

Avdeling for Folkehelsefag
BASYK 2014

Marte Gigernes og Martine Dambakken Øverby

Bacheloroppgave

Underernæring hos pasienter med demens på sykehjem.

Malnutrition in patients with dementia in nursing homes.

Veileder: Marit Berg

Antall ord: 13609

Bachelor i sykepleie

Våren 2017

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

”Bordets gleder tilhører alle aldre, fattig og rik i alle land og til alle tider. Bordets gleder kan forenes med andre gleder, og holder seg helt til det siste for å trøste oss i savnet over det øvrige vi har miste” (Brillat-Savarin sitert i Berg, 2002, s. 52).

Sammendrag

Norsk tittel: Underernæring hos pasienter med demens på sykehjem.

Engelsk tittel: Malnutrition in patients with dementia in nursing homes.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos pasienter med Alzheimers sykdom på skjermet avdeling?

Hensikt: Vi tar for oss hvordan vi som sykepleiere kan forebygge underernæring hos pasienter med Alzheimers sykdom på skjermet avdeling, og vår hensikt er å belyse dette temaet og øke kunnskapen rundt forebyggende tiltak.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, med selvvalgt tema og problemstilling. Vi har tatt utgangspunkt i pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og egne erfaringer.

Teori: Dette kapitlet er bygget opp av relevant teori. Vi har anvendt sykepleieteoretikeren Kari Martinsen, og hennes omsorgsteori som grunnlag for denne oppgaven. I tillegg har vi anvendt litteratur om demens ved Alzheimers sykdom, underernæring, miljøbehandling, kommunikasjon, personsentrert omsorg, etikk, pårørende, samt lover og retningslinjer.

Konklusjon: For at vi skal kunne iverksette forebyggende tiltak mot underernæring, må vi skape tillit hos pasientene for å kunne møte deres individuelle behov. Vi må ha kunnskap om Alzheimers sykdom og vite hva som er årsaken til den dårlige ernæringsstatusen hos pasientene. Vi må kartlegge og deretter iverksette tiltak som går på å tilrettelegge miljøet rundt måltidet og selve måltidet. Vi ser viktigheten av å fokusere på personsentrert omsorg og hele tiden se det enkelte mennesket, da alle mennesker er unike.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling	7
1.3 Avgrensning	7
1.4 Pasientcase	8
1.5 Anonymisering av pasientcase	8
1.6 Begrepsforklaring	8
1.7 Oppgavens oppbygning	9
2.0 Metode	10
2.1 Metodebeskrivelse og litteratursøk	10
2.2 Valg av databaser	10
2.3 Kildekritikk og kvalitetsvurdering	11
2.4 Presentasjon av forskningsartikler	13
3.0 Teori	16
3.1 Demens ved Alzheimers sykdom	16
3.1.1 Årsaker til Alzheimers sykdom	17
3.1.2 Sykdomsforløp og symptomer	17
3.1.3 Behandling	18
3.2 Ernæring og eldre	19
3.2.1 Energibehov og næringsstoffer	19
3.2.2 Underernæring	20
3.2.3 Måltider på sykehjem	20
3.2.4 Kartlegging og screeningsverktøy	21
3.3 Sykepleieteori	22
3.4 Miljøbehandling	24
3.5 Kommunikasjon	24
3.5.1 Kommunikasjon med den demensrammede	24
3.5.2 Verbal kommunikasjon	25
3.5.3 Nonverbal kommunikasjon	25
3.5.4 Reminisens	25
3.5.5 Validering	26
3.5.6 Realitetsorientering	26
3.6 Personsentret omsorg	26
3.7 Etikk	27
3.8 Pårørende som ressurs	27
3.9 Aktualiserte lover og retningslinjer	28
3.9.1 Lov helsepersonell m.v (helsepersonelloven)	28
3.9.2 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)	28
3.9.3 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse og omsorgstjenesteloven)	29
3.9.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YER)	29
4.0 Drøfting	30
4.1 Kartlegging av ernæringsstatus	30
4.2 Forebygging rundt måltidet	32
4.3 Forebygge underernæring ved hjelp av miljøtilpassing	36

4.4 Kommunikasjon.....	39
5.0 Konklusjon.....	41
Litteraturliste	43
Vedlegg 1.....	47
Vedlegg 2 (søkehistorikk)	48
Vedlegg 2 (fortsettelse)	49
Vedlegg 2 (fortsettelse)	50
Vedlegg 3.....	51
Vedlegg 4.....	52

1.0 Innledning

“For friske er det å spise like naturlig som det å puste, men i forbindelse med sykdom er det mange faktorer som bidrar til redusert appetitt og matinntak. Plutselig kan mat bli noe som krever ekstra tilpasninger.” (Helsedirektoratet, 2016, s. 98). Personer med demens er en pasientgruppe som har særlig risiko for å utvikle underernæring, og manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet når det gjelder ernæringsstatus og -behov hos sykepleier kan være medvirkende faktorer (Helsedirektoratet, 2013, s. 10-12).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt demens og underernæring som tema for vår bacheloroppgave på bakgrunn av oppdagelser fra praksis og arbeid. Vi har sett at ernærings situasjonen hos pasienter med demens på sykehjem ofte kan forbedres, og vil med denne oppgaven fordype oss i dette. Personer med demens er en pasientgruppe som har større risiko for å bli underernærte, og på sykehus og sykehjem varierer forekomsten av underernæring fra 10 % til 60 % (Helsedirektoratet, 2013, s. 10).

Eldre pasienter er ekstra utsatt for å utvikle ulike problemer og svikttilstander i forbindelse med ernæring. Underernæring er den mest alvorlige, og sykepleiere står overfor en stor utfordring da det kommer til å forebygge dette. Som sykepleier er en ansvarlig for å identifisere ernæringsmessig risiko hos pasienter, samt identifisere ernæringsproblemer og utarbeide tiltaksplaner individuelt tilpasset den enkelte pasient. Risiko, tiltak og effekten av disse må dokumenteres i pasientjournalen, og sykepleiere er i tillegg ansvarlige for å undervise og å veilede annet personale. På sykehjem må man ha fokus på den enkelte pasient, og på systemer og rutiner samt samarbeid med kjøkkenet (Brodtkorb, 2014 s. 313-314). Målet til sykepleieren er å sikre at alle pasienter får dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke. Ernæring er mer enn et grunnleggende behov for å ivareta helse og velvære, våre matvaner er knyttet til andre behov som identitet, felleskap, trygghet og tilhørighet. Vi ser hvor stor betydning ernæring har for mennesket. På bakgrunn av dette har vi valgt å fordype oss i hvordan sykepleiere kan kartlegge, vurdere og iverksette sykepleiehandlinger for å tilfredsstille pasienters behov for ernæring (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 161-189).

