når brukerne kan spise når helsepersonell ikke er til stede. Selv om det er nødvendig at det skal være helt nøyaktig for å ha en fullverdig verdi, så har jeg erfart at å registrere det vi har oversikt over vil kunne gi et lite innsyn i hva brukeren faktisk får i seg, og være med på å skape et bilde over situasjonen. Her kan muligens også det å ha en pasientansvarlig sykepleier være en positiv faktor, da denne sykepleieren vil kjenne til brukeren godt på andre områder også. Dersom dette er en bruker med demens som vandrer mye, eller en som stort sett er lite mobilisert, vil dette være informasjon som kan brukes til å vurdere om det trolig er inntatt mer mat enn det sykepleier har oversikt over. Men igjen så er det dessverre ikke alle steder som har pasientansvarlig sykepleier, og til tross for at det muligens er noe de har så vil det fremdeles være mange forskjellige som er innom brukeren. For å sikre god kontinuitet i arbeider er det tenkelig at god dokumentasjon er nødvendig. Etter Helsepersonelloven (1999) §39 er helsepersonell pliktig til å dokumentere helsehjelpen som er blitt utført. Av egne erfaringer har jeg opplevd at dersom det ikke er dokumentert tilstrekkelig hos brukeren, vil det være vanskelig for neste person å ha oversikt over situasjonen til brukeren. I tilfellet med ernæring kan det tenkes at det må være godt dokumentert hva brukeren har fått i seg og ikke, og hva som fremstår som utfordringen med å få i seg mer næring. I tillegg til dette er det også tenkelig at det er nødvendig med god og tilstrekkelig dokumentasjon slik at informasjonen som kommer frem kan tas i bruk til å opprette nødvendige tiltak for brukeren.

Man bør kartlegge hvem som gjør matinnkjøp for brukeren dersom dette er noe han eller hun ikke gjør selv (Birkeland & Flovik, 2018 s. 142). Rognstad et al. (2013) kommer frem til i sin studie at de som foretar matinnkjøp selv har 64 prosent lavere sannsynlighet for å stå i fare for underernæring enn de som får hjelp til dette. De ser også at det ikke er en signifikant forskjell dersom det er familie eller praktisk bistand brukerne får hjelp fra. Ettersom det er en tverrsnittsstudie, vil det være vanskelig å konkludere med hvorfor dette er tilfellet, men man kan anta at det kan være fordi de som får handlet selv har bedre ernæringsstatus, bedre helse og mindre behov for hjelp (Rognstad et al., 2013). Det kan tenkes at et mulig tiltak for å bedre ernæringsstatusen til brukeren kan være å inkludere brukeren i handleprosessen. Dette kan gjøres ved å følge brukere som klarer det på butikken, eller å foreta et elektronisk kjøp og inkludere brukeren i dette (Birkeland & Flovik, 2018, s. 142). Ved å inkludere bruker i handleprosessen kan det trolig bidra til at det blir gjort innkjøp av mat brukeren liker og er

godt kjent med, og det kan være viktig i forebyggingen av underernæring. Helsedirektoratet (2016, s. 201) anbefaler å kartlegge hva slags mat og smaker brukeren liker og er vant til å spise. Her kan også pårørende være til god hjelp.

Leão et al. (2021) peker på at funksjonsstatus er direkte assosiert med ernæringsstatus. Dette kan muligens ha sammenheng med om brukeren kan klare å gå på butikken selv eller ikke. Samtidig kommer det frem i studien at lavt energiinntak fører til tap av daglig funksjon hos brukerne. Dette støttes i litteraturen til Brodtkorb (2020, s. 303) som sier at dersom brukeren har dårlig balanse, redusert gangfunksjon eller lite krefter kan det gjøre at bruker kan ha vansker med å få handlet inn og tilberedt mat. På en annen side kan det tenkes at det ikke kun er nødvendig at brukerens fysiske funksjonsstatus er på plass, men at også den mentale funksjonen er tilstrekkelig. Engedal og Tveito (2019, s. 363) påpeker at brukerne med demens som hjemmesykepleien møter på som regel er i en tidlig eller mellomfase av demensutviklingen. Hos disse brukerne kan korttidshukommelsen være upåvirket (Engedal & Tveito, 2019, s. 367). Igjen kommer utfordringen med tid opp. For har egentlig sykepleiere tid til å følge brukerne på butikken? Det er tenkelig at det krever mer tid å bli med bruker på butikken enn det gjør å bestille mat elektronisk sammen med brukeren. Dersom bruker skal få mulighet til å ha følge på butikken, må han eller hun få fattet et vedtak på det. Da krever det at helsepersonellet har observert at bruker har behov for det (Fjørtoft, 2016, s. 160). Likevel er det etter min erfaring gjerne ikke sykepleiere som da blir satt på de oppdragene, men at bruker vil kunne få hjelp av praktisk bistand.

