

Ufrivillig vekttap hos eldre

Et diagnostisk perspektiv

Anne Moe



Hovedoppgave i sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

01.04.2007



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Anne Moe	Dato: April 2007
Tittel og undertittel: Ufrivillig vekttap hos eldre – et diagnostisk perspektiv	
<p>Sammendrag:</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne studien er å forstå de viktigste årsakene til ufrivillig vekttap hos eldre, og samtidig søke etter tegn og symptomer som er av betydning for å kunne gjøre en diagnostisk bedømming.</p> <p>Bakgrunn: Sykepleiere har en unik posisjon og mulighet i sitt arbeid, til å observere og samle data av betydningsfull verdi, i det de befinner seg i nær kontakt med pasientene. Erfarne sykepleiere har en solid base av kunnskap, utviklet ved praktisk klinisk erfaring og teoretisk kunnskap (Carnevali, 1993). Deltagelse i det diagnostiske arbeidet, forutsetter kunnskap om medisinske tilstander og sykdommer. Ved å implementere oppdatert kunnskap om hvilke faktorer som har betydning ved kartlegging av vekttap hos eldre, kan sykepleiere delta i det diagnostiske arbeidet som de betydningsfulle samarbeidspartnere de bør være.</p> <p>Metode: Denne studien er en systematisk litteraturstudie.</p> <p>Funn: Studien har hatt fokus på nyere forskning om ufrivillig vekttap hos eldre, hovedsakelig fra perioden 1999-2006. Artiklene er summert i en tabell under de temaene som har fremkommet som betydningsfulle. Funnene er satt sammen med eksisterende litteratur, for å avdekke tegn og symptomer som kan ha betydning i kartleggingsarbeidet.</p> <p>Konklusjon: Ufrivillig vekttap hos eldre kan ha mange årsaker. Det diagnostiske utgangspunktet kan vanskelig gjøres ved at aldersforandringer, medikamenter og sykdom virker gjensidig inn på hverandre hos eldre. De har også atypiske eller manglende symptomer. Det fører til utfordringer i kartleggingen av eldre. Det finnes ingen spesifikke kartleggingsverktøy på dette feltet. Hvorledes et slikt verktøy bør utformes er en utfordring, både på grunn av arbeidets kompleksitet og informasjonsmengde</p>	
Nøkkelord: Eldre, ufrivillig vekttap	



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Anne Moe	Date: April 2007
Title and subtitle: Unintentional weight loss in the elderly – a diagnostic perspective	
Abstract: <p>Aim: The aim of this study is to understand the causes of unintentional weight loss in the elderly, and to search for signs and symptoms which can be of importance for making a diagnostic statement.</p> <p>Background: Nurses have a unique position and possibility in their work being in close contact with patients, to observe and collect data of vital importance. Skilled nurses have a solid base of knowledge, developed by clinical practice and knowledge education (Carnevali, 1993). Participation in the diagnostic work, demands knowledge about medical conditions and diseases, to enable nurses to be a participant of crucial importance. By implementing updated knowledge of vital concern in diagnosing the elderly with unintentionally weight loss, the nurse will be a much more valued participant in the diagnostic work</p> <p>Method: This study is a systematic literature review</p> <p>Result: The study is focused on new research about unintentional weight loss in the elderly, mainly in the period of 1999 – 2006. The articles are summarized in a grid, and placed into the discovered themes of importance.</p> <p>The findings have been integrated with existing literature, to reveal symptoms and signs of importance in the diagnostic work.</p> <p>Conclusion: Unintentionally weight loss in the elderly may be caused by different diseases. Diagnostic workup in the elderly can be difficult to deal with, because of the complex nature of interactions between age-related changes, medication and diseases. The elderly can lack symptoms or signs, or have none. This is a challenge in the diagnostic workup of the elderly. There are no specific assessments or tools in use in this area. The complexity and amount of available information will be a challenge in making such a tool.</p>	
Key words: Elderly, Unintentional weight loss	

Innhold

SAMMENDRAG:.....	2
INNHold	4
1. INNLEDNING	7
1.1 VALG AV PROBLEMSTILLING.	9
1.2 NØKKELBEGREP	10
1.3 STUDIENS RELEVANS FOR SYKEPLEIEN.	11
1.4 AVGRENSNING AV OPPGAVEN.	12
2. METODE	14
2.1 SØKESTRATEGI.....	15
2.2 VALG AV SØKEORD	15
2.3 VALG AV DATABASER	17
2.4 UTVELGELSE AV LITTERATUR	18
2.5 VALIDITET/RELIABILITET	18
2.6 METODEKRITIKK.....	19
3. TEORETISK BAKGRUNN	21
3.1 DET FUNKSJONELLE HELSEPERSPEKTIV	21
3.2 SYKEPLEIENS NATURVITENSKAPELIGE KUNNSKAP	22
3.3 DET GERIATRISK PERSPEKTIV	23
4. SYKEPLEIEFAGLIG FORANKRING	27
4.1 SYKEPLEIENS FUNKSJON.....	27
4.2 CARNEVALI'S BALANSEMODELL	28
4.3 DIAGNOSTISK SYKEPLEIE	30

5.	ÅRSAKER TIL VEKTTAP HOS ELDRE	34
6.	KARTLEGGING AV VEKTTAP	38
6.1	DATASAMLINGSGUIDER	38
6.2	NIC, NOC OG NANDA OG VEKTTAP HOS ELDRE.....	39
6.3	NINA KRISTOFFERSEN JAHRENS DATASAMLINGSGUIDE.	39
6.4	FOKUSERT KARTLEGGING	40
6.5	KARTLEGGINGSPROSESSEN	41
6.6	VIKTIGE INNHOLDKOMPONENTER VED KARTLEGGING	43
7.	DISKUSJON AV FUNN	52
7.1	DEN FUNKSJONELL HELSE HOS DEN ELDRE.....	52
7.1.1	<i>Nedsatt funksjon.....</i>	<i>52</i>
7.1.2	<i>Nedsatt syn og hørsel.....</i>	<i>54</i>
7.1.3	<i>Nedsatt kognitiv funksjon og demens.....</i>	<i>56</i>
7.1.4	<i>Depresjon.....</i>	<i>58</i>
7.1.5	<i>Sorg.....</i>	<i>60</i>
7.1.6	<i>Psykiske lidelser.....</i>	<i>61</i>
7.1.7	<i>Isolasjon, ensomhet, økonomi.....</i>	<i>62</i>
7.2	ERNÆRING	64
7.2.1	<i>Kostvaner</i>	<i>65</i>
7.2.2	<i>Alkohol og tobakk</i>	<i>66</i>
7.2.3	<i>Dehydrering</i>	<i>68</i>
7.2.4	<i>Kostkunnskap.....</i>	<i>68</i>
7.2.5	<i>Kostsammensetning</i>	<i>69</i>
7.2.6	<i>Kostregistrering.....</i>	<i>72</i>

7.3	FORDØYELSE.....	73
7.3.1	<i>Eldres munn- og tannhelse</i>	73
7.3.2	<i>Svelgvansker</i>	74
7.3.3	<i>Munntørrhet</i>	75
7.3.4	<i>Smak og lukt</i>	75
7.3.5	<i>Kvalme</i>	76
7.3.6	<i>Smerte</i>	77
7.3.7	<i>Abdomen</i>	78
7.3.8	<i>Endokrinologisk/hormonelt system</i>	80
7.3.9	<i>Medikamenter</i>	81
7.3.10	<i>Sykdommer som influerer på fordøyelsen</i>	84
7.3.11	<i>Infeksjon</i>	85
7.4	ELIMINASJON.....	85
7.4.1	<i>Avføring</i>	85
7.4.2	<i>Urin</i>	87
7.4.3	<i>Oppkast/ oppspytt</i>	88
7.4.4	<i>Svette</i>	88
7.5	MÅLEMETODER VED UNDERERNÆRING.....	88
7.5.1	<i>Vekt/ BMI</i>	89
7.5.2	<i>Laboratorieprøver og andre undersøkelser</i>	91
8.	KONKLUSJON	94
8.1	ANVENDELSE AV TEORI.....	94
8.2	VIKTIGE FUNN OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING.....	95

1. Innledning

Vekttap hos eldre er en aktuell problemstilling innen medisinsk og sykepleiefaglig forskning, og samtidig en problemstilling man ofte møter ute i den praktiske kliniske hverdag. Ufrivillig vekttap forekommer hos opptil 13 % av eldre polikliniske pasienter. (Bouras et al.,2003), mens prevalensen kan være så høy som 20 -30 % hos eldre hjemmeboende som mottar hjelp (Payette et al.2002). Kruizenga et al.(2003) fant at 12 % av den eldre befolkningen er underernærte og ytterligere 13 % befinner seg i høyrisikogruppen. Eldre som taper vekt har en økt risiko for nedsatt funksjonsevne og tidlig død (Mowè et al.,2002). Flere forskere mener det oppstår et naturlig vekttap etter 65 -70 års alder. Fysiologiske endringer i kroppens sammensetning leder til at eldre taper muskelmasse og kroppsvann. Dette tapet er beregnet til 10 kg over en 20 års periode (Mowè et al., 2002). Rehman (2005) angir dette tapet til ca.0.1 – 0,2 kg pr år. Det finnes i dag ingen fastsatte grenser for når et vekttap bør gi grunnlag for en medisinsk utredning, men det råder en tilnærmelesvis enighet blant flere forskere og forfattere av lærebøker, om at et vekttap på ca 5% i løpet av en måneds tid eller ca.10% i løpet av 6 – 12 måneder, indikerer god grunn for å utrede årsakene til vekttapet (Moriguti et al.,2001, Cicero,1999). En undersøkelse kan tyde på at eldre har en nedsatt evne til å regulere matinntak, slik at de bruker lengre tid på å gjenvinne sin vekt etter et vekttap. Eldre hadde også mindre sultfølelse under vekttapet enn yngre (Moriguti et al.2000). Det kan derfor ha stor betydning å komme tidlig til utredning for korrigerende behandling, slik at ytterligere vekttap kan begrenses, eller at trenden kan vendes.

I klinisk praksis er det å finne årsakene til ufrivillig vekttap hos eldre, både en medisinsk og en sykepleiefaglig aktivitet. Begge faggruppene har en parallell løpende utredning, men de to faggruppene har ulike fokus for utredningen (Carnevali,1993). Å klarlegge de medisinske årsakene er viktig for å finne kurativ behandling, eller lindrende, dersom det ikke finnes mulighet for helbredelse. Sykepleien ser mer konkret på hvilke pleietiltak som tilstanden utløser og hvordan det skal tilrettelegges for pasienten både under innleggelse, men også videre etter utskrivelse til hjemmet. Det er derfor nødvendig både å kartlegge hvorledes pasienten har fungert hjemme frem til innleggelse, og hvordan den stilte diagnosen kan komme til å innvirke på hverdagene som kommer. Sykepleierne er svært viktige aktører i den medisinske utredningen. Deres spesielle styrke ligger i nærheten til pasienten og derved

mulighetene til å kartlegge og observere. En dyktig sykepleier med kompetanse, erfaring og kunnskap, er medisinsens største støttespiller og innspiller i utredningsøyemed. I sykepleielitteraturen har dette arbeidet vært sett på som delegert arbeid (Carnevali, 1993), av den grunn at det er legen som bestemmer og setter diagnosen. Det ligger likevel en uttalt selvstendighet i det diagnostiske arbeidet, hvor sykepleiens delaktighet i dette arbeidet, ofte er avgjørende for å kunne få tak i "sporene" som leder frem til den "riktige" diagnosen. Denne posisjonen har sykepleien ikke vektlagt tilstrekkelig.

Det legges i dag mer vekt på at den praksis som utøves i helsevesenet, i større grad skal være evidensbasert. Det vil si at sykepleiere må holde seg oppdatert når det gjelder relevant vitenskapelig forskningsbasert kunnskap. Tanken er at praksis stadig skal søke etter å tilby den "beste" praksis med tanke på gjeldende viten og utøvelse. Dette stiller krav til helsepersonell om å kunne søke slik kunnskap, men også til å kunne vurdere kvaliteten av arbeidene og eventuell egnethet, når det gjelder implementering i den praktisk hverdag. Denne utviklingen kan sees på som et ledd i å knytte teori og forskning tettere til praksis.

Sykepleievitenskap er en relativt ny disiplin innenfor det medisinske fakultet. Disiplinen ble opprettet i 1980. Sykepleie som vitenskap er fremdeles i en oppbyggende fase, og strever med å definere sin egenart. Av den grunn har forskningen dreid seg om å finne ståsted, verdier og grunnbegreper for faget, både gjennom beskrivende, utforskende og utviklende teori. (Kirkevold, 1996) Mange sykepleiere betrakter denne delen av sykepleien som "svevende" og utilgjengelig, og sykepleiepraksis etterlyser mer praktisk anvendelig forskning, og "...sykepleievitenskapen har til nå, i altfor liten grad reflektert sykepleiepraksis," (Kirkevold, 1996, s.73)

Et annet og svært viktig moment, er kvaliteten på det arbeidet sykepleieren utøver. I dag arbeides det med å tydelige gjøre de vitale begrepene innenfor faget, det arbeides med edb-basert dokumentasjon, det arbeides med sykepleiediagnoser, det arbeides med teori som beskriver faget, men også med hvilke rammer faget bør utvikle seg innenfor. Susi Kim(2000) gir i sine arbeider retning for viktige forskningsområder innen sykepleien. Økonomisering og effektivisering gir større fokus på å arbeide riktigere og mindre kostnadskrevende, men gir også et positivt insitamant til stadig å søke etter å kunne tilby den best mulige praksis.

1.1 Valg av problemstilling.

Å løfte frem synet på sykepleieren som en aktiv diagnostisk medspiller, er den bakenforliggende utfordringen i dette hovedoppgavearbeidet. Utgangspunktet for dette arbeidet, var at det skulle være knyttet til praksis med en relevant og aktuell problemstilling. Ufrivillig vekttap hos eldre er en problemstilling som er gjenstand for utredning i generelle indremedisinske avdelinger og ved geriatriske avdelinger. Det er også en problemstilling som sykepleiere møter i sitt arbeid på sykehjem og i hjemmesykepleien,

For å kunne stille en diagnose, må pasienten utredes. Det vil si at det settes i gang et søk etter en mulig forklaring på tilstanden. Det tas blodprøver, det letes etter tegn på sykdom, det igangsettes datasamling på flere områder. I denne prosessen er sykepleieren en svært viktig brikke. På nært hold og også over tid, kan sykepleieren observere pasienten og få fatt i viktige ”spor”. Dette er et spennende og utfordrende arbeid, og da spesielt i forhold til pasientgruppen eldre. De fremviser sjeldent typiske tegn på sykdommer, har oftere atypiske tegn eller mangler helt sykdomstegn. Eldre kan dessuten ha et sammensatt sykdomsbilde med flere sykdommer og de bruker ofte flere medikamenter (Laake, 2003).

Oppgaven vil se nærmere på hvilke data som har betydning ved ufrivillig vekttap hos eldre. Når sykepleieren samler data, bruker hun som oftest en datasamlingsguide. Det finnes ulike datasamlingsguider i bruk, et eksempel er vips-modellen. De fleste er generelle og skal gi sykepleieren et godt verktøy til den mer konkrete og fokuserte kartleggingen. Sykepleieren tar valg og prioriteringer på hvilke av pasientens behov hun ser nødvendigheten av å kartlegge og følge opp. Det vil med andre ord si at det er den individuelle sykepleier som skal sikre at de data og observasjoner hun innhenter, også er rettet mot å finne en mulig årsak til den Eldres vekttap. Etersom sykepleiere har ulik kunnskap og erfaring, vil det kunne få betydning for hvilke data sykepleieren prioriterer og vektlegger.

I klinisk praksis kunne det være ønskelig med et kartleggingsverktøy som kan sikre at pasienten blir vurdert grundig og tilstrekkelig, slik at det kan bli foretatt avklarende undersøkelser for å utelukke sykdom, i den grad det er hensiktsmessig eller mulig.

Oppgaven tar utgangspunkt i Doris Carnevalis bok ”Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing”(1993) som grunnlag for sykepleierens arbeid. Boken har sin basis i sykepleieprosessen. Carnevali beskriver de ulike prosessene som inngår i det

diagnostiske arbeidet og hvorledes sykepleieren tenker og arbeider i denne prosessen. Hun beskriver også hvordan sykepleieren kan oppøve sin evne til å registrere og gruppere de data hun samler. Desto mer erfaren sykepleieren blir, desto dyktigere blir hun til raskere å kunne se sammenhenger, og hun kan derved med større sikkerhet gruppere sine innsamlede data på ekspertnivå. Hva vil den erfarne sykepleieren vektlegge ved datasamling hos eldre pasienter med ufrivillig vekttap, og hvorledes vil hun gruppere dem? Hvilke områder skal være gjenstand for kartlegging under utredning av ufrivillig vekttap? For å finne svar, er det nødvendig å innhente kunnskap om hvilke årsaker som kan ligge bak vekttapet, og hvilke konsekvenser det kan ha for den eldres helse.

Disse spørsmålene gir utgangspunkt for oppgavens problemstilling:

Hva er mulige årsaker til ufrivillig vekttap hos eldre?

Hvilke data bør vektlegges i en fokusert datasamling?

Finnes det et kartleggingsinstrument som kan anvendes ved datasamling av ufrivillig vekttap?

1.2 Nøkkelbegrep

I hovedoppgaven anvendes noen nøkkelbegrep som krever nærmere presisering:

Eldre:

Med begrepet eldre, menes det i oppgaven eldre over 65 år. Ved søk i engelsk litteratur er begrepet elderly anvendt, dernest aged.

Ufrivillig vekttap:

Begrepet vekttap betyr tap av kroppsvekt. Et vekttap kan imidlertid ha en naturlig årsak, det kan være sykdomsrelatert, det kan være tilsiktet med hensikt, eller det kan skje uten at personen som går ned i vekt, verken ønsker det eller tilstreber det. For å tydeliggjøre at

vektttapet ikke er etter eget ønsket, brukes begrepet ”ufrivillig” vektttap i oppgaven. Når det gjelder litteratursøk og valg av søkeord, er det flere engelskspråklige ord som kan uttrykke et ufrivillig vektttap. I databasen PubMed er søkeordene ”unintended”, ”involuntary” og ”unintentional” weightloss, de mest relevante. Betydningen av ordene kan synes like. De kan oversettes som følger ”unintended” = utilsiktet, ”involuntary”= ufrivillig og ”unintentional”= uten hensikt. Artikkene som er anvendt i oppgaven, har utgangspunkt i de to betegnelsene ”involuntary” eller ”unintentional”.

1.3 Studiens relevans for sykepleien.

Sykepleiere er ansvarlige for at deres tjeneste har en høy faglig standard.

Sykepleieforskningens primære mål har følgelig vært å utvikle grunnleggende kunnskap om sentrale kliniske problemer i sykepleie og å utvikle og teste sykepleieintervensjoner (Nord og Fagermoen, 1998)

I det diagnostiske arbeidet i sykehus, arbeides det hovedsakelig tverrfaglig. De ulike faggruppene som deltar er lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og logoped. Faggruppene bidrar på hver sine kompetanseområder til at en diagnose kan stilles.(Laake, 2003)

Sykepleien arbeider i likhet med lege med å kartlegge pasientens problematikk og frembringe en sykepleiediagnose. Sykepleien deltar i arbeidet med å finne den medisinske diagnosen, slik at pasienten kan behandles, samtidig som hun ivaretar sykepleie til pasienten ved å stille en sykepleiediagnose. Arbeidet foregår parallelt og samtidig, og sykepleieren veksler mellom selvstendige og ordinerte oppgaver. Jo mer kunnskap sykepleieren tilegner seg, jo dyktige blir hun i utførelsen av disse oppgavene. Samtidig vokser hennes betydning som medspiller og innspiller i det diagnostiske arbeidet.

Ved utredning av uforklarlig vektttap arbeider sykepleier og lege tett sammen. Sykepleien har en unik og aktiv medansvarlig posisjon i dette arbeidet, og hun er kanskje den viktigste bidragsyter til beslutninger av diagnostiske veivalg.. Sykepleieren er derfor en sentral ressurs og en førstehåndsinformant i det tverrfaglige arbeidet. Virginia Henderson(1961) peker på denne delen av sykepleien som et viktig ansvarsområde. Det har i de siste årene vært lite oppmerksomhet og aktpågivenhet i forhold til dette ansvaret. Det har vært vurdert som et felt

der sykepleien er utfører av ordinerte tiltak og derved i en assisterende funksjon. I den senere tid har kritiske røster hevdet at sykepleiens naturvitenskapelige kunnskapsgrunnlag har vært gjenstand for nedprioritert betydning innenfor sykepleiefaget (Fjeld, hovedoppgave, ISV 1998) I følge Henderson(1961) bør grunnleggende kunnskap innenfor det naturvitenskapelige området, ha høy prioritet i sykepleiefaget.

Med utgangspunkt i egen klinisk erfaring innenfor geriatri, er det en tydelig økt bruk av kartleggingsverktøy hos andre faggrupper, spesielt hos ergoterapeuter og fysioterapeuter. Sykepleien har i liten grad fulgt etter. Sykepleien har vært preget av en til dels rendyrket humanistisk oppfatning hvor et grunnleggende syn viser til at instrumenter ikke kan oppfange viktige og betydningsfulle nyanser, og heller fanger pasientens egne essensielle opplevelser. Et instrument er i seg selv reduksjonistisk og representerer et naturvitenskapelig utgangspunkt. Sykepleien har vært i opposisjon til det naturvitenskapelige menneskesynet som medisin i stor grad representerer. (Fjeld, hovedoppgave, ISV 1998)

Utviklingen i helsevesenet går mot en større grad av effektivitet og kartlegging av effektive pasientforløp. Sykepleietjenesten bør av den grunn engasjere seg langt sterkere i premissene for den utvikling dette arbeidet vil få, ettersom det vil få konkret betydning og innvirkning for den sykepleietjenesten som skal utøves i klinisk praksis i fremtiden.

Ved aktivt å søke, utprøve og innvirke til implementering av relevante instrumenter innenfor eget fagområde, kan sykepleien øve innflytelse og sikre at kvalitet og faglig forsvarlighet blir ivaretatt. Ved å anvende kartleggingsinstrumenter, eller benytte guidelines, vil både selve arbeidsprosessen og også dens elementer kunne gi et utgangspunkt for diskusjon og forbedringer.

1.4 Avgrensning av oppgaven.

Ufrivillig vekttap oppstår ofte i forbindelse med annen sykdom, eller som følge av sykdom. Studien avgrenses til å se på vekttapet som isolert fenomen ved utredning i sykehus. Dette er ofte pasienter som henvises sykehus via sin private lege eller en geriatrisk poliklinikk, i hovedsak ”friske” og hjemmeboende eldre, Det vil si at uoppdaget mental svikt, uoppdaget lettere hjerneslag kan omfattes av utredningen.

Pasienten har hatt et ufrivillig vekttap som krever utredning, på minst 5% av egen kroppsvekt i løpet av fire uker, ifølge pasientens lege, pasienten selv eller pasientens pårørende. Pasienten er definert som eldre over 65 år. Litteratur som omhandler de aller eldste, er i den grad det er hensiktsmessig, sortert ut. Problemstillingen har fellestrekk med andre aldersgrupper, men ettersom ulike aldersgrupper representerer ulike utfordringer, er en avgrensning av alder både nyttig og nødvendig. Oppgaven har ikke forholdt seg til et flerkulturelt perspektiv.

Valg av sykehussettingen gir spesielle arbeidsoppgaver og arbeidsvilkår for sykepleien. Denne settingen er valgt med ønske om å se nærmere på sykepleiens arbeidsoppgaver i utredningsarbeid innen sykehuspraksis. I sykehus arbeides det som oftest tverrfaglig. I den medisinske diagnosesøken, foregår mye av arbeidet mellom lege og sykepleier. Det er dette feltet som er gjenstand for oppgaven. Det representerer derfor en begrensning i forhold til et tverrfaglig perspektiv. Diagnosen ufrivillig vekttap er valgt, fordi den representerer godt utfordringene i de problemstillingene de eldre pasientene frembyr.

Det finnes flere databaser, bøker og tidsskrifter som kan inneha interessant litteratur i forhold til hovedoppgavens tema. Imidlertid har det vært nødvendig å begrense søkene og foreta prioriterte valg i forhold til tidsbegrensning for studien. Søkene er foretatt i en definert tidsbegrenset periode.

2. Metode

I enhver forskningsprosess må det treffes valg og avklaringer når det gjelder metode. Det er problemstillingens karakter som er grunnlag for metodevalget. Søk i litteratur er utgangspunkt for dette arbeidet. Det fremtrer to tydelig valgmuligheter; det første er en frittstående søken i litteraturen med utgangspunkt i et bestemt fenomen, det andre er en mer bevisst søken etter evidensbasert viten. Begrepet "evidensbasert" innbefatter bruk og anvendelse av forsknings-evidens som grunnlag for beslutninger innenfor helsevesenet. (Hamer og Collinson, 1999). Evidensbasert viten kan underbygge praksis, ved at praksis forholder seg til dokumentert viten innenfor sitt fagfelt. Valg av metode

Hamer og Collinson(1999) har beskrevet hvordan man kan utføre systematiske litteratursøk. Når man søker etter evidensbasert viten, er den vanligste metoden å foreta databasesøk via EDB-verktøy. Hvilken søketeknikk som anvendes kan imidlertid få store konsekvenser for resultatet. Derfor er problemformuleringen svært viktig og avklarende for hva søket skal omfatte (Richardson et al.(1995) Ved å skille ut elementene som er implisert i problemstillingen, og se på hvordan de i står i forbindelse til hverandre, fremtrer de orden man ønsker å søke etter. Når problemstillingen er klar må listen også suppleres med en liste over synonymer eller lignende ord. Slike ord kalles fagtermer eller "fri tekst" og kan anvendes til søk i alle baser. Søker man med enkeltord kan man risikere å fa med seg alle artikler der dette ordet er nevnt.(Hamer og Collinson, 1999)

Et søk med ordet *aged* som eksempel ga 88 623 treff i Cinahl, men ingen treff i PubMed. Der anvendes ordet *elderly*, og søk med dette ordet ga 1.371.479 treff. Disse tallene er fra 2003 i de første innledende søkene. National Health Library of Medicine har utviklet et sett med Medical Subject Headings (MeSH), som spesifiserer ord som skal brukes i deres registreringsøyemed som til eksempel til Cumulated Index for Nursing and Allied (CINAHL). Fordelene ved å bruke Mesh-termer eller "foretrukne ord" er at disse ordene kan gruppere informasjonskildene. Ved bruk av fagtermer får man ofte treff dersom ordet er nevnt i tittel eller abstrakt, men et søk med MeSH-termer vil gi et langt flere treff, fordi kildene er gruppert etter emne. Enkelte databaser er utstyrt med en liste over slike MeSH termer eller Index-termer. En slik liste kalles en tesaurus. Dersom en bruker en Index-term følger det to strategier Explode eller focus. Ved explode, får man et stort overblikk. Man kan

også forfine søkene ved bruk av underrubrikker. Fagtermer og Index-termer kan kombineres ved bruk av kombineringsoperatorer "and" eller "or". Det kan gi ulike antall treff etter som hvilke valg man tar. I oppgaven har søkt på begge måter, ettersom de ulike basene er ulikt oppbygd.

2.1 Søkestrategi

For å besvare de spørsmål som oppgaven stiller, er det søkt i litteraturen som forefinnes om emnet; "ufrivillig vekttap" hos eldre. Det bød på flere utfordringer å søke data på flere ulike områder. Søkene skulle gi faktakunnskap om årsakene til ufrivillig vekttap, så vel som kunnskap om hvilke elementer som bør innbefattes i et eventuelt kartleggingsinstrument, og til sist konkrete søk etter kartleggingsinstrumenter for anvendelse i praksis.

Søkene er utført både i bøker, databaser og i tidsskrifter. Forhåndssøk ble gjort i perioden oktober-november 2003, mens hovedsøkene ble gjort i perioden april-juni i 2004, og et mer spesifikt søk våren 2005. Det første hovedsøket ble foretatt med et bredt perspektiv og inneholdt 6 søkeord. Søkeordene var valgt ut fra de utprøvende forhåndssøkene. Våren 2005 ble søkene mer direkte rettet og databasen PubMed ble søkt gjennom på nytt ved anvendelse av 4 søkeord, hvor to av søkeordene var nye i forhold til første søk.

Det ble søkt i syv ulike databaser. Så langt det har vært mulig, er det valgt forskningsartikler som har omhandlet eldre over 65 år.

Hovedtidsrammen for søkene har vært litteratur publisert i perioden 1990 – 2005. Det har vært en klar hovedvekt av nyere litteratur etter 1999. Et fåtall av artiklene er eldre enn 1990.

2.2 Valg av søkeord

Det er et forholdsvis omfattende og bredt søk som ble gjort. Valg av søkeord har stor betydning for det resultatet søkene kan gi. Utgangspunktet var å søke med de samme ord i samtlige baser, og det ble gjort flere forhåndssøk for å finne fellesnevnerne som kunne gi treff i de ulike basene. Det ble valgt 6 søkeord, som ble kombinert med hverandre i forhåndssøket. Følgende søkeord er anvendt: "elderly", "diagnostic", "weightloss", "nursing", "assessment"

og "indicators". I hovedsøket ble det lagt vekt "elderly" og "weightloss". Disse søkeordene har andre betegnelser i enkelte databaser. Det er derfor nødvendig med en gjennomgang av disse søkeordene.

"Elderly", eller "Aged", som enkelte databaser anvender som begrep, er et av studiens nøkkelbegrep. Det ble valgt for å fokusere og sortere litteratur som omhandlet eldre over 65 år. Litteratur som omhandlet "de aller eldste", ofte betegnet som "older", ble ikke tatt med. En del av studiene har store aldersspenn eks. fra 19-93 år, mens middelverdien var over 60 år. Enkelte publikasjoner som er relevante i forhold til tema, er tatt selv om gjennomsnittsalderen var noe lavere enn 65 år.. Det var relativt liten forskjell på hvilket av disse ordene som ble valgt, når det gjaldt søk i PubMed. Ved søk i Cinahl var det aged og weightloss, som var utgangssøkeord. Det var med andre ord noe ulik praksis i bruken av disse begrepene i de ulike databasene.

"weight loss":

Begrepet vekttap betyr tap av kroppsvekt. Et vekttap kan imidlertid ha en naturlig årsak, det kan være sykdomsrelatert, det kan være tilsiktet med hensikt, eller det kan skje uten at personen som går ned i vekt, verken ønsker det eller tilstreber det. For å tydeliggjøre at vekttapet ikke er etter eget ønsket, brukes begrepet "ufrivillig" vekttap i oppgaven. Når det gjelder litteratursøk og valg av søkeord, er det flere engelskspråklige ord som kan uttrykke et ufrivillig vekttap. I databasen PubMed er søkeordene "unintended", "involuntary" og "unintentional" weightloss, de mest relevante. Betydningen av ordene kan synes like. De kan oversettes som følger "unintended" = utilsiktet, "involuntary"= ufrivillig og "unintentional"= uten hensikt. Også ordene "unexpected", "unexplained" og "unwanted" er anvendt.

"unintentional weight loss" og involuntary weight loss" ble anvendt, da de gav flest treff. Begrunnelse for valget av begrepet "ufrivillig vekttap" er forklart i kapittel 1.

Kobles disse søkeordene med "elderly", gir dette forskjellige svar og mengde data.

	Unintended	Involuntary	Unintentional
Elderly	4	35 (3)	52
Aged	4	36 (5)	57
Like	4	32	51

Syv av artiklene fra involuntary weightloss gjenfinnes i unintentional weightloss. De fleste av artiklene som er anvendt fra PubMed er hentet fra søkeordene "unintentional weightloss" og "elderly".

En forfatter bruker 3 ulike begrep i sin artikkel (Rehman, 2005), ellers er de andre artiklene mer konsistente, med bruk av ett eller to.

2.3 Valg av databaser

Det er søkt i 7 databaser, foruten i BIBSYS. Basene er følgende: Cinahl, PubMed, SweMed, NorArt, Blackwell Synergie, EBM, og Cochrane. Valget av basene er gjort med bakgrunn i ønske om data både av medisinsk og sykepleiemessig art.

Søkene er foretatt i tre seksjoner, tidsmessig påfølgende:

1. Forhåndssøk
2. Hovedsøk
3. Selektive søk

Forhåndssøk ble gjort i perioden september-november 2003. Hensikten var å søke etter søkeord som kunne gi relevante treff, samt faktakunnskap om mulige årsaker til et uforklarlig vekttap. Disse søkene førte til endelige valg av søkeord. Andre søkeord som ble

utprøvd var: guidelines, metabolism, nutrition, clinical, standards. Ordene ble også testet i kombinasjoner med hverandre. De gav få interessante treff. De valgte søkeordene ble preget av at forhåndssøkene for en stor del fikk treff i basene PubMed og Blackwell Synergie.

Selektive søk ble gjort ved bruk av søkeordene; ”elderly”, og ”weight loss”. Ordene screening og nutrition ble også anvendt. Søkene ble da spesielt rettet mot søk etter kartleggingsinstrumenter for bruk i praksis. Søkene kan etterprøves. Imidlertid forandres databasenes innhold, ved at de stadig påfylles og oppdateres med nye artikler. Dette påvirker antallet artikler som ligger i inne og derved får man ikke frem nøyaktig de samme tall ved nye søk.

2.4 Utvelgelse av litteratur

Ved utvelgelse av artiklene ble det lagt vekt på flere kriterier. Artiklene skulle omhandle to eller flere av følgende kriterier:

- * ufrivillig vekttap definert ved søkeordene ”involuntary” eller ”unintentional weight loss”
- * eldre over 65 år (som hovedregel),
- * årsaker til ufrivillig vekttap,
- * symptomer eller risikofaktorer ved vekttap,
- * eventuelt forslag til diagnostisk metode,
- * eller til kartleggingsinstrument

2.5 Validitet/reliabilitet

Er basene relevante? De basene som er valgt, er nettopp valgt på grunn av sin seriøsitet og sitt innhold. De utvalgte artiklene er anvendt som grunnlag for faktakunnskap og diskusjon. Flere av artiklene er sitert i andre arbeider. Enkelte av artiklene er oftere sitert, noe som kan tyde på at de oppfattes som relevante og gyldige av fagmiljøene. At data skal være holdbare,

tilstrebes i all forskning. Begrepene validitet og reliabilitet er utviklet og anvendes i kvantitativ forskning. ”Validiteten må si noe om data er gyldige for de tema og fenomener en undersøger” (Ellefsen, 1989, s.27)

Validiteten kan styrkes ved å se på om den utvalgte litteratur er representativ i forhold til studiens hensikt. Utvalget av litteratur i oppgaven, har hatt studiens formål og spørsmål sentralt i valgene. Når forskeren velger materiale ut fra egen oppfatning av relevans til problemstillingen, kan dette føre til en skjevhet i utvalget (Holme og Solvang, 1991). Forskeren bør derfor ha en kritisk tilnærming til utvelgelse av kilder. Det er redegjort for perspektiv og tilnæringsmåter i oppgaven, slik at det skal være mulig å følge de samme spor.

Reliabilitet er et uttrykk for graden av nøyaktighet og pålitelighet i forskningsarbeidet. I kvantitativ forskning er det instrumentene som granskes gjennom nøyaktige prosedyrer. Det er skrevet lite om reliabilitetskrav i et litteraturstudium. I oppgaven er det lagt vekt på å forsøke å referere innholdet av det som er lest, på en så meningstro måte som mulig. Det er også brukt sitater for å sikre at meningsinnholdet kommer klart frem, for slik å unngå feiltolkning. Valg av litteratur fra lærebøker kan mangle direkte kildehenvisninger. Denne litteraturen er sett opp mot valgt forskningslitteratur, og kan få bekreftet sin aktualitet gjennom dette. Imidlertid kunne det vært arbeidet ytterligere for å finne ren faglitteratur.

2.6 Metodekritikk

Ved valg av metode, kan det være vanskelig konkret å plassere en litteraturstudie. Systematisk litteratursøk, er en metode som anvendes blant annet av forfattere av oversiktsartikler. Systematiske søk ble gjort allerede fra start, ettersom tanken bak oppgaven var å søke etter årsaker, tegn og symptomer på ufrivillig vekttap, for deretter å anvende funnene til utvikling av et kartleggingsverktøy. En grundigere diskusjon av søkeordene på forhånd, kunne ha redusert omfanget av forhåndssøket. Søkeordene ble imidlertid valgt ut i fra et flersidig dataperspektiv, og fordi de skulle fylle flere kriterier. Det var de spesifikke og konkrete treffene når det gjaldt kombinasjonen ”elderly” og ”weight loss”, som kom til anvendelse. Ordene ”screening” og ”nutrition” ble anvendt i langt mindre grad.

Det er langt fra sikkert at all vesentlig litteratur er funnet. Det kan eksistere aktuell litteratur som ikke finnes i noen av databasene.

3. Teoretisk bakgrunn

Hovedoppgaven tar utgangspunkt i tidligere skriftlige arbeider. De danner fundament for oppbygging og forståelse av resonnementene i oppgaven. Sykepleievitenskapelig forskning er forventet å utvikle sykepleiedisiplinen, sykepleiefagets selvstendige kunnskapsdomene. (Kirkevold, 1966)

3.1 Det funksjonelle helseperspektiv

Synet på begrepet "helse" har endret seg over tid. I sin bok om geriatrisk tverrfaglig arbeid legger Knut Laake (2003) til grunn WHO's definisjon av begrepet;

"A state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease and infirmity." "Health is a resource of everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities" (Laake 2003, s. 21)

En ambisiøs definisjon mener Laake. Helse handler om det flerfunksjonelle mennesket. Dette synet har preget sykepleien, men spesielt det tverrfaglige samarbeidet, der ergoterapeuter og fysioterapeuter har stort fokus på pasientenes ADL-funksjon. Eldre er en ekstra sårbar gruppe overfor de følgene nedsatt funksjon kan gi av utfordringer i dagliglivet. For mange eldre, spesielt på grunn av at de er aleneboende (Laake, 2004). Sykdom og svikt kan ramme eldre både fysisk, psykisk, sosialt og økonomisk. Dette perspektivet faller godt sammen med utgangspunktet for den sykepleiefaglige forankringen av oppgave. Doris Carnevali tar utgangspunkt i at mennesket føler seg vel og har opplevelse av helse når det føler at det er en balanse mellom de krav hverdagen gir og de ressursene man har til å møte dem. Hun er opptatt av den funksjonelle delen av helsen, og hvordan den innvirker på dagliglivet, men hun er også opptatt av hvordan dagliglivet kan virke inn på den funksjonelle helsen. Carnevali er opptatt av hvordan sykepleieren skal kartlegge den svikten som har oppstått, slik at hun kan igangsette tiltak som kan bedre pasientens evne til å mestre sitt daglige liv.

3.2 Sykepleiens naturvitenskapelige kunnskap

Anne-Berit Fjelds hovedoppgave ved institutt for sykepleievitenskap (1998) undersøkte de naturvitenskapelige fagenes plass i sykepleierutdanningen. Anatomi, fysiologi, sykdomslære, mikrobiologi og farmakologi utgjør de naturvitenskapelige fagene i hennes arbeid. Sykepleie er et multidisiplinært fag, som støtter seg i hovedsak på kunnskap utviklet innenfor de fagområdene naturvitenskap og samfunnsvitenskap. I tillegg er sykepleie et funksjonsorientert fag, og betraktes som en profesjonell disiplin eller en praksisdisiplin. Det er den fagpraktiske virkeligheten som legger premissene for kunnskapsutviklingen og kunnskapstilegnelsen innen sykepleien (Fagermoen, 1993)

“For å kunne utføre sykepleiehandlinger må sykepleieren både ha kunnskap om hvordan kroppen fungerer og ha forståelse for den enkelte pasients situasjon. Begrunnelsen for hva hun skal observere, hvordan hun skal tolke sine observasjoner og hvordan hun skal handle både i forhold til sine observasjoner og for å lindre situasjonen og forebygge komplikasjoner, finnes i stor grad innenfor de naturvitenskapelige fagene.” (Henderson 1961)

”Henderson er på denne bakgrunnen opptatt av at de naturvitenskapelige kunnskapene er viktige for sykepleieutøvelsen. Hun stiller store krav til sykepleiens fysiologiske viten. Særlig innenfor områdene anatomi og fysiologi. Dette er sterkt fokusert på de naturvitenskapelige fagene beror på hennes sykepleieunivers, som tar utgangspunkt i menneskets fysiologiske balanse. Selv om Henderson har et sterkt fokus på den fysiologiske kroppen, påpeker hun at kroppen og sjelen er uadskillelige og vektlegger i tillegg at sykepleieren tilpasser sine handlinger til den individuelle pasient og har medinnlevelse med pasienten.” (Fjeld, 1998)

Henderson ser på sykepleie som en selvstendig funksjon, men fastholder samtidig at medisin og sykepleie er tett vevd inn i hverandre. (Harder, 1995). Dette kommer særlig til uttrykk i sykepleiens møte med syke mennesker, der ikke bare pleieaspektet, men også behandlingsaspektet blir en del av sykepleien. Sykepleieren må foruten å ha kompetanse innenfor pleie og omsorg, også inneha kompetanse i forhold til pasientens medisinske tilstand og behandling. Sykepleiens ansvarsområder som er nært knyttet til medisin, er da også i stor grad knyttet til de naturvitenskapelige fagområder, ikke minst gjelder dette

diagnosekunnskaper. Ifølge Kristiansen og Dignes (1982) er dette en del av sykepleiens ansvarsområde som det sjelden beskrives og argumenteres for.

Fjeld mener at sykepleien ikke er seg bevisst hvor viktig det er å trekke med seg den medisinske kunnskapen i sykepleiepraksis. Omsorg og kyndige hender er ikke tilstrekkelig for å kunne gi god sykepleie. Hun uttrykker bekymring for at fokuset i sykepleien ligger for mye over på de mellommenneskelige aspektene.

”Denne delen av sykepleiens ansvarsområde er nær knyttet medisinen, og kunnskapene knyttet til dette er da også i stor grad knyttet til de naturvitenskapelige fagområder, ikke minst diagnosekunnskaper. Det kan være grunn til å spørre om sykepleie i forhold til pasientens medisinske behandling av disse grunner oppleves som en trussel mot sykepleiefaget og den sykepleiefaglige identitet, og dermed får mindre oppmerksomhet enn rene pleie- og omsorgsoppgaver. En eventuell neglisjering av sykepleiens ansvar og oppgaver i forhold til medisinsk behandling vil imidlertid gjøre det vanskelig å oppfylle deler av sykepleiens sosiale mandat: å hjelpe syke og hjelpetrengende mennesker med å få dekket sine behov.”

Fjeld (1998, s.12)

3.3 Det geriatrisk perspektiv

Geriatrici er et fagfelt innen medisinen som omfatter sykdom og funksjonssvikt hos gamle. Ordet geriatrici er avledet av det greske ordet *geront* som betyr gammel, og *iatros* som betyr lege. Nordisk Geriatrisk Forening definerer geriatrici som ”læren om etiologi, patofysiologi, diagnose, profylakse og terapi av sykdom hos eldre pasienter, vanligvis avgrenset nedad mot en kronologisk aldersgrense på 65 eller 70 år”(Laake, 2003). Karoliussen og Smebye(1997) mener geriatrici kommer av det greske ordet ”geras” som betyr alderdommen, samt ”iatreia” som betyr helbredelse. De presiserer forskjellen på gerontologi og geriatrici, der gerontologi er læren om de eldre, mens geriatrici er læren om de eldres sykdommer og behandling, og derved skal plasseres inn under gerontologien. Gerontologisk forskning befatter seg med den biologiske aldring, den psykologiske aldring og geriatrici.

Hovedkarakteristika ved geriatriciske pasienter er at de har høy alder, de har kroniske sykdom (gjerne flere samtidig), de kan ha helseproblemer å på flere områder samtidig (somatisk, psykisk og sosialt), de er i større fare ved immobilisering, de kan ha boligproblemer og kan være omgitt av slitne pårørende med omsorgsansvar. ”(Laake, 2003)

Geriatriciens historie starter i mellomkrigsårene og like etter 2.verdenskrig. Det ble da åpenbart at mange eldre som var plassert i institusjoner for fattige og syke, kunne ved enkle medisinske undersøkelser, behandling og rehabilitering utskrives med gode forutsetninger for å kunne leve et eget liv.

Helsevesenets målsetting når de gjelder de gamle, er å bidra til å bedre syke gamles livskvalitet og funksjonsevne.

Geriatriciens virkemidler:

- Forebygging og tidlig varsling
- Fyldestgjørende klinisk undersøkelse. Utfordring ifht. Kommunikasjonsproblemer, fysisk skrøpeligheit, atypisk sykdomspresentasjon, flere og samtidige sykdommer, akutte plager og problemer, bivirkninger av behandling eller komplikasjoner etter tidligere behandling. Dette krever kunnskaper, ferdigheter og tid!
- Utredning, spesialprøver og spesialhenvisning. Argumenter for at geriatri som spesialisthelsetjeneste bør lokaliseres til fylkessykehus/sentralsykehus.
- Behandling. Gamle tåler intervensjoner dårligere enn yngre og må ofte ha behandling for flere ting samtidig. Det oppstår derved lettere problemer som komplikasjoner, bivirkninger og interaksjoner.
- Rehabilitering. Stort behov, da evnen til å restituere seg etter sykdom er nedsatt.
- Erstatte tapt funksjon. Sykdom i eldre år gir ofte varige handikap. Hjelpemidler og boligtilpasning må kompensere for best mulig funksjon og livskvalitet.

Laake, 2003,

Det kan være vanskelig å fastslå hva som skyldes normal aldring og hva som er sykdom og derved kan kreve behandling. Gode kunnskaper om aldringsprosessen nødvendig, kan ellers føre til at sykdommer overses eller diagnostiseres unødig sent. Typiske eksempler er Parkinsons sykdom, depresjon, mental svikt, hypothyreose og glaucom. (Laake, 2003). Omvendt kan normale tegn på aldring også oppfattes som sykdom. Eldre selv kan ha en tendens til å overse sykdom, fordi de har antagelser om at smerter og ubehag hører naturlig til det å bli gammel. Manglende kunnskap kan derfor føre til både over- eller underbehandling (Karoliussen og Smebye, 1997)

Sykdom presenterer og manifesterer seg generelt annerledes hos gamle. Pneumoni kan gi falltendens, forvirring, urininkontinens og funksjonssvikt, men lite hoste og kanskje minimal

temperaturstigning. Sviktende egenomsorg kan også være et tegn på sykdom. Ofte har eldre et sammensatt sykdomsbilde med både kroniske og akutte plager samtidig. Det kan kreve oversikt over aldringsprosessen, så vel som somatiske og alderspsykiatriske problemstillinger for å kunne vurdere, sortere og prioritere hva som bør utredes og behandles. Sykdom som har store funksjonelle konsekvenser og forekommer ofte er demens, akutt konfusjon, depresjon, hjerneslag, osteoporose, fallulykker, artrose, cancersykdom, ernæringssvikt, legemiddelbivirkninger og komplikasjoner etter kirurgisk behandling. (Laake, 2003) Eldres problemer kan være i stor grad være sammensatte, ettersom eldre ofte har kroniske sykdommer samtidig som aldersforandringer kan føre til nedsatt funksjon, mindre reservekapasitet og derved mindre motstandskraft. *”Eldre kan få plager med nedsatt syn og hørsel, urininkontinens, forvirring, og falltendens som øker problemene”* (Karoliussen og Smebye, 1997, s189)

Videre påpeker de at faren for komplikasjoner er større hos eldre, og derfor en stor utfordring til sykepleien når det gjelder forebyggende arbeid.

Psykososiale årsaker til funksjonssvikt i høy alder kan være svakt eller manglende sosialt nettverk, ensomhet, vold, misbruk, oppgitthet, og vanskelige boligforhold. (Laake, 2003) Kulturelle og samfunnsmessige holdninger til aldring, kan gi eldre opplevelse av å ha en mindre verdi og posisjon. Eldre rammes ofte av å bli sett på som en homogen gruppe, selv om de kan være ytterst forskjellige. Livssituasjonen kan være utfordrende og vanskelig i alderdommen, ved at man mister venner. Mange mister sin ektefelle, andre mister kontakt med barn og barnebarn på grunn av store avstander, eller at livet blir for travelt..

Geriatrien har funksjonell utredning gjennom tverrfaglig samarbeid som arbeidsform, til forskjell for den organspesifikke sykdomsdiagnostikk. Kartlegging av den eldre funksjonssvikt, men også av ressurser, samt tilretteleggelse og hjelpemiddelvurdering forgår som en del av utskrivelse og hjemreise. Det brede sykdomspanoramaet og kompleksiteten vedrørende diagnostikk, behandling og rehabilitering nødvendiggjør kunnskaper og ferdigheter som går utover profesjongrensene. I tverrfaglig samarbeid er det mange aktører, men det eksisterer et felles grunnsyn. Dette samarbeidet involverer også pasienten selv og pårørende. Tverrfaglig samarbeid byr på utfordringer i forhold til målsetting, tid og ressursbruk. Ved å kjenne til hverandres arbeid, minsker profesjonskonflikter. Tverrfaglig samarbeid er fremdeles en ny arbeidsform som reiser en del juridiske spørsmål som ikke er avklart. (Laake, 2003)

I geriatrisk arbeid finnes flere etisk problemstillinger. Eldre kan være ressursvake og i behov av hjelp, og derved bli den svake part. Helsearbeidere kan ofte opptre paternalistisk, derfor bør holdninger bearbeides og vurderes, og være gjenstand for diskusjon. Som eksempel kan nevnes problemstillingene ved vurderinger omkring fortsatt å kunne bo hjemme når det gjelder demente eldre.

4. Sykepleiefaglig forankring

I sykepleien er det over tid gjort flerfoldige forsøk på å beskrive hva sykepleie er. Spørsmål som; Hva består sykepleierens arbeid i, hvordan skal det utføres, er blitt undersøkt og beskrevet og har vært gjenstand for utvikling av teorier og modeller i sykepleiefaget. "Både enkeltpersoner, smågrupper og sykepleieorganisasjoner har gjort store anstrengelser for å definere fagets funksjoner, men vi må bare konkludere med at dette arbeidet ennå ikke er avsluttet." (Henderson 1998, s. 33)

4.1 Sykepleiens funksjon

Styret i American Nurses Association godkjente i 1955 følgende definisjon på sykepleiepraksis:

"Profesjonell sykepleiepraksis vil si mot vederlag å utøve en gjerning som omfatter å observere, pleie og gi råd til syke, skadede eller uføre personer, eller å opprettholde helse eller avverge sykdom hos andre, eller å holde oppsyn med og undervise annet helsepersonell, eller å formidle og ta hand om medisiner og behandling som er foreskrevet av godkjent lege eller tannlege. Denne gjerning krever omfattende, spesialisert dømmekraft og ferdighet og den er basert på kunnskaper om og anvendelse av prinsipper i biologiske, fysiske og samfunnsmessige vitenskaper. Det foregående skal ikke omfatte å stille diagnoser eller foreskrive terapeutiske tiltak....."
(Henderson 1998, s.31)

Denne definisjonen er fremdeles generell, men antyder med tydelighet at sykepleien har en selvstendig funksjon. Etter hvert som sykepleien er blitt differensiert ved økt kompetanse og lønn, har dette ytterligere komplisert arbeidet med å definere sykepleie. Ettersom sykepleiefaget utvikler seg og endrer seg, vil også det få betydning for en definering av faget. Da sykepleieprosessen ble tatt i bruk, ble ikke sykepleien tydeligere. Stadiene i sykepleieprosessen er lik stadiene i prosessene de andre medisinske faggruppene anvender, men språket nyanserer forskjellene. Sykepleiens spesifikke funksjon er fortsatt i behov av tydeliggjøring. Det er spesielt relevant med tanke på å klarlegge sykepleiens rolle i det tverrfaglige pasientarbeidet.

4.2 Carnevali`s balansemodell

I oppgaven danner Doris Carnevalis teori det sykepleiefaglige fundament. Hun legger til grunn en modell, der helse oppnås når individet har balanse mellom dagliglivets og omgivelsenes krav og sin funksjonelle helse.

Dersom det oppstår en ubalanse mellom krav og funksjonell helse, vil individet ha behov for hjelp eller assistanse av sykepleier. Sykepleien bør derfor fokusere på disse to komponentene; hvordan dagliglivet påvirker helsetilstanden og hvordan helsetilstanden påvirker dagliglivet. Hun beskriver dagliglivets og omgivelsenes krav som:

Aktiviteter og opplevelser - de aktiviteter som a) påvirker helsetilstanden, b) påvirkes av helsetilstanden om de er vanlige eller uvanlige, som oppstått sykdom. Tidsfaktoren har også betydning; i form av tidligere aktivitetsmønster, nåværende – og fremtidige aktiviteter

Hendelser og opplevelser - som påvirker og påvirkes av helsetilstanden; personlige, familie, arbeid, fest, eller relatert til helse- som å få en diagnose, en prognose. Her har også tidsfaktoren betydning.

Forventninger og forpliktelser – kommer både fra individet selv og fra omgivelsene. Også fra helsepersonell og fra forventninger om sykerollen. Forventninger ved endret helse, kan måtte arbeides med.

Omgivelsene - enten hjemme eller på sykehjem, sykehus eller i nærmiljøet.

Fysisk miljø, tilretteleggelse, uro, trygghet og forutsigbarhet, er viktig for ethvert menneske.. Videre har verdier, overbevisninger, skikk og bruk, opplevelser og reaksjoner, og konflikter har innflytelse på og betydning for individet (Carnevali, 1996, 25-30).

Den funksjonelle helseevnen beskriver Carnevali som de indre ressursene individet, familien eller gruppen, har tilgang til og behøver for å kunne mestre dagliglivets utfordringer. De indre ressursene deler hun inn i følgende kategorier:

1. Styrke – fysisk, psykisk og følelsesmessig
2. Utholdenhet – i fysisk, psykisk og følelsesmessig arbeid
3. Sansesevne – fra indre og ytre verden, fysisk stimuli, samt hjernens evne til å tolke informasjoner som kan påvirkes av sykdom og medisinsk behandling

-
4. Sinnsstemning – den normale og nåværende, væremåte, er individet optimist, pessimist, eller plaget engstelse, depresjon
 5. Kunnskap – grad av helsekunnskap og anvendelse av denne
 6. Motivasjon – ønske om å delta i helsefremmende aktiviteter
 7. Mot – handler om mot og vilje i helserelaterte situasjoner
 8. Ferdigheter – evne til å utføre visse aktiviteter, eks. fysiske, mellommenneskelige
 9. Kommunikasjon – evne til å gjøre seg forstått og forstå andre.

(Carnevali, 1996,s. 31-33, egenoversettelse)

Hun presiserer at disse kategoriene med hensikt ikke er de samme som finnes i de generelle datasamlingsguidene som sykepleier bruker, men at de skal hjelpe til i sykepleieren bedømming av hvordan de innsamlede data påvirker pasientens funksjonelle helse. De ytre ressursene er de ressursene som finnes utenfor individet og som kan medvirke til at selv individer med alvorlige helseproblem kan mestre sitt daglige liv med tilstrekkelig og tilpasset tilgang til hjelp. De ytre ressursene er følgende:

1. Bosted – trapper, bad, beliggenhet
2. Nære omgivelser – innbefatter naboer, butikk, post, apotek
3. Kommunikasjonsmuligheter – til helsevesenet; post, data, telefon
4. Mennesker – nære og av betydning med tanke på hjelp
5. Helsemateriell – bandasjer, sprøyter, parykker, spesialsko
6. Tekniske hjelpemidler, krykker, rullator, utrustning på bad
7. Teknologi – kunnskap, metoder og teknikker i utøvelse av helsearbeid
8. Transportmuligheter – privat eller offentlig
9. Økonomi – brist på penger til grunnbehov og helseutgifter, kan gi redusert helse og føre til nedstemthet,
10. Husdyr kan gi opplevelse av felleskap

(Carnevali, 1996,s.34-36, egen oversettelse)

4.3 Diagnostisk sykepleie

Carnevali (1996) skiller mellom to typer sykepleie: delegert medisinske sykepleie og sykepleie. Delegert medisinsk sykepleie omfattes av all helse og sykepleie som fremmer helse. Dette innebærer også å hjelpe mennesker med å forebygge patologiske tilstander og skader, eller å lege eller helbrede disse tilstandene. Legen utfører ikke alle deler av pleien personlig, men har allikevel det overordnede ansvar for diagnostisering, planlegging og gjennomføring av den medisinske pleien. Det er sykepleierne som tradisjonelt og utdannelsesmessig har fått ansvaret for den største delen av den delegerte medisinske pleien. Sykepleiere med spesialutdannelse og stor erfaring utfører i enda større grad spesialisert og kompleks medisinsk pleie (Carnevali, 1996).

For å kunne utføre delegert medisinsk pleie må sykepleieren opparbeide seg et adekvat nivå av både medisinske og kunnskaper og ferdigheter. Det er ikke nok å bare ha kunnskap, men sykepleieren må også kunne anvende den og kunne tenke som legen. Siden sykepleieren i dagelig praksis bruker mer tid med pasientene enn legen, så vil sykepleieren tidvis måtte fungere som en erstatter for legen (Carnevali, 1996).

”Det er åpenbart at sykepleieren behøver omfattende medisinske kunnskaper. De blir legens øyne og ører, bedømmelsesevne og muskler” (Carnevali, 1996, s. 20).

Kunnskap om hva som i et bredt perspektiv er normalt er viktig når sykepleiere og leger skal bruke de medisinske kunnskapene som anvendes i helse – og sykepleien. Byggesteinene i denne kunnskapsbasen er kunnskap om normal anatomi, fysiologi, vekst og utvikling. Normale fysiologiske og psykologiske reaksjoner er også en del av nødvendig kunnskap, samt kunnskaper om epidemiologi, miljøfaktorer, psykologi, sosiologi, kulturanthropologi, religion og filosofi (Carnevali, 1996).

”Ut i fra at normalitetsbegrepet bygger man opp kunnskap om:

*patologiske tilstander og traumer og deres effekt på normale mennesker
fysiologiske og psykologiske reaksjoner*

tegn og symptomer som tyder på patologiske tilstander

*faktorer innom individene selv og i omgivelsene som øker risikoen for
oppkomst av sykdom og traumer”* (Carnevali 1996, s.19)

Videre sier hun *”Det er også viktig å ta hensyn til at individenes alder kan innvirke på den patologiske tilstanden, så vel som på tegn og symptomer, som på risiko og prognose”* (Carnevali 1996, s.19).

Det medisinske domenet har vært kjent i århundrer. Sykepleien kan sies å ha eksistert like lenge, men har ikke vært identifisert eller beskrevet før i den senere tid. Sykepleien har blitt stadig mer bevisst på at de foruten å utføre delegert medisinsk sykepleie utøver de også en pleie med et helt annet fokus enn den medisinske pleien. I de siste ti år har sykepleiere i mange land har forsøkt å beskrive denne spesifikke delen av helse- og sykepleien (Carnevali, 1996).

Sykepleieren må i likhet med den medisinske disiplinen beskrive de helseproblem som de anser seg å skulle diagnostisere og behandle (Carnevali, 1996).

Helse- og sykepleie består ikke bare av medisinsk behandling som utføres av ulike grupper helsepersonell med ulik utdannelse, ulike perspektiv og spesialfelt. Grensene mellom disse ulike områdene er ikke faste og rigide. Det kreves forståelse og tydelig kommunikasjon for å kunne se fleksibiliteten og overlappingen mellom dem. For at mennesker som søker profesjonell hjelp skal få den mest effektive pleien, er det nødvendig at helsepersonell tydelig kan beskrive sin egen og spesielle kompetanse og ansvarsområder for så og samarbeide med andre yrkesgrupper med andre kunnskaper og spesialkunnskaper (Carnevali, 1996).

”Sykepleiernes vanskeligheter med å oppnå fullt vurderings- og beslutningsansvar i spesifikke helsespørsmål beror på at sykepleiens spesielle perspektiv og funksjon ikke har vært klart beskrevet, selv om de alltid har vært der”(Carnevali, 1996, s.44).

Det er en risiko at de kunnskaper og ferdigheter sykepleieren innehar, taes for gitt og ikke erkjennes som viktige (Benner, 1993).

Så vel sykepleiere, pasienter, leger og annet helsepersonell innså verdien av at sykepleierne ”hjalp” pasientene og pårørende på en effektiv måte, men man klarte bare å beskrive sykepleiens område i de mest allmenne termer (Carnevali, 1996).

”Man har innsett at sykepleien besitter den utdannelse og de kvalifikasjoner som kreves for å ta ansvar for diagnostisering og behandling av de vanskeligheter mennesker strever med

på disse områdene – helserelatert dagligliv, opplevelser og reaksjoner på sykdommer, funksjonsforandringer og behandling ” (Carnevali, 1996, s.45).

Det forventes at sykepleierne er beredt for å sikkert og effektivt ta ansvar for datasamling, diagnostisering, målformulering, planering og utførelse av behandling, samt vurdering av behandlingens effekt. I tillegg forventes det at de også fortsetter sin tradisjonelle funksjon som utøvere av *delegert medisinsk ansvar*. Det er viktig at disse to områdene er så klart definert som mulig slik at hver sykepleier har mulighet til;

- å skille mellom dem
- fastslå hva som behøves i den konkrete situasjonen
- anvende passende oppførsel og passende rollerelasjoner

(Carnevali, 1996, s.45).

På det nåværende tidspunkt er verken pasienter, leger eller sykepleierne selv klar over hva områdedomene omfatter, og heller ikke over hvilke spesial kunnskaper sykepleieren kan bidra med i forhold til dette. For sykepleiere er det i enda høyere grad enn for andre faggrupper innen mer tradisjonelle og kjente disipliner (tannleger, leger, farmakologer, fysioterapeuter), viktig å identifisere og beskrive sitt spesielle bidrag til helse og sykepleien, både i utøvelsen av selve pleien og i interaksjonen med andre faggrupper innenfor helseomsorgen (Carnevali, 1996).

Doris Carnevali har vært opptatt av hvordan sykepleieren arbeider og resonerer i sitt daglige arbeid. Hun beskriver de ulike aktivitetene i den diagnostiske prosessen i sin bok ”Diagnostic reasonment in Nursing”.

Carnevali har som hovedtese at å være i balanse, gir de beste vilkår for god helse. Å ha en best mulig balanse mellom de krav som utfordrer deg og de ressurser du har til å møte dem., gir likevekt i tilværelsen. Oppstår det ubalanse, påvirker det helsen. Dette er utgangspunktet for sykepleierens arbeid. Carnevali engasjerer seg i sine bøker i hvordan sykepleie skal utøves. Hun er opptatt av fagspråket og prosessene. Hvordan skal sykepleien formulere seg

ved kartlegging og intervensjoner, slik at det på en tydelig og enkel måte kan overleveres informasjon og samtidig sikre forståelse og kontinuitet i sykepleiearbeidet. Carnevali er opptatt av prosessene i i sykepleieprosessen med fokus på datasamling, diagnosearbeid og dokumentasjon. Hennes arbeid er derfor vel egnet til å belyse denne oppgaven.

Det diagnostisk arbeidet ser Carnevali på som todelt, arbeidet med å finne den medisinske diagnose og arbeidet med å finne en sykepleiediagnose. Arbeidet med å finne den medisinske diagnosen, mener hun er et delegert arbeid, da det kun er medisinerne som kan gi pasienten en diagnose. Sykepleiediagnosen setter sykepleieren selv, og det er derfor et selvstendig arbeid. En sykepleier dyktiggjør seg i dette arbeidet ved erfaring, ferdigheter og kunnskap og ønske om å utvikle seg faglig. Hun henviser til Benner (1993) og hennes teori om trinnene i utviklingen fra en novise til en ekspertsykepleier.

Carnevali er prosessorientert. Hun beskriver hvorledes hjernen arbeider med å huske og lagre opplysninger, slik at sykepleieren kan forstå prinsippene. Hun beskriver prosessen med å samle data og med å gruppere dem, et arbeid som påvirkes av om man er novise eller ekspert. En ekspert kan gruppere sin data raskere, fordi vedkommende har mer erfaring i å se hvilke data som hører sammen. Også selve diagnostiseringsprosessen går hun inn i, og beskriver de ulike aktivitetene som hun mener prosessen består av og hvorledes selve arbeidet foregår. Hun gir ingen direkte oppskrift for hvordan data skal samles inn og grupperes, men refererer til at de fleste arbeidssteder har sine egne datasamlingsguider, og nevner spesifikt VIPS-modellen som en metode i sin bok.(1993).

Hun skiller også mellom en generell datasamling og en *problemorientert datasamling*. Den utgår fra den aktuelle pasientsituasjonen, enten ved at det er pasienten selv som tar opp problemet, eller at det er sykepleieren som ut i fra data ser et behov som bør utforskes. Denne metoden kan brukes dersom pasienten kommer for behandling, eller utredning av et bestemt helseproblem. Selv om datasamlingen fokuserer på ett område, forgrener den seg utover på andre områder, slik at datasamlingen kan bli ganske omfattende. Det er imidlertid perspektivet som blir annerledes, i det tar utgangspunkt i en problemstilling og derfra søker seg utover.

5. Årsaker til vekttap hos eldre

Oppgaven har til hensikt å forsøke å finne hvilke årsaker som kan ligge bak et ufrivillig vekttap hos eldre. Det finnes en del litteratur om emnet. Det er tatt utgangspunkt i både bøker og tidligere forskning, samt satt et fokus på nyere forskning.

Kroppsvekten er vanligvis på sitt høyeste i alderen 50-70 år. Deretter anses det som en del av den naturlige aldringsprosessen at vekten reduseres med inntil 10 kg i løpet av en 20-års periode. Det kan skyldes en gradvis svekkelse av lukt- og smakssansen, og en langsommere ventrikkeltømming som resulterer i tidligere metthetsfølelse. Dessuten er væskeinntaket hos eldre ofte for lavt og kan føre til tørre slimhinner, svekket smakssans, svelgproblemer og obstipasjon, faktorer som kan virke inn på appetitten. Normal aldring innebærer endring av kroppssammensetning. Muskelmasse og vannfase minsker, mens det relative fettinnholdet øker, mest markert hos kvinner (Laake, 2003).

Det aldersrelaterte vekttapet består av Sarcopeni som er et uspesifikt tap av kroppens muskelmasse, cachexia som er patologisk betinget tap av fettfrie masser, mens wasting skyldes tap av vekt på grunn av ikke tilstrekkelig kaloriinntak. Denne fysiologiske aldersmessige prosessen utsetter eldre for risiko for ufrivillig å tape vekt ofte i sammenheng med andre risikofaktorer. (Cicero 1999)

Laake angir somatisk sykdom, alderpsykiatrisk sykdom, svelgvansker, sosiale forhold og manglende spesifikk diagnostisering av mangelsykdommer, som mulige årsaker til vekttap hos eldre (Laake, 2003).

”Årsakene er ofte sammensatte og dreier seg om et samspill mellom aldring, somatiske eller alderpsykiatriske helseproblemer og sosiale vansker” (Laake, 2003 s. 155).

Både overvekt, underernæring og feilernæring er utbredt hos eldre. Protein-underernæring er vanlig, og Laake antyder at prevalensen for de som befinner seg i risikogruppen er ca 12 %. Et vekttap på mer enn 10 kg, er et alvorlig sykdomstegn. Selv et vekttap på 4-5 kg på et år kan være et mulig uttrykk for sykdom. Et annet mål på vekttapet kan være en beregning av BMI (bodymassindex), der vekt og høyde er utgangspunkt for beregningen; pasientens vekt dividert med høyde x høyde.(dessverre angitt feil hos Laake). Hos eldre bør imidlertid BMI-

grensene justeres opp et nivå. Laake viser til at dødeligheten er lavest hos eldre som har en BMI på 28 (Laake, 2003).

Når det gjelder proteinunderernæring er det viktig å være oppmerksom på B12-mangel, folinsyremangel, D-vitaminmangel og jernmangel. Det kan fanges opp i geriatrisk standard prøvesett, likedes som diabetes og thyrotoksikose. Serum-albumin mener Laake ikke er en god nok markør, både fordi den er uspesifikk, men også fordi hypoalbumi først sees ved betydelig protein-underernæring. En kostanamnese, og en kostliste ført over et døgn kan gi god oversikt, og da i kombinasjon med en oversikt over medikamenter og eventuell alkoholbruk. En undersøkelse bør ta i betraktning kognitive og emosjonelle forhold ved siden av en full organstatus. Videre bør det gjøres brystundersøkelse og rectumeksplorasjon. Blod i avføringen kan være utgangspunkt for malignitetsutredning ved rgt.thorax og ultralyd abdomen. Ved kronisk diaré bør det også utredes bredere med tanke på malabsorbsjon (Laake, 2003).

Vekten hos eldre går ned selv om fettdepotene øker. Det skyldes reduksjon av kroppsvann. Det har betydning for kroppens håndtering av medikamenter. Fettløselige midler kan gi et økt depot av legemiddelet i fettvevet. Det kan skje med legemidler som Diazepam. For vannløselige legemidler betyr det at de løses opp i mindre væske ettersom mengden kroppsvann er redusert. Paracetamol får eksempelvis en høyere serumkonsentrasjon hos eldre enn hos yngre. Huden mister sin elastisitet, det betyr at den eldre får en rynker. Antall fett og talgkjertler reduseres og gjør derved huden mer tørr. Leddene blir stivere med alderen, samtidig reduseres muskelstyrke og beinvev. Det kan medføre at kroppslengden avtar. Nedsatt balanse og osteoporose kan være en følge. Imidlertid kan denne utvikles ved trening og fysisk aktivitet (Sletvold og Nygaard (i Bondevik, 2006).

Svelgevansker; tørre slimhinner, diuretika, Sjøgrens syndrom(vanlig ved leddgikt hos gamle), skaper problem ved inntak av mat og legemidler. Det kan skyldes øsofagitt (hiatushernie, refluks eller medikamentinduserte slimhinneskader), øsofagusdivertikkel eller cancer (Laake, 2003).

Sorgreaksjoner kan gi årsak til vekttap på 5-10 kg. Ensomhet og understimulering kan også være årsak til at den eldre mister motivasjon til å spise regelmessig. For enkemenn kan manglende kunnskaper om matlaging gi et mangelfullt kosthold. Depresjon kan gi nedsatt appetitt. I spesielle tilfeller kan vrangforestillinger omkring mat og fordøyelse og

konsekvenser som at de eldre nekter å ta til seg mat og drikke. Demens kan føre til at den eldre glemmer å ta til seg næring (Laake, 2003).

Dårlig økonomi, eller heller opplevelsen eller ideen om å måtte spare eller ikke være villig til å spandere gode råvarer, kan gi underernæring. Også være et begynnende tegn på demens. Praktiske forhold som tungvint adkomst (4.etasje uten heis), dårlig mobilitet eller i kombinasjon med for lite hjelp, kan føre til manglende mulighet til å gjøre innkjøp og tilberede fullverdige måltider (Laake, 2003).

Synet svekkes med alderen på grunn av fordunklinger, men også fordi pupillestørrelsen avtar og reduserer mengde lys som mottas på netthinnen. Det kan gi seg utslag i at den eldre blir langsynt og får problemer med å se i mørke. Også tåreproduksjonen kan avta, slik at det kan bli nødvendig med kunstig tårevæske. Hørselen kan også svekkes, særlig for høyfrekvente toner (Sletvold og Nygaard (i Bondevik, 2006).

Hjernens vekt avtar med alderen på grunn av et kontinuerlig tap av hjerneceller gjennom hele livet. Endret søvnmønster kan ha i sin årsak i dette, samt noe langsommere motoriske reaksjoner (Sletvold og Nygaard (i Bondevik, 2006).

Hjerte og lunger får redusert kapasitet. I munnen kan en reduksjon i antall smaksløker, svekke smakssansen, særlig for salt og sukker (Sletvold og Nygaard (i Bondevik, 2006).

Mageslimhinnen blir mindre motstandsdyktig på grunn av færre slimproduserende celler. Det kan minske beskyttelsen ved mageirriterende medikamenter. Leveren minsker i størrelse og kan ha redusert kapasitet i forhold til utskillelse av medikamenter. Nyrene får mindre evne til å konsentrere urin og redusert evne til å skille ut slagprodukter. Insulinproduksjon øker, men cellene har en overfølsomhet for insulin slik at det likevel vil gi en nedsatt glukosetoleranse. Immunapparatet kan svekkes med alderen, og redusere motstandskapasiteten mot infeksjoner (Sletvold og Nygaard (i Bondevik, 2006).

Aldersforandringer og aldersassosiert sykdom kan bidra til at sykdomspresentasjonen kan være annerledes hos eldre. Det kan være vanskelig å skille mellom aldersforandringer og sykdom. Viktige å lindre plager, strebe etter funksjonsforbedringer og kompensasjon hos eldre. Et område som overses er muligheten til forebygging av helseplager hos eldre (Sletvold og Nygaard (i Bondevik, 2006).

6. Kartlegging av vekttap

6.1 Datasamlingsguider

Arbeidet med å definere begreper internasjonalt som kunne bidra til et å skape et klassifikasjonssystem for sykepleierdiagnoser startet for omkring 30 år ved at den amerikanske sykepleieorganisasjonen ANA tok fatt på å utvikle ICNP(International Classification for Nursing Practice). Hensikten var å systematisere de data som sykepleiere generelt bruker for å sikre gyldighet, pålitelighet, nøyaktighet og sikkerhet i beslutninger og utøvelse, samt å skape et standardisert felles språk. Mest kjent er NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) som er en taksonomi av sykepleiediagnoser. ICNP har i dag integrert klassifikasjonssystemer for pasientproblemer(nursing phenomena), sykepleiehandlinger(nursing actions) og pasientresultater(nursing outcomes) på et verdensomspennende språk som et integrerende rammeverk Det finnes flere klassifikasjonssystemer, som blant annet er tilrettelagt for hjemmesykepleie, rehabilitering og helsesøstervirksomhet.

Fremdeles ligger det utfordringer i form av begrepsmessige, metodologiske og semantiske vanskeligheter. Skal man utvikle et klassifikasjonssystem deduktivt, induktivt eller i kombinasjon, hvorledes skal begrepene navngis og klassifiseres og være valide i forhold til språk og relevans over landegrensene, og hvordan skal begrepene uttrykkes i ord og kunne uttrykke komplekse sammenhenger. I Norge har få steder tatt i bruk klassifikasjonssystemer, og ingen norsk utgave av klassifikasjonssystemene var testet ut i praksis (Hellesø, Hjortnæs, Holm, Husby, og Børmark, 2003).

I sykepleien nr.4(2003) referer Heidi Snoen Glomsås i en artikkel resultatene fra sin hovedoppgave i sykepleievitenskap. Hun har sett på den norske utgaven ”Sykepleiediagnoser Nanda – Definisjoner og klassifikasjon”, 2001-2002, utgitt på Akribe forlag 2003. Glomsås mener at ICNP ikke er godt nok utviklet for bruk i klinisk praksis. Hun mener klassifiseringen fremdeles mangler flere viktige termer. Kvaliteten på termene er ujevne og flere mangler dessuten definisjoner

6.2 Nic, Noc og Nanda og vekttap hos eldre

Det finnes ingen spesiell diagnose under ufrivillig vekttap, men diagnosen "altered nutrition, less than required", er veileder for observasjon og tiltak til pasienter ved ernæringsproblematikk. Det finnes her et eget avsnitt som omhandler problematikk i forhold til eldre. Her nevnes forhold som bør undersøkes videre som økonomi, sosial faktorer (for eksempel manglende transport), mangel på sosial kontakt, mentale og kognitive faktorer og depresjon, og medikamenters virkning på inntak av ernæring. Ved hvert av disse punkt er det henvisninger til forskningsartikler som relaterer at til at punktet er evidensbasert, og også i den grad at det er evidensbasert sykepleie. Imidlertid må man også ha med seg det generell avsnittet først for å få med seg de normale kjennetegnene på underernæring, og nødvendigheten av å undersøke munnhulen. Den eldres fysiske funksjon er ikke nevnt. I tillegg bør på punktene i "Swallowing, impaired" og den direkte henvisningen til Adult Failure to Thrive medtaes. Begge punktene gir innspill til kartlegging av pasienten.

Det siste punktet, tar med en vurdering av pasientens ADL- funksjon, og har spesielt fokus på kognitiv funksjon (demens) og depresjon. Bakenforliggende sykdom som diabetes, feilernæring, diare, nyresvikt, dehydrering, fatigue, og vekttap og nedsatt evne til å delta i dagliglivets realiteter, er også nevnt. Både vurderinger og konkrete tiltak kommer i uorganisert rekkefølge. Selv om mange punkter kan gjenfinnes, er det ikke helt lett å få en god oversikt med tanke på hva sykepleien bør ha i fokus ved et ufrivillig vekttap hos eldre. Det er imidlertid tatt med punkter som viser at et vekttap ikke bare er mangel på ernæring, men må sees i et viere perspektiv. Det er vanskelig å få frem en helhetlig kartlegging, ved å anvende Nic. Det er et udefinert skille mellom observasjoner og intervensjoner.

6.3 Nina Kristoffersen Jahrens datasamlingsguide.

Nina Jahren Kristoffersens nye datasamlingsguide, kom i forbindelse med utgivelsen av hennes lærebøker i år 2000. Datasamlingsguiden er velutviklet og inneholder et langt mer presist observasjonsrepetoar. Særlig er punktene som er kommet inn i forhold til observasjoner av ernæring, et viktig bidrag til et fokus på denne problematikken. Den er

også spesifikk nok i forhold til kartlegging av de eldres problemer. Observasjonspunktene som er lagt inn harmonerer med forslagene i Nic, men er tydeligere.

Ved å anvende denne guiden får sykepleien kartlagt de fleste viktige elementer i forhold til ernæring, men også andre viktige data utover dette. Fysiske, psykiske, sosiale, økonomiske og miljømessige forhold er berørt i denne guiden. Det vil si guiden er omfattende nok til å fange hele pasienten og kan gi et bilde av graden av den funksjonelle helsen som pasienten har. Likevel synes det å være et behov for et fokusert kartleggingsverktøy eller en standardprosedyre i utredningsøyemed. Den datasamlingsguiden er omfattende og generell, og skal være anvendelig utgangspunkt både for kartlegging av den eldre, likeledes som for planlegging av sykepleietiltak. Jaren, Kristoffersen tar observasjonene mer på alvor. Hun systematiserer guiden i fire hovedområder; aktuell situasjon, mestringskapasitet, grunnleggende behov og vaner, og tilslutt pasientens subjektive opplevelse og mestringsmotivasjon. Den aktuelle situasjonen fanger opp pasientens egen opplevelse av sykdom, sammen med personlige opplysninger, medisinske opplysninger.

Mestringskapasitet henspeler på den fysiske og mentale kapasitet, samt evne til å forstå og bli forstått. Imidlertid virker underpunktene for knappe til å fange dette perspektivet.

Mestringskapasitet kan forstås som forutsetningene for å kunne mestre de grunnleggende behovene. De fysiske aktiviteter er trukket ut av grunnleggende behov, og blitt en del av mestringskapasitetet. Det er imidlertid satt fokus på det mentale ved mestring (et punkt som bør utvikles langt bedre). Dette kan se ut som et forsøk på å samle mestringskapasiteten og derved avspeile ADL-funksjonen, i form av en oversikt over pasientens mestringsevne i forhold til de grunnleggende behov. Det som er viktig å understreke i denne sammenheng, er at datasamlingen når det gjelder de grunnleggende behov fanger viktige observasjoner.

Det er områdene under mestringskapasitet, samt ernæring og eliminasjon som utgjør fokus i forhold til ufrivillig vekttap. Guiden har ingen aldersbetraktninger implisert.

6.4 Fokusert kartlegging

Et fokusert kartleggingsverktøy eller en standardprosedyre i er tenkt å kunne være både en hjelp men også en kvalitetssikring ved utredning når det gjelder vekttap hos eldre. Ved den spesifikke utredningen, letes det etter årsaker og forklaring på tilstanden. Det er avgjørende for å kunne sette i gang behandling eller tiltak for å kurere pasienten, lindre ubehag, eller

sette i gang tiltak som kan vende vekttapet. I en forebyggende planlegging, bør det også være et perspektiv på at pasienten i størst mulig grad kan fortsette å få være uavhengig og selvhjulpen. Sykepleierens unike mulighet ligger i å kunne gjøre observasjoner, og derved finne viktige spor eller ledetråder, som kan få betydning for utredningen. Men hva er viktige observasjoner i denne sammenhengen, ved utredning av et ufrivillig vekttap hos eldre?

I oppgaven er det gjort søk etter et kartleggingsverktøy for ufrivillig vekttap hos eldre. Det er ikke gjort noe spesifikt funn på dette. Imidlertid er det flere kartleggingsverktøy hvor kartlegging av underernæring er tema. Flere av disse skjemaene kan fange opp mye relevant informasjon, fordi tematikken har svært mye felles. Et par artikler om temaet er sett på i forhold til dette.

Et av spørsmålene i problemstilling er om det kan la seg gjøre å bygge et diagnostisk verktøy, som i så stor grad som mulig, kan ivareta en sikkerhet for at de ulike mulige årsakene til et ufrivillig vekttap blir utredet og eventuelt utelukket. Ved å bygge videre på det teoretiske og forskningsmessige bakgrunnsmateriale som er lagt til grunn for oppgaven, er hensikten å skissere et forslag til en praksisrelatert modell ved kartlegging av ufrivillig vekttap hos eldre.

6.5 Kartleggingsprosessen

Doris Carnevali har gått dypt inn i prosessen som omhandler hvordan sykepleieren resonnerer og diagnostiserer pasienten. Hun er opptatt av prosessene i sykepleiens arbeid, med et spesielt fokus på datasamling, vurdering og dokumentasjon. Hun illustrerer sykepleierens datasamlingsarbeid som arbeidet med å samle inn informasjonenheter og gruppere dem. Disse informasjonsenhetene er som små biter som inneholder eksempelvis observasjoner, kunnskap, tidligere erfaring, sammenligning med lignende tilfeller. Disse kommer frem fra både kortidslageret og langtidslageret i hjernen. Jo mer erfaren en sykepleier er, desto større er disse lagrene og desto mer erfaring har hun i å sette dem sammen. Carnevali viser til de generelle datasamlingene, og nevner Vips som et eksempel på grupperinger av data.(henv.)

I klinisk praksis har det eksistert mange ulike datasamlingsguider, både mellom ulike sykehus, men også innad i avdelingene. I de senere årene har ofte store sykehus tatt initiativ

til samordning, slik at de er en felles guide som anvendes. Dette har aktualisert seg som et nødvendig behov etter hvert som sykepleiedokumentasjonen skal være EDB-basert..

Carnevali nevner to former for datasamling, den generelle eller den fokuserte/ problem-løsende datasamlingen Ved en fokusert modell, velges det ut spesielle områder som datasamlingen konsentreres omkring.

Som erfaren ekspertsykepleier har jeg brukt dette utgangspunktet på en lignende måte. I likhet med Carnevali er grunnlaget for datasamlingen at sykepleieren i møte med pasienten gjør observasjoner, mottar inntrykk, eller henter frem fra tidligere kunnskap eller erfaringer, data i form av informasjonsenheter. Sykepleieren grupperer disse informasjonsbitene sier Carnevali, og henviser til VIPS-modellen for å antyde hva hun legger i å gruppere data. Det vil si at sykepleieren setter merkelapper på disse ”gruppene” som eksempelvis ”eliminasjon”, ”ernæring”, ”søvn og hvile”, osv..

Jeg velger å forenkle bildet og kaller de samme informasjonsenhetene for ”informasjonsbiter”. Disse bitene skal sorteres i ”bokser”. Det er et uttall av informasjonsbiter som har tilknytning til alder og ufrivillig vekttap. Sykepleieren sorterer ”bitene” opp i ulike ”bokser”. Hvilke navnelapper ville hun merke ”boksene” med ved ufrivillig vekttap hos eldre?

Både Carnevali og Laake legger vekt på den funksjonelle helsen hos eldre. Det å mestre dagliglivets aktiviteter er grunnleggende for den eldre, i forhold til å kunne ivareta sin egen helse. Det bør også gjenspeile seg i datasamlingen av pasienten. Det tydeliggjør noen av områdene for datasamlingen; Hvorledes klarer pasienten å skaffe seg mat? Er han/hun i stand til å tilberede måltider som krever bruk av komfyr/stekeovn eller mikrobølgeovn. Klarer pasienten å spise selv? Hvordan er det med kostholdet, er det variert, eller ensidig? Egne tenner? Tygging og svelgfunksjon? Toalettvaner? Veier pasienten seg jevnlig? Har han/hun noen som ser innom seg og som kan hjelpe til ved behov?

Det er viktig å ha klart for seg at informasjonsbitene som det her letes etter, kun skal bidra til kartlegging av pasienten, slik at det kan bli mulig å finne en diagnose. Datasamlingen legger deretter utgangspunkt for pleieplan og tiltak.

6.6 Viktige innholdskomponenter ved kartlegging

Modellen skal være praksisnær, og det kan være nyttig med en kort liste over stikkord som kommer frem ved praksiserfaring, og undersøkelser i litteraturen over hvilke sykepleieroppgaver som er knyttet til utredning av vekttap.

Sykepleieren flere viktige oppgaver i utredningsarbeidet:

- Observasjoner
- Forberede og informere pasienten om undersøkelser og ha kunnskap om disse
- Kostanamnese, og kostregistreringer
- Ernæringsproblematikk
- Kartlegge tyggefunksjon, tannstatus, trang hals, svelgproblemer, matens konsistens, kvalme, lukt og smak, manglende sultfølelse, dårlig matlyst
- Utføre forordnede tiltak; Observere urin- og avføring og ta prøver, blodtrykk, oppspytt til bact., oppkast (observasjon av innhold), føre kost- og drikkelister, registrere urinmengde (inn/ut-regnskap), sørge for at blodprøver blir bestilt og tatt, administrere intravenøst, observere bivirkninger av medisiner
- Kognitive problemer – observere pasientens orientering for tid og sted, evne til å forholde seg til avtaler, kognitiv utredning
- Psyke; angst, fobier, depresjon, hukommelsessvikt, skam
- Fysisk; gangvansker, apraksi, bære tungt, trapper, syn, hørsel,
- Fordøyelse; magesmerter, andre smerter, fordøyelsesbesvær, gass, avføringsproblemer
- Pasientens kunnskap om ernæring og fordøyelse
- Kunnskap om medikamenter og bivirkninger, bruk av smertestillende
- Sosiale faktorer, vanskelige familieforhold, ensomhet

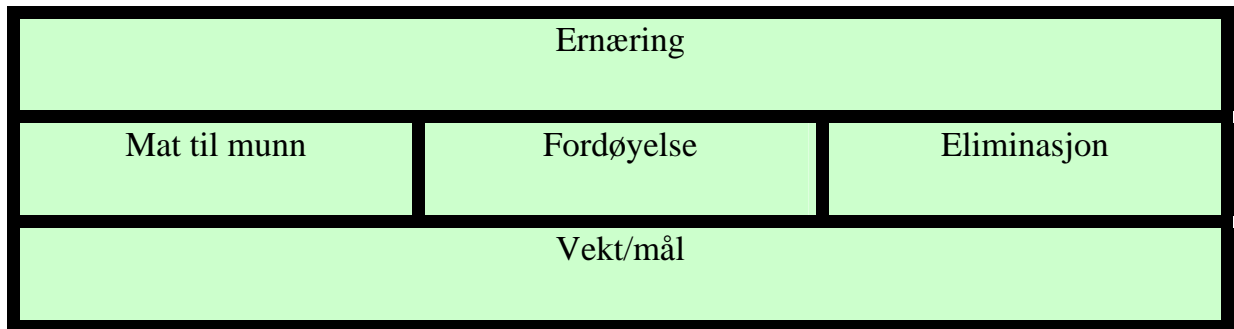
- Økonomiske faktorer, minstepensjon, husleieøkning
- Kontakt med pårørende og hjemmetjenesten
- Dokumentasjon

Her er en del av de faktiske gjøremålene. Det er en utfordring å finne et system/ verktøy hvor dette kan sorteres og implementeres. Det kan eksempelvis gjøres ved å følge oppgavene i et logaritmisk verktøy. Det kan imidlertid bli vanskelig å følge i en travel sykepleiehverdag, og føre til stans i rekkefølgen for utførelse av oppgavene. Det kan eventuelt da krysses ut for oppgaver som er gjort, slik at det blir tydelig hva som mangler. Som prinsipp kunne et logaritmisk verktøy være spennende å utvikle fordi det krever en tydelig bevisstgjøring på de ulike oppgavens rekkefølge og prioritet. Det kan gi et godt utgangspunkt for forbedringer og eventuell innsparing av tidsbruk både for helsepersonell og pasient.

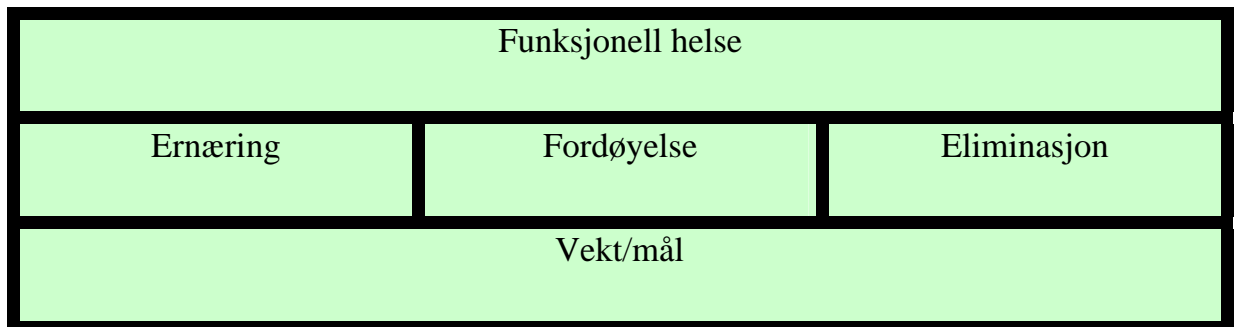
En annen løsning kan være å fordele oppgavene nivåvis etter prioritet, ved å ha eksempelvis 4-5 nivåer. Blodprøver, urin og avføringsprøver ville komme høyt opp, samt kostanamnese og igangsettelse av kostregistreringer og vektkontroller. En tredje metode er gå videre på Carnevalis tanker om å sortere innsamlede data i bokser. Ved å sette opp så mange informasjonsbiter som mulig ut i fra kunnskap, erfaring og forskning, (også ved å se i andre datasamlingsguider) og deretter gjennomgå disse, har følgende 5 hovedgrupper ("bokser"), pekt seg ut.

Disse fem områdene gir fokus for datasamlings som er aktuelle ved vekttap. Neste fase er å finne en type logisk systematikk ved oppsett av en modell. Har de fem områdene en logisk rekkefølge eller en logisk sammenheng? Og hva er hovedtemaene under hvert område? Det er to alternative plasseringer som kan gi en meningsfull tilnærming. Den første modellen plasserer Ernæring øverst på toppen, både fordi ernæring innvirker på alle de andre områdene, men også fordi ernæring og vekt plassert på horisontal akse angir viktigheten av å se hva den eldre trenger av ernæring (input) mens vekt i andre enden gir et mål på om sykepleieren lykkes(outcome). Blir vekten stabil, og går den oppover? Langs den vertikale aksene er selve ernæringsprosessen den logisk oppbyggingen, I det at det er her maten anskaffes, spises, fordøyes og avfallsproduktene skilles ut. Det å skaffe seg mat (funksjonell helse) , fordøyelsesprosessen, og eliminasjon er de tre hovedområdene for observasjoner

Modell nr. 1



Modell nr.2 ser slik ut:



Den tar utgangspunkt i funksjonell helse som det viktigste område for å kunne mestre dagliglivets utfordringer i forhold til å skaffe seg er riktig ernæring og vedlikehold sin vekt. Den vertikale aksene får tilnærmet lik prosess, men hovedpunktet forskyver seg fra hvordan den eldre får anskaffet, tilberedt og spist maten til hva den eldre faktisk spiser og i forhold til hva den eldre har behov for.

Legges den siste modellen til grunn, er det laget følgende forslag til underpunkter i en matrise for en artikkeloversikt, når det gjelder nyere forskning.. Rammen er et sorteringsvektøy. Kategoriene har fremkommet etter grovlesning av litteraturen.

Fokusområder innenfor de fem hovedgruppene:.

Hovedområde r	Fokusområder			
Funksjon	Innkjøp	Tilberedning	Tilrettelegging	
Ernæring	Kostvaner	Kostkunnskap	Kostsammensetning	Kostregistrering
Fordøyelse	Tygge- og svelgproblemer Munnhelse	Bakenforliggende sykdom Infeksjon	Medikamenter	Kvalme og smerter
Eliminasjon	Urin- og avføring Produkt og prosess	Oppkast/ oppspytt Svette	Tilrettelegging	
Vekt/mål	Veiing	Laboratorieprøver	Andre antropometriske mål	

Det som nå blir et spennende moment, er å se hvorledes artiklene fordeler seg innenfor denne rammen. Se neste side.

Hoved områder	Fokusområder			
Funksjon	<p>Innkjøp</p> <p>Shopping, Unosson 1991 og kunnskap Moriguti 2001</p> <p>Depresjon</p> <p>Hickson 2006, Thompson, 1991, Morley, 1998, Moriguti 2001 Alibhai, 2005 Rehman, 2005</p> <p>Sorg</p> <p>Tap av ektefelle, Alibhai 2005, Rehman, 2005,</p> <p>Psykiske lidelser</p> <p>Bilbao-Garay, 2002, 33%</p> <p>Forstyrret kroppsbilde, spiseforstyrrelser. Rehman,2005</p> <p>Kognitiv dysfunksjon, pga demens el depr. Lewko2003</p> <p>Emosjonell isolasjon, food manipulasjon, sorg kolestrol-frykt, redd for å sette i</p>	<p>Tilberedning og tilrettelegging</p> <p>Demens</p> <p>Wallace 2002, Chapman 1994 Hickson 2006, Alibhai2005 Rehman, 2005,</p> <p>Nedsatt syn og hørsel</p> <p>Nedsatt syn, Cicero 1999</p> <p>Nedsatt syn og hørsel, Alibhai 2005</p> <p>spise selv</p> <p>self-feeding skills are lost, demente Moriguti 2001</p> <p>Bo alene:</p> <p>Lack of motivation Moriguti 2001</p> <p>Hickson ,2006</p>	<p>ADL-funksjon</p> <p>Innaktivitet</p> <p>Chin 2003,</p> <p>Nedsatt aktivitet, Unosson,1991</p> <p>ADL/IADL-svikt</p> <p>Lewko 2003</p> <p>Funksjonell disability, fysisk, psykisk, psykososialt Moriguti 2001</p> <p>Disability, functional decline and fractures Alibhai, 2005</p>	<p>Økonomi</p> <p>Økonomiske ressurser, og sosial støtte</p> <p>Moriguti 2001, Hickson 2006,</p> <p>Sosioøkonomiske forhold. Alibhai 2005</p> <p>Wallace 2002,</p> <p>Lav utdannelse</p> <p>Alibhai, 2005</p> <p>Mack 2003</p> <p>Finnes flere</p>

	halsen fobi Moriguti 2001, angstlidelser, Alibhai 2005			
Ernæring	<p>Kostvaner</p> <p>Redusert appetitt</p> <p>Budtz-Jørgensen 2003</p> <p>Mowè, 2002</p> <p>For lite mat og drikke, Unosson 1991</p> <p>Alkohol</p> <p>Rehman 2005 Bilbao-Garay 2002</p> <p>Tobakk</p> <p>Smoking, Alibhai, 2005 Bilbao-Garay 2002</p> <p>Dehydrering,</p> <p>Cicero 1999</p> <p>Spisevegring,måte å avslutte livet på, Moriguti 2001</p> <p>Obs. null pr. os. Hickson 2006</p>	<p>Kostkunnskap</p> <p>Mangler kunnskap av mat, tilberedning og ernæring Moriguti 2001</p> <p>Dementes situasjon, Rehman, 2005</p>	<p>Kostsammensetning</p> <p>Økt metabolisme Moriguti 2001</p> <p>Unngår mat som er v. å tygge</p> <p>Budtz-Jørgensen 2003</p> <p>Vandring hos demente øker energibehovet, Alibhai 2005</p> <p>Stress, Alibhai 2005</p>	<p>Kostregistrering</p>
Fordøyelse	<p>Tygge</p> <p>Budtz-Jørgensen 2003</p> <p>Green, 2002,</p> <p>Moriguti 2001, Cicero 1999 Hickson 2006,</p>	<p>Kvalme</p> <p>Hickson 2006,</p> <p>Huffman 2002</p> <p>Av medikamenter, Rehman 2005, kronisk kvalme,obstipasjonAl</p>	<p>Medikamenter</p> <p>Polyfarmasi,</p> <p>Pirlich(2005) og Lewko 2003</p> <p>Mye diuretika, mindre sm.still., Unosson 1991,</p>	<p>Bakenforliggende sykdom</p> <p>25% prevalens,12,5 høyrisiko</p> <p>Cancer,ikke onk cancer og lunge</p> <p>Eldre over 75 år</p>

	<p>svelgproblemer</p> <p>Lewko 2003 Rehman 2005 Wallace 2002, Chen 2001, Cicero 1999 Alibhai 2005</p> <p>Metthet, Hickson 2006</p> <p>Dyspgahi, Moriguti, 2001</p> <p>Munntørrhet</p> <p>Xerostemia Budtz-Jørgensen 2003</p> <p>tørr munn(Xerostemia) som ofte skyldes medikamenter Moriguti, 2001</p> <p>Munn og tannhelse</p> <p>Cicero 1999</p> <p>oral cavity problems, periodontitt Moriguti, 2001</p> <p>dårlig tannhelse som gir probl. m tygge/svelge, Alibhai 2005</p>	<p>ibhai 2005</p> <p>Smerter abdominale smerter 26%, Bilbao-Garay, 2002</p> <p>Smak og lukt</p> <p>Alibhai, 2005</p> <p>Bivirkn. av medikamenter .Moriguti ,2001, Cicero 1999</p> <p>Medikament +A Hickson 2006</p> <p>Tap av luktesans, tegn på Alzheimer, Lewko 2003</p>	<p>og medisinforbr.</p> <p>Medikament-interaksjoner, Cicero 1999</p> <p>Digitoxin, neds.ap., Sorbitol, theophyl-lin, gir malabs. , tyroxin øker metabolismen Bilbao-Garay, 2002</p> <p>Eller øker metabolismen Moriguti, 2001</p> <p>Druginteractions ; digitocin, metfor-min, antibiotics, Moriguti, 2001</p> <p>antihistaminer, captopril, carbamazepine, allupurinol, levodopa, clofibrate, lithium, baclofen, kan gi endret smak Moriguti, 2001</p> <p>medikament-forbruk Mowè 1994</p> <p>kolestrolsenkende midler, antihistaminer, antibiotika, anti-inflammatoriske midler,</p>	<p>utsatt for UE</p> <p>Kruizenga 2003</p> <p>Cancer, metab. og GI, Bilbao-Garay, 2002</p> <p>Thyroxicose, Cicero 1999</p> <p>Cancer 38%, halvpart i GI, GI-maladies, motility dis., pep.ulcer, cancer, Wallace 2002, + pankreatitt, cøliaki, mesenteric ischemi, mal.ab. Kols, Rehman 2005</p> <p>Anorexia nervosa, Sjøgren`s syndrome Moriguti, 2001</p> <p>Coexisting med illness, Alibhai 2005</p> <p>Gallesten, hypercalsemi, hyperthyriodea, Kols, congestive hjertesvikt, parkinson Moriguti, 2001</p> <p>Kreftformer, Rehman 2005</p> <p>Infeksjon</p>
--	--	--	--	---

			<p>bronkodilateren de preparater, astma medisiner, antihypertensia, parkinson og antidepressiva. kan gi fra seg smak, Schiffman 1997</p> <p>Delayed gastric emptying Rehman 2005</p> <p>Reduced stomach capacity Morley 2001</p>	Rehman 2005
Eliminasjon	<p>Avføring</p> <p>Alibhai 2005 Diare er vanlig Rehman 2005</p> <p>Urin</p> <p>Uremi, Rehman 2005,</p> <p>tap av kalorier gjennom urin og fæces Bilbao-Garay,2002</p>	<p>Oppkast/ oppspytt</p> <p>Huffman, 2002</p> <p>Selvindusert, pga uremi Rehman 2005</p> <p>Svette</p>	Tilrettelegging	
Vekt/mål	<p>Veiing/BMI</p> <p>Hickson 2006, Rugås 2003, Green 2005, Cicero, 1999, Moriguti 2001, Rehman, 2005</p>	<p>Laboratorieprøver</p> <p>Cancertester, anemi, lavere albumin og kolestrol nivå, se Hernandez,2003</p> <p>unormaliteter i blodprøvene Bilbao-Garay,2002,</p> <p>de viktigste testene: Lewko(2003), Huffman(2002),</p>	<p>Antropometiske mål</p> <p>Chen, 2001, Anthropometric measurements (Gazewood, 1998,</p> <p>anthropometrisk mål er sjeldent i bruk Green, 2005</p>	<p>Andre u.s</p> <p>Rektal , abdominal og bekken u.s. og hepatitt, Cicero 1999</p> <p>Calorimetri, Roubenoff</p> <p>Ultralyd, CT, endoskopi, Hernandez,</p>

		Rehman(2005)		2003Stool
--	--	--------------	--	-----------

7. Diskusjon av funn

Carnevali er opptatt av at pasienten må få hjelp til å mestre dagliglivets og omgivelsenes krav. Hun beskriver sykepleierens oppgaver i forhold til diagnostisering på dette området som tidligere nevnt i teorikapittelet, side 28.

I kartleggingen av pasienten bør sykepleiere gripe fatt i de aspektene som hemmer fremming av helse, og de aspektene som forvanskes ved nedsatt funksjon. Hun bør samle inn data om hvorledes pasienten håndterer sitt daglige liv. Ved vekttap hos eldre kan det være flere årsaker til at pasienten har en funksjonssvikt. Det er vanlig å dele svikten inn i underkategoriene; fysisk-, kognitiv-, psykologisk-, sosial og økonomisk nedsatt funksjonsevne. (Laake, 2003) Disse kategoriene stemmer overens med WHO definisjon av helse. Disse kategoriene legges til grunn for en helhetlig vurdering av den betydning som nedsatt funksjonsevne kan ha, i forhold til å utrede et ufrivillig vekttap hos den eldre. I denne drøftingen er nyere forskning satt sammen med annen litteratur som kan utdyper symptomer og tegn hos den eldre.

7.1 Den funksjonell helse hos den eldre

Den funksjonelle helse sees i denne sammenhengen i et geriatrisk perspektiv.

Aldersforandringer, eventuell sykdom eller andre lidelser som kan innvirker på den Eldres helse og daglige funksjon, har betydning for den Eldres daglige liv og helsemessige funksjon. Ved utredningen av et vekttap er det viktig å få tak i de faktorer som kan være til hinder for at den eldre kan skaffe seg mat, tilberede den og spise den. Forskningslitteraturen som er valgt har et medisinsk perspektiv, med den hensikt å finne kunnskap om hva sykepleien bør være oppmerksom på av ulike tilstander og tegn på disse.

7.1.1 Nedsatt funksjon

De aldersmessige forandringene som oppstår ved aldring kan ha betydning for økt risiko for underernæring hos eldre. Ved underernæring endres kroppen med tap av fett og muskelvev. Det er en generell enighet om at mengde kroppsfett øker frem til 75 års alder, for så å minske eller forbli stabil. (Rehman, 2005) Fettfrie masser som inkluderer muskler, organvev, hud,

og ben, er nedadgående allerede fra 40-50 års alder. Dette tapet bidrar til en reduksjon i skjelettmasse, og særlig hos kvinner, til en reduksjon i bentetthet. Dette skjer hos friske personer, slik at det kan tenkes at nedgangen kan forsterkes ytterligere hos syke eldre. Muskelmassen har betydning fordi den bidrar til å opprettholde fysisk funksjon, styrke og ved sykdom. Selv et fall på 10% kan hos friske personer lede til nedsatt immunforsvar, økt infeksjonsrisiko, og økt dødelighet. (Landers K.A.(2001) og Broadwin J. (2001)) Referert hos Hickson(2006) For eldre kan dette bildet ha enda større konsekvenser.

Sarcopeniens (tap av muskelmasse) etiologi er ukjent , og det kan ikke antas at det er en del av aldring ettersom også friske personer mister muskelmasse, men det kan virke som det oppstår metabolske forandringer ettersom man eldes. Mangel på fysisk aktivitet har essensiell betydning for utvikling av sarcopeni, ved ikke å anvende musklene tapes muskelmasse, mens en økt aktivitet bremser opp tapet (Roubenoff, 1999) gjenstår forskning på dette området for å kartlegge de underliggende årsakene. (Hickson,2006)

Unosson (1991) har gjort en studie der man fant at nedsatt fysisk aktivitet og nedsatt generell fysisk kondisjon, utgjorde risikofaktorer for mindre inntak av tilstrekkelig mat og drikke. I studien deltok 104 pasienter, en like stor kontrollgruppe, matchet for alder, kjønn og diagnose i alderen 69 – 94 år. Denne studien antydte at demografiske faktorer og primære ADL-funksjoner har mindre betydning for utvikling av protein-energi underernæring hos geriatriske pasienter. Mens *fysisk funksjon og medikamentbruk* kan synes mer viktig å vektlegge. De som var underernærte hadde et høyere forbruk av diuretika, men et lavere forbruk av smertestillende. Man fant at nedsatt aktivitetsfunksjon, og nedsatt generell fysisk kondisjon, førte til mindre inntak av tilstrekkelig mat og drikke. Større forbruk av smertestillende i kontrollgruppa, kan tyde på at smertelindring kan ha en positiv betydning for ernæringsstatus hos eldre.

“Functional status will decline with advanced age, which serves as a major risk factor for malnutrition in the elderly in some studies” (Unosson et al.1991, Ritchie et al.1997)

Undersøkelse av kaloriinntak, funksjonell helse, assistansebehov, og tilgang til mat er viktige deler i en utredning. Vurdering av syn og funksjonell helse i forhold til aktiviteter i dagliglivet kan avdekke funksjonell svikt. (Marton et al 1981)

Moriguti et al. (2001) mener funksjonelt nedsatt helse er det som vanligvis bidrar mest til underernæring hos eldre, men at det ofte er det som lett blir oversett ved et legebesøk. Den funksjonelle helsen er definert som fysisk, kognitiv og psykososial helse. Moriguti et al. refererer videre en nyttig og konkret beskrivelse for hva som er viktig å observere i forhold til den eldres funksjoner i måltidssituasjonen. Den eldre bør observeres mens vedkommende spiser. Vurderingen bør være ganske detaljert og bør ta med hvordan den eldre sitter ved bordet, om den eldre klarer å spise selv, eventuelle vanskeligheter med å mestre bestikk og å håndtere drikkeglass, tiden den eldre bruker, hvor mye mat som blir spist, tyggeproblemer eller svelgvansker, synsvansker som har betydning ved spisingen, og tilsatt kvaliteter ved maten den eldre spiste, om maten var appetittvekkende og tiltalende. (Hentet fra Fabiny et al.1997)

Både aktiviteter i dagliglivet og den instrumentelle IADL, er viktige mål på pasientens funksjon. En rekke medisinske tilstander kan nedsette disse aktivitetene. Utgangspunkter er en vektlegging av vurderinger i forhold til medisinsk, farmakologisk, psykisk og fysisk perspektiv. Lewko et al.(2003). Chin et al.(2003) viste at fysisk inaktivitet alene eller i kombinasjon med vekttap, kunne være en enkel måte å identifisere en subgruppe av eldre som ikke opplevde at de hadde god helse, som viste mangel på essensielle sporstoffer, og som hadde nedsatt fysisk funksjonsnivå. Undersøkelsen var et samprosjekt i 9 land i Europa og inkluderte 849 ikke institusjonaliserte eldre mellom 75-80 år.

Den fysiske funksjonen kan ha stor betydning for å kunne klare seg på egenhånd, spesielt når det gjelder å handle, og tilberede mat. Unosson et al.(1991) kom med denne nyttige betraktningen; *When the support that the elderly have relied upon are lost or diminished in their old age the elderly may have difficulty in forming new attachments, in coping, and in caring about life. Financial and functional dependencies have been linked to malnutrition in the elderly. Deficits in the instrumental activities of daily activities like shopping, preparing meals, taking medication, handling finances, etc.have long been considered as risk factors for malnutrition in the elderly (Unosson et al.1991).*

7.1.2 Nedsatt syn og hørsel

Aldersforandringer i øyet, og da spesielt med tanke på grønn og grå stær svekker synet hos eldre. Synet kan i tillegg bli svekket av andre sykdommer, som apopleksi eller Diabetes.

Hvor mange svaksynte og blinde det finnes i befolkningen er vanskelig å få en nøyaktig oversikt over. Men en ser en hyppigere forekomst av blindhet og svaksynthet med alderen, og da særlig etter 70-75 år. I en undersøkelse av synsproblemer hos 590 pensjonister i og uten for institusjon, kom det fram at en av seks pensjonister hadde manglende lesesyn med egne briller (Karoliussen og Smebye, 1997).

Nedsatt syn vil i mange tilfeller påvirke mange aspekter ved dagelivets hos eldre. Noen opplever at livsutfoldelsen blir begrenset, og noen kan reagere med angst, sinne og frustrasjon over å ikke kunne gjøre ting som var en selvfølge før (Karoliussen og Smebye, 1997).

Proteinunderernæring kan ha øke risikoen for flere problemer, blant annet katarakt og aldersrelatert makuladegenerasjon sier Cicero (1999).

Synet har betydning for hvordan den eldre kan klare seg i sine daglige gjøremål. Nedsatt syn kan skape vansker både når det gjelder å handle in mat, tilberedningen av den, men også i forhold til å få spist den. Det sier Shiffman (1997) noe om; "Visual and hearing losses may makes preparing foods difficult or impossible and resulting in malnutrition".

Denne fysiologiske aldersmessige prosessen utsetter eldre for risiko for ufrivillig å tape vekt ofte i sammenheng med andre risikofaktorer. Sosial faktorer som manglende krefter til å handle og lage seg mat, fattigdom, begrensede valgmuligheter av mat (sykehjem) Cicero (1999) mener det er helt nødvendig å være tilstede og observere mens pasienten spiser; hvordan han håndterer bestikket, hvordan han spiser, om han har tygge- eller svelgvansker, men også om han har synsproblemer eller hørselsproblemer.

Payette et. Al (1998) oppsummerer i sitt arbeid, som inkorporerer 11 andre studier, flere faktorer som hadde betydning for underernæring hos eldre. De fant at nedsatt syn var en signifikant variabel. Variablene som ble undersøkt var kokekunnskap, ensomhet, isolasjon, matpreferanser og overbevisninger, depresjon, stress og sorg, tilgjengelig service og assistanse, tannstatus, mat tilgjengelighet, matforbruk/ mat-omkostninger, fysisk funksjonsevne, appetitt og sykdomsstatus. De forsøkte å skille ut hvilke faktorer som var de viktigste og kom frem til; stress, sykdom, nedsatt appetitt, og nedsatt syn som signifikante og uavhengige variabler.

Det er få funn av hørslenes betydning i artiklene, av den grunn tilføyes det viktige aldersrelaterte betraktninger fra faglitteraturen.

Ved økende alder opplever mange at hørselen blir svakere. Dette gjelder særlig evnen til å høre høyfrekvente lyder, og evnen til å skille lyder fra hverandre. Nedsatt hørsel bland eldre forekommer hyppig i følge flere undersøkelser. I en undersøkelse av eldre over 70 år fra to distrikter i Akershus kommune, fant en at 28,7 % hadde en verifiserbar hørselssvekkelse, og at den viktigste årsaken var presbyakusis (Aldersbetinget hørselsnedsettelse) (Karoliussen og Smebye, 1997).

Hørselssvekkelse kan ofte føre med seg en rekke problemer for den eldre i hverdagen. Noen eldre undervurderer hørseltapet sitt, og tror de hører bedre enn de gjør. Grunnen kan være at de i vante omgivelser kan oppfatte nøkkelord, og ut ifra logisk sans fylle ut resten av setningen slik at de forstår det som blir sagt (Karoliussen og Smebye, 1997).

Følelsen av sosial isolasjon og ensomhet kan forekomme hos eldre med hørselshemming. Hørsel er en av våre viktigste sanser, og den er svært viktig i sosiale sammenhenger. Nedsatt hørsel skaper større sosial isolasjon enn nedsatt syn (Karoliussen og Smebye, 1997).

Hørselshemmende eldre kan også bli mistenksomme. Det er lett å tro at andre ”snakker bak ens rygg”, når en ikke hører hva som blir sagt. Sinne, frustrasjon og nedsatt selvbilde på grunn av at de ikke fungerer sosialt som før, er andre faktorer som påvirker eldre psykologisk (Karoliussen og Smebye, 1997).

7.1.3 Nedsatt kognitiv funksjon og demens.

Forekomsten av kronisk kognitiv svikt øker med alderen. De vanligste årsakene til demens er vaskulær demens og Alzheimer`s sykdom. Prevalensen er høy hos menn mellom 80 og 85 år. Karsykdom som forårsaker hjernesykdom er oftest årsaken. De viktigste risikofaktorene er høyt blodsukker, hypertensjon, atrieflimmer, karotisstenose, og generell aterosklerose. (Laake 2003) Hos noen foreligger det en mulig reversibel årsak ved tilstander som langvarig depresjon(pseudomens), medikament-bivirkninger, vitaminB12-mangel, m.fl. Det er vanlig å gradere svikten i forhold til svikten i dagliglivets aktiviteter, der moderat svikt er der pasienten trenger hjelp til flere funksjoner, mens alvorlig grad er der pasienten er helt avhengig av hjelp. Det er vanlig at symptomene starter med en mild grad med mindre grad

av funksjonshemming i dagliglivet. En forholdsvis stor andel av disse utvikler Alzheimer`s sykdom innen 1-2 år (Laake, 2003).

Pasientene som er i denne milde første fasen møter en ofte i geriatrien som utredningspasienter, der de utredes med tanke på Alzheimer`s sykdom. De første tegnene kan være forbundet med nedsatt orientering for tid og sted, vanskeligheter med å huske ting som å ta medisiner, handle mat, eller tilberede mat. Demenspasienter er også utsatt for nedsatt appetitt. Det er et signifikant symptom som forårsaker vekttap hos eldre. Konsekvensene kan bli muskeltap, svakhet, depresjon, økt fare for komplikasjoner og nedsatt immunforsvar. (Chapman et al.,1994). Psykologiske årsaker som depresjon, demens, angstforstyrrelser, er en av det tre hovedområdene for årsakene til ufrivillig vekttap. Pasienter med demens eller late-life psykotiske forstyrrelser, kan bli paranoide og mistenksomme til at maten de blir servert er forgiftet. (Morley(1994), referert i Alibhai,2005)

I en god del av tilfellene har pasienten problemer med hukommelsen, men sykdommen er ikke kommet så langt at den rammer dagliglivets funksjoner. Kronisk kognitiv svikt løper ofte ganske lenge udiagnostisert, ofte er det pårørende som tar initiativet. Minimental-status er en standardtest for eldre. ”Many of the studies investigating the relation between cognition and nutrition focus on nutritional deficiencies as a cause of dementia or cognitive decline. There is fare less information available about dementia or other dysfunction as a cause of mal-nutrition” “Weight loss and changed eating behaviours is a recognized characteristic of the progressive dementing process” Hickson (2006). En undersøkelse av Priefer og Robbins(1997) antyder at langsommere tygge- og svelgrespons, også kan opptre i tidlige stadier av sykdommen. Svikt i selve prosessen med å velge mat, bringe maten til munnen og tygge den, hadde konsekvenser for demente sykehjems pasienter i undersøkelsen som ble utført av Berkhout et al(1998). De antydte at det kanskje heller kan være årsaken til at demente taper vekt, enn selve sykdommen. De samme hindringene møter spesielt slagpasienter og pasienter med Parkinsons`s sykdom. Dette område er i utvikling i forskningssammenheng, og det finnes allerede en del litteratur om emnet.

Det er også kjent at Alzheimer`s sykdom kan medføre endringer i luktesansen, og at dette kan ha effekt på spisevaner og mengde mat som blir spist. Det er tydelig sier Hickson(2006) at ved demens skjer end del grunnleggende forandringer som påvirker evnen til å spise, og disse endringene kan skje allerede tidlig i forløpet av sykdommen. Rehman(2005) mener at

sykdomsbildet relatert til vekttap hos demente, ennå ikke er godt nok undersøkt. En kombinasjon av flere faktorer kan ha betydning så som, å glemme å handle mat eller glemmer hvorledes maten skal tilberedes, apraksi, agnosi, anosmi, paranoide tanker om mat, og et økt kaloribehov på grunn av økt aktivitet.

7.1.4 Depresjon

Det er flere faktorer som kan gjøre livet tungt og vanskelig for eldre. De opplever kanskje tap av ektefelle, venner og gode naboer. Rollen de har hatt i arbeidsliv og familie endrer seg, og endringer i helsesituasjon kan føre til mindre fysisk aktivitet. Dette kan utløse betydelig tristhet og sorg. Ensomhet og understimulering kan bidra ytterligere, og utløse en depressiv episode. Hjerneslag og demens øker risikoen, og likeledes alvorlig sykdom eller langvarig bruk av legemidler (benzodiazepiner). Nedregulering av monoaminer og transmisjon kan også minske motstandskraften mot nedstemthet og depresjon hos eldre, ettersom man antar at disse stoffene har betydning ved affektiv sykdom (Laake, 2003)

Noen av de vanlige symptomene ved depresjon kan være motorisk og kognitiv passivitet, isolasjon, følelse av nedstemthet, tar lett til tårene, og kan ha vrangforestillinger om liten egenverdi og sviktende kroppsfunksjoner. Depresjon kan også utløse uro eller gi tanker om selvmord. Insidensen av selvmord hos eldre menn er høy. Et av de vanligste instrumentene ved kartlegging av depresjon hos eldre er MADRS. (Laake, 2003)

Depresjon er en krevende sykdom, og må ikke forveksles med sorg, tristhet eller lettere depresjon som kan opptre og gli over ved påkjenninger i livet. Mange eldre søker ikke hjelp på grunn av manglende energi, eller fordi de har en oppfatning om at det ikke er hjelp å få. Pårørende og helsepersonell har en tendens til å bagatellisere problemene og relatere det til aldersforandringer. Symptomene hos eldre kan være vanskelige å oppdage fordi de er vage eller ligner på andre sykdommer. Nedsatt hukommelse er et tegn som forveksles med en utvikling av demens. Dette fører til at mange eldre ikke får behandlet sin depresjon. Den kan derved vedvare over flere år og gi meget alvorlige følger. (Moxnes, 2001)

De typiske symptomene er: nedstemthet, tap av interesser og gleder, nedsatt energi, konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, tanker om skyld og uverdighet, og pessimistiske tanker om fremtiden. Livet føles som et ork, og kan ha

påtrengende tanker om å ta sitt eget liv. Søvnene kan bli forstyrret og appetitten nedsatt, noe som fører til vekttap. Vanskeligheter med å ta avgjørelser.

Hos eldre kan symptomene på depresjon være atypiske som:

- ingen nedstemthet, kun somatiske symptomer
- lettere symptomer, men med stor funksjonssvikt;
- konsentrasjonsvansker og nedsatt hukommelse, forveksles med demens
- Rastløshet, klamrende og krevende adferd, men handlekraftig; økt selvmordsfare
- Overbevist om at man har en alvorlig sykdom, selv om legen ikke finner tegn på dette
- Motsatte symptomer som appetitt og vektøkning, økt søvnbehov, følelse av å være blytung i armer og ben, overfølsomhet for avvisning
- Vaskulær depresjon ved forandringer i hvit substans i hjernen, vanskelig å behandle og ofte tilbakefall.

Angst og depresjon er vanlig hos eldre. Undersøkelser viser at opptil 20% over 75 år, har moderat angst, 3% av disse hadde angst av alvorlig grad.(Engedal m.fl. 2004)

Den eldre med depresjon kan gi følelsesmessige symptomer som utilfreds eller tiltaksløs, men også bli urolig, irritabel og oppfarende. Følelsen av å være betydningsløs kan føre til at den eldre opplever tomhet og føler seg som en person uten verdi. Følelsen av nedstemthet er nødvendigvis så utpreget som hos yngre.(Karoliussen og Smedbye, 1997) De mentale symptomene kan forveksles med demens i form av manglende konsentrasjon, hukommelsesproblemer, forvirring og motorisk uro. Depresjonen kan også opptre som somatiske symptomer som smerter i magen, søvnforstyrrelser, kronisk tretthet og vekttap. Den kan være vanskelig å roe den eldre i forhold til disse symptomene, til tross for gjentatte undersøkelser.(Karoliussen og Smedbye, 1997)

Det er en økende grad av oppmerksomhet omkring betydningen depresjon kan ha som årsak til alvorlig vekttap hos eldre personer (Morley, 1998)

Thompson et al.(1991) finner at depresjon er den mest vanlige årsaken til vekttap hos eldre. Både depresjon og sorg kan endre på den eldres matvaner og influere negativt ved at eldre spiser mindre sier Hickson (2006). Moriguti et al.(2001), viser til at mange eldre reduserer

sitt inntak av mat noen måneder før de dør, og antyder også at eldre som synes at livet er blitt en tung byrde, slutter å spise som en etisk akseptabel måte å forlate livet på.

. Alibhai et.al (2005) samler depresjon, demens og angst, under den felles betegnelsen ”psykiske lidelser.” Det blir sagt lite konkret om depresjon, det nevnes at MADRS er et anvendelig instrument ved mistanke om denne diagnosen. Rehman (2005) sier at depresjon hos eldre er svært vanlig med en forekomst på 15% blant hjemmeboende eldre, av disse har 3,6 % alvorlig depresjon(Blazer et al). Han viser videre til Thompson et (1991) at depresjon har vist seg som en av de vanligste diagnosene ved ufrivillig vekttap. Chen et al.(2001) henviser også til Thompson og Blazer. Og tilføyer at depresjon er vanlig når den fysiske helsen svikter og det sosiale nettverket minsker.

7.1.5 Sorg

Sorg er en sammensatt følelsesmessig reaksjon på tap, og selve sorgprosessen kan være forskjellig fra individ til individ. ”*Hos eldre gjør en stille innbitt sorg seg ofte gjeldende. Opplevelsen av å ha mistet den en har vært sterkt knyttet til, kan føre til så store forstyrrelser at den eldre går inn i en sykdomstilstand. Enker og enkemenn har økt sykkelighet og dødelighet det første året etter ektefellens død*”. (Karoliussen og Smebye, 1997, s.867). Ettersom eldre har mindre reservekapasitet enn yngre, kan sorgarbeidet være mer energikrevende. For mange kan det også være vanskelig å finne mening i livet etter at ektefellen har gått bort, særlig for de eldste eldre. De ”yngre” eldre kan oftere få bearbeidet sorgen og få en ny blomstring. Tapet kan også være lettere dersom det har ført til befrielse fra en stor omsorgsbyrde ved den andre ektefellens sykdom. Cicero(2001) nevner at faktorer som tap av noen å spise med og psykologiske faktorer inkludert sorg og depresjon må vurderes ved ufrivillig vekttap. Hickson (2006) siterer Rosenbloom på at sorg kan ha negativ innflytelse på måltider og hva man spiser. Forandringer i matinntak kan derved være et symptom ved depresjon eller sorg. Vekttap på grunn av sorg er mer vanlig hos menn enn kvinner (Rehman, 2005) Alibhai et al. (2005) viser til at tap av ektefelle, er en viktig risikofaktor for vekttap.

7.1.6 Psykiske lidelser

Bilbao-Garay et al. (2002) fant i sin undersøkelse at årsaken til vekttap var psykiatriske problemer hos 33% av pasientene. I hans undersøkelse deltok 78 pasienter, med alder 50 -78 år. Hos 27% av pasientene ble det observert depressive symptomer som tristhet, tretthet, lett for å gråte og tap av livsgnist. 11 % hadde hatt psykiske lidelser tidligere. Videre fant de en påfallende gruppelikhet mellom pasienten som fikk en psykiatrisk diagnose og pasientgruppen hvor årsaken ikke ble funnet. Bortsett fra en faktor; at det var flere menn i sistnevnte gruppe. Alder, fysiske undersøkelser, blodprøver, var ellers like. Pasientene var polikliniske pasienter som var henvist dit med ufrivillig vekttap som hovedårsak. Antallet pasienter som fikk diagnosen psykiske lidelser var relativt høy. Det interessante var imidlertid at det kunne reises spørsmål om menn viser depressive symptomer på andre måter enn kvinner? Definisjonen av psykiske lidelser i denne undersøkelsen omfatter også depresjon og sorg som er omtalt tidligere.

I sin review finner Alibhai et.al (2005) at psykiske lidelser, og da spesielt depresjon er funnet hos 9-42% av de undersøkelsene de har sett på. Det kan eventuelt tyde på en ulik definisjon og bruk av denne betegnelsen. De anvender begrepet som en samlebetegnelse for depresjon, demens og angst, men utvider også begrepet med å vise til Morley (1990) som sier at eldre kan rammes av "late-life" psykiske lidelser, hvor den eldre kan bli paranoid og mistenksom overfor mat som blir servert, og mene at maten er forgiftet. Moriguti(2001) viser også til Morley, at Anorexia nervosa kan forekomme hos eldre som tidligere har vært opptatt av å passe vekten sin nøye. Også andre psykiatriske tilstander kan forekomme som å opptre manipulerende ved å nekte å spise, kolestrolfobi, eller redsel for å sette i halsen. Rehman (2005, s.42) viser også til samme forfatter og tilføyer at det en kvinnelig overvekt i forekomsten av Anorexia Nervosa. De typiske kliniske tegnene er "*sulting, vekttap, angst for fett, forstyrret selvbilde, misbruk av avførende midler og selvindusert oppkast. Depresjon er ofte assosiert med denne lidelsen*".

Angstlidelser hos eldre kan ha flere årsaker påpekes av Laake(2003). Han nevner typiske symptomer ved generell angst; *vedvarende bekymring, uro, anspenhet, irritabilitet, tretthet, søvnproblemer og muskelspenninger*.(s.224) Symptomene må ha vedvart over 6 måneder før pasientene får en angstdiagnose. Videre nevner han plassangst og sosial angst som årsak til at eldre kan bli isolert hjemme og derved bli ensomme og understimulerte.

7.1.7 Isolasjon, ensomhet, økonomi

“Often when the elderly lose a spouse, they are prone to suffer consequences of social isolation, loneliness, depression, financial worries and malnutrition” (Hansson et al. (1990)

Langt flere kvinner enn menn blir alene. Kvinner kan være flinkere til å støtte hverandre, og ha venninner som kommer i samme situasjon. Ofte møter hun likevel mange praktiske problemer, og da spesielt om hun ikke kjører bil, eller er uvant med å ordne opp i økonomi og vedlikehold av bolig. I en norsk undersøkelse av Ingebriktzen (1986), ble 77 eldre intervjuet og fulgt opp etter ektefellens død. Felles for alle var at sorgarbeidet tok tid og krefter. De følte seg mer sårbare, var usikre i forhold til fremtiden og svært mange var deprimerte. Selv om problemene hadde minket etter et års tid, kunne sorgen fremdeles komme i bølger. Mange fortalte at tapet av ektefellen hadde hatt stor innvirkning på det daglige liv og mange hadde heller ikke hatt ork til å lage middag til seg selv. For noen hadde tapet også etter hvert hjulpet dem til å få en større tro på seg selv og blitt mer selvstendige (Karoliussen og Smebye, 1997).

Moriguti et al.(2001) nevner spesielt sorg og vanskelighetene med å bli alene. Det kan ha stor betydning for ernæring og trivsel. Spesielt mange enkemenn kan møte utfordringer i å måtte klare innkjøp og matstell selv, fordi de kan ha lite kunnskap praktisk erfaring i dette. *“A frequent problem among the elderly is the emotional emotions due to the loss of partner or close friends. Elderly may be at a nutritional risk due to lack of knowledge about appropriate foods and food preparation. Many elderly males have neither done the grocery shopping nor learned how to prepare a meal, and lack the requisite skills to plan and prepare nutritious meals.”*

Tap av ektefellen er en av de største krisene i alderdommen. Spesielt enkemenn er utsatt for en større dødelighet de nærmeste månedene etter tapet. Langt flere enkemenn gifter seg igjen. De som velger å være alene har imidlertid ofte vanskeligheter med å tilpasse seg situasjonen. Det kan muligens ha sin forklaring i at de har vanskeligere med å be om hjelp, samt at de har vært uvant med husarbeid og matlaging. Det er viktig å være oppmerksom på at sorg kan vise seg som tilbaketrekking eller som kroppslige plager hos eldre.

Livsstils- og sosiale faktorer som mangel på kunnskap om mat, tilberedning og ernæringsmessig verdi, isolasjon og ensomhet, dårlig økonomi, nedsatt krefter kan være til hinder for at man kan kjøpe inn eller tilberede mat. En undersøkelse hos Finch(1998) viser et lavere energiinntak hos eldre som bor alene. Energi, protein, fiber, og essensielle sporstoffer var dessuten lavere representert hos lavinntektsgruppene. Hickson, 2006

De sterkeste risikofaktorene var alder over 60 år, bor alene, lav utdanning, og bruk av flere medikamenter. (Pirlich et al., 2005)

Rehman (2005) mener at sosioøkonomiske forhold kan være årsak til ufrivillig vekttap og peker på faktorer som sosial isolasjon, dårlig økonomi og ensomhet. Han støttes av Fisher (1990) som mener at eldre ofte kan ha en lavere sosioøkonomisk status og befinne seg i sosial isolasjon. Moriguti (2001) går enda et steg videre og tror at eldre kan måtte velge mellom å bruke penger på mat eller dyre medisiner; *“Poverty, living alone and emotional isolation may result in inadequate food intake, accelerated metabolism and increased loss of calories. Not only may they lack motivation to prepare a meal that only they will eat, but they may have to choose between spending money on food or on prescription medication”* (s. 73).

(Elvebakken, 1993) Ser kommenterer også dette med dårlig økonomi og mener at Svekket evne til å bevege seg, sosial isolasjon og manglende evne til å lage mat, eller til å med dårlig økonomi, kan være årsaker til redusert næringsinntak.

Dette følges videre opp av Unosson et al.(1991); *“When the support that the elderly have relied upon are lost or diminished in their old age the elderly may have difficulty in forming new attachments, in coping, and in caring about life. Financial and functional dependencies have been linked to malnutrition in the elderly”*.

Eldre mennesker kan oppleve å være de siste gjenlevende i sin generasjon, det kan gi en følelse av ytterst alenehet. At det ikke finnes andre som kan bekrefte en selv slik en var, eller hvorledes tiden en har levd i har vært, er en form for sosial ”etterlatthet” som kan være vanskelig å forestille seg. (Traaen, 1993)

Laake antyder at dårlig økonomi er en sjelden årsak hos eldre nordmenn. En del av undersøkelsen som det vises til er ikke hentet fra norske forhold, slik at Laake, kan ha rett i at nordmenn har det bedre i Norge enn i mange andre land.

Likevel er dyrt å leve for minstepensjonister, og spesielt for dem som ikke har reserver å falle tilbake på. Skilte middelaldrene kvinner kan komme i faresonen, de kommer oftere dårligere ut enn mennene viser ny forskning. Husleieøkning, ferske råvarer som fisk og kjøtt, utgifter til håndverkere og tannlege og bilhold, og sosial omgang med cafebesøk, kan kreve mye av et lite budsjett. En inntekts- og formueundersøkelse av viser at spesielt enslige har hatt en svakere inntektsutvikling enn folk flest (Dahl og Vogt, 1996) Selv om de eldre inntekter er lavere enn for alle andre aldersgrupper, er det færre med økonomiske problemer enn i alle andre aldersgrupper. Dette skyldes at pensjonistene har lavest gjeld og forholdsvis høye formuer, selv om 1/3 av pensjonistene praktisk talt er uten formue (Englestad, 1992).

7.2 Ernæring

Det er blitt en vel etablert oppfatning at ved økende alder opplever de fleste mennesker en fysiologisk reduksjon i forhold til inntak av mat. Det har blitt betegnet som ” the *anorexia of aging*” (Morley 1997). Det gir eldre en større risiko for å en nedgang i tilførsel av energi, slik at det etterhvert utvikles underernæring og derved risiko for at sykdomsutvikling. Underernæring kan føre til en økt mottakelighet for infeksjon, forsinket sårtilheling, redusert nedbrytning av medikamenter og nedsatt både fysisk og kognitiv funksjon (Sullivan,1995). Tidligere eksperimentelle studier har vist at fremskreden underernæring er mye vanskeligere å korrigere hos eldre enn hos yngre voksne (Fiatarone et al,1994).

Underernæring kan defineres som å befinne seg i en dårlig ernæringsmessig tilstand. Dette er et viktig problem som ofte sees i blant eldre på sykehus, i sykehjem og ellers i samfunnet. 30-60% av den eldre befolkningen kan regnes som underernærte (Corish, 2000). Noe av dette kan skyldes at aldersforandringer kan bidra til å fremme underernæring. Nedsatt smak og luktesans, nedadgående tannhelse, mindre fysisk aktivitet kan ha innflytelse på ernæringsinntaket (Gariballa, 1998). En forandring i ernærings inntaket kan få drastiske konsekvenser for underernæring Mangel på sporelementer finnes gjerne i sammenheng med vekttap.(de Groot, 1999) Mange teorier har utviklet seg i forhold til å finne årsaker og mekanismene bak redusert appetitt, disse er beskrevet i flere artikler (Chapman, 2004)(Donini, 2003) i Hickson (2006)

Definisjon: “*Weight loss occurs as the result of an imbalance between caloric intake and metabolic requirements. In its simplest form, weight loss is due to inadequate caloric intake that is readily reversible with refeeding.*” (Wallace & Schwartz, 1997,s. 2)

Når er individ inntar mindre ernæring enn det kroppen har behov for, spesielt protein, vil muskelmassen minke og mengden underhudsfett reduseres. Ved å ta mål av overarmsmuskelen midt på overarmen, kan underernæring avdekkes. Underernæring kan lett utvikle seg, dersom det oppstår mangel på tilstrekkelig ernæring som inneholder nødvendige næringsstoffer i møte med sykdom eller behandling hvor ernæringen ikke kan inntas, fordøyes eller opptas i tilstrekkelig grad.. (Wallace & Schwartz,2002)

Elvebakken (1993), mener at underernæring i hovedsak kan skyldes tre faktorer:

- * for lite inntak av mat og drikke
- * dårlig næringsopptak av næringsstoffer i mage/tarm
- * uvanlig høyt energiforbruk

7.2.1 Kostvaner

Generelt oppstår vekttap på grunn av nedsatt kaloriinntak, endringer i energimetabolismen, eller tap av kalorier gjennom urin og fæces.(Bilbao-Garay et al.,2002) De sier videre at disse tilstandene opptrer ofte i forbindelse med tumorer, infeksjoner, metabolske og psykisk sykdom. Budtz-Jørgensen et al. (2003), mener at eldres tannhelse har sterk innflytelse på eldre inntak av ernæring. Eldre som har mindre enn 20 egne tenner må ofte kompensere ved å tygge mye lengre og ved å svelge større matpartikler enn de ellers ville ha gjort. Derfor unngår de mat som er vanskelig å tygge. Samtidig virker dårlig tannhelse inn på appetitten. Mowè et al.(2002), viste i en randomisert undersøkelse av nylig innlagte eldre og en kontrollgruppe blant hjemmeboende eldre, at redusert appetitt var representert hos 43% av eldre innlagt på sykehus, mot hos 15% hos de hjemmeboende. 71 % av de eldre som hadde redusert appetitt var underernærte, mens 44% med normal appetitt var underernærte. Konklusjonen var at redusert appetitt er vanlig forekommende blant eldre innlagt på hospital, og en prediktor på underernæring

Roberts et al.(1994) viste at det er forskjeller i kontroll av matinntaket mellom eldre og yngre menn. I en periode med mindre mat enn det virkelige ernæringsbehovet, tapte begge gruppene vekt, men de yngre kom seg langt raskere opp i vekt igjen, hvilket de eldre ikke gjorde. Roberts konkluderte med at alder kunne assosieres med nedsatt evne til å regulere ernæringsinntak. Videre studier av den samme gruppen, førte til antagelser om at det kan skyldes en feil som oppstår ved at eldre ufrivillig reduserer sitt energibehov i perioder med negativ energibalanse(Daz et al. 2001). Dette kan ha stor betydning for eldre, ettersom det i sykehus kan oppstå perioder med faste på grunn av operative inngrep. Ved utredning som kan medføre tømming av tarm og i den forbindelse faste, eller faste før ulike undersøkelser, kan eldre i denne tiden være utsatt for risiko for underernæring. Det kan være spesielt viktig å ta i betraktning dersom det blir utsettelse og avlysninger av undersøkelsene, slik at pasientene må gjennom ytterligere faste. Et vekttap vil ta lengre tid å gjenvinne hos eldre og av den grunn burde eldre følges spesielt godt opp under slike forberedelser. Eldre er mindre tilpasningsdyktige når det gjelder perioder med overspising eller underspising(som ved sykdom, eller ved et sykehusopphold). De har vanskeligere med å komme tilbake til sin opprinnelige vekt etterpå.(Se Roberts et al.(1994)

Elvebakken (1993) påminner om at en rekke kroniske sykdommer fører til nedsatt matlyst og økt energibehov, det gjelder særlig kronisk astma og bronkitt og kronisk hjertesvikt

7.2.2 Alkohol og tobakk

Alkohol kan erstatte en del av næringen og på den måten hemme matlysten. Enkelte gamle bruker en del alkohol uten at det er misbruk. Det kan være vin til maten, en konjakk til kaffen og en drink foran TV. Noen drikker også en del øl. Hvis det dreier seg om gamle med liten fysisk aktivitet og lite energibehov, er det en risiko for at alkoholen vil dekke en vesentlig del av næringsbehovet. Da oppstår faren for mangeltilstander, spesielt vitamin B1-mangel (tiamin-mangel), og de alvorlige sykdommene som da kan oppstå (Wernickes encephalopati (hjerneskode), eller Beri-Beri (lammelser eller hjertesykdom) og Wernicke-Korsakoffs psykose (sinnslidelse). (Elvebakken 1993, s.208)

Flere artikkelforfatter nevner farene for vekttap ved alkoholbruk; Green et al. (2005), Moriguti et al.(2001). I undersøkelsen til Bilbao-Garay et al.,(2002) viste det seg at faktorene som var det mest vanlige ved organisk sykdom var ; *mann, mer enn 50 år,*

alkoholkonsum daglig mer enn 40g., tobakksbruk, unormaliteter i blodprøvene, behov for sykehusinnleggelse. Rehman (2005) mener at alkoholisme ofte blir oversett hos eldre.

Ethanol hemmer sentralnervesystemet og svekker hukommelsen, konsentrasjonsevnen og forståelsen under påvirkning. Problemdriking i høy alder, forekommer ofte hos personer som har hatt et høyt forbruk gjennom helse livet. Langtkommen alkoholisme kan føre til kognitiv svikt (Korsakoffs psykose), muskelatrofi, hjerteproblemer, polynevropati, leveraffeksjon eller pankreatitt/diabetes. Eldre som starte med alkoholmisbruk på eldre dager, er mer sjeldent, og da ofte på grunn av tap av ektefelle, depressive symptomer eller selvmordstanker. Eldre som slutter å drikke har gode prognoser. Derfor bør alder ikke være et seleksjonskriterium for behandling. (Laake, 2003). Torgeir Bruun Wyller, påpeker imidlertid at eldre som har begynt å drikke samtidig som de utvikler en demens, kan det være vanskeligere å få etablert en meningsfull behandlingssituasjon (i Bondevik og Nygaard, 2006).

En omfattende tysk studie av 1877 eldre mellom 55 og 79 år (kontrollert for alder ved å dele inn i to grupper 55-75 og 75-79 år) viste at tannløshet hadde signifikant assosiasjon til alder, lav utdanning, lav inntekt, røking og alkoholmisbruk. Risikofaktorene for tannløshet, var uavhengig av sykdom, diabetes og kjønn. Tap av mer enn 20 tenner er en risikofaktor som er knyttet til alder. Mack et al.(2003)

Flere undersøkelser tar opp sammenhengen med alkohol og tobakksbruk. McGuire et al.(1999) antydte at inaktivitet, alkohol og tobakksbruk, samt liten interesse for hva man spiser og for hvor mye fett maten inneholder, kunne være et uttrykk for et livsstils- mønster av faktorer med negativ helsevirkning. Denne undersøkelsen var ikke spesielt rettet mot eldre, men den peker livsstil og vaner som en betydelig faktor for helse og kostvaner.

Alibhai et al.(2005) nevner tobakk som en årsak til vekttap hos eldre og viser til 3 forfatteres artikler om emnet i sin artikkel. Bilbao-Garay et al.(2002) fant i sin undersøkelse en sterk sammenheng mellom alkohol, tobakksbruk, menn over 50 år og organisk sykdom

7.2.3 Dehydrering

Selv alvorlig dehydrering er lett å overse hos gamle. Tørsten er nemlig lite uttalt, slik at det er slapphet og nedsatt almentilstand som dominerer. Innsunkne øyne og takykardi, samt tungeslimhinnens fuktighet kan være viktige indikatorer. (Laake, 2003). Det kan være nyttig og undersøke huden, mener Cicero (2001), spesielt med tanke på petekkier og dehydrering.

Dehydrering og manglende ernæring oppstår lett når eldre er innlagt på sykehus. Spesielt skal helsepersonal være oppmerksom på at en del undersøkelser krever forberedelse som tømning og faste, det er viktig at den eldre får spise imellom slik at belastningen ikke blir altfor stor. Flere slike undersøkelser på rad kan fort avkrefte den eldre. Null pr. os. bør anvendes med forsiktighet (Hickson, 2006)

Dehydrering vil si tap eller for lite tilgang på væske: Hos eldre skyldes dette oftest for lav væsketilførsel over tid. Symptomene kan være slapphet, apati, forvirring, depressiv adferd, tilbaketrekking, tretthet og paranoid oppførsel. Disse symptomene kan ofte oppfattes som alderpsykiatriske tilstander, men er enkelt reversible ved tilstrekkelig væsketilførsel. Det er ulike grunner til at eldre drikker for lite. Det kan være på grunn av at følelsen av tørste minsker ved alder, eller ofte med tanke på at man ikke skal behøve å late vannet dersom en befinner seg ute i sosiale sammenheng. Konsentrert urin, lavere blodtrykk og høyere puls er vanlige kliniske symptomer ved dehydrering. Stående hudfold er ikke nødvendigvis et kjennetegn hos eldre. (Karoliussen og Smebye, 1997)

Væskebehovet hos eldre er 30 ml pr. kg. kroppsvekt. For at nyrene skal kunne kvitte seg med avfallstoffene bør urinmengden være på minimum 500 ml pr. døgn. Typiske tegn på dehydrering er sprukne lepper, spytt og ekspektorat er seigt, øynene kan være tørre og innsukne og omgitt av gråblått ved, huden kan være tørr og flasse. På grunn av hypovolemi synker blodtrykket og fører til en kompensatorisk takykardi. Urinen kan få mørk farge og stram lukt på grunn av en økt konsentrasjon av avfallstoffer og elektrolytter. Dehydrering kan føre til tørr og hard avføring. (Sortland, 2003)

7.2.4 Kostkunnskap

Demente er en utsatt gruppe noen Rehman (2005) har bemerket; “ A combination of factors may all play a part, including forgetting to purchase groceries or prepare meals, apraxia,

agnosia, anosmia, paranoid ideas about food, and increased caloric needs due to movement disturbances.”

Moriguti et al.(2001) peker spesielt på enkemennenes situasjon; “.Elderly may be at a nutritional risk due to lack of knowledge about appropriate foods and food preparation. Many elderly males have neither done the grocery shopping nor learned how to prepare a meal, and lack the requisite skills to plan and prepare nutritious meals.”

Laake(2203) tar også opp dette, og skriver at for enkemenn kan manglende kunnskaper om matlaging gi et mangelfullt kosthold.

7.2.5 Kostsammensetning

En av de viktigste endringene hos elder er at kroppsmassen reduseres. I 70-80 års alderen kan muskelmassen være redusert med opptil 40-50%. Ved sykdom kan det skje et ytterligere tap, noe som kan gi ernæringsmessige konsekvenser (Hessov, 2004) En reduksjon i muskelmassen fører til at basalstoffsifte reduseres og derved energibehovet. Hos en 80-åring kan behovet være opptil 25% lavere enn hos en 30-åring. Dette påvirkes av aktivitetsnivået, innaktivitet vil redusere behovet ytterligere. Andel fett øker frem til 70 års alder, sannsynligvis forårsaket av at aktiviteten minsker. Kalsiumtapet fra skjelettet øker med alderen, slik at høyden minsker med ca 2 cm pr. tiår. Mowe (2002).

Det er flere grunner til at demente kan være utsatt for vekttap. Alzheimerpasienter kan spesielt i det moderate stadium av sykdommen tape vekt til tross for at de spiser oftere fordi de glemmer at de nettopp har spist. Det kan forklares i et økt aktivitetsnivå. Ettersom sykdommen progredierer, mister pasienten evnen til å spise selv og utvikler dysfagi. Moriguti et al.(2001) Demente vandrere forbruker signifikant mer energi sier Roubenoff (1999)

Protein-energi underernæring kan øke risikoen for tilstander som man ofte finner hos eldre som nedsettelse av kroppens motstand mot infeksjon, forlengelse av sårtilheling, påvirkning av hudens kvalitet, osteopeni, anemi, kognitive problemer, hypertensjon, katarakt og aldersrelatert makuladegenerasjon. Et vekttap på 5 % på 1 mnd. eller 10 % over 6 mndr. bør straks undersøkes. Det nedsatte kalori inntaket skyldes hovedsakelig nedgang i inntak av fett. Wasting skyldes tap av vekt på grunn av ikke tilstrekkelig kaloriinntak. Denne

fysiologiske aldersmessige prosessen utsetter eldre for risiko for ufrivillig å tape vekt ofte i sammenheng med andre risikofaktorer (Cicero, 1999)

De klassiske mangelsykdommene er heldigvis sjeldne blant eldre i dag. Dersom eldre ikke får tilstrekkelig mengde av de essensielle næringsstoffene, kan det over tid føre til eller forverre akutte eller kroniske sykdomstilstander og sinke helbredelsesprosesser. Mowe m.fl.(1994) mener det er betydelig underernæring hos eldre, oftest i sammenheng med ulike sykdomstilstander (Karoliussen og Smebye, 1997).

Ved jernmangelanemi kan den eldre vise tegn som tretthet, uopplagthet, smerter og dårlig appetitt, glositt og svelgbesvær. Jernmangel kan også sees i forbindelse med depresjon eller andre psykologiske forandringer. (Karoliussen og Smebye, 1997)

Kroppens jernlagre vil med alderen øke sier Laake (2003), men jernmangel er likevel en av de vanligste årsakene til anemi hos eldre. Jernmangel kan skyldes kronisk, skult blødning fra mage- tarmkanalen. Blødning på grunn av legemidler skjer som oftest som tarm eller nyreblødning. Årsakene skyldes sjeldent for lite inntak av jern. Jernmangel kan være synlig ved proteinunderernæring og ofte i forbindelsen med B12 mangel. Sortland(2003) peker på at anemi kan være et tidlig tegn på tykktarmskreft hos eldre, og at jerntilskudd ikke bør gis før tilstanden er utredet.

Absorpsjonen av legemidler reduseres ofte ved inntak av mat samtidig , hos noen kan det reaksjonen være omvendt. Medikamenter kan påvirke absorpsjon og omsetning av næringsmidler, mens næringsstoffer kan endre absorpsjon, omsetning og utskillelse av medikamenter. Dette spiller spesielt rolle ved inntak av medisiner som skal fortsette med over tid. Interaksjoner med ernæring ved intensiv medikamentbehandling kan få følger som underernæring og feilernæring. Marginalt kosthold hos eldre som har kronisk sykdom, fører ofte til mangel av B12 og folinsyre. Tablettbehandlet diabetes kan gi B12-mangel. (Karoliusse og Smebye, 1997)

Moriguti et al.(2001) tar opp at terapeutiske dietter har vært assosiert med utvikling av protein-underernæring. Salt-, sukker- og fettfattige dietter kan bli fulgt altfor strengt og derved lede til vekttap. Morley(1997) minner også om at hypertyroidisme medfører økt metabolisme.

Eldre er mindre tilpasningsdyktige når det gjelder perioder med overspising eller underspising (som ved sykdom, eller ved et sykehusopphold). De har vanskeligere med å komme tilbake til sin opprinnelige vekt etterpå (Roberts et al.1994). Underernæring forekommer hos opptil 50% av gamle sykehusinnlagte pasienter, avhengig av hvilke målemetoder som er brukt. I tillegg til at den enkelte pasient er svært tynn og mager, finner en ofte lave blodverdier av både vitaminer og sporstoffer. Dette skyldes manglende matlyst og lavt matinntak i tillegg til kroniske sykdommer med øket metabolisme. Underernæring fører til økt muskelsvakhet, flere infeksjoner, dårligere sårtilheling og dårligere livskvalitet. Dette fører igjen til lengre sykehusopphold og høyere totale liggekostnader, reinnleggelser og økt dødelighet. Det er erfaringsmessig vanskelig å oppnå en tilfredsstillende ernæringsstatus hos underernærte pasienter gjennom matinntak under et kort sykehusopphold. Derfor bør man identifisere pasienter som kan profitere på ernæringstiltak. Manglende kunnskap om hvordan en skal identifisere pasienter i risiko, samt mangler i kunnskapen om hvordan man best skal gi ernæringstilskudd, nevnes som viktige årsaker. Mowè (i aftenposten febr.2007)

De siste årene har det imidlertid kommet flere rapporter om under- og feilernæring blant eldre i Norge. I 1992 var halvparten av eldre over 68 år som ble innlagt i sykehus, underernærte (Bøhmer 1992). Ensomme og aleneboende eldre er en svært utsatt gruppe for underernæring. Underernæring ledes ofte av svakhet, tretthet, sløvhet, anemi og svekket immunsystem på grunn av mangel på jern, vitamin A, B og C. Det oppstår raskt infeksjoner som lungebetennelse og urinveisinfeksjoner. Underernæring øker faren for decubitus. Lav kroppsvekt er ikke et kriterium for underernæring. 10% vekttap på 5-6 måneder, kan være tegn på alvorlig sykdom. Sykepleieren bør reagere når pasienten forteller om et vekttap på mer enn 5 kg den siste måneden eller 1 kg pr. uke.

Hyppigheten av underernæring øker med sykehusoppholdets lengde. Pasienter som er underernærte ved innleggelse, har lengre sykehusopphold enn velernærte pasienter. Det forklarer nok i stor grad hvorfor underernæring er vanlig blant pasienter med lang liggetid.

De som kan være utsatt for underernæring er

- pasienter som spiser lite
- eldre som er i liten aktivitet
- deprimerte

- personer som har dårlig tyggefunksjon og tannstatus
- kronisk syke
- kreftpasienter
- pasienter med traumer, store sår og fistler
- pasienter med diarè
- pasienter med et vekttap på over 10 % siste 6 mndr.
- Alkohol-, stoff- og medikamentmisbrukere (Sortland, 2003, s. 166)

Sortland(2003) sier videre Vitamin C og B1 og mineraler som fosfat, kalium og sink er viktige ved sårtilheling, og mangel på disse stoffene gjør at sårene tilheler langsommere. Det oppstår lett trykksår, sprekker i huden og negleforandringer. Små hudblødninger kan ha sammenheng med lave C-vitaminverdier i serum. Underhuds fett forsvinner og muskelkraften nedsettes, lår- og leggmuskler blir tynne og kraftløse. Ventilasjon og hostekraft nedsettes. Ødemer oppstår dersom proteintilførselen er liten. Kroppen vil da mobilisere reservene og frigjøre albumin. Tap av albumin medfører væskesiv fra blodårene til vevet omkring, da evnen til å holde på væske blir dårligere. Ødemer kan således maskere et vekttap. Andre tegn kan være betennelse på tungen(glossitt), sprekker i huden, negleforandringer, hudblødninger og røde flekker på overkroppen.

7.2.6 Kostregistrering

Kartlegger hva pasienten spiser nå. Måle og veie matinntaket er mest nøyaktig, lese matvaretabeller, beregne på data; ” Mat på data 3.0” som finnes hos Landsforeningen for kosthold og helse og er basert på Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, matvaretabell fra 1995. Sortland(2003) Matkortet er et instrument som samler inn data om den eldres matvaner. Det er gjengitt hos Karoliussen og Smebye, 1997, s.342. I forskningslitteraturen som er anvendt har det vært lite fokus på ernæring og kostregistrering. Det har sin grunn i at det har vært de medisinske årsakene og symptomene som har vært fokus for oppgaven.

7.3 Fordøyelse

7.3.1 Eldres munn- og tannhelse

Eldres munn- og tannhelse påvirkes av aldring. Munnslimhinnen blir tynnere, tennene kan forverres og mistes. Når antallet tenner er mindre enn 20, blir finfordelingen av maten vanskelig (Büdtz-Jørgensen et al., 2001). Finfordelingsprosessen er nødvendig for at maten skal få den riktige konsistensen for svelging og utløser også smak og nytelse av mat. Når tyggeevnen blir dårlig, endres ofte matvanene og mulighetene for vekttap øker (Richte et al., 2000). Matvarer som kjøtt, grønnsaker og frukt, kan bli harde å tygge, og den eldre går ofte over til å spise lettygd og fiberfattig kost. Dårlig tyggefunksjon kan også gi opphav til dårlig allmenhelse og psykososiale problem (Österberg et al., 1996)

Hull, isninger og smerter kan også gjøre det ubehagelig å tygge. Vår eldregenerasjons tannhelse preges av påsatte kroner og fylninger. Det oppstår lettere kanter og kroker hvor bakterier kan få feste og utvikle seg. Når tannkjøttet trekker seg nedover, blottlegges tannhalsen og blir gjenstand for angrep av karies. Forekomst av periodontitt øker også med alderen. Ved underernæring og nedsatt immunforsvar økes muligheten for at det utvikles tannkjøttsbetennelse. Blir denne betennelsen ikke behandlet angripes tennenes støttevev og tennene blir bevegelige. Hos kvinner kan benmassen i kjevebenet minke på grunn av osteoporose, og eventuelt bidra til at tennene mister sitt feste og løsner. (Andersson, 2003)

Allmensykdom, nedsatt immunforsvar, munntørrehet, og ernæringsmangel kan forårsake forandringer i munnslimhinne og på tungen. Soppinfeksjoner kan være vanlige, og viser seg ved hvitt belegg som lar seg skrape av. Ved kroniske tilstander oppstår gjerne en rødfarge. Særlig oppmerksom skal man være på området under tannprotesene, som er utsatt som grobunn for vekst av bakterier. De utgjør en risiko for utvikling av karies, gingivitt (tannkjøttsbetennelse), og periodontitt (tannløsning). (Westergren A., 2004)

Den orale motorikken kan også bli påvirket ved økende alder. Det kan besvære tungens arbeid med tanke på å rense munnhulen for matrester, men også føre til at tyggeprosessen tar lengre tid. (Sortland, 2003). For den eldre som har hatt hele tannproteser over mange år, oppstår det et problem når protesene etter hvert blir for ”store” og mistilpassede. Den eldre gommen slites ned og gir mindre feste for protesen og forvansker derved tyggingen.

Tannproteser hos eldre har derfor ofte behov for justering og tilpasning hos en tannlege (egen klinisk erfaring).

Dårlig tannhelse, periodontitt og tannmessige tilpassningsproblemer kan innvirke på tygge og svelgeprosessen, men det er usikkert om det i seg selv kan relateres direkte til vekttap. Imidlertid kan det føre til mindre matinntak (Huffman, 2002) Dårlige tenner, dårlige tannproteser eller tannsykdom kan gi dårlig smak i munnen og derfor dårlig appetitt. Endringer i lukt og smak kan svekke matlysten. En del medikamenter kan bidra til unormal lukt- og smaksopfatning. (Elvebakken, m.fl 1993)

7.3.2 Svelgvansker

Spyttproduksjonen har flere funksjoner; den smører det som tygges slik at det letter svelgingen, og letter også rengjøringen ved matrester i munnhulen. Ved inntak av normal kost stimuleres spyttproduksjonen, mens den minker ved redusert tyggemotstand. Ved økende alder reduseres spyttproduksjonen og denne reduksjonen kan gi vansker med å svelge mat. I tillegg minsker innholdet av antistoffene som naturlig finnes i spyttet. Medisinbruk kan forårsake munntørrhet som bivirkning.

Spiserøret utsettes også for degenerering. Samordning av muskulaturen i spiserøret kan bli påvirket og gi svelgvansker, og fører ofte til feilsvelging med hoste og i verste fall blokkering av luftveiene. Mowè(1992) påviste at opptil 64% de eldre har opptil en eller annen form for dysphagi.

Dårlig tannhelse, periodontitt og tannmessige tilpassningsproblemer kan innvirke på tygge og svelgeprosessen, men det er usikkert om det i seg selv kan relateres direkte til vekttap. Imidlertid kan det føre til mindre matinntak (Huffman, 2002)

Cicero(1999) mener at munn- og tannhelse har en viktig betydning for ernærings situasjonen til den eldre. For å få gode observasjoner bør pasienten observeres når han spiser med tanke på tygge og svelgvansker. Cicero sier videre at den fysiske undersøkelsen bør inneholde en undersøkelse av munn og tenner, man bør se etter manglende tenner og undersøke svelg og brekningsrefleks.

Spisevansker, kan bestå i vansker med å starte svelgingen ved at det oppstår hosting, nysing eller tendens til å få maten opp i bakre del av nesen. Slike svelgvansker kan komme etter hjerneslag, ved Parkinson`s sykdom eller ved lammelser eller svulster. Svelgvansker kan også forårsakes av at maten stopper opp i spiserøret på grunn av svulster eller passasjehinder av annen årsak.(Elvebakken, m.fl 1993)

7.3.3 Munntørrhet

Munntørrhet gir flere symptomer: Stemmen blir tørr, hes eller smackande, eller vanskeligheter med å snakke. Leppene kan bli tørre og sprukne, og det kan oppstå sår i munnvikene. Munnslimhinnene kan bli røde og tørre, i likhet med tungen Dårlige tenner og lite spytt, kan gi vanskeligheter med å svelge (Westergren, A., 2004) Både munnhule, tunge, tankkjøtt og tenner bør inspiseres. Munntørrhet skyldes ofte medikamenter med anticholinergisk effekt, og mer sjeldent Sjøgrens syndrom (Moriguti et al.(2001) Kvinner synes i større grad enn menn å være utsatt for munntørrhet enn menn. Ved munntørrhet oppstår lettere karies, tannskader, slimhinneinfeksjoner og dessuten tale og spisevansker. Også appetitten kan påvirkes. Aldersforandringer, dehydrering og legemidler er de vanlige årsaker.(Laake, 2003)

7.3.4 Smak og lukt

Når det gjelder smak og luktopplevelse i eldre år, er det flere arbeider som har undersøkt dette. Uten smak og lukt kan maten oppleves som smakløs.

Appetitten blir påvirket av sanseinntrykk; syn, hørsel, og duft (Whitney, Cataldo og Rolfes, 1998). Manglende smak og lukt kan være tegn på parkinsons sykdom eller demens, mener flere forskere (Yamagishi et al., 1993; Stevens et al., 1995.; Wenning et al.,1995; Preifers og Robbins.,1997).

Mathey et al.(2001) påviser at ved sviktende helse, reduseres både appetitt og sultfølelse, og smak- og lukteopplevelsen minsker. Smaks- og lukteopplevelsen kan også påvirkes av medikamenter(Meyer et al., 1996). Smaksopplevelsen hos eldre kan også bli endret, slik at smaken må forsterkes, ved bruk av mer krydder i maten, for at maten skal smake den eldre (Cain et al., 1990). Hos den eldre kan mage- og tarmperistaltikken være nedsatt, og derved

føre til at man spiser mindre (Cederholm, Johanson og Sandman, 2000). Redusert helse kan også bidra til redusert appetitt og sultfølelse (de Jong et al.,1999). Likeledes har også både positivt og negativt stress innflytelse på appetitt og sultfølelsen (Whitney, Cataldo og Rolfes, 1998).

Dårlige tenner, dårlige tannproteser eller tannsykdom kan gi dårlig smak i munnen og derfor dårlig appetitt. Endringer i lukt og smak kan svekke matlysten. En del medikamenter kan bidra til unormal lukt- og smaksoppfatning(Elvebakken1993)

Tap av smaksløker opptrer først på fremste del av tungen. Smaksløkene har en halveringstid på 10 dager, og de er av den grunn svært følsomme for underernæring. Reduseres antall smaksløker vil dette redusere smaksopplevelsen. Evnen til å smake salt og søtt påvirkes først. Tungeatrofi er sannsynlig årsak til eller følge av underernæring i følge Böhmer og Mowe (2000).

7.3.5 Kvalme

Kvalme og brekninger kan være symptom på sykdom, men også være bivirkning av medisinsk behandling. Angst og belastende situasjoner, smerter, lukt eller synsopplevelser kan gi reaksjoner som kvalme. Kvalme er en subjektiv beskrivelse som kan være vanskelig å beskrive. Opplevelsen er ubehagelig, men ikke all kvalme fører til brekninger. Pasienter med sykdommer i mage-tarm-kanalen, er en pasientgruppe som rammes hyppigst av kvalme. Andre utsatte grupper er pasienter som opplever sterk smerte, har opphopninger av avfallsstoffer, nyresvikt, øresykdom, også pasienter som har unormal nedbrytning av benvev(osteoporose), eller har psykiske plager og angst. Kvalme kan også forårsakes av medikamenter, da nevnes spesielt antibiotika, antidepressiva, og analgetika. (Knutstad et al., 2006). Gallesten kan forårsake kronisk kvalme (Roubenoff, 1999)(Alibhai et al.2005)

Alibhai et al.(2005) nevner kvalme som et viktig tegn på underliggende sykdom, og derfor kan gi viktige spor ved utredning av vekttap.

Laake(2003) nevner at alvorlige infeksjonssykdommer som appendicitt, pyelonefritt og kolesystitt kan være årsak til kvalme hos eldre. Videre nevner han stenose i nedre del av spiserøret, enten med årsak i hiatushernie eller cancer, også akutt hjerte infarkt eller andre

smertetilstander kan representere seg ved kvalme og oppkast. Også kraftig obstipasjon kan gi kvalme.

7.3.6 Smerte

Smerter kan ofte være symptom på en rekke vanlige sykdommer. Både akutte og kroniske smerter er viktige helseproblemer. Mellom 24 og 30 % nordmenn sier at de har kroniske smerter. Disse smertene kan skyldes som oftest slitasjegikt, rygg- og isjassmerter, samt smerter etter operasjon eller skade, men en del kan ikke relatere smertene til sykdom eller spesielle hendelser.(Knutstad et al., 2006)

Kvinner rapporterer oftere både akutte og kroniske smerter og får oftere behandling for dem (Rustøen, Wahl og Hanestad et al.2004b)

For mange kan ubehandlet smerte føre til isolasjon, angst og depresjon, tretthet og forringet livskvalitet, og også påvirke forholdet til pårørende og venner. For mange pasienter kan det bli en utfordring å leve med smerter over tid, dersom de ikke kan finne tilstrekkelig lindring for plagene. Smerte kan defineres slik;

”Smerte er det som den personen som opplever den sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den sier at den gjør det”(McCaffery, et al, 1996, s.28)

Smerte er en subjektiv opplevelse og data samles best gjennom grundig samtale med pasienten. For kartlegging i praksis, finnes det enkelte skjemaer. Her nevnes ”Brief pain Inventory”, et smerteskjema som er oversatt til norsk. Skjemaet er testet ut på eldre som hard hoftearthrose og hudsykdommer (Rustøen, Wahl og Hanestad et al.2004a).

Ved utredning er det viktig å se smerte i sammenheng med tilstrekkelig drikke og ernæring. Smertestillende medikamenter obstipasjon, uro og konsentrasjon, samt sinnsstemning, (Knutstad et al., 2006).

Det var få direkte funn i de medisinske artiklene når det gjaldt smerte som en grunn for vekttap. I en undersøkelse av Bilbao-Garay (2002) nevnes abdominale smerter som en vanlig symptom hos 26% av pasientene.

Unosson et al.(1991) nevner eksplisitt at smertelindring kan ha en positiv betydning for ernæringsstatus hos eldre. (Roubenoff (1999) nevner at eldre pasienter bruker mange medikamenter, de fleste på grunn av kroniske sykdommer. Smerter nevnes heller ikke i disse artiklene som et spesifikt tema, når det gjelder hvilke faktorer som kan være viktige ved en utredning. Flere av skjemaene som anvendes i forhold til kartlegging av underernæring har imidlertid smerteopplevelse med som et eget punkt (SGA m.fl.).

7.3.7 Abdomen

Raping og tarmluft kan skyldes kostintoleranse, irritabel tykktarm eller at pasienten har tendens til å svelge luft. En oppfylt abdomen kan være tegn på obstruksjon, magecancer eller tarmlammelse. Smerter kan enten være svært diffuse eller direkte organrelaterte. I en undersøkelse av Bilbao-Garay et al.(2002) nevnes abdominale smerter som et vanlig symptom hos 26% av pasientene. Videre nevner de at smertene kan være organrelatert 34% av pasientene hadde ledende symptomer som kan defineres som hovedsymptomer, direkte pekende på sykdommer i et bestemt organ, oftest symptomer fra GI-tractus eller lunger. Blødninger i abdomen oppstår ved magesår, betennelser i mageslimhinnen, eller sår på tolvfingertarmen. Åreknuter i spiserøret eller mage kan likeledes forårsake blødninger. Skogen (i Tverrfaglig Geriatri, 2006)

“Gastrointestinal disorders are the most common non-malignant, organic causes of unintentional weight loss. These include peptic ulcer disease, inflammatory bowel disease, dysmotility syndromes, chronic pancreatitis, celiac disease, and mesenteric ischemia, Malabsorption in the elderly usually presents with weight loss. Although diarrhea is common, only one-third of patients with diarrhea have malabsorption. Most common source of malabsorption in the elderly are bacterial overgrowth, pancreatic exocrine deficiency and celiac sprue.”(Rehman, 2005)

36% av pasienten hadde cancer, hovedsakelig i den gastrointestinale trakt. Godartede gastrointestinale sykdommer, magesår, motilitetssykdom, gallesten, og inflammatoriske tarmsykdommer ble funnet hos 17%. (Thompson, 1996)

Fisher (1990) tilføyer ; “*Factors contributing to poor nutritional status include alterations in the gastrointestinal tract*”.

Hernandez et al. (2003), fulgte opp 276 pasienter med ufrivillig vekttap, noen av pasientene ble fulgt opp i minst 1 år før en endelig diagnose ble funnet. Henandez et al. samlet data om utredning, årsaker og overlevelse. De fant fire hovedårsaker: maligne neoplasmer, kroniske betennelses- og infeksjonstilstander, metaboliske forstyrrelser (som diabetes og hyperthyroidea) og psykisk sykdom, med ICD-klassifikasjon som utgangspunkt.. Aldersspennet i undersøkelsen var 15-97 år, gjennomsnittsalder var 66 +/- 17 år. Av 276 pasienter var 149 menn, 127 var kvinner. Gjennomsnittlig tap av vekt var 9 +/- 4kg. Av disse hadde 104 (40 %) cancer, 95 (36 %) hadde en organisk ikke-malign sykdom, 63 (24 %) hadde en psykisk lidelse. Pasienter som hadde cancer, var mest menn, eldre og hadde et større vekttap enn de om ikke hadde cancer, samt flere uregelmessigheter i laboratorieprøvene. Av pasientene som hadde cancer, hadde 23 pankreas- eller levercancer, 16 hadde gastrointestinal cancer, 14 neoplasmer med ukjent opprinnelsessted, 13 hadde hematologisk malignitet og 12 hadde prostatacancer. Selv om denne undersøkelsen hadde et stort aldersspenn, peker den på stor forekomst av lidelser i GI-tractus, og hvilke cancerformer som kan være vanlige. Prevalensen av cancer var noe høyere enn i andre undersøkelser. Det var stort sett eldre menn, med et tydelig vekttap og uregelmessigheter i blodprøvene som hadde cancer. Undersøkelsen ble utført i Spania og kan ikke automatisk relateres til norske forhold, men den er uansett et viktig tankekors. Huffman (2002) mener at de vanligste diagnoser ved ufrivillig vekttap hos eldre er cancer, både pulmonal og gastrointestinal malignitet, hjertelidelser og godartede gastrointestinale tilstander.

Elvebakken (1993) viser til denne undersøkelsen angående årsaker.

Av 1200 hjemmeboende, som hadde besøk av lege i hjemmet var fordelingen som følger;

65% fysiske årsaker (kreft 20%, godartet mage og tarmsykdom 14%)

10% psykiske årsaker (demens og depresjon)

25% ingen sikker årsak Robbins (1989) i Elvebakken 1993, s.206

Eldre har langsommere tømming av innhold i magen sier Rehman (2005), og dette har betydning for metthetsfølelsen hos den eldre og kan gi nedsatt appetitt. Det skyldes manglende evne til avslapning av mageveggen, slik at den fylles tidligere og gir en metthetsfølelse. Dette er et funn som flere forskere støtter. Morley og kolleger (2001), studerte den gastrointestinale trakt og metthetsfølelse. Metthetsfølelse er avhengig av en prosess som involverer mageveggens evne til relaksjon og hormonet cholcystokinin. Dette

hormonet øker med alder likeledes som en langsommere tømming av magen kan lede til en tidligere innsettende metthetsfølelse. Morley peker også på i tidligere arbeider at med alderen minsker veggene i magesekken noe av sin elastisitet og det kan påvirke metthetsfølelse. Dette støttes av tilsvarende funn hos andre forskere som også har funnet at eldre reagerer mindre på om det er innhold i magen i forhold til følelse av sult (Hickson, 2006).

Skogen (i Tverrfaglig Geriatri, 2006) har skrevet om fordøyelsessykdommer hos gamle, og skriver; Gastrointestinal blødning er relativt vanlig hos eldre. Det skyldes ofte cancer, ulcus eller på grunn av acetylsalisylsyre eller NSAIDs, eller i kombinasjon med steroider.

Angiodysplasier er små blodnøster som kan danne seg i tarm eller mageslimhinne, uten at man vet årsaken til dette. Videre kan divertikulitter gi blødninger. Ischemisk kronisk tarmsykdom er ofte underdiagnostisert hos eldre, tilstanden kan gi magesmerter, diare og vekttap. Obstipasjon er vanlig forekommende hos eldre. Både innaktivitet, immobilisering, nedsatt sensibilitet i rectum/anus kan være årsaker. Diarre kan skyldes tarmsykdom eller infeksjon i tarmen, men også være følge av medikamentbehandling som antibiotika.

Infeksjonssykdom, diabetes, og diuretikabehandling kan forårsake væske og elektrolyttforstyrrelser. Inntørring hos eldre kan bli livstruende.

Rehman(2005) mener et tidsavgrenset vekttap kan finne sted ved akutt eller kronisk sykdom hos eldre og deler dette inn i to hovedgrupper;

Ved normal appetitt (hyperthyroidea, diabetes mellitus og malabsorbsjon) ved nedsatt appetitt (Cancer, kroniske infeksjoner, Cardiovasculær, pulmonal eller renal sykdom)

Rehman(2005) har laget en omfattende oversikt over årsaker for vekttap hos eldre i sin artikkel på side 41. Det samme har Bruun Wyller laget i Bondevik et al. (2006), s. 106.

7.3.8 Endokrinologisk/hormonelt system

Endocrine årsaker som diabetes og hyperthyroidea ble funnet hos 3.8%, av Thompson et al. (1996). Diabetes og thyrotoksikose er de mest vanlige endokrine sykdommene som kan

forårsake vekttap. Mindre vanlig er hyperparathyroidisme og pheocromocytoma.

Rehman(2005)

Tegn som overvekt, tretthet, slapphet, ankelødemer, eller vekttap, kvalme oppkast som ved høyt blodsukker er observasjoner som er nevnt i forhold til det endokrine/hormonelle system hos (Støvring og Støvring, 2000)

Hickson, (2006) nevner at gastrointestinale lidelser som malabsorpsjon og endokrine lidelser(diabetes og thyrotoxicose), er hyppige årsaker til ufrivillig vekttap.

7.3.9 Medikamenter

Sykdom øker faren for underernæring, enten ved bivirkninger av medikamenter, kvalme eller brekninger, forsinket magetømming, anorexi, diarre og malabsorpsjon. Etersom eldre har høyere forekomst av polyfarmasi., har de også høy risiko for å oppleve disse bivirkningene. Hickson, (2006). Det er flere undersøkelser som tar opp at eldre som bruke flere medikamenter har en økt fare for underernæring Pirlich et al.(2005) viste i sin undersøkelse at polyfarmasi var en av de fire viktigste risikofaktorene for underernæring. Av 794 nylig innlagte pasienter på to sykehus i Berlin, ble underernæring funnet hos 22 %. Funnene var signifikant høyere hos pasienter med malign sykdom enn hos dem som hadde en benign lidelse, men også signifikant høyere hos pasienter som brukte flere medikamenter. De sterkeste risikofaktorene var alder over 60 år, aleneboende, lav utdanning, og bruk av flere medikamenter. Disse faktorene bør derfor tas i betraktning ved evaluering av ernæringsmessig status mener artikkelforfatterne. De støttes av flere andre;

There is a growing evidence that polypharmacy is one of the strongest predictors for malnutrition in the elderly (Griep et al.2000).

Medikamenter kan ha bivirkninger som kan forårsake vekttap. De kan også innvirke på fordøyelse, absorpsjon og metabolisme; *Mechanisms of drug-nutrient interactions include reduced food intake caused by side effects such as anorexia, nausea, vomiting, and altered taste perception. Furthermore, medications can interfere with nutrient absorption, cause*

alteration in nutrient metabolism and increase nutrient excretion (Blumberg & Couris, 1999). Det er referert til disse to siste artiklene i artikkelen til Chen et al., (2001).

Roberts et al. (1994) belyser likeledes denne problemstillingen *Medical problems and their treatment can have more dramatic effects on taste and smell, and may increase the risk of malnutrition.*

Medikamenter kan innvirke på lukt og smak. Som eksempler nevnes kolestrolsenkende midler, antihistaminer, antibiotika, anti-inflammatoriske midler, bronkodilaterende preparater, astma medisiner, antihypertensia, parkinson og antidepressiva. Hvordan disse medikamentene innvirker på lukt og smak vet vi ennå ikke. Noen studier viser at forsterkning av matens duft kan øke ernæringsinntaket hos eldre (Schiffman, 1993), (Mathey, 2001), referert hos Hickson (2006)

Reversible årsaker til endret smak som skyldes medikamenter kan være: antihistaminer, captopril, carbamazepine, allupurinol, levodopa, clofibrate, lithium, baclofen, og mindre vanlig zink. (Morley, 2001)

Moriguti et al.,(2001) har følgende bivirkninger av medikamenter med i sin artikkel:

Digitoxin nedsetter appetitt, Sorbitol fører til malabsorpsjon, Thyroxine kan øke metabolismen, Theophylline kan gi både anorexi og økt metabolisme.

En nøye gjennomgang av pasientens medikamenter, kan klarlegge om pasienten lider under polyfarmasi , som er kjent for påvirke smak og gi kvalme. Huffman påminner også om at sedativer og narkotisk smertelindring kan gi vansker med å få i seg mat. (Huffman, 2002, se art.nr.21)

Leger bør være ekstra på vakt når det gjelder medikasjon som årsak til vekttapet og interaksjoner mellom medisiner og mat, sier Cicero (1999)

Medikamenter som kan bidra til unormal lukt og smaksoppfatning, munntørrehet eller fordøyelsesbesvær: Elvebakken, 1993, s.207

Digitalis (kan endre lukt og smak)

Theophyllamin (kan gi fordøyelsesbesvær)

ACE-inhibitorer (kan endre lukt og smak)

Medikamenter med anticholinerg virkning så som

Tricykliske antidepressiva

Visse antiparkinsonmidler

Visse nevroleptika (Fenotiaziner)

Anatihistaminer(kan gi munntørrehet, svekket spyttsekresjon)

Urindrivende midler og midler mot høyt blodtrykk(diuretica)(kan gi munntørrehet, svekket spyttsekresjon)

Smertestillende midler (NSAID = Non-steroid-anti-inflammatory-drugs)(kan gi fordøyelsesbesvær og sure oppstøt)

Moriguti, (2001) referer til at antihistaminer, captopril, carbamazepine, allupurinol, levodopa, clofibrate, lithium, baclofen, kan gi endret smak. Thyoxine kan gi økt metabolisme.

I undersøkelsen utført av Unosson et al. (1991) hadde de pasientene som var underernærte et større forbruk av diuretika enn de som ikke var underernært. De henviser til at denne sammenhengen har vært diskutert tidligere, men sammenhengen er noe usikker. Imidlertid peker de på at de som ikke var underernærte brukte mer smertestillende og de antyder at det kan ha en positiv effekt i forhold til underernæring.

Lewko et al. (2003) presenterer også en oversikt over medikamenter som kan assosieres med vekttap. De nevnes her ved og kan leses i artikkelen.

7.3.10 Sykdommer som influerer på fordøyelsen

Når det gjelder vekttap bør man tenke på fordøyelsesproblemer, stoffskifteproblemer, kronisk infeksjon, ondartede sykdommer, svikt i hjerte-, lunge- eller nyrefunksjon, depresjon, dårlig økonomi, sosial isolasjon, fysisk eller psykisk forstyrrelse, tyggeproblemer, misbruksproblematikk. (Støvring og Støvring, 2000, s.45)

I 2001 ble det gjort en stor screeningundersøkelse i Nederland som omfattet 7606 pasienter, av disse var 80 % innlagt på sykehus. Hensikten var å finne prevalensen for sykdomsrelatert underernæring. Det de fant at pasienter med maligne tilstander i større grad var assosiert med underernæring enn de som ikke hadde maligne sykdommer. Men også ikke-maligne tilstander var forbundet med underernæring, spesielt gjaldt dette i forhold til gastrointestinale og pulmonale lidelser. Eldre over 75 år hadde spesielt høy risiko for underernæring. I snitt fant de underernæring hos 25 %, av disse befant seg i 12,5 % høyrisikogruppen (Kruizenga et al., 2003)

Thompson et al., 1996 fant i sin undersøkelse følgende årsaker til vekttap hos eldre; 18% av pasientene hadde depresjon, 16% hadde cancer. De fant at lunge-, colon-, pancreas-, bryst-, og prostatacancer var de vanligste ondartede sykdommene. Mens Chapman et al. (1994) fant at de vanligste årsaker er lunge- og hjertesykdom, cancer og demens hos eldre.

I en annen studie deltok 91 eldre pasienter med ufrivillig vekttap. Ingen årsak ble funnet hos 35% av pasientene tross for grundig og forlenget oppfølging og undersøkelser. 19% hadde cancer, hvor lunge- og gastrointestinal cancer var dominerende, 14% hadde godartet gastrointestinal sykdom (Rabinovitz et al., 1986).

Bilbao-Garay et al. (2002) har følgende mening om årsakene til vekttap hos eldre; Generelt oppstår vekttap på grunn av nedsatt kaloriinntak, endringer i energi metabolismen, eller tap av kalorier gjennom urin og fæces. Tumorer, infeksjoner, metabolske og psykisk sykdom, kan være andre årsaker. Videre påpeker de at 34% av pasientene hadde ledende symptomer som kan defineres som hovedsymptomer, direkte pekende på sykdommer i et bestemt organ, oftest symptomer fra GI-tractus eller lunger. Moriguti et al. (2001) fant at gallesten, hypercalcæmi, hyperthyroidea, Kols, medfødt hjertesvikt og Parkinson`s sykdom var vanlige

årsaker til vekttap hos eldre. Som mer spesielle sykdommer nevner de Anorexia nervosa, Sjögren`s syndrom.

Wallace et al.,(2002) har sett på årsakene til ufrivillig vekttap i seks ulike undersøkelser og har oppsummert årsakene; depresjon, gastrointestinale sykdommer (for det meste magesår og motilitetsforstyrrelser) og cancer, er de tre mest vanlige årsaker til ufrivillig vekttap hos eldre, men noen klar etiologi er det vanskelig å finne hos ca 25%. Hos de fleste benevnes dette som vekttap av ukjent opprinnelse.

Rehman(2005) nevner de mest vanlig ikkemaligne gastrointestinale sykdommer. De inkluderer magesår, inflammatorisk tarmsykdom, dysmotilitets syndromer, kronisk pankreatitt, cøliaki, mesenterisk ischemi. Malabsorbsjon hos eldre medfører ofte vekttap hos eldre. Rehman (2005) viser videre til at Kols er vanlig hos 71% av pasienter med vekttap. Ingen konkret årsak kan forklare grunnen, men disse pasientene har ofte økt metabolisme, nedsatt energibalanse, oksygenfattig vev og bruker flere medikamenter. Rehman(2005) nevner også de mest vanlige kreftformene som kan gi vekttap; gastrointestinal-, lever-, lunge-, bryst-, hematologisk-, prostata-, ovarial- og geniturologisk cancer. Moriguti et al.(2001) nevner spesielt lungecancer, gastrointestinal cancer og geniturologisk cancer som de mest vanlige.

7.3.11 Infeksjon

Chronic obstructive pulmonary disease” kan føre til vekttap uten at det kan relateres til en bestemt årsak. Infeksjonsprosesser kan forårsake anoreksi og hypophagi. I tillegg produseres også en katabolsk status med negative nitrogenbalanse som kan vare i uker etterpå for å opprettholde vekten og kompensere. For å opprettholde vekten og kompensere for den negative nitrogenbalansen trengs en økning på 50% i ernæringsmessig inntak.

7.4 Eliminasjon

7.4.1 Avføring

Ved aldring produseres det mindre mucus tykktarmen, noe som bidrar til at tarmen ikke ”smøres” like godt som før. Tarmperistaltikken kan også bli svakere. Vanligvis lagres en del

av avføringen i nedre del av tykktarmen til den kan tømme, mens rektumampullen er tom. Hos eldre kan imidlertid avføring hope seg i rektumampullen ved dårligere tarmfunksjonen. Nedsatt aktivitet, bruk av avførende midler, samt sykdommer i tykktarmen kan også nedsette den eldres tarmfunksjon. Obstipasjon kan være akutt og forbigående og opptrer ofte ved pneumoni, hjerteinfarkt og hjerneslag. Medikamenter som morfinpreparater og antikolinergika kan virke stoppende, i likhet med perorale jernpreparater og hostestillende midler. Den mer kroniske formen oppstår ofte på bakgrunn av immobilisering, for lite væsketilførsel og for lite fiber i kosten. Metabolske og endokrine sykdommer, svulster eller polypper i tarmkanalen samt anallidelser. Midler mot antidepressiva kan også bidra. Idiopatisk kronisk obstipasjon forekommer ved ukoordinerte peristaltiske mønstre. Fiberfattig kost, mye te og kaffe kan gi en intestinal dehydrering. Langvarig bruk av avførende midler eller undertrykking av defekasjonstrangen kan også være medvirkende årsaker.

Ved alvorlig rectumobstipasjon vil avføring pakke seg sammen i rektumampullen og kan avklemme urinrøret. Det kan oppstå obstipasjonsdiarre som kan skjule obstipasjonene. Det skjer ved tarmveggen irriteres mekanisk eller bakterielt. En slik langvarig tilstand over tid kan føre til fekal inkontinens. Ved vurdering bør det innhentes data om kostvaner, medikamentbruk, bevegelighet, og toalettvaner. (Karoliussen og Smebye, 1997)

Manglende avføring kan også være tegn på svulst i colon eller endetarm. Laake(2003) Sistnevnte bør undersøkes ved rektal eksplorasjon, eller endoskopi. Hos kvinner kan livmorfremfall trykke på endetarm og urinblære.

Avføringen kan være blodtilblandet, enten ved at avføringen farges sort og får en karakteristisk lukt. Denne typen avføring kalles melena og kan gi signal om alvorlig blødning fra mage eller andre deler av fordøyelsessystemet. Følger det med frisk blod, ligger dette oftest rundt avføringen og stammer oftest fra hemorider eller fissurer i rectum. Tørr og knollete avføring opptrer både ved dehydrering og dersom avføringen har ligget lenge i tarmlumen. Da suges vannet opp og avføringen blir tørr. Avføringen kan etter hvert forstenes og må fjernes manuelt. Dersom avføringen blir liggende kan det føre til at pasienten føler seg kvalm. Dette skyldes forgiftningen som oppstår når avfallstoffene ikke blir skilt ut. Ved manuell fjerning skal man vær forsiktig slik at det ikke oppstår rifter, i verste fall kan det gå hull på tarmslimhinnen, hvilket er svært alvorlig for pasienten. Det kan

også oppstå en vasovagal reaksjon, som gir kvalme, svette, og langsam evetuell uregelmessig puls(Jahren Kristoffersen, 2000).

Blyanttynn avføring kan tyde på passasjehinder i nedre colon eller rectum (Aahren Kristoffersen, 2000) Lysfarget avføring er tegn på manglende gallefarge, og kalles også steatorre, eller fettavføring, da en del av fettstoffer ikke avspaltes når galle mangler i tarmen. Det er svært viktig å observere avføringen ved ufrivillig vekttap, fordi den kan gi viktige spor. Manglende avføring kan være et viktig signal på ikke å starte med fast føde før årsaken er klarlagt.

Diarre vil si tyntflytende avføring minst tre ganger daglig. Det kan være spesielt farlig for eldre fordi det kan føre til dehydrering og elektrolyttforstyrrelser. Diarre kan være vanlig ved tarmsykdommer som ulcerøs colitt, cøliaki, eller tarminfeksjoner som norwalkvirus, clostridium difficile-infeksjon eller salmonella. Diarre kan også være obstipasjonsdiarre.

Diarre er vanlig forekommende , men utløser malabsorbsjon kun hos en tredel av tilfellene(Rehman, 2005)

En del pasienter har tendens til diarre, og vil gjerne unngå å spise for ikke å utløse diare. Ved diare vil kroppen ha vanskeligheter med å absorbere næringsstoffer fra tarmen. (Maten går rett igjennom uten å gjøre noe nytte".) Elvebakken (1993)

Når avføringen endrer konsistens kan det være tegn på malabsorbsjon, tarmobstruksjon., feil i kostens sammensetning, infeksjoner, eller svulst. Skogen (i Tverrfaglig Geriatri, 2006) Forandringer i defekasjonsmønsteret er ofte symptom på forandringer i GI-tractus.(Alibhai et al., 2005)

7.4.2 Urin

Urinens farge, mengde, lukt og klarhet er standardobservasjoner i geriatrisk sykepleie. Fargen kan avsløre dehydrering eller blødninger i urinveiene, som kan være aktuelt ved nyresten, og cancer i urinblæren, prostataproblemer eller ved blærehalslidelser. Proteintap som er vanlig ved underernæring, avsløres ofte ved proteinnivået i urinen. Urgeinkontinens hemmer ofte eldre i forhold til å bevege seg ute og delta i sosial kontakt. Kraftig vannlatningstrang kan være tegn på irritasjon eller infeksjon i urinblæren. Stor urinproduksjon kan skyldes hormonforstyrrelse eller ubehandlet diabetes. Grumsete urin kan

tyde på urinveisinfeksjon. Det er også viktig å ha kunnskap om at en urinveisinfeksjon kan bidra til midlertidig forvirring hos gamle(Laake, 2003)

Eldre kan tape proteiner gjennom urin og fæces (Bilbao-Garay et al.2005)

Uremia kan gi vekttap, kvalme og oppkast og lede til negativ energibalanse(Rehman, 2005)

Smerter i urinveiene skyldes oftest nyrebekkenbetennelse eller nyrestein eller en koagel. Oerflow er en tilstand som opptrer når blæren er overfylt, den slipper da urinen ut i små mengder av gangen. En overfylt blære leder til urininfeksjon og kan raskt bli livstruende, derom den ikke blir tømt. Urinforgiftning kan gi kvalme. Likeledes binyresvikt. (Jahren Kristoffersen, 2000) Uremia kan gi vekttap, kvalme og oppkast og lede til negativ energibalanse (Rehman, 2005)

7.4.3 Oppkast/ oppspytt

Bilbao-Garay et al.(2003) fant i sin undersøkelse de mest vanlige symptomene i forbindelse med vekttap. De fant at cirka 5% var plaget av kvalme og oppkast. Huffman, (2002) formidler at medikamenter kan forårsake kvalme og oppkast, og også dysfagi, dysgeusi og anorexi.Oppkast nevnes i to sammenhenger hos Rehman(2005) Først nevnes selvindusert oppkast i forbindelse med anorexi hos eldre, videre nevnes også uremi som årsak til både kvalme og oppkast. Hos Karoliussen og Smebye (1997) nevnes at kvalme, oppkast, dårlig matlyst og magesmerter kan være et tegn på urinveislidelser. Blodtilblandet oppspytt kan være tegn på lungecancer.

7.4.4 Svette

Ikke nevnt

7.5 Målemetoder ved underernæring

”De viktigste metodene for å bedømme pasientens ernæringsstatus er kostintervju, antropometriske målinger og biokjemiske data” (Sortland, 2003, s.166).

7.5.1 Vekt/ BMI

Det er viktig å registrere vekttap eller vektøkning. Det er viktig at pasienten veies på samme tid av døgnet, etter tømning av urinblæren og før måltid. Ved måling av høyden, kan kroppsvekt i forhold til høyde vurderes. WHO anbefaler at man bør ta i bruk relativ vekt, Body Mass Index (BMI) som defineres som vekt dividert med kvadratet av høyden og gir et mål for kroppsmassen. Normalområdet ligger mellom 18,5 og 24,9, der 25 regnes som overvektig, 30 indikerer stor overvekt eller fedme, mens verdier under 18,5 regnes som undervekt. En BMI lavere enn 20 øker dødeligheten, det skjer også ved en BMI på mer enn 27. Man skal være forsiktig med å tolke disse tallene og med å trekke vidtgående konklusjoner, sier Drevon(1999) ”En stor svakhet er at den ikke skiller mellom fett og muskelmasse. Det er sterke holdepunkter for at bukfett i seg selv er en risiko for en rekke sykdommer, slik at det er viktig å ha et mål for bukfettet. Laake(2003) tar til orde for at BMI-verdiene må justeres opp et nivå når det gjelder eldre.

”Det er viktig å være oppmerksom på de normale aldersforandringene ved veiing og måling av høyde. Eldre taper kroppsvann og muskelmasse og høyden avtar med økende alder. En vektreduksjon på 10 kg over en 20 års periode etter at man er 50-70 år, anses for å være fysiologisk (Laake,2003). Fra 30 års alderen reduseres høyden med 1 cm pr. tiår frem til 70-års alderen. Kroppsmasseindeks(BMI) bør være over 23, høyere enn den man anbefaler for voksne (Mowè, 2002). Eldre med lavere KMI bør vurderes nærmere med tanke på sykdom og forebygging av underernæring”. Retningslinene i Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet fra 1995, inneholder ikke retningslinjer for vurdering av KMI hos eldre. Det er en svakhet, og kan føre til en underrapportering av underernæring hos eldre. Funnene i veieprosjektet kan tyde på at det er grunn til å se nærmere på om den daglige energimengden står i forhold til de eldres behov..(Rugås, 2003).

Væskeinnhold, fettdepoter og muskelmasse kan forandre seg ved sykdom og forandrer seg når som en del av aldringsprosessen(Laake,2003)) I forbindelse med veiing, er det viktig å ha kunnskap om noen tilstander som kan ha innvirkning på pasientens vekt. Hjerter og nyresykdom kan gi ødemer som medfører vektøkning, det samme gjelder ascitesvæske eller pleuravæske i lungene. Disse pasientene er alvorlig syke og vektøkningen må ikke forveksles med en bedret ernæringsstatus. Behandling med vandrivende medikamenter kan gi vekttap. Det kan også skje ved tapping av ascitesvæske og pleuravæske. Ved disse

tappingene er det også viktig å være klar over at pasientene kan tape viktige proteiner. Hormonelle forstyrrelser kan gi vektendringer. Hypothyreose og Cushings syndrom kan begge gi vektøkning. Hyperthyreose, ulike typer cancer og malabsorbsjonstilstander kan gi vekttap selv om pasienter spiser like mye som før.

Pasienter som har en BMI på mindre 20 kg/m² har en stor risiko for underernæring. Det har vært diskutert om ikke BMI –verdien burde oppjusteres når det gjelder eldre over 75 år til derved å ligge mellom 23-25 kg/m². Hickson(2006) henviser til Stevens (2000) som har gjort en review om dette tidligere. Videre definerer han følgende vekttap som kritisk i forhold til risiko for underernæring; 5 % vekttap i løpet av 3 måneder, eller 10 % i løpet av seks måneder. Andre viktige momenter er om pasientene har hatt redusert appetitt eller spist mindre den siste tiden, for eksempel ved påtvungen faste eller diett. Han foreslår kartleggingsverktøyet MUST hos www.bapen.org. Som et enkelt og brukervennlig verktøy.

Cicero(1999) mener at en BMI mellom 20 – 25kg/m² hos eldre, bør anees som risiko for underernæring. Cicero graderer vekttap mer utførlig enn andre artikkelforfattere og har satt opp følgende oversikt:

5 % i løpet av 1 måned

7,5 % i løpet av 3 måneder

10% i løpet av 6 måneder

Moriguti et al(2001) mener at vekttap på mer en 5% i løpet av 6 måneder, bør lede til utredning, mens Rehman(2005) mener at et vekttap på 5 % i løpet av 6 – 12 måneder bør undersøkes og sier at selv vekttap på 4-5% i løpet av et år, har vist å føre til økt dødelighet. Lewko(2003) viser til at det er funnet evidens for at den optimale BMI hos eldre er mellom 24 og 27 kg/m². (Nevnes også hos Rehman, 2005). På grunn av at det kan være vanskelig å måle høyden hos eldre som er sengeliggende eller sitter i rullestol, er vekt oftere anvendt som mål enn BMI..

Måling av hudfolder visse steder på kroppen og gir en god indikasjon på kroppens energi og proteinlagre. Denne målingen er et supplement til høyde, vekt og BMI-målene, når det gjelder å avklare ernæringsstatus. Det vanligste er å måle hudfolden på baksiden av triceps på baksiden av overarmen. Man måler på den minst brukte armen, midt mellom albue(olecranon) og skulderbladet(acrmion). Hudfolden trekkes bakover og man setter en

kaliper ca 1,5cm inn på hudfolden. En annen variant er klypeprøven. Man ”klyper” pasienten like under skulderbladet og holder godt fast. Dersom fingrene ikke møtes og man kan rulle hudfolden mellom fingrene, er fettlagene tilstrekkelige.

Hensikten med denne målingen er å se om vektendringen er relatert til endringer i fettreservene eller i muskelmassen. Energooverskudd lagres rundt de indre organene og i underhuden. Hudfoldtykkelsen og armomkretsen gjenspeiler derved muskelmassen og kroppens proteinreserver. Armomkretsen måles på overarmen midt mellom skulderblad og albue. Hos voksne bør den normalt være mindre enn 24cm, hos kvinner mindre enn 20 cm.

Pasienter som har negativ nitrogenbalanse over lengre tid, vil tape muskelmasse. Tapet av muskelmasse vil generelt være større hos menn, ettersom de har større muskelmasse enn kvinner og mindre fettreserver.

Green et al (2005) har sett på ulike kartleggingsverktøy. De sier at det kan være vanskelig å få veid eldre, og derved få komplettert en del av verktøyene som både baserer seg på vekt eller BMI. De sier også at andre mål som å måle underhudsfett eller muskelmasse ved armomkrets, sjelden anvendes.

7.5.2 Laboratorieprøver og andre undersøkelser

Rehman(2005) har følgende oversikt; urinprøve, komplett blodprøve, elektrolytter, lever og nyretest, calcium, glucose, thyroid-funksjonstest, hemofec(okkult blod i avføringen), rtg.thorax. Disse testene vil eventuelt lede videre til tester som øvre og nedre gastroskopi-undersøkelse, eller CT-abdomen.

Lewko et al.(2003)har satt opp følgende tester i diagnostisk øyemed, de gjenfinnes også hos Huffman(2002) ;

Komplett blodprøvetest, med parametere for infeksjon, jern, anemi, eller lymphoproliferabel sykdom
--

Biokjemisk test for diabetes mellitus, nyresvikt eller dehydrering
--

Sjekk av hyper- eller hypothyroidisme

Samt urinanalyse for å se etter infeksjon, nyresvikt eller dehydrering

Hvis fekalt okkult blod, screenes for cancer

Bilbao-Garay et al.(2002) viser til at pasienter som hadde en malign diagnose, hadde en lavere hemoglobin og kolestrolnivåer (det gjorde også Hernandez et al.(2003), mens de fat at pasienter med ikke malign sykdom hadde høyere verdier på lever og GSR(globular sedimentation rate)

Cicero(1999) peker ut serum albumin lavere enn 3,5 g/dl, og folat- og B12-mangel som viktig å undersøke.

Hernandez et al.(2003) at det ofte forekommende unormaliteter i hepatiske enzymer(hos 52%) av pasientene med cancer; amintransferasenivåer > 50U/L, alkaline phosphatase nivå > 300 U/L og til sist gamma-glutamyl transpeptidase > 50U/L.. De viser til flere prøver og mener å langt på vei å kunne spore cancer via blodprøver. Kun 3 % av pasientene kunne ikke identifiseres via blodprøvene.

Basis screening tester som urinanalyse, komplett blood count, elektrolytter, lever og nyrefunksjon, calcium, glukose, thyroideafunksjon, avførings hemotest, rtg.thorax, vil oppdage årsaken eller lede til videre undersøkelser.(Marton 1981)

Cicero (1999) sier at den fysiske undersøkelsen bør inneholde en undersøkelse av munnhule og tenner, og se etter misstilpasning og manglende tenner, se etter svelg, og brekningsrefleks, også abdominale, thyroide, bekken og rektal undersøkelser. Se også på huden etter peteccier, dehydrering, hepatitt, og vekttap.

80% av kreften ble oppdaget ved ultralyd abdomen. Andre undersøkelser var CT, endoskopi, benmargsbiopsi, undersøkende lapraskopi, og røntgen med bariumkontrast. 2 av tilfellene ble oppdaget ved autopsi, 90% hadde tatt urinprøver, les eventuelt mer av i selve artikkelen Hernandez.et al.(2003)

Pasienter med jernmangelanemi, og symptomer som stammer fra Gi-tractus, og forhøyede leverprøver, bør gjennomgå en undersøkelse av GI-traktus, enten ved endoscopy eller øvre gastrointestinale serier, eller abdominal ultralyd Rehman (2005).

Økt metabolisme kan måles enkelt ved hjelp av indirekte Calorimetri, men slik instrumenter er meget sjeldne å oppdrive i klinisk praksis, sier Roubenoff(1999)

Ordinasjon av laboratorieprøver er i hovedsak legens ansvar, mens sykepleier ofte foretar den konkrete bestillingen og sørger for at prøven blir tatt, enten ved at sykepleier selv tar prøvene og sender dem til analyse, eller at lab'en kommer etter avtale. Etter at dataalderen har gjort sitt inntog henter legen selv ofte ut svarene, men det er oftest en sykepleieroppgave å sørge for at disse foreligger ved gjennomgang av pasientens tilstand. Det er min erfaring, at sykepleier kan være en viktig medspiller i å tenke totalt i forhold til pasienten, at man ikke tar prøver mer enn nødvendig eller oftere enn nødvendig. Det fordrer at man har både erfaring og bakgrunnskunnskap i denne delen av diagnosearbeidet. Jo mer kunnskap sykepleieren har om de forskjellige verdiene og hva de kan gi et bilde på, dess mer aktiv kan hun være i dette arbeidet. Både som påpasser og innspiller, både i forhold til utredningen, men også som pasientens beskytter.

Det tilligger også informasjon og tilrettelegging i forbindelse med slike prøver, et arbeid som for en stor del faller på sykepleietjenesten. Ofte må informasjonen fra lege både før og etter undersøkelsene gjentas. Angst hos pasienten kan være utfordrende med tanke på tilretteleggelse og behov for grundige forklaringer på hva som danner bakgrunn for de valg av laboratorieundersøkelser som blir gjort. Det er viktig at lege og sykepleier arbeider samordnet, slik at det ikke oppstår divergerende forklaringer som igjen kan gi opphav til tvil og misforståelser. Dette informasjonsarbeidet deles ofte mellom lege og sykepleier, selv om det i prinsippet vil falle under det medisinske ansvar og derved legens fagfelt. Det skjer mye overlappende arbeid mellom lege og sykepleietjenesten på dette området, ofte uten klar delegering av oppgavene i forkant.

8. Konklusjon

8.1 Anvendelse av teori

Carnevali(1996) har en svært praktisk tilnærming til oppgavene i sykepleiepraksis. Hun tufter sin beskrivelse på sykepleieprosessen, og hun er opptatt av hvordan sykepleieren arbeider, samler data og hvordan hun tenker og resonnerer i forhold til å stille en sykepleiediagnose. Carnevali`s presentasjon av sykepleiens diagnostiske planlegging er detaljert og omfattende, men sykepleiens problemområde behøver en udypning i forhold til hvilke tiltak sykepleieren skal sette i verk sier Kirkevold (1992) Carnevali(1996) skisserer en individorientert praksis, som er problemorientert og rasjonell. Den er i hovedsak rettet mot voksne individer og lite mot andre i pasientens nærhet. Men hennes metode kan fungere frittstående og kan kobles til andre teorier enn balansemodellen, mener Kirkevold(1992).

I forhold til denne oppgaven kan både teori og balansemodellen fungere. Eldre som i utgangspunktet er hjemmeboende, men har behov for utredning for ufrivillig vekttap kan være nettopp den type pasient som Carnevali har hatt i tankene. Balansemodellen er opptatt av svikt og problemer i forhold til den funksjonelle helsen, og konsekvensene for dagliglivet. Flere av temaene som er funnet peker nettopp på disse forholdene. Som kartleggingsmodell fungerer Carnevali`s metode svært bra. Hennes syn på pasientens indre og ytre ressurser er også spennende og gjenkjennelige. De svarer godt til problemstilling og pasientgruppe. I oppgaven har hennes syn på problemfokuset datasamling vært gjennomgående. Hennes tanker kunne med fordel ha vært trukket mer inn under drøftingen. Carnevalli har også rett i at selv ved en fokusert datasamling, så kan datamengden likevel bli omfattende. Det ble mange dataenheter som skulle sorteres i riktige bokser. I ettertid kunne det kanskje vært en mer åpen modell som hadde lagt grunnlaget for sortering av data.. Det ble også tydelig at det var få funn om ernæring. Det skyldes klart fokuset i oppgaven.

8.2 Viktige funn og forslag til videre forskning

Alder som risikofaktor, evne til å spise selv, tygge og svelge, munn- og tannstatus, munnhelse, misstilpassede proteser, sykdommer som influerer på fordøyelsen, forandringer i appetitt, farer ved terapeutisk diett, kostregistrering, alkoholbruk, forandringer i smak, faktorer som øker ernæringsbehovet, som operasjon og infeksjon, medisinske sykdommer, mental funksjon, bruk av medikamenter, ødemer, bevegelighet og evne til å tilberede mat hjemme, depresjon og sorg, hukommelsesvikt, nylig innlagt på sykehus – speiler av funnene.

Det er mange ulike årsaker som kan føre til vekttap. Som Carnevali riktig oppsummerte, så forgrener datasamlingen seg utover selv om man har utgangspunkt i et enkelt problem. Det viser hvordan det ene problemet kan få konsekvenser på mange områder. Det er fremkommet mange undertemaer, og enda flere tegn og symptomer, som kan ha betydning i utredningssammenheng. Det å kunne fange dette i et kartleggingsinstrument kan by på en stor utfordring, både i kompleksitet og omfang. En grundig gjennomgang av alle symptomene og tegnene som har fremkommet, kan være et skritt videre til å finne de faktorene som er av størst betydning i utredningssammenheng.

Det var ulike syn på hva som hva viktige faktorer;: *slapphet, forandret smakssans, forandring i luktesansen, nedsatt appetitt, kvalme, oppkast, diare, obstipasjon, dysfagia, tannproblemer, tobakks- og alkoholbruk, og forandring i mental og funksjonell status*”, oppsummerte Fabiny et al.(1997) referert hos Moriguti et al.(2001).

Mens Støvring og Støvring,(2000) gir følgende råd; ”*Når det gjelder vekttap bør man tenke på fordøyelsesproblemer, stoffskifteproblemer, kronisk infeksjon, ondartede sykdommer, svikt i hjerte-, lunge- eller nyrefunksjon, depresjon, dårlig økonomi, sosial isolasjon, fysisk eller psykisk forstyrrelse, tyggeproblemer, misbruksproblematikk (s.45)*”.

Det er flere som har satt opp gode oversikter over årsaker; blant annet Torgeir Bruun Wyller (i Bondevik et al.(2006) og Rehman (2005). Men det er de spesifikke tegn og symptomer på årsakene som er spesielt viktige for sykepleierne å få tak i.

Bruun Wyller (i Bondevik et al.2006, s.114) fremhever kompleksiteten i arbeidet med eldre. Aldersforandringer, medikamenter og sykdom virker gjensidig inn på hverandre. Det gjør at det kan være vanskelig å skille mellom hva som er hva, etter som alt virker på alt. I tillegg mangler den eldre symptomer, eller har atypiske symptomer. Skogen (i Bondevik et

al.(2006) har laget en oversikt over karakteristiske kjennetegn ved den eldre pasient på (side 190), der manglene symptomer i forhold til ulide sykdommer blir presentert.

”Alt for ofte er svake diskrete symptomer og tegn oversett eller misforstått, slik at tiden før en finner en diagnose kan bli forlenget så lenge at pasienten blir underernært. Da kan behandling bli vanskelig eller umulig, avhengig av hvilke underliggende tilstander som har ledet til underernæring”. Roubenoff (1999)

Sykepleieren er den som har den beste anledningen til å observere pasienten slik denne fremstår og fungerer over tid og som oftest finner de første spor etter sykdomstegn og symptomer. Disse kan spenne over et stort register og bestå av utallige ”informasjonsbiter” slik som Carnevali omtaler denne prosessen av det diagnostiske arbeidet. Det er en utfordring å finne en dokumentasjonsform som kan ivareta disse observasjonene, og si noe om hvordan og hvor mye som skal dokumenteres. Det kan bli mange data å holde oversikt over, og sykepleieren må ofte forholde seg til flere pasienter samtidig. Kvalitetssikring er derfor et ord som også kan nevnes i denne sammenheng.

Utgangspunktet for oppgaven var å se ufrivillig vekttap hos eldre i et bredt diagnostisk perspektiv. Det finnes ingen egen sykepleiediagnose ved ufrivillig vekttap, men diagnosen ”altered nutrition, less than required”, er veileder for observasjon og tiltak til pasienter med ernæringsproblematikk i Nanda. En må bruke flere diagnoser for å dekke de viktigste områdene for observasjoner og tiltak, og det er ikke helt lett å få en god oversikt med tanke på hva sykepleieren bør ha i fokus ved et ufrivillig vekttap hos eldre. Vekttap henger nøye sammen med underernæring. Det kan være vanskelig å skille det ene fra det andre i kartleggingsammenheng. Det er skrevet mye litteratur om underernæring og det er utviklet mange ulike kartleggingsinstrumenter. Sue M.Green og Roger Watson (2005) har sett nærmere på 35 screening/ assessment tools, av de 71 som de fant. Blant de instrumentene som ikke ble vurdert, var de som var spesielt utviklet til bruk for eldre. Det var ingen funn av instrumenter for kartlegging av ufrivillig vekttap. Green og Watson (2005) pekte på at få av instrumentene var validert, og de så et behov for en mer standardisert tilnærming for utprøving og bruk av slike instrumenter.

Huffman(2003) har laget et logaritmisk verktøy for anvendelse ved utredning av ufrivillig vekttap. Vanderschueren et al. (2005) kritiserer slike instrumenter, og mener at de kan bli for rigide i arbeidssammenheng. Imidlertid kan det være nyttig med en viss form for logaritmisk

tenkning, i det at det er oppgaver som har eller bør ha en høyere prioritet, også i utredningssammenheng. Utforming av slike instrumenter kan være en fremtidig utfordring også for sykepleieforskningen.

Er det nødvendig med alle disse instrumentene i praksis? Vi går nå mot en større standardisering som en del av samarbeid og samlokaliseringen i helsevesenet. En videre utvikling av EDB-basert dokumentasjonsverktøy blir fremtidige oppgaver. Faste pleieplaner og standardprosedyrer lagt inn som valg i det elektroniske sykepleiearbeidet, er ønsket av sykepleierne ute i klinisk praksis. Derfor kan arbeid av denne karakteren gi viktige bidrag. At sykepleien selv tar fatt i utviklingen av standardprosedyrer, eller utprøver eksisterende verktøy, egge deler bidrar enten til utvikling og tydeliggjøring av sykepleiens fagområde.

Dette arbeidet har gitt evidensbasert kunnskap som resultat , og disse kunnskapene kan utvikles videre. (Hamer & Collinson,1999), snakker om evidensbasert utvikling, strategier og organisering i forhold til å bli en forhold til å bli en lærende og utviklende organisasjon.

Forslag for videre forskning, er utvikling av et anvendelig og relevant kartleggingsverktøy for kartlegging av ufrivillig vekttap hos eldre i klinisk praksis. Gode kartleggingsverktøy kan bidra til kvalitetsutvikling i sykepleien.

Gjennom denne studien har viktig bakgrunnskunnskap på området blitt fremhevet.

Imidlertid skjer det en rask utvikling, slik at både ny forskning og ny kunnskap allerede kan være fremkommet siden søkene i fjor høst. Det er også usikkert om studien representerte de beste treffene? Kunne andre søkeord vært brukt? Kunne andre databaser vært gjenstand for søk? Tross disse spørsmålene kan det konkluderes med at (Laake, 2003) er oppdatert i forhold til mange av mine funn, og at ufrivillig vekttap hos eldre er kommet på dagsorden.

LITTERATURLISTE:

Alibhai, SMH, Greenwood, C, Payette, H, "An approach to management of unintentional weight loss in elderly people" CMAJ 2005,;172;773-780)

Bellisle F, Louis-Sylvestre J, Linet N. et al; "Anxiety and food intake in men"; Psychosom Med 1990;52;pg 452-457 (63)

Benner P.;" From novice to expert – mesterskap och talang i omvårdnadsarbetet"; 1993, Lund studentlitteratur

Bibao-Garay J., Barba R., Losa-García J.E., Martín H., García de Casasola G., Castilla V., González-Anglada I., Espinosa A. and Guijarro C.;" Assessing clinical probability of organic disease in patients with involuntary weightloss: a simple score"; European Journal of Internal Medicine June 2002;Volume13;Issue 4;pg 240-245

Bjørneboe, Gunn-Elin Aa. ,Drevon, Christian A., Norum, Kaare R. "Mat og medisin" Universitetsforlaget 1994

Blumberg J. & Couris R.;"Pharmacology, nutrition, and the elderly: interactions and implication; In Geriatric Nutrition; The Health Professional's Handbook(Chernoff R.ed.) Aspen, Gaithersburg 1999, pg. 342-365

Bondevik M.; Nygaard H.A.;" Tverrfaglig geriatri – en innføring"; Fagbokforlaget, Vigemostad og Bjørke, 2006

Budtz-Jørgensen, Eivind, Chung, Jean-Pierre, Raphin, Charles Henri; "Nutrition And Oral Health"; Best Practice & Clinical Gastroenterology; Dec.2001;Volume 15, issue 6, pg 885-896

Carnevalli, Doris Thomas, Mary "Diagnostic Reasoning and treatment Decision-making in Nursing" J.B.Lipincott Company1997

Carnevalli, Doris; Handbok i omvårdnadsdiagnostik, Doris Carnevalli och Liber AB, 1996

Chapman I.M.;" Endocrinology of anorexia of aging"; Bailliers Cli Endocrinol Metab 2004;18; pg.437-452 (32)

Chapman K.M., Nelson R.A.;" Loss of appetite: managing unwanted weight loss in the older patient"; Geriatrics mar.1994;49(3);pg.54-59

Chen, Cheryl Chia.Hui, Shilling, Lynne S, Lyder, Courtney; "A concept of malnutrition in the elderly"; Journal of Advanced Nursing oct.2001; vol.36.issue1, pg.131

Cicero, Lorraine, (MS, RPh); " The Nature and management of Involuntary Weight Loss in the Elderly"; Nutrition 1999;129;256-259

Clarkston W.K., Pantano M.M., Morley J.E. et al.;" Evidence for the anorexia of aging: gastrointestinal transit and hunger in healthy elderly vs. young adults"; Am J Physiol 1997;272; R243-248 (37)

Coats K.G.; Morgan S.L; Bartolucci A.A; Weinsier R.L." Hospital-associated malnutrition: A reevaluation 12 years later" Journal of the American Dietetic Association, Vol.93, Issue 1 P.27-33

Corish C.A., Kennedy N.P.;" Protein-energy undernutrition in hospital in-patients"; Br J Nutr 2000;83; pg.575-591 (18)

Dahl E., Vogt P.;" Ensom og ulykkelig?, Levekår og livskvalitet blant eldre"; 1996; Oslo FAFO – rapport 185

Das S.K., Moriguti J.C., McCrory M.A. et al.;" An underfeeding study in healthy men and woman provides further evidence of impaired regulation of energy expenditure in old age"; J Nutr 2001;131; pg.1833-1838 (35)

De Castro J.M.;" Age-related changes in spontaneous food intake and hunger in humans"; Appetite 1993;21; pg. 255-272 (38)

De Groot C.P., van Staveren W.A., de Graaf C.;" Determinants of macronutrients intake in elderly people"; Eur J Clin Nutr 2000;54(suppl 3); S70-76 (29)

De Groot C.P., van den B.T., Van Staveren W.;" Energy intake and micronutrient intake in elderly Europeans: seeking the minimum requirement in the SENECA study"; Age & Aging 1999;28; pg.469-474 (31)

Delmi M., Raphin C.H., Bengoa J.M. et al.;" Dietary supplementation in elderly patients with fractured neck of femur; Lancet 1990;335; pg.1013-1016 (23)

Donini L.M.;"Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging"; Int Psychogeriatr 2003;15;pg.73-78 (33)

Drevon C.A., Bjørneboe G.e.Aa.(red);” Mat og medisin – nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring”; 1999, 4.utg; Kristiansand, Høyskoleforlaget

Duffy V.B., Backstrand J.R., Ferris A.M.;”Olfactory dysfunction and related nutritional risk in free-living elderly woman”; J Am Diet Assoc 1995;95; pg.879-884 (42)

Ellefsen Bodil; ”Kvalitativt intervju – et nest best metoderedskap?”; Vård i norden, 1989, nr.4, s.26-27

Elvebakken, Kari Tove m.fl.; Mat, alderdom og eldreomsorg, 1993, Kommuneforlaget AS

Engedal, K., Snoek, E., J.; Psykiatri – kunnskap, forståelse, utfordringer, Akribe Oslo, 2004

Englestad H.; ” Pensjonistenes økonomiske reserver (1992) sitert hos Karolisussen og Smebye 1997, s 41.

Fabiny A.R., Kiel D.P.;” Assessing and treating weight loss in nursing home residents, Clinical Geriatric Medicine;1997; 13(4);737-751

Fagermoen ”Sykepleie i teori og praksis – et fagdidaktisk perspektiv. 1993, Univesitetsforlaget

Fiatarone M.A., O’Neil E.F., Ryan N.D., Clements K.M., Solares G.R., Nelson M.E., Roberts M.E., Kehayias J.J., Lipsitz L.A., Evans W.J; “Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people”; New England Journal of medicine1994; 330; 1769-1775

Finch S., Doyle W., Lowe C. et al.;” National Diet and Nutrition Survey: people aged 65 years and over”; Report of the diet and nutrition survey; London, The Stationary Office 1998; vol.1. (19)

Fischer J, Johnson M.A.“ Low bodyweight and weightloss in the aged” Journal of the American Dietetic Association, 1990,(12) P.1697-1706

Friedman J.M, Jensen G.L, Smickiklas W.H. et al.;” Predicting early nonelective hospital readmission in nutritionally compromised older adults”; Am J Clin Nutr 1997;65; pg.1714-1720 (25)

Gariballa S.E., Sinclair A.J.;" Nutrition, aging and ill health"; Br. J Nutr 1998;80; pg.7-23 (22)

Gilbert P.E., Paul E., Barr P.J.;" Differences in olfactory and visual memory in patients with pathologically confirmed Alzheimer's disease and the Lewy Body variant of Alzheimer's disease"; Journal of the International Neuropsychological Society 2004;10;pg.835-832 (57)

Green S.M. & Watson R.;" Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: literature review"; Journal of advanced Nursing 2005;50(1); pg.69-83

GriepM.I., Mets T.F., Collys K., Ponjaert-Kristoffersen I., Massart D.L.;" Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the min-nutritional assessment"; Journal of Gerontology: Medical Sciences 2000, 55a;M57-M63

Hamer S., Collinson G.;" Evidensbaseret praksisk – en grunnbok for sunnhedspersonalet"; Nyt nordisk forlag Arnold Busck A/S; 1999, 1.utgave

Hansson RAGS., Jones W.H., Carpenter B.N., Remondet J.H.;" Loneliness and adjustment to old age"; Journal of Aging and Human Development 1990; 24, 41-51

Harder, I.;" The world of the hospital nurse: Nurse patient interactions – body nursing and health promotion" Skriftserie fra Danmarks sykepleiehøyskole, nr.3, 1993

Harder, I.; Forord til den danske utgaven : V.Henderson; "The Nature of Nursing". Overveielser etter 25 år, København. Munksgård (1995)

Hernandez J.L., Riancho J.A., Matorras P, Gonzales-Macias J.;" Clinical evaluation for cancer in patient with involuntary weight without specific symptoms"; American Journal of Medicine Jun.2003,1;114(8);pg.631-637

Hernandès, J.L.; Matorras P.; Riancho J.A.; González-Màcias J.;" Involuntary weightloss without specific symptoms: a clinical prediction score for malign neoplasm" Q Journal of Medicine 2003, 96, p. 649-655

Hessov Ib;" Klinisk ernæring"; København; Munksgaard 2004

Hickson M.;"Malnutrition and aging"; Postgraduate Medical Journal 2006;82; 2-8

Hiller, Lynn MS, RDa, Lowery, Julie PhD, MHSA, Davis, Jennifer MSHA, Shore, Carole MS, RDb and Striplin, Dana MHSA; "Nutritional Status Classification in the Department of Veteran Affairs" Journal of the American Dietetic Association, Vol.101, Issue 7, P.786-792

Holme Idar M., Solvang Bernt K.; "Metodevalg og metodebruk"; 1991, 2.utg. Tano, Kristiansand

Incalzi R.A., Capparella O.; Gemma A., et al.;" Inadequate caloric intake: a risk factor for mortality of geriatric patients in the acute-care-hospital"; Age & Aging 1998;27;pg.303-310 (27)

Karoliussen M., Smebye K.L.;" Eldre, aldring og sykepleie"; Universitetsforlaget A/S, 1997, 2. utgave

Kim, H.S.;" The nature of theoretical thinking in nursing"; New York, Springer, 2000, 2.utgave

Kirkevold Marit; Vitenskap for praksis", Ad Notam forlag Gyldendal, 1996

Kirkevold Marit; Sykepleieteorier - analyse og evaluering, Ad Notam Gyldendal A/S, 1992

Klipstein-Grobush K., Reilly J.J., Potter J. et al. ;" Energy intake end expenditure in elderly patients admitted to hospital with acute illness"; Br J Nutr 1995;73; pg.323-334 (26)

Kristiansen, E., Dignes, A.S. "Sykepleie som samfunnstjeneste og vitenskap".I: Årbok for sykepleiere(s.11-26) Universitetsforlaget 1982

Kvale, Steinar; Det kvalitative forskningsintervju, Oslo: Ad notam Gyldendal 1997

Laake, K.; "Geriatrici i praksis". Oslo, Universitetsforlaget 2003.

Lewko, Michael (MD), Chamseddin, Ayham(MD), Zaky, Maged(MD), Birrer, Richard B.(MD,MPH); "Weight Loss in the elderly: What 's normal and what's not? P&T, Nov.2003, Vol.28, No.11.

Marton KL, Sox HC Jr., Krupp JR;" Involuntary weight loss; Diagnostic and prognostic significance; Ann Intern Med 1981;95;568-574

Mathey M.F., Sieblink E., de Graaf C. et al.;" Flavour enhancement of food improves dietary intake and nutritional status of elderly nursing home residents"; J Gerontol A, Biol Sci, Med Sci, 2001;56; M200-205 (45)

McGuire MT, Wing RR, Klem ML, Hill JO;" The behavioural characteristics of individuals who loose weight unintentionally"; *Obes.Res.*1999 Sept;7(5);485-90, PMID:10509606

Moriguti J.C., Moriguti E.K.U., Ferioli E., de Castilho Cacão J., Nelson I.J., Marchini J.S.; "Involuntary weightloss in the elderly individuals: assessment and treatment"; Sao Paulo Medical Journal mar.2001;vol.119,no.2

Moriguti JC, Das S.K. Salzman E., Corrales A., McCrory M.A., Greensberg A.S., Roberts S.B.;" Effects of a 6 week hypocaloric diet on changes in body composition, hunger, and subsequent weight regain in healthy young and older adults"; *Journal of Gerontology Biological Science* 2000; vol.55A;12;B580-587

Morley J.E.;" Decreased food intake with aging"; *J Gerontol A Biol Sci, Med Sci* 2001; 56; pg. 81-88 (36)

Morley J.E.;" Anorexia of aging: physiologic and pathologic; *American Journal of Clinical Nutrition* 1997;66;760-773

Mowè M., Bohmer T, Kindt E.;" Reduced nutritional status in an elderly population(A>70y) is probable before diseases and possibly contributes to the development of diseases"; *Am J Clinical Nutrition* 1994;59;Pg.317-324 (49)

Mowè M.;"Behandling av underernæring hos eldre pasienter"; *Tidsskr. Nor. Lægeforening* 2002;122; pg 815-818

Mowè, M; Artikkel i aftenposten, februar 2007

Mowè M, Bøhmer T; "Reduced appetite. A predictor of undernutrition in aged people"; *J Nutr.Health Aging* 2002;6(1); pg.81-83

Payette H., Gray-Donald K., Cyr R. et al.;" Predictors of dietary intake in a functionally dependent elderly population in the community"; *Am J Public Health* 1995;85;pg.677-683 (52)

Polit D.F., Hungler B.P.;" Nursing research, Principles and Methods"; 1991? J.B.Lippincott Company, Philadelphia, USA

Priefer B.A., Robbins J.;" Eating changes in mild-stage Alzheimer's disease: a pilote study"; Dysphagia 1997;12;212-221 (55)

Rabinovitz M, Pitlik SD, Leifer MD, et al.;" Unintentional weight loss; a retrospective analysis of 154 cases ";Arch Intern Med 1986;146;186-187

Rehman, Habib U. "Involuntary weight loss in the elderly"; Clinical Geriatrics; 2005; Vol.13, no.7)

Richardson S., Wilson M.C., Nishikawa J & Hayward R.S.A.;" The well buildt clinical question: a key to evidecebased-decisions". ACP Journal Club; Nov.-Dec.1995, A12-13

Richte, C.S., Joshipura, K., Silliman, R.A., Miller, B and Douglas, C.W. Nøste "Oral health problems and significant weigtloss among community-dwelling older adults " Journal of Gerontology, 2000; 55, s.366 – 371

Roberts S.B., Fuss P., Heyman M.B.;" Control of food intake in older men"; JAMA 1994; 272; pg.1601-1606 (34).

Robinson G., Goldstein M., Levine G.M.;" Impact of nutritional status on DRG length of stay"; JPEN 1987;11; pg.49-51 (24)

Rosenbloom C.A., Whittington F.J.;" The effect of bereavement on eating behaviours and nutrient intakes in elderly widowed persons"; Journal of Gerontology 1993;48;S223-229 (61)

Roubenoff R.;" Sarcopenia and its implications for the elderly"; Eur J of Clinical Nutrition 200;54;(3);S40-47 (15)

Roubenoff, Ronenn;" The Pathophysiology of Waisting in the Elderly"; The Journal of Nutrition; Jan.1999; Volume129, no.1, pp 256S-259S

Rugås L., Martinsen K.;" Underernæring er vanlig på sykehjem"; Sykepleien 2003, nr.6, s.34-37

Saunders M.J.; "Nutrition and oral health in the elderly"; Dental Clinics of North America 1997; 41; pg.681-698

Sortland, Kjersti; "Ernæring, - mer enn mat og drikke", 2003, 2.utgave, 2.opplag, Fagbokforlaget, Bergen

Støvning, Turid, Støvning, Jørgen; "Pasientobservasjon – en lærebok for sykepleiestudenter" Fagbokforlaget Vigemostad og Bjørke 1998

Schiffman S.S. ;"Taste and smell losses in normal aging and disease"; JAMA 1997; 278; pg.1357-1362 (41)

Schiffman S.S.;"Intensification of sensory properties of foods in the elderly"; J Nutr. 2000; 130(suppl.4); pg.S927-930 (44)

Schiffman S.S., Gatlin C.A.; "Clinical physiology of taste and smell"; Annual Review Nutr 1993;13; pg.405-436 (43)

Schiffman S.; "Taste and smell losses in normal aging and disease"; Journal of American Medical Association 1997; 278; pg.1357-1362

Steele J.;" National Diet and Nutrition Survey: people aged 65 years and over ";Report of the oral health survey; London, The Stationary Office 1998; vol.2. (46)

Traaen, G.; " Eldre, ernæring og egenomsorg"; Hovedoppgave ved Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 1993

Thompson MP, Morris LK; "Unexplained weight loss in the ambulatory elderly "; J.Am. Geriatric Soc. 1996;44;265-272

Unosson Mitra, Ek Anna Christina, Bjurulf Per, Larsson Jörgen; "Demographical, sociomedical and physical characteristics in relation to malnutrition in geriatric patients"; Journal of Advanced Nursing,1991;16;1406-1412

Volicer L., Seltzer B., Rheaume Y., et al.;" Progression of Alzheimer –type dementia in institutionalised patients: a cross sectional study"; J Appl Gerontol 1987;6;pg.83-94 (54)

Wakimoto P., Block G.;" Dietary intake, dietary patterns and changes with age: an epidemiological perspective; J Gerontol A Biol Sci, Med Sci 2001; 56; pg. 65-80 (30)

Wallace J.I., Schwartz R.S.;"Involuntary weight loss in elderly outpatients: Recognition, etiologies and treatment"; Clinic in Geriatric Medicine 1997;13; pg.717-735

Wallace, Jeffrey I. and Swartz, Robert.S.;"epidemiology of weight loss in humans with special reference to wasting in the elderly" ;International Journal of Cardiology;Sept.2002;Volume 85, Issue 1, pg.15-21

Westergren, Albert (Red.)"Svårigheter att äta" Studentlitteratur"Vårdlitt. 58", Lund, Sverige 2003

Whittle, Heather RN, MScN; Goldberg, Dolly RN, Ph D; "Functional health status and instrumental activities of daily living performance in noninstitutional elderly people"Journal of Advanced Nursing, Vol.23(2) February 1996, p.220-227

Österberg, T., Carlsson, G.E., Tsuga, K., Sundh, V. and Steen, B."Association between self-assessed masticatory ability and some general health factors in a Swedish population" Journal of Gerontology, 1996; 13, s. 110 – 11