Vi har valgt å konsentrere oss om Alzheimers sykdom, da dette er en sykdomstilstand som ofte kan hemme eller forverre matsituasjonen for pasientene på skjermet avdeling. Målet med oppgaven er å svare på problemstillingen, og dermed finne løsninger og tiltak som forebygger underernæring hos pasienter med Alzheimers sykdom.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos pasienter med Alzheimers sykdom på skjermet avdeling?

1.3 Avgrensning

Vår oppgave fokuserer kun på personer som bor på skjermet avdeling, som har demens av type Alzheimers sykdom og som er over 65 år. Vi skal basere oppgaven ut fra vår pasientcase, hvor kvinnen i casen står i fare for å utvikle underernæring. Bortsett fra demenssykdommen, utelukker vi andre sykdommer og problemer som kan være i veien for å få i seg tilstrekkelig næring. Dette kan for eksempel være infeksjoner, obstipasjon, svelgevansker, dårlig tannstatus eller bivirkninger av legemidler. Vi har valgt å ekskludere etiske dilemmaer knyttet til tvang og tvangsmating. Vår oppgave fokuserer på kartlegging, forklaring og tiltak. Vi tar for oss hvordan vi kan forebygge underernæring ved hjelp av kartlegging, tilrettelegging av miljøet og måltidet. Når det gjelder screeningsverktøy har vi valgt å fokusere på MNA, fordi det er noe vi er kjent med og fordi forskningen belyser dette som det beste alternativet. Vår problemstilling baserer seg på underernæring som følge av utvikling i Alzheimers sykdomsforløp, urolighet rundt måltider og pasientens nedsatte kognitive funksjon som gjør det vanskelig å forstå og utføre handlinger. I tillegg kan underernæringen dreie seg om nedsatt appetitt. Vi legger ikke vekt på medisinske tiltak som for eksempel sondeernæring og intravenøs ernæring. Vi tar for oss kommunikasjon, og hvordan vi kan kommunisere for å tilnærme oss og skape tillit til pasientene. Vi har valgt å inkludere pårørende som en ressurs for vår pasient i casen, men tar ikke for oss hvordan vi som sykepleiere kan ivareta eller hjelpe pårørende selv om vi ser viktigheten av dette. Vi fokuserer på oppgaver som er relevant for en sykepleier, og tar ikke høyde for oppgaver eller tiltak som faller utenfor dette ansvarsområdet.

1.4 Pasientcase

Ingrid Hansen er 82 år, og fikk diagnosen Alzheimers sykdom for syv år siden. Sykdommen forverret seg gradvis, og da Ingrid ikke lenger klarte å ivareta sine grunnleggende behov var det nødvendig med en sykehjemsplass. Hun har nå bodd på en skjermet avdeling for pasienter med demens i to år. Ingrid er 170 cm høy, og da hun kom til avdelingen veide hun 70 kg, noe som tilsvarte normalvekt. Den siste tiden har Ingrid blitt mer urolig rundt matsituasjonen noe som har resultert i at hun bruker lenger tid på å spise. Det kan tyde på at hun har nedsatt appetitt, og får i seg mindre næring fordi hun ikke forstår at det er tid for mat og hvordan hun skal spise. Det viser seg nå at Ingrid har gått ned 6 kg i løpet av de siste tre månedene. Hun ligger på grensen til undervekt, og vekttapet skaper bekymring hos sykepleierne på avdelingen. Ingrid er enke, og har tre voksne barn. Ingrid har alltid vært en sosial dame, og tidligere brukte hun mye tid på kjøkkenet hvor hun drev med baking.

1.5 Anonymisering av pasientcase

På bakgrunn av de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011), og vår pålagte taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999), vil vi nå avklare anonymiseringen av vår pasientcase. Kvinnen vi beskriver og situasjonen hun befinner seg i er fiktiv, altså diktet opp av oss. Likevel kan det være noen likhetstrekk fra våre tidligere praksiserfaringer, noe vi anser som tilfeldig, da vi ikke har hatt som hensikt å beskrive en virkelig pasient eller situasjon.

1.6 Begrepsforklaring

Forebygge: Å forebygge vil i denne oppgaven bli fremstilt som forebyggende helsearbeid. Dette innebærer at vi som sykepleiere vil forebygge sykdom og skade hos pasienter, samt fremme deres helse og bidra til økt livskvalitet. Det vil si å legge omgivelsene til rette for god helseutvikling, og tilrettelegge slik at pasienter oppnår fleksibel funksjonering, samt mestring og kontroll. Å forebygge innebærer det å forebygge sykdom, men også å fremme folks helse (Mæland, 2012, s. 13).

Underernæring: Når næringsinntaket er mindre enn behovet oppstår underernæring. Dette

fordi behovet for næring øker eller inntaket reduseres av ulike årsaker. Hos eldre skyldes ofte underernæring en kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak (Brodtkorb, 2014, s. 306-308).

Alzheimers sykdom: Alzheimers sykdom er den vanligste og mest kjente formen for demens. Sykdommen utvikler seg som regel langsomt over mange år, og fører til skader og tap av hjerneceller (Nasjonalforeningen for folkehelse, 2017).

Skjermet avdeling: Er en avdeling på sykehjem som er beregnet personer med demenslidelser og utfordrende atferd. Disse personene er ofte fysisk spreke, men kan ikke bo hjemme lenger på grunn av kognitiv svikt. At avdelingen er skjermet betyr at den er tilrettelagt slik at personer med demens kan bevege seg fritt, uten å gå seg bort (Hauge, 2014, s. 267).

1.7 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygget opp av fem kapitler: Innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I metodekapitlet gjør vi rede for hva slags metode vi har brukt med tanke på våres litteratursøk. Her presenteres også forskningsartiklene. I teorikapitlet presenterer vi teorien vi mener er relevant for oppgaven ved hjelp av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Drøftingskapitlet baserer seg på teori, funn av forskningsartikler og pasientcasen. I dette kapitlet reflekterer vi og drøfter for å komme frem til et svar på problemstillingen. I konklusjonen oppsummerer vi de viktigste punktene vi kom frem til i drøftingen og dermed besvarer problemstillingen. Helt til slutt i oppgaven er litteraturlisten, PICO-skjema, søkehistorikk, MNA-skjema og kostregistrering lagt som vedlegg.

2.0 Metode

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for vår anvendte metode for å innhente relevant kunnskap for å svare på problemstillingen. For å komme frem til ny kunnskap, blir metode brukt som en fremgangsmåte og et middel for å løse problemer. Metoden brukes som et redskap, og er et hjelpemiddel for å kunne innhente data, altså den informasjonen vi trenger for å kunne svare på oppgaven. En kan også si at metode er å følge en vei mot et mål, og vi skal redegjøre for valgene vi har tatt underveis mot målet (Dalland, 2014, s. 111-114).