Helsedirektoratet sier at presentasjon av maten er viktig. Den skal bli presentert på en delikat måte, smake og dufte godt, være nylaget og ha riktig temperatur. For de småspiste bør maten presenteres i mindre porsjoner, og det er lurt å bruke farger (Helsedirektoratet, 2016, s. 100). Min erfaring er at det stort sett går i å varme ferdiglager mat i mikrobølgeovnen til middag, og at det ofte er kun få varianter som rullerer. Dette bekrefter Næss (2020, s. 251-252) med informasjon om at i hjemmesykepleien i dag er varme måltider basert på matombringing av ferdigproduserte middagsporsjoner. En sykepleier fra studien til Meyer et al. (2017) sier «Mild eim fra mikrobølgeovnen i tre minutter skjerper ikke appetitten». Videre påpeker Meyer et al. (2017) på den ene siden at den sosiale betydningen av måltidet er viktig, og at medspising kan være et viktig trivselsskapende tiltak for aleneboende som spiser lite. Wyller (2020, s. 77) påpeker også at sosiale forhold, og det å ikke ha noen å spise sammen med, ganske sikkert bidrar til et inadekvat kosthold hos eldre som bor alene. På den andre siden

hadde sykepleierne i studiet vurdert dette som noe som ikke var praktisk mulig å gjennomføre i hjemmesykepleien med de tidsrammene de har. Samtidig har jeg erfart at de som hadde vedtak på 10 minutter medspising, hadde stor glede av dette. Noen spiste, andre bare pratet. Men det å ha selskap i 10 minutter der det ikke er andre oppgaver som skal ta plass, gjorde at de fikk mulighet til å prate og være sammen noen andre. Mange begynte da å spise når vi måtte dra videre. Andre ganger opplevde jeg at brukeren ikke ville spise dersom ikke jeg spiste, så enkelte ganger ble tiltaket å spise en banan mens brukeren koste seg med middagen sin. Min erfaring her viser at dette er et tiltak som kan ha god effekt, og at det er behov for å hele tiden vurdere hvilke vedtak brukeren har behov for. Dersom brukeren i utgangspunktet kun har korte vedtak på å lage maten, vil ikke tiden strekke til uten at det går utover tiden til andre brukere. Birkeland og Flovik (2018, s. 142) støtter dette ved å si at vedtakene og tiltak fra hjemmesykepleien må gjenspeile brukerens behov for hjelp.

I både Rognstad et al. (2013) og Leão et al. (2021) sine studier kommer det frem at kvinner er mer utsatt for å være i ernæringsmessig risiko enn det menn er. Mennene i studien til Rognstad et al. (2013) hadde 49 prosent lavere sannsynlighet for å være underernært eller å stå i fare for å bli underernært enn kvinnene. Rognstad et al. (2013) kommer ikke med en begrunnelse på hvorfor det er forskjell mellom kjønnene, bare at det er signifikant forskjell, og at det å ha problemer med matinntaket har signifikant betydning for brukerens ernæringsstatus. Leão et al. (2013) derimot, ser at det er de eldre voksne enkerne som er mest underernært eller er i størst risiko for underernæring, men at de ikke fant en signifikant sammenheng mellom sivilstatus og ernæringsstatus. Jeg har erfart at det er flere brukere med demens som også sliter med depresjon. Det kan tenkes at det er nødvendig å få kartlagt om brukere med demens har en depresjon eller ikke. I studien til Besora-Moreno et al. (2020) ser de at enkeskap er relatert til dårlige matvaner og mindre glede av å spise. Wyller (2020, s. 77) bekrefter at depresjon gir dårlig matlyst, og at depresjon er vanlig hos personer med demens.

Det er mange ulike tiltak som kan iverksettes når det gjelder selve matinntaket til personen med demens som er i risiko for underernæring. Et tiltak kan være å berike maten til brukeren. Matvarer som er fete har høyest energitetthet per gram, og er velegnet som energiberiking. Dette er matvarer som for eksempel fløte, olje, smør eller rømme (Helsedirektoratet, 2016, s. 101). Et annet tiltak kan være å øke antall måltider i løpet av dagen til brukeren, da dette er anbefalt hos personer som spiser lite (Helsedirektoratet, 2016, s. 100). Etter min erfaring kan det oppleves lettere for brukere som har dårlig matlyst å spise flere små og lette måltider. I

praksis kan det oppleves lettere å få brukeren med demens til å spise flere små måltider, da det hender at de kan ha en opplevelse av at de allerede har spist. Det kan også tenkes at det å få servert et stort måltid kan være overveldende dersom brukeren i utgangspunktet ikke ønsker å spise, av ulike grunner. Jeg har erfart at det å servere flere måltider er et bra tiltak for brukeren i risiko for underernæring, da det er tenkelig at de kan oppleve mestring ved å klare å innta hele måltidet. Guttormsen et al. (2013, s. 20) påpeker at mellommåltider og næringsdrikker er fine alternativer å tilby brukere som spiser lite til hvert måltid.

Et annet mulig tiltak for å øke energiinntaket til brukerne i risiko for underernæring kan være å tilby næringsdrikker. Thoresen et al. (2019, s. 198) bekrefter at næringsdrikke er en enkel måte å supplere næringsinntaket på for mange. Fra egen klinisk erfaring har jeg opplevd at brukere med demens fort kan glemme å drikke næringsdrikken dersom flasken bare er satt foran dem. Det har derimot hatt god effekt dersom næringsdrikken har blitt servert på en mer estetisk måte, som for eksempel å servere næringsdrikken i et glass med isbiter. Jeg har erfaring av at dette gjør at brukeren sier at næringsdrikken smaker bedre. Ved å gjøre dette har jeg en opplevelse av at glasset fanger brukerens oppmerksomhet mer enn det flasken gjør. En mer negativ side ved næringsdrikke kan muligens være at brukeren kan erstatte et annet måltid med næringsdrikken. Dette bekrefter også Thoresen et al. (2019, s. 201) der han påpeker at næringsdrikken ikke skal erstatte vanlige måltider, men kun komme som et supplement til andre måltider.

## 6 Avslutning

Hensikten med oppgaven var å se på hvilke tiltak som kan iverksettes for å forebygge underernæring hos eldre med demens i hjemmesykepleien. For å besvare problemstillingen er det benyttet faglitteratur, forskning og egne erfaringer samt lovverk og etiske retningslinjer.

Det er flere tiltak som kan iverksettes for å bedre ernæringsstatusen til brukeren, men mange av tiltakene viser seg å være utfordrende å gjennomføre i hjemmesykepleien. Dette kan begrunnes i utfordringer rundt hjemmesykepleiens rammer og tidsutfordringer. I tillegg er det tydelig at bemanningssituasjonen og mangel på tilstrekkelig kunnskap rundt ernæring er en utfordring. Økt kunnskap om ernæring og klare rutiner på vurdering av ernæringsstatus vil kunne bidra til å identifisere de brukerne som er i ernæringsmessig risiko og iverksette de nødvendige tiltakene som er nødvendig for at brukeren skal kunne få bedret sin ernæringsstatus.

Tiltak som kan iverksettes er å kartlegge brukerens ernæringsstatus ved bruk av kartleggingsverktøyet MNA, føre kostregistrering så nøyaktig som mulig, inkludere brukeren i matinnkjøpet enten det er digitalt eller å være fysisk til stede i en butikk. Videre er tiltak som medspising effektivt, men utfordrende grunnet tidspress i hjemmesykepleien slik som mange av de andre tiltakene også utfordres av. Ellers er det behov for mer forskning på hvor godt kartleggingsverktøyene fanger opp brukere i ernæringsmessig risiko, og hvor godt og mulig det er å tilpasse de nasjonale faglige retningslinjene i hjemmesykepleien.



## Referanseliste

- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2017.61219>
- Besora-Moreno, M., Llauredó, E., Tarro, L. & Solà, R. (2020). Social and Economic Factors and Malnutrition or the Risk of Malnutrition in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*, 12(3), 737.  
<https://doi.org/10.3390/nu12030737>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til pasienten* (3. utg., s. 301-316). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Engedal, K. & Tveito, M. (2019). Demens. I K. Engedal & M. Tveito (Red.), *Alderspsykiatri* (s. 360-416). Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet*, 38(2), 142-157.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Screening tools for screening of nutritional risk among older persons*, (2), 148-156. <https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2016.57692>
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., Øien, H., Alhaug, J. & Smedshaus, G. B. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Helsedirektoratet.  
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2826503/Forebygging%20og%20behandling%20av%20Underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Demensplan 2025*. Regjeringen.no.

[Http://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf](http://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.no.

<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.no. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Holm, S. G. & Wiik, H. (2020). *Bo lenger hjemme: nye utfordringer for hjemmetjenesten*. Fagbokforlaget.

Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: fag og profesjon* (4. utg., s. 225-287). Gyldendal.

Leão, L. L., Engedal, K., Monteiro-Junior, R. S., Tangen, G. G. & Krogseth, M. (2021). Malnutrition Is Associated With Impaired Functional Status in Older People Receiving Home Care Nursing Service. *Frontiers in nutrition*, 8, 684438.

<https://doi.org/10.3389/fnut.2021.684438>

Meyer, S. E., Velken, R. & Ljensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 1-15.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2017.61797>

Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C. & Hickson, M. (2018). The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. *Health Soc Care Community*, 26(4), 485-496. <https://doi.org/10.1111/hsc.12540>

Myrstad, M. (2015). De gamle er eldst - eller bare eldre? *Tidsskriftet: Den norske legeforening*, 135(6), 567. <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.14.1292>

Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund.

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). *Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse*. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal akademisk.

Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.

- H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 245-261). Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 298-307. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137>
- Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er!: personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416-441). Gyldendal.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring: mer enn mat og drikke* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thoresen, L., Borchsenius, C. & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5. utg.). Gyldendal.
- Vollrath, M. E. M. T., Skirbekk, V. F. & Strand, B. H. (2021, 23.02.2021). *Demens*. Folkehelseinstituttet. Hentet 02.12.2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- WHO. (2021). *Dementia*. World Health Organization. Hentet 14.12.21 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatri: en medisinsk lærebok* (3. utg.). Gyldendal.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Mini Nutritional Assessment (MNA)

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

Nestlé  
Nutrition Institute

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

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

#### Screening, del I

##### A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?

- 0 = betydelig redusert matinntak  
1 = noe redusert matinntak  
2 = ingen endring i matinntaket

##### 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 problemer

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

##### F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde(m) x høyde(m)]

- 0 = BMI mindre enn 19  
1 = BMI 19 til mindre enn 21  
2 = BMI 21 til mindre enn 23  
3 = BMI 23 eller større

#### Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng)

- 12 - 14 poeng:  Normal ernæringsstatus  
8 - 11 poeng:  Risiko for underernæring  
0 - 7 poeng:  Underernært

For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R

#### Screening, 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?

- 0 = nei 1 = ja

##### 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 helsetilstand 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 enn 31 cm  
1 = LO 31 cm eller større

Screening, del II (maks. 16 poeng)  .  .

Screening, del I  .  .

Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)  .  .

#### MNA resultat

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

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA<sup>®</sup> - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Saliva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.  
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.  
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.  
Se mer info på: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Lagre Skriv ut Reset