



Veileder til «Eldre – utfordringer og behov innen ernæring»



Eldre – utfordringer og behov innen ernæring

Prosjekt «Trå lekkert»

www.helseetaten.oslo.kommune.no

2014

Lysbilde 1

Presentasjonen

Denne presentasjonen gir et innblikk i noen av de viktigste utfordringene knyttet til temaet eldre og ernæring. Samtidig gis det noen praktiske og konkrete tips til hvordan jobbe med ernæring og ernæringstiltak.

Forslag til bruksområder

Presentasjonen kan ha flere bruksområder. For eksempel kan den brukes av fagutviklingssykepleiere, spesialkonsulenter, ernæringsgrupper og andre ressurspersoner innen ernæring:

- Til å gjennomføre internundervisning
- Som «introduksjonskurs i ernæring» for nyansatte
- Ved behov for en presentasjon innen temaet ernæring og eldre i andre sammenhenger
- Som inspirasjon til andre kurs, presentasjoner og fagoppdateringer

Det er ikke nødvendig å gå igjennom hele presentasjonen/kurset. Bruk den delen eller de delene som er aktuelle. Deler av presentasjonen kan også gjerne brukes inn i andre sammenhenger der det er behov.

Etikk ligger til grunn for ernæringsarbeidet



- Hjemmetjenesten må kjenne individets behov og ønsker
- Alle former for ernæringstiltak kan være utgangspunkt for å snakke om etiske spørsmål
- Eksempel på etiske dilemmaer i hjemmetjenesten:
 - Er brukeren virkelig «trett og mett av dage», eller er det underernæring som gjør at bruker gir opp?
 - Når er det riktig å slutte med ernæringsbehandling?

Oslo kommune, Helseetaten

Lysbilde 2

Etikk og ernæringsarbeid

Ernæringskartlegging og ernæringsbehandling i form av tiltak er svært ofte utgangspunkt for at etiske spørsmål og dilemma reiser seg. I hjemmetjenesten er det en ekstra utfordring at personalet har andres hjem som sin arbeidsplass samtidig som de ansatte skal gjøre sitt beste for å yte hjelp slik at brukeren kan opprettholde en best mulig helse. Det er nødvendig å diskutere hva som kan gjøres for å stimulere til matlyst, matglede og livslyst samtidig som det kartlegges og settes i gang tiltak for eventuelle fysiske årsaker til dårlig matlyst.

Ernæringsbehandling inkluderer her alt som har med tilbereding og tilrettelegging for inntak av mat og næring. Det vil si at begrepet inkluderer alt fra å smøre brødsiver til å gi sondeernæring.

Sentrale prinsipper i alt helse- og omsorgsarbeid ligger alltid til grunn:

- Ta vare på menneskets selvbestemmelsesrett
- Ikke skade
- Gjøre det gode

Retten til mat

Retten til mat, som Norge har forpliktet seg gjennom FN-konvensjonen, innebærer ikke bare retten til nok og trygg mat, men også retten til et ernæringsmessig fullgodt kosthold.

Etisk refleksjon

Refleksjoner kan være nyttig for å snakke om viktige tema eller løse utfordringer i ernæringsarbeidet. Hva oppleves som etiske utfordringer i hjemmetjenesten knyttet til ernæringsarbeid?

Bruke gjerne litt tid til å reflektere over spørsmålene i lysarket. Dersom en bruker er underernært, kan det føre til depresjon samt utmattelse. Å bedre ernærings situasjonen kan gi livsgnisten tilbake. Men når er nok nok?



Underernæring – en betydelig utfordring



- Blant hjemmeboende syke eldre er ca. 10 % underernærte
- Undersøkelse blant eldre med hjemmesykepleie viste at 46 % var underernærte eller i risiko for underernæring
- Pasientgrupper i særlig risiko for underernæring:
 - Eldre, personer med demens og enslige
 - Kroniske lidelser som kreft og hjerte- og lungesyke

Oslo kommune, Helseetaten

Lysbilde 3

Forekomst av underernæring blant eldre

Underernæring er et betydelig problem blant syke eldre.

- Blant hjemmeboende syke eldre antas det at ca. 10 % er underernærte
- En undersøkelse blant eldre som mottok hjemmesykepleie i Oslo og Bærum, viste at 46 % var underernærte eller i risiko for underernæring
- På institusjon varierer forekomsten fra 10-60 % avhengig av hvilke grupper som er undersøkt og metoder som er brukt

Gamle som bor alene, er lite aktive og/eller lider av kronisk sykdom kan være plaget av nedsatt appetitt og lever ofte på ensidig kosthold.

Gevinster ved målrettet identifisering og ernæringsbehandling

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet 2009) er et sentralt dokument i ernæringsarbeidet. I retningslinjene vises det til at en målrettet identifisering og behandling av underernæring i primærhelsetjenesten vil sannsynligvis gi store helse- og økonomiske gevinster, da flere kan behandles på et lavere og billigere tjenestenivå og dermed redusere behovet for spesialisthelsetjenester.

I Storbritannia er de rapporterte kostnadene knyttet til undervekt over dobbelt så høy som kostnadene knyttet til overvekt.



Årsaker til nedsatt matlyst

- Sykdom
- Å bo alene
- Ensidig kosthold
- Forstoppelse
- Redusert tygge- og svelgfunksjon
- Muskelsvakhet – det blir slitsomt å spise
- Magesekken tømmes saktere – blir fortere mett
- Dårligere tannstatus, spyttsekresjon og smaksopplevelse



Oslo kommune, Helseetaten

Lysbilde 4

Sykdom

I Norge er sykdom den viktigste årsaken til underernæring, men dog er årsakene ofte sammensatte. Både fysiske og psykososiale årsaker kan ligge til grunn for en underernæring.

Psykososiale årsaker

- **Å bo alene** – det er veldokumentert at å bo alene eller oppleve ensomhet er risikofaktorer for å bli underernært. Å være sammen med andre har derimot positiv effekt på matinntak
- **Ensidig kosthold** – et ensidig kosthold fører til mindre lyst på mat. Variasjon i kosten kan derimot i seg selv øke matlysten

Fysiske årsaker

- **Forstoppelse** fører ofte til redusert matlyst og er en hyppig tilstand blant eldre
- **Redusert tygge- og svelgfunksjon (dysfagi)** – alderdom fører til slappere muskulatur i munn og svelg. Samtidig kan nevrologiske lidelser og generell nedsatt fysisk funksjon gjøre det vanskelig og ubehagelig å spise og drikke
- **Redusert fysisk funksjon** kan komme av nevrologiske lidelser som Parkinsons og Multippel Sklerose (MS), tilstander som muskelsvakhet og svimmelhet eller være en konsekvens ved demens, fall eller hjerneslag. Muskelsvakhet kan gjøre det vanskelig eller slitsomt å spise
- **Langsommere tømming av magesekken** – når magesekken fylles blir vi mette. Derfor fører langsommere magesekktømming til økt metthetsfølelse. I tillegg kommer metthetsfølelsen ved et lavere volum i magesekken hos eldre enn hos yngre
- **Dårligere munn- og tannstatus** gir seg ofte utslag i redusert matlyst. Lavere spyttsekresjon øker risikoen for dårligere munn- og tannstatus. Vonde tenner, sår, infeksjoner og munntørrehet kan medføre dårlig matlyst og vansker med å spise. Smakssansen avtar med alderen, noe som kan påvirke matlysten negativt



Tegn på underernæring

- Økt forekomst av sykdommer og infeksjoner
- Hyppigere innleggelser på sykehus/institusjon
- Sår gror dårligere
- Dårligere hud (tørr, uelastisk)
- Jernmangel (anemi)
- Svakhet og utmattelse
- Forvirring



Oslo kommune, Helseetaten

Lysbilde 5

Observere og dokumentere tegn på underernæring

Det er viktig å observere tegn på underernæring. Å observere betyr blant annet å *legge merke til*. Det å legge merke til endringer i en brukers tilstand, funksjon, og appetitt er nyttig og viktig for å kunne oppdage faresignal når det gjelder ernæring. Ved å observere og dokumentere dette, samt sette i gang tiltak kan videreutvikling av tilstanden unngås og de negative konsekvensene av underernæring endres.

Noen nyttige spørsmål for observasjon av ernæringsstatus

- Hva kan begrense inntaket av mat og drikke?
- Hva kan man se etter for å oppdage tegn på utfordringer med mat og måltider?
- Hva kan man se etter for å finne fram til tiltak som kan øke brukers inntak av mat og drikke?
- Hvordan kan møtet mellom hjelper og bruker påvirke matlyst og matinntak?



Tilrettelegging av måltidene

- Tilrettelegging handler om å møte brukeren og å ta hensyn til omgivelser og faktorer som påvirker matinntak
- Eksempler på tilrettelegging kan være:
 - Tilrettelagt kommunikasjon, for eks. ved demens
 - Tilpassing av spisesituasjonen og omgivelser
 - Kartlegge årsaker til redusert matinntak
 - Tilpasning av matens konsistens
 - Riktig sittestilling, tilpasset bestikk og servise



Oslo kommune, Helseetaten

Lysbilde 6

Tilrettelegging

Tilrettelegging kan handle om alt fra kommunikasjonsmetoder til endring av fysiske omgivelser. Målet er å gjøre tilpasninger i henhold til brukerens behov slik at hjelpen som ytes blir mest mulig målrettet og av god kvalitet.

Eksempler

- **Tilrettelagt kommunikasjon** ved demens slik at brukeren opplever å delta og å mestre måltidet. Hva klarer brukeren selv uten instruksjon? Kan brukeren være med i tilberedelse av mat/måltid? Hva er brukeren vant med å spise og hva liker brukeren? Å avdekke og tilrettelegge for svarene til disse spørsmålene kan fremme mestring, minner og matlyst
- **Tilpasning av spisesituasjon og omgivelser** etter behov, for eksempel:
 - Rommets møblering, lyder og belysning påvirker matopplevelsen og dermed inntak av mat og drikke
 - Matlukt kan fremme matlyst for noen, mens andre opplever det som kvalmende
 - Mange får økt matlyst av å spise sammen med andre, mens for noen er dette forstyrrende
 - Hva slags andre eksempler på tilpasninger av spisesituasjonen kommer dere fram til?
- **Kartlegge årsaker til redusert matinntak** er et viktig bidrag til å sette i gang målrettede tiltak
- **Tilpasning av matens konsistens** ved tygge- og/eller svelgevansker. Noen har behov for flytende kost, noen for moset mat og noen trenger lettyggelig kost
- **Riktig sittestilling, tilpasset bestikk og servise** – noen brukere har behov for hjelp til å sitte godt under måltidet. Det finnes spesialbestikk og servise som letter spisesituasjonen. Kartlegg behov



Kartlegging



- **MNA** – felles kartleggingsverktøy i Oslo
 - Oppdager risiko for eller etablert underernæring
 - Vurderer ernæringsstatus (vekt, vektutvikling, matinntak)
 - Vurderer faktorer som påvirker inntak av mat og drikke
- **Tannstatus**
 - Kartlegg status for munnhulen og tenner, se i munnen
 - Vondt i munnen, sår, infeksjoner og munntørrhet kan føre til dårlig matlyst og vansker med å spise



Oslo kommune, Helseetaten

Lysbilde 7

Kartlegging av ernæringsstatus

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet 2009) krever at ernæringsmessig risiko vurderes ved innskriving i hjemmesykepleien og deretter månedlig eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg.

I Oslo kommune er det blitt enighet om å bruke MNA-skjemaet (Mini Nutritional Assessment) som kartleggingsverktøy for ernæringsmessig risiko blant eldre. Skjemaet er tilgjengelig i Gerica. PROSIT har utviklet en manual for dokumentasjon av ernæringsarbeid i Gerica hvor hovedmålet å beskrive dokumentasjon av MNA-kartlegging.

Når IPLOS-score tilsvarer manglende evne til selv å ivareta mat og måltider, bør det tenkes på ernæringstiltak.

Tannstatus

For å bekjempe underernæring, må munn- og tannstatus inkluderes og kartlegges som en del av faktorene som påvirker inntak av mat og drikke.

Pasienter i risiko for nedsatt munn- og tannstatus:

- Ved bruk av mange medikamenter samtidig (munntørrhet, munnsopp, smaksforstyrrelser)
- Vektnedgang (protesen passer ikke lenger)
- Ved kreft (sår, munntørrhet, smerter, smaksforstyrrelser, skader i munnen etter behandling)
- Brukere med funksjonsnedsettelse (ikke alltid adekvat munnstell)

Mange brukere skjuler kanskje feil og mangler i munnhulen. Noen har så mye smerter at ingen får komme til i munnen. Å se i munnen er veldig viktig for å kartlegge tann- og munnstatus. Deretter kan tiltak settes i gang.



Kostens sammensetning er av stor betydning

Kostens sammensetning



Protein

- Eldre anbefales mer protein pr kg kroppsvekt enn yngre
- Proteiner er viktig for å unngå unødvendig muskeltap
- Tiltak: *Minst 1 proteinkilde til hvert hovedmåltid* (frokost, lunsj, middag, kvelds)



Oslo kommune, Helseetaten

Lysbilde 8

Kostens sammensetning

Forklaring av figur: Den *lilla personen* symboliserer en yngre person i den ene trekanten og en eldre person i den andre trekanten. Den *oransje trekanten* symboliserer behovet for energi per dag. Den *grønne sirkelen* symboliserer behovet for vitaminer og mineraler (*Kosthåndboken*, 2012).

Ut i fra figuren ser vi at en eldre person har lavere behov for energi, men et litt større behov for vitaminer og mineraler enn en yngre person – den grønne sirkelen dekker en mye større del av den oransje trekanten hos den eldre sammenliknet med den yngre personen. Det vil si at det er store krav til kostens sammensetning blant de eldre. Kosten bør i stor grad være næringsrik for å dekke behovet for alle typer næringsstoffer hos eldre. Det er ikke plass til mange «tomme» kalorier.

Protein

Eldre har et høyt proteinbehov. *Kosthåndbokens* tommelfingerregel sier 1 g/kg kroppsvekt. Det er enkelt å regne på og er et minimum for eldre. *Norske anbefalinger for kosthold og fysisk aktivitet* (2014) anbefaler 1,2 g protein/kg kroppsvekt for eldre. Dette bør tilstrebes.

Spørsmål til salen:

- Hvilke matvaregrupper er kilde til protein? (Fisk, kjøtt, melk og melkeprodukter, egg, bønner, linser, korn og frø)
- Hvordan skal vi få til å servere en proteinkilde til hvert hovedmåltid?



Kostens sammensetning er av stor betydning

(forts.)

Karbohydrater



- Fiber og fullkorn er viktige næringsstoffer for eldre

Fett

- Eldre har ofte et økt behov for å få i seg nok energi
- Derfor anbefales noe mer fett til denne gruppen



Oslo kommune, Helseetaten

Lysbilde 9

Karbohydrater

Mange eldre er plaget med treg mage og forstoppelse. Fiberrike matvarer (grovt brød, grove kornprodukter, knekkebrød og havregryn) sammen med tilstrekkelig å drikke, er viktig for å opprettholde regelmessig tarmtømming og god fordøyelse. «Brødskala 'n» er et hjelpemiddel i butikken for å finne frem til brød- og kornvarer med et høyt innhold av fiber og fullkorn. Velg matvarer med 3 eller 4 skraverte felter på «Brødskala 'n».

Fett

Mange brukere av hjemmesykepleie har nedsatt appetitt og spiser små porsjoner. Derfor anbefales energi- og næringstett kost til denne gruppen. Fett bidrar til å gjøre maten energitett.



Vitaminer og mineraler

- **Multivitamin-mineraltilskudd**



- Eldre som spiser lite eller svært ensidig bør ta et multivitamin-mineraltilskudd daglig

- **Vitamin D**



- Gode kilder til vitamin D er sollys, fet fisk og tran
- Ved lav solesponering eller lite inntak av vitamin D, kan behovet dekkes med tilskudd:
 - 1 teskje tran opptil 75 år (= 10 µg)
 - 2 teskjeer tran for eldre over 75 år (= 20 µg)
 - Vitamin D-tabletter eller trankapsler i tilsvarende dosering

Oslo kommune, Helseetaten

Lysbilde 10

Multivitamin-mineraltilskudd

For å sikre tilstrekkelig inntak av næringsstoffer ved et lavt energiinntak, kan eldre ha behov for et multivitamin-mineraltilskudd. *Kosthåndboken* (Helsedirektoratet 2012) anbefaler spesielt eldre som spiser lite (mindre enn 1550 kcal/dag) å ta et slikt tilskudd daglig.

Vitamin D

Daglig behov for vitamin D inntil 75 år er 10 µg/dag og 20 µg/dag for eldre over 75 år. Anbefalingene for vitamin D er nylig økt i Nordiske næringsanbefalinger (*Nordic Nutrition Recommendations 2012*, publisert 2013). Eldre får ofte i seg for lite vitamin D. I Norge inntar 60-70 åringer i snitt 78 og 58 % av anbefalt daglig inntak av vitamin D for henholdsvis menn og kvinner.

Årsaker til at vitamin D er en utfordring:

- Sola er hovedkilden til vitamin D
- Eldre er ofte mindre ute i sollys i tillegg dekkes ofte huden til med tøy og det brukes ofte høy solfaktor. Dermed hindres sola i å stimulere til dannelse av vitamin D i huden
- Eldres hud blir også dårligere til å omdanne sollys til vitamin D
- Huden produserer en forløper for vitamin D. Denne forløperen går videre til omdannelse i lever og til slutt nyrene som omdanner forløperen til aktivt vitamin D. Nyrenes evne til å gjennomføre denne omdannelsen er svekket hos eldre

Porsjoner som inneholder 10 µg Vitamin D:

- 5 ml tran
- 100 g fet fisk (laks, ørret, makrell, sild)
- 125 g smør/margarin, tilsatt vitamin D
- 16 dl ekstra lett melk, beriket m/vitamin D



Nøkkelfaktorer til godt ernæringsarbeid



1. Rask identifisering av problem (kartlegging)
2. Finne ut av utfordringer og behov knyttet til ernæring hos den enkelte bruker
3. Sette i gang *målrettede tiltak og ernæringsbehandling*
4. Evaluere tiltak og gjøre eventuelle justeringer

Oslo kommune, Helseetaten

Lysbilde 11

Oppsummering til slutt

Dette lysbildet oppsummerer presentasjonen og gir en punktvis liste over hvordan jobbe godt med ernæring i tjenesten.

Refleksjon og diskusjon

Bruk gjerne noen minutter til å reflektere og diskutere hvordan dere skal få til å gjennomføre disse nøkkelfaktorene hos dere:

- Hva fungerer godt allerede?
- Hva kan vi gjøre bedre?
- Hvordan skal vi få det til?

Dokumentasjon

Resultat av kartlegging og observasjoner må dokumenteres sammen med hvilke tiltak som settes i gang. I tillegg er det viktig å dokumentere effekt av tiltakene slik at de kan endres ved behov.