2.1 Metodebeskrivelse og litteratursøk

Vår oppgave gjennomføres med litteraturstudie som metode. Oppgaven baserer seg på pensumlitteratur, relevant selvvalgt litteratur og forskning. Vi har basert oss på eksisterende kunnskap, og skal nå gjøre rede for hva vi har funnet av litteratur, samt hvordan vi har valgt ut forskningen ved hjelp av ulike kriterier (Dalland, 2014, s. 228). En kvalitativ metode har som hensikt å fange opp informasjon og opplevelse som ikke lar seg beskrives eller måles ved hjelp av tall. I motsetning til kvantitativ metode som gir resultater i form av målbare enheter (Dalland, 2014, s. 112).

Vi startet søkeprosessen i databasen SweMed+ med norske søkeord for å finne relevante MeSH-termer (Medical Subject Headings). Dermed fant vi engelske søkeord vi kunne benytte oss av. Deretter brukte vi PICO-skjema for å strukturere søkeordene. Dette er et hjelpemiddel for å forme presise spørsmål som gir struktur for litteratursøk og den kritiske vurderingen av resultatene. PICO-skjemaet er bygd opp på følgende måte: P - Pasient/problem innebærer hvilken pasientgruppe eller populasjon det handler om. I - Intervention tar for seg hvilke tiltak vi ønsker å undersøke eller hva som interesserer oss med pasientgruppen. C - Comparison brukes hvis en ønsker å sammenligne to typer tiltak. O - Outcome her skal det beskrives de utfall vi ønsker å oppnå eller unngå (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

2.2 Valg av databaser

I våres litteratursøk har vi brukt databaser som vi har funnet via Høgskolen i Innlandet sin nettside. Vi diskuterte ulike databaser, og valgte de vi er kjent med fra tidligere som vi har

god erfaring med. Vi endte dermed opp med å bruke CINAHL, SweMed+ og PubMed. Det er via disse databasene vi har funnet alle våre forskningsartikler som er relevante for denne oppgaven. Vi valgte å kun lese artikler som var på norsk eller engelsk. Vi avgrenset søket slik at artiklene ikke var eldre enn 10 år, for å få den nyeste forskningen. I tillegg avgrenset vi slik at alle artiklene skulle være i fulltekst, og at de skulle omhandle eldre personer over 65 år. I de databasene det var mulig valgte vi å krysse av ”peer reviewed” for at artiklene skulle være fagfellevurderte. At artiklene er fagfellevurdert vil si at de har gjennomgått en kvalitetssikring som består av bestemte krav om innhold og form. Det betyr at artiklene har blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor det bestemte fagområdet (Dalland, 2014, s. 78). Alle avgrensningene i tillegg til søkeordene gjorde at antall treff og resultater ble begrenset.

Søkene vi foretok via våre utvalgte databaser ble strukturert og satt opp etter PICO-skjemaet (Vedlegg 1). Søkeordene vi har benyttet oss av er følgende; ”dementia”, ”Alzheimers disease”, ”nursing homes”, ”weight loss”, ”eating”, ”provide”, ”malnutrition/undernutrition”, ”meals”, ”communication skills”, ”mealtimes”, ”person-centered care” og ”care”. Vi har kombinert søkeordene med AND/OR. For hvert søk dukket det opp mange resultater slik at vi ble nødt til å ekskludere mange artikler selv om vi hadde avgrenset søket på forhånd. Vi anser våre utvalgte forskningsartikler som direkte relevant for å svare på problemstillingen. Som vedlegg ligger en konkret avklaring for våre søk og funn av de artiklene vi valgte å benytte oss av (Vedlegg 2).

2.3 Kildekritikk og kvalitetsvurdering

Vi har funnet seks forskningsartikler som vi anser relevante for å svare på problemstillingen. Vi har fokusert på å finne forhåndsvis ny forskning, og har vurdert forskningens relevans og troverdighet.

Vi har brukt IMRaD-modellen for å vurdere oppbygging og struktur av hver enkelt artikkel. IMRaD står for introduksjon/introduction, metode/methods, resultat/results og (and) diskusjon/discussion. IMRaD-modellen blir ofte brukt for å strukturere forskningsartikler (Dalland, 2014, s. 79-80). I søkeprosessen krysset vi av for at artiklene skulle være ”peer reviewed” (fagfellevurderte), og i etterkant sjekket vi at tidsskriftet artiklene er utgitt i også er fagfellevurdert. Dette gjorde vi på nettsiden NSD-Norsk senter for forskningsdata, som har

register over ulike vitenskapelige publiseringskanaler, som tidsskrift, forlag og serier (Norsk senter for forskningsdata, 2017). I tillegg til at artiklene er fagfellevurdert, har vi kritisk analysert og vurdert hver enkelt artikkel ved hjelp av sjekklister som er utviklet for kritisk vurdering av forskning. Via Kunnskapssenteret (2017) fant vi de ulike sjekklister tilpasset ulike typer artikler, og sjekklister har hjulpet oss til å kun inkludere artikler som inneholder resultater vi kan benytte oss av i vår oppgave. I våres litteratursøk var vi åpne for forskning basert både på kvalitative og kvantitative metoder.

Vi har benyttet oss av primærstudier og sekundærstudier. Primærstudier er artikler som presenterer ny kunnskap om et emne, og artikler av denne typen skal kunne redegjøre for og diskutere metodevalg og utvalget av materialet som er anvendt, altså utvalg mennesker eller pasienter. Funn og resultater av forskningsarbeidet presenteres. Sekundærstudier baserer seg på allerede eksisterende primærstudier, og re-analyserer og tolker data fra disse. Ofte er primærstudiene kritisk gjennomgått og vurdert for å så bli oppsummert som en sekundærstudie (Dalland, 2014, s. 78-79). Alle forskningsartiklene vi har brukt, bortsett fra én, er engelskspråklige. Vi har begge norsk som morsmål, og selv om vi har nokså gode engelskkunnskaper må vi ta høyde for at det kan forekomme misforståelser i vår tolkning av de engelskspråklige artiklene. To av artiklene vi har anvendt baserer seg kun på studier utført i Norge, samt en artikkel som har utført studier både i Norge og i Sør-Afrika. Resten av de engelskspråklige artiklene baserer seg på funn og studier fra andre land som New Zealand, Canada og Storbritannia. Disse tre landene anser vi som sammenlignbare med Norge, med tanke på samfunn og kultur. Likevel er vi klar over og tar hensyn til at det kan være ulikheter når det kommer til det sosiale, økonomiske og kulturelle som kan ha betydning for resultatene. Alle forskningsartiklene vi har valgt å anvende i vår oppgave er fra 2014 eller nyere tid, noe vi mener styrker gyldigheten og troverdigheten i artiklene. Likevel kan det være andre faktorer som vi kan anse som svakheter eller være av betydning for resultatene som fremkommer. Dette kan for eksempel være antall deltakere som deltar i studien. I noen av våre artikler er det få deltakere, og vi tar forbehold om at resultatene fra disse studiene kan være mindre troverdige. Vi har valgt å inkludere disse studiene på bakgrunn av at det fremkommer resultater som vi anser som gode og relevante for vår oppgave. Fordi noen av studiene er utført på skjermede avdelinger for pasienter med demens er de som blir intervjuet ansatte. Vi har gjort en kritisk og grundig vurdering av alle forskningsartiklene, og mener at alle er relevant for vår besvarelse av problemstillingen.

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

Thorvik, Helleberg & Hauge (2016) har utført en studie med kvalitativ design. Metoden de har brukt for å samle data er feltobservasjoner og feltsamtaler som er analysert i hermeneutisk fortolkende tradisjon. Feltobservasjonene ble utført på to avdelinger beliggende i hver sin by på Østlandet. Deltakende i studien var 11 pasienter fra de to avdelingene i tillegg til 13 ansatte, både sykepleiere og helsefagarbeidere. Hensikten med studien var å utforske og å beskrive hva god omsorg kan være for personer med demens i en skjermet avdeling. I konklusjonen kommer det frem at for å kunne utføre god omsorg til personer med demens må de ansatte alltid være beredt, fleksible i form og tilnærming samt ha god kunnskap og kjennskap til pasienten. Vi har valgt å inkludere denne forskningen fordi vi mener resultatene om god omsorg som kommer frem er relevant for vår oppgave.

Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye (2017) har utført en systematisk litteraturstudie som har som hensikt å identifisere ulike screeningsverktøy som er utviklet for å avdekke risiko for underernæring blant eldre i langtidsinstitusjoner og eldre som mottar hjemmesykepleie. De gjennomførte i 2014 søk i ulike databaser, og resultatene er bygget på disse funnene. I studien er det ikke én sykdomsspesifikk målgruppe, men de fokuserer på eldre over 65 år. Fire screeningsverktøy ble validert; MNA-SF, SNAQ, MST OG GNRI. MNA-SF (short-form) var best egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko for pasienter på langtidsinstitusjoner og hjemmeboende eldre. MNA-SF er et verktøy som brukes for å identifisere ernæringsstatus, og benytter seg av høyde og vekt som målbare faktorer. Vi mener screening av pasienter for å avdekke underernæring er viktig, og vil derfor bruke denne forskningen.

Hanssen & Kuven (2016) har utført studien: "Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care." Forskningen inneholder tre studier med et kvalitativt design. Studien er utført på skjermede avdelinger for personer med demens på fire ulike sykehjem i Sør-Afrika, samt et sykehjem i Bergen og et sykehjem i det samiske samfunn. Hovedmålet med studien var å finne ut hvordan man kan utføre god sykepleie og omsorg hos personer med langtkommen demens. Familiemedlemmer og sykepleiere ble intervjuet, og stilt spørsmål angående pasientene og deres matønsker samt reaksjoner på hvordan maten ble servert. Til sammen ble 57 personer intervjuet. Studien konkluderer med at tradisjonelle matretter fra barndommen hos pasienter med demens styrker deres kulturelle identitet, skaper glede og øker pasientenes følelse av tilhørighet, av å bli respektert og ivaretatt. I tillegg

forbedrer tradisjonell mat og matretter pasientenes appetitt, matinntak og livskvalitet. Å tilberede og servere tradisjonell mat krever ekstra tid og planlegging, samt kunnskap, kreativitet og kjennskap til pasientene. Denne forskningen har vi valgt å ta med fordi tradisjonell mat, appetitt og livskvalitet kan bidra til økt matlyst hos personer med demens.

Nell, Neville, Bellew, O'Leary & Beck (2016) har utført en kvalitativ studie basert på helsepersonells oppfatninger når det gjelder faktorer som påvirker optimal ernæring og væskeinntak på skjermede avdelinger for personer med demens. Studien er utført på to ulike avdelinger, og til sammen er 11 helsepersonell intervjuet. Resultatene som fremkommer er todelt, og handler om "individet" og "miljøet". Når det gjelder individet kommer det frem i studien at faktorer som at pasientene er mette fra tidligere måltid eller har lavt aktivitetsnivå i løpet av dagen kan påvirke appetitten på en negativ måte. Presentasjonen av maten viktig, da med tanke på typen mat, smak, lukt, utseende og variasjon. I tillegg belyser studien at det å ha små biter er viktig da mange av pasientene kan ha problemer med å få maten fra tallerkenen og inn i munnen, samt tygge og svelge maten. Studien belyser også at miljøet har mye å si. Støy som for eksempel musikk, besøkende, høylytt snakking fra ansatte eller pasienter kan være forstyrrende i en matsituasjon. I motsetning kan også musikk skape en rolig og avslappende atmosfære. Helsepersonell bør sørge for å skape en rolig atmosfære med minimale distraksjoner og forstyrrelser under måltidet. I tillegg må helsepersonell være behjelpelig og beredt til å assistere de pasientene som ikke kan spise selv. Denne forskningen setter fokus på individet og miljøet, noe vi vil ta med oss i drøftingen.

McEvoy & Plant (2014) har utgitt forskningsartikkelen: "Dementia care: using empathic curiosity for establish the common ground that is necessary for meaningful communication." Artikkelen er bygd opp av tre ulike case-studier. Pasienter med demens ble intervjuet. I studien kommer det frem at det å tilpasse en empatisk og nysgjerrig tilnærming til pasientene med demens er grunnlaget for et likestilt og forståelsesfullt forhold, uten maktforskjell og avhengighet. Studien belyser fire metoder for å kommunisere med pasienter med demens på en god måte. 1: Stille korte, åpne spørsmål i presens. 2: Observere pasientens følelser. 3: Gi samtalen tid og være åpen for å la pasienten finne ord og ta styring for utviklingen av samtalen. 4: Utforske bruken av metaforer. Dette synes vi er relevant med tanke på kommunikasjon.

Chaudhury, Hung, Rust & Wu (2016) har gjennomført en systematisk analyse på to ulike omsorgsenheter i Canada. Den ene enheten var spesielt tilpasset personer med demens, mens den andre var en vanlig langtidsavdeling. I studien nevnes Kitwood og hans teoretiske perspektiv på personsentrert omsorg når det gjelder miljøtilpassing og renovasjon i spisearealet. 10 beboere og 17 helsepersonell deltok i studien, og studien inneholder observasjoner både før og etter renoveringen av spisearealet. I studiens resultat kommer det frem at Kitwoods teori om personsentrert omsorg er viktig for å møte hvert enkelt individs ønsker og behov. Et åpent kjøkkenlandskap med ulike kjøkkenredskaper samt et hjemmekoselig miljø har potensialet til å redusere angst og øke den positive oppførselen under måltider. Etter renovasjonen var det gjort endringer som gjorde spisearealet mer hjemmekoselig. I konklusjonen kommer det frem fem ulike metoder som resultat fra renoveringen. 1: Autonomi og personkontroll, 2: Et hjemmekoselig miljø, 3: Økende sosial interaksjon, 4: Økt personlig støtte og 5: Mer effektivt samarbeid. Kitwoods teori om personsentrert omsorg og de 5 ulike punktene som kommer frem i konklusjonen er vesentlig i oppgaven.

3.0 Teori

I dette kapitlet vil vi presentere og gjøre rede for oppgavens teoretiske rammeverk, dette danner grunnlaget for drøftingskapitlet. Vi begynner med å presentere demens ved Alzheimers sykdom, deretter tar vi for oss ernæring og sykepleieteori. Videre skriver vi om miljøbehandling, kommunikasjon, personsentrert omsorg, etikk, pårørende og til slutt yrkesetiske retningslinjer og lover.

3.1 Demens ved Alzheimers sykdom

Demens er en lidelse som skyldes sykdom i hjernen. Det finnes mange ulike typer demens, samt andre tilstander og sykdommer som kan gi demenslignende symptomer (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412). I Norge i dag er det over 77 000 mennesker som har demens. (Nasjonalforeningen for folkehelse, 2017). Selv om yngre også rammes, er de fleste som har lidelsen over 65 år og cirka 20-25% av alle over 80 år utvikler en form for demenslidelse. Trolig vil forekomsten av demensrammede ha steget til cirka 94 000 mennesker i 2030, og i 2060 forventes det å være over 200 000 mennesker som er rammet av en demenslidelse (Solheim, 2015, s. 17).

Alzheimers sykdom er den vanligste typen for demens, og cirka 60% av alle som har en demenslidelse har denne sykdommen (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 413). Sykdommen er oppkalt etter den tyske legen Alois Alzheimer som i 1901 beskrev sykdommen for første gang hos en 51 år gammel kvinne (Engedal & Haugen, 2009, s. 63). Han utførte mikroskopiske undersøkelser hos avdøde mennesker, og oppdaget forandringer i hjernen som senile flekker og flokefenomen, noe som ses hos alle med sykdommen. På denne tiden og helt frem til 1970-tallet antok man at sykdommen kun rammet mennesker under 65 år, og at de eldre fikk demens på grunn av åreforkalkning. I dag vet vi at de samme endringene som den tyske legen oppdaget på begynnelsen av 1900-tallet hos unge mennesker, også forekommer hos eldre (Engedal, 2016, s. 73-75).

3.1.1 Årsaker til Alzheimers sykdom

Det er ikke kjent noen enkel årsak for utviklingen av Alzheimers sykdom, men man antar at høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes, hodeskader, lite fysisk aktivitet og lite bruk av hjernen kan være faktorer som er disponerende (Solheim, 2015, s. 35-36). Depresjon med debut i høy alder og røyking er også risikofaktorer som kan spille inn (Engedal & Haugen, 2009, s. 76). Risikoen for å få sykdommen øker med alderen og sykdommen kan komme som følge av arvelig disposisjon, men forekommer sjeldent av direkte arv (Solheim, 2015, s. 35-36). For å utvikle Alzheimers sykdom er det som regel en kombinasjon av flere årsaker som ligger til grunn, og de mest sentrale faktorene er alder, miljø og arv (Engedal & Haugen, 2009, s. 77-78).

3.1.2 Sykdomsforløp og symptomer

Ved Alzheimers sykdom skjer det endringer i hjernen som fører til celledød (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 413). Alois Alzheimer snakket som nevnt om de senile flekker og flokefenomen. De senile flekkene finnes i hjernens bindevev utenfor hjernecellene, og består av flere proteiner, spesielt proteinet beta-amyloid. Dette proteinet dannes fra et annet protein som kalles amyloid precursor protein, og hos mennesker med Alzheimers sykdom skjer en feilspalting i nedbrytningsprosessen av dette proteinet som fører til at beta-amyloid dannes og avleires i hjernen. Dette proteinet blir giftig for hjernecellene da det har oppstått store mengder som har blitt avleiret i klumper. Hjernecellene skades og dør. Skaden skjer ved at det dannes en floke som til slutt blir så stor at hjernecellen ikke får nok tilførsel av næring, og dermed dør. Disse prosessene starter inne i tinninglappene i et område nært hippocampus. Prosessen spres videre til andre deler av hjernen. Når hjerneceller dør, reduserer forbindelseslinjene mellom nerveceller, og kommunikasjonen fra en nervecelle til en annen stopper opp. Etter hvert ser man at hjernen skrumper mer og mer i takt med at flere nerveceller dør. Dette er årsaken til de symptomene vi ser hos mennesker med Alzheimers sykdom. Skadene i hjernen utvikler seg som regel langsomt. Det kan ta år før man oppdager sykdommen (Engedal, 2016, s. 75-77).

Alzheimers sykdom som oppstår før fylte 65 år har ofte et raskt progredierende sykdomsforløp. Demenssymptomene kommer rask og tidlig i forløpet, og ses ved sviktende hukommelse, tegn til apraksi, agnosi, handlingssvikt, samt språk -og skrivevansker. Når

sykdommen debuterer etter fylte 65 år ser man som regel en mindre dramatisk sykdomsutvikling med færre symptomer. Her er det mest framtreddende symptomet hukommelsessvikt i starten (Engedal & Haugen, 2009, s. 63).

I tidlig fase av sykdommen vil symptomene være svært varierende fra person til person, og ofte uklare og svake. Hos noen kan debuterende symptomer være at man blir stresset i nye situasjoner, eller at man utvikler angst og får depresjonslignende symptomer. Hos andre kan de første symptomene være svikt i det kognitive, som for eksempel at personen opplever det vanskelig å lære nye ting eller får problemer med å løse enkle oppgaver. Noen kan oppleve redusert langtidshukommelse, og oppmerksomheten og evnen til å orientere seg i tid reduseres. Det blir også vanskeligere å orientere seg i ukjente omgivelser. Atferdsendringer kan oppstå ved at man blir mindre deltakende i sosiale settinger, og noen viser mindre interesse for familien. Symptomene som oppstår i tidlig fase kan være godt skjult, og ofte vil det være en spesiell hendelse eller en endring i personens liv som gjør at sykdommen blir oppdaget, dette kan for eksempel være akutt sykdom, ferie eller flytting. I denne fasen av sykdommen vil personen klare seg hjemme (Solheim, 2015, s. 34-35).

Symptomer i sen fase oppstår etter noen år med sykdommen og å orientere seg for tid og sted, også kjente omgivelser, vil være et økende problem. Taleflyten blir redusert og det skjer en svikt i språkfunksjonen, i tillegg til at evnen til å oppfatte og forstå tale begrenses. Afasi-problemene øker og det kan oppstå global afasi, altså at personen vil få utfordringer rundt det å forstå og/eller selv snakke. Det utvikles økende grad av handlingssvikt, noe som fører til at personen vil få problemer med å klare seg i dagliglivet. Personen vil trenge mer bistand til blant annet personlig hygiene og påkledning (Solheim, 2015, s. 35). Det å spise kan bli en utfordring, ofte er personen i stand til å spise selv, men vil likevel trenge veiledning under måltidet (Engedal & Haugen, 2009, s. 89). Det kan utvikles motoriske symptomer samt inkontinens. Det vil etter hvert bli nødvendig med kontinuerlig støtte døgnet rundt i form av sykehjem (Solheim, 2015, s. 35).

3.1.3 Behandling

Det finnes ingen behandling som kurerer, stopper eller bremser sykdommen, men det finnes legemidler som er utviklet for å utsette symptomene som oppstår (Nasjonalforeningen for

folkehelse, 2017). Dette er legemidler som har effekt på hukommelse og funksjonssvikt som blant annet aricept, donepezil, exelon eller galantamin. I tillegg til dette går en behandlingsstrategi ut på å påvirke livsstilsfaktorer hos personer som er i tidlig fase av sykdommen for å bremse progresjonen. Dette kan være å få personen til å være mer fysisk og mentalt aktiv, oppmuntre til røykeslutt, behandle blodtrykk og diabetes, i tillegg til å gi legemidler for å senke kolesterolet og homocystein (Engedal, 2016, s. 141-143).

3.2 Ernæring og eldre

Ernæring og væske er grunnleggende behov som må dekkes for å ivareta helse og velvære. Menneskers matvaner henger sammen med andre behov som fellesskap, tilhørighet, trygghet og identitet (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 161).

3.2.1 Energibehov og næringsstoffer

De tre energigivende næringsstoffene som må være i balanse og inntas i tilstrekkelig mengde for å oppnå en god ernæringsstatus er karbohydrater, proteiner og fett. Det anbefales at 50-60 % skal være karbohydrater, 10-20 % proteiner og 25-35 % fett. Vitaminer er også viktige næringsstoffer som må tilføres kroppen. I tillegg har kroppen behov for mineraler og sporstoffer (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 164-167).

Etter hvert som en blir eldre endrer kroppsmassesammensetningen seg og mengden væske og muskulatur reduseres, mens fettinnholdet øker. Kroppens energibehov synker med alderen som følge av redusert muskelmasse, lavere basalstoffskifte og nedsatt fysisk aktivitet. Dermed er det naturlig at kaloribehovet er lavere enn hos unge voksne. Behovet for fett og karbohydrater blir mindre, mens behovet for proteiner ikke minker like mye. Vitaminer og mineralstoffer er stabilt gjennom livet. Dette fører til at det å få dekket næringsbehovet til eldre som spiser lite blir en utfordring (Brodtkorb, 2014, s. 302). Statens ernæringsråd har gitt retningslinjer for utregning av energibehov hos forskjellige grupper pasienter. Det anbefales å følge 33 kcal/kg kroppsvekt/dag for en oppegående pasients energibehov. En må ta hensyn til ulike endringer med tanke på aktivitetsnivå og ulike sykdommer, og statens ernæringsråd anbefaler 10 % mindre kaloriinntak for eldre over 70 år. Hvis pasienten derimot er mager anbefales det å øke inntaket med 10 % (Helsedirektoratet, 2013, s. 54).

3.2.2 Underernæring

Underernæring er det største og mest alvorlige problemet blant eldre mennesker.

Aldersforandringer, funksjonssvikt, sykdom og nedsatt matlyst er faktorer som kan være med på å begrense den eldres evne til å spise (Brodtkorb, 2014, s. 301). På sykehus og sykehjem varierer forekomsten av underernæring mellom 10 % og 60 % (Helsedirektoratet, 2013, s. 10). Underernæring er en tilstand som gradvis utvikler seg over tid (Helsedirektoratet, 2013, s. 27). Dette oppstår når næringsinntaket blir mindre enn behovet, fordi behovet øker eller inntaket reduseres. Hos eldre kan underernæring skyldes en kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak. Resultatet av dette kan være tap av fett- og muskelvev (Brodtkorb, 2014, s. 306-308). Underernæring gir konsekvenser for metabolismen og mage-tarm-funksjonen ved at tarmen ikke får tilstrekkelig med næring og det blir en overvekst av bakterier.

Immunforsvaret blir påvirket noe som fører til at personen er mer utsatt for infeksjoner.

Underernæring kan føre til redusert sårtilheling ved at kroppen får for lite proteiner, i tillegg til ødemdanning og redusert blodgjennomstrømning til vevet, noe som kan føre til iskemi.

Den reduserte muskelmassen og muskelkraften som følge av underernæring fører med seg utmattelse og økt søvnbehov. Psykiske symptomer som apati, irritabilitet samt konsentrasjons- og motivasjonsvansker kan også oppstå (Almås, Stubberud & Grønseth, 2015, s. 480-481).

3.2.3 Måltider på sykehjem

Måltidene blir en viktig del av innholdet i dagen på sykehjem, og det er måltidene som organiserer dagen. Dette bør være noe å se fram til. Når en flytter til sykehjem mister en ofte initiativet og evnen til å kunne hente seg noe selv, og en er avhengig av hjelp. Derfor er måten måltidene blir gjort på i hverdagen viktig for pasientens trivsel og glede. Ofte kan en høre at eldre liker syltetøy best, eller at de eldre helst vil spise alene på rommet sitt. Derfor er det viktig å ikke glemme den enkeltes ønsker og behov rundt måltidene på sykehjem (Berg, 2002, s. 52-53). Et bra mattilbud med et hyggelig miljø rundt måltidet kan bidra til matglede, øke matlysten og trivselen på sykehjem (Helsedirektoratet, 2016, s. 59).

Mat og måltidsituasjoner kan i noen tilfeller bli utfordrende, spesielt for mennesker som er rammet av en demenssykdom. Personer med demens har ofte problemer med å tenke abstrakt, og omverdenen blir vanskelig å forstå. Blomstermønster på en tallerken kan oppleves som

virkelige blomster, og kan skape frustrasjon hos personen med Alzheimers sykdom når blomstene ikke lar seg plukke. Mønster på tallerkener og annet servise kan ofte mistolkes, og pasientene forstår ikke at det er dekor, noe som kan være forvirrende og gjøre at de ikke ønsker å spise fra tallerkenen eller drikke fra kaffekoppen. Hos personer med Alzheimers sykdom påvirkes språkevnen, og det kan være vanskelig å formidle det en ønsker, men også oppfatningen av det som blir sagt blir vanskeligere. Det som sies kan derfor ofte bli mistolket. Hvis en tilbyr en pasient med Alzheimers sykdom melk, juice eller saft kan dette oppleves som forvirrende fordi det blir for mange valgmuligheter. Mange gjenstander på matbordet kan skape forvirring, og en demensrammet kan oppleve problemer med å gjenkjenne gjenstander fra en uvant vinkel, i tillegg til at avstandsbedømmelsen er svekket. Personer med Alzheimers sykdom ser ofte detaljer, men oppfatter ikke helheten (Aremyr, 2001, s. 50-60).

3.2.4 Kartlegging og screeningsverktøy

Det finnes flere typer screeningverktøy som sykepleiere kan bruke i kartleggingen av ernæringsstatus hos pasienter. Det er viktig å vurdere vekt, vektutvikling og høyde hos pasientene, men også vurdere matinntak, sykdom og fysisk funksjon (Almås et al., 2015, s. 484).

Kroppsvekten er den viktigste opplysningen om forholdet mellom tilførsel og forbruk av næringsstoffer, og alle pasienter bør veies ved innleggelse i sykehjem (Almås et al., 2015, s. 483). Vekten ved innleggelsen kan brukes som referanse ved senere veiinger. Pasienter på sykehjem bør veies en gang i måneden (Helsedirektoratet, 2013, s. 50). Veiingen bør skje på morgenen før pasienten har spist frokost, og pasienten bør ha på seg minst mulig klær, og samme mengde klær ved hver veiing (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 179). I tillegg er kroppsmasseindeks (KMI) en viktig metode for å vurdere pasientens ernæringsstatus. KMI beskriver forholdet mellom høyde og vekt ved hjelp av en formel: $KMI = \text{vekt(kg)} / \text{høyde(m)}^2$. Eldre mennesker kan gjerne ha noe høyere KMI enn yngre fordi de ofte har høyere andel fettvev på kroppen. Normalverdiene for voksne er mellom 20 og 24,9, mens hos eldre antas de å være mellom 24 og 27 (Brodtkorb, 2014, s. 303-304).

Helsedirektoratet anbefaler MNA som screeningsverktøy på sykehjem. MNA kan systematisk kartlegge årsaksforhold ved underernæring hos eldre pasienter. Helsedirektoratet (2013, s. 55)

nevner kostregistrering (vedlegg 3) som et hjelpemiddel for å få oversikt over hvor mye pasienten har spist i løpet av en dag. Kostregistrering viser inntaket av hva pasienten spiser, og sikrer et grunnlag for å vurdere nødvendige tiltak til den individuelle pasient. Pasienter som står i fare for underernæring bør ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Planen bør inneholde pasientens ernæringsstatus, appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeevne, svelgevansker og evne til å spise selv (Helsedirektoratet, 2013, s. 8-9).

3.3 Sykepleieteori

Vi har valgt Kari Martinsen som sykepleieteoretiker da hennes omsorgsfilosofi er relevant for vår oppgave. Omsorg er i følge Martinsen et relasjonelt begrep, og hun beskriver omsorg som nestekjærlighet, at vi skal handle mot andre slik vi vil at andre skal handle mot oss. Det er å bryte egosentrisiteten, å gå utover seg selv. Altså følelsen av å stå andre nær (Martinsen, 2012, s. 14).

”Omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv” (Martinsen, 2012, s. 69). Omsorg er en sosial relasjon, og det mest naturlige og fundamentale ved menneskets eksistens. Forholdet mellom mennesker er det viktigste, og omsorg vil si å ta hensyn for andre, for sin egen skyld (Martinsen, 2012, s. 69-71). Martinsen omtaler omsorg som å knytte bånd og inngå relasjoner. Dette har med avhengighet å gjøre, og det er gjennom avhengighet at mennesket utvikler sin selvstendighet. Relasjoner og avhengighet er grunnleggende i menneskers liv (Martinsen, 2007, s. 145). Martinsen oppsummerer de fundamentale kvaliteter ved omsorg i tre punkter:

1. Omsorg har med *fellesskap* og *solidaritet* med andre å gjøre, og er en sosial relasjon.
2. Omsorg har med *forståelse* for andre å gjøre, noe en kan tilegne seg ved å gjøre ting for og sammen med andre. På den måten utvikler en felles erfaringer, og ut fra de situasjonene en har erfaring fra, kan en forstå. En kan dermed forstå den andre gjennom måten han forholder seg på til *sin* situasjon.
3. For at omsorgen skal være ekte, må en forholde seg til den andre ut fra en *holdning* (stemning, “Befindlichkeit”) som anerkjenner den andre ut fra *hans* situasjon. I dette ligger gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon (Martinsen, 2012, s.

69-71).

Martinsen beskriver omsorgsarbeid ved at mottakeren av omsorg befinner seg i en ikke-selvhjulpen situasjon. Omsorgsrelasjonen innebærer ansvar og forpliktelse fra omsorgsutøverens side, og er basert på generalisert gjensidighet ved at den som utøver omsorg ikke forventer noe tilbake. Som sykepleier skal en ved hjelp av omsorg ta vare på mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, for å klare dette forutsettes det at sykepleieren har kunnskaper, ferdigheter og erfaring. Ved kunnskaper og ferdigheter sykepleieren har tilegnet seg, i tillegg til egne erfaringer fra for eksempel det å være kvalm og ha smerter, kan en forstå den andres situasjon. Dagligverdenen mellom pasient og pleier kan ha flere likhetstrekk, og på grunn av dette kan en som medmenneske forstå den som er syk. Selv om en ikke opplever den sykes smerter eller ubehag, kan en likevel gjenkjenne situasjonen ut fra egne erfaringer fra lignende situasjoner, og dermed bruke sin erfaring i tillegg til kunnskapen en har for å lindre pasientens smerte. Ved hjelp av sine fagkunnskaper er sykepleieren i stand til å "sørge for" den syke ved å for eksempel lindre smerte, vaske kroppen eller gi mat. Sykepleieren bør bruke redskaper som vaskeklut, bekken og skje på en slik måte at pasienten kjenner seg igjen i situasjonen og anerkjennes, men ikke umyndiggjøres. Sykepleieren må gjøre situasjonen trygg og kjent, og ikke fremmed. Å anvende fagkunnskapen gjennom bruk av enkle redskaper som pasienten kjenner til fra sitt dagligliv er noe av det mest fundamentale i en omsorgssituasjon. En pleiesituasjon bør gjøres så enkel som mulig, uten å bruke unødvendig mange fremmede gjenstander og ord. Ved å bruke dagligspråk i stedet for fagspråk, i tillegg til å benytte enkle dagligdagse redskaper, har en mulighet til å forstå den felles sammenheng en befinner seg innenfor (Martinsen, 2012, s. 74-76).

Vedlikeholdsomsorg er en form for omsorgsarbeid hvor målet ikke er at mottakeren skal bli selvhjulpen, men å opprettholde et visst funksjonsnivå og unngå forverring. Pleiesituasjonen innebærer å forsøke å gjøre det så godt som mulig for pasienten i situasjonen her og nå. Sykepleieren må verken undervurdere eller overvurdere pasientens evne til selvhjulpenhet, men jobbe for å styrke pasientens selvhjulpenhet der det er mulig (Martinsen, 2012, s. 78).

3.4 Miljøbehandling

Miljøbehandling er en behandlingsform som tar utgangspunkt i å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter og som skal bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring (Vatne, 2012, s. 27). For pasienter med Alzheimers sykdom innebærer dette først og fremst å sette den enkelte pasient i stand til å bruke sine egne ressurser på best mulig måte og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig (Rokstad & Smebye, 2015, s. 153). Måltidene er en betydelig funksjon i miljøbehandling for pasienter med Alzheimers sykdom, og kan bidra til at dagen struktureres ved hjelp av å ha faste tider for frokost, lunsj, middag og kveldsmat. Ved å tilrettelegge måltidene i samme rom gjentatte ganger kan det bidra til gjenkjenning hos pasientene (Helsedirektoratet, 2016, s. 200). Gjenkjenning er en form for mestring, som igjen gir grunnlag for trygghet. Måltidene markerer hvilken tid på døgnet det er, noe som er viktig for døgnrytmen til pasientene på et sykehjem (Berg, 2002, s. 29-30).

3.5 Kommunikasjon

3.5.1 Kommunikasjon med den demensrammede

Demenssykdom bringer med seg en rekke utfordringer som virker inn på evnen til å kommunisere. For eksempel nedsatt oppmerksomhet, konsentrasjon, hørsel også videre. Støy kan også være med på å forstyrre eller ødelegge for god kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren. Dette kan være dagligdagse ting, blant annet radio/TV, oppvaskmaskin eller mange personer som snakker på en gang (Solheim, 2015, s. 204-205).

Respekt og tillit henger godt sammen når det gjelder kommunikasjon og relasjonsbygging. Respekt er viktig med tanke på pasientens følelser. Pasienter med demens har ofte behov for at andre ivaretar deres autonomi og integritet da de ofte ikke er i stand til å ta stilling til hva som er det mest fornuftige for sitt eget beste i ulike situasjoner. Som sykepleier er det viktig å vise respekt ved å observere og lytte godt sånn at man er i stand til å oppdage hvordan pasienten har det (Eide & Eide, 2014, s. 15). En forutsetning for god kommunikasjon med pasienter med demens er tillit. Tillit handler om nærvær, åpenhet og ærlighet (Solheim, 2015, s. 203).

3.5.2 Verbal kommunikasjon

Når en bruker ord for å kommunisere kalles det verbal kommunikasjon. Kunnskap og erfaring livet gir kan være med på å prege hvordan man tolker ord. Dette betyr at sender og mottaker kan ha ulik oppfattelse av det som blir sagt, og dermed kan det oppstå misforståelser, fordi de ord og uttrykk som brukes tolkes på forskjellig måte. I kommunikasjon med pasienter med demens er det ekstra viktig å tenke på dette, fordi deres evne til å oppfatte, forstå, tolke og å produsere språk er redusert. Sender må derfor uttrykke seg klart og tydelig, samt tilpasse språket og ordene slik at det blir forståelig for mottakeren. I den verbale kommunikasjonen med pasienter med demens må sykepleieren ha evnen og viljen til å tilpasse kommunikasjonen slik at mottakeren får mulighet til å oppfatte det som blir formidlet (Solheim, 2015, s. 202).

3.5.3 Nonverbal kommunikasjon

Med kroppsholdning, kroppsbevegelser, berøring, ansiktsmimikk, blick og stemmebetoning kan en formidle ulike budskap med kroppen. Dette er eksempler på nonverbal kommunikasjon. Via kroppsspråket kan man overse, gjøre narr av, se ned på, lytte, følge med og se den andre. Man formidler budskap gjennom bruk av kroppsspråket til alle tider, uten å bruke et eneste ord. For å undertrykke den verbale kommunikasjonen brukes nonverbal kommunikasjon ved at man uttrykker sin sinnstilstand og viser hva slags holdninger man har til situasjonen eller personen man snakker med. Kroppsspråket uttrykker menneskers tanker, både bevisst og ubevisst. Det er viktig å tenke på hvordan den nonverbale kommunikasjonen oppfattes av pasientene man kommuniserer med (Solheim, 2015, s. 202).

3.5.4 Reminisens

Reminisens er en prosess som fremkaller minner. For å bruke reminisens som en kommunikasjonsmetode må en kjenne til personens tidligere liv, og kunne snakke om minner som den gamle kjenner seg igjen i eller ta i bruk kjente gjenstander for å hjelpe hukommelsen (Dahl, 2014, s. 413). Minner kan bidra til at den gamle opprettholder sin egen følelse av verdi og verdighet, samtidig som en kan styrke sin identitet. Minner sitter i sansene og det kan være viktig å tenke over de sanseomgivelser man skaper for pasienter med demens. Det at den

gamle har med seg personlige eiendeler, møbler og bilder til sykehjemmet kan gjøre det lettere for pasienten å snakke om sitt tidligere liv (Eide & Eide, 2014, s. 393-394).

3.5.5 Validering

Validering er en form for kommunikasjon som styrker personens identitet, selvrespekt og verdighet, og innebærer å respektere og akseptere personen slik han eller hun er og slik personen opplever virkeligheten. Dette er en metode som kan bidra til å dempe angst og forebygge forvirring samtidig være tillitsskapende. Ved å bli tatt på alvor og få bekreftelse trenger ikke personen å måtte forsvare seg, og kan heller bruke energien på andre hensiktsmessige tanker eller atferd som for eksempel å kunne ta inn virkeligheten slik den er. Når en person med demenssykdom blir overveldet av følelser som angst, forvirring eller frustrasjon er validering en måte å etablere tillit, trygghet og verdighet på (Solheim, 2015, s. 208).

3.5.6 Realitetsorientering

Realitetsorientering innebærer ærlighet, respekt og innlevelse. Det vil si å møte personen med demens der den er med tanke på tid og sted, for å så lede personen tilbake til nåtid. En måte å utføre realitetsorientering på er å tilrettelegge det fysiske miljøet. Dette kan for eksempel gjøres ved hjelp av velferdsteknologi og orienteringshjelpemidler. En annen form er 24-timers realitetsorientering, noe som vil si at sykepleieren informerer om hva som kommer til å skje, hva som har skjedd og hva som skjer i øyeblikket. Målet er at personen skal oppleve mestring, og det er viktig å unngå korrigerende og konfronterende som kan gjøre at personen føler seg sviktet (Solheim, 2015, s. 207).

3.6 Personsentrert omsorg

Kitwood la grunnlaget for en omsorgskultur som fokuserer på personen fremfor diagnose og pleie, og dette kalles personsentrert omsorg. Det handler om å se og å behandle mennesket. Personsentrert omsorg innebærer verdinormer, respekt for mennesker uavhengig av deres sykdom og funksjonstilstand, om sosial deltakelse og om å gi omsorg til hver og en ved å ta hensyn til deres preferanser og verdier gjennom livet. Sosial deltakelse betyr at en skal

inkludere enhver pasient med demens i et fellesskap de kan trives i. Som sykepleier må en prøve å sette seg inn i pasientens situasjon for å kunne forstå hvordan hun eller han reagerer i ulike situasjoner. Menneskeverd skal være i fokus, og alle mennesker skal behandles med respekt (Engedal, 2016, s. 187-188). Personsentrert omsorg innebærer at en ser hele mennesket, legger til rette for at pasienten skal få bruke sine ressurser, og at pasienten skal beholde sin selvstendighet så lenge som mulig. I tillegg må en respektere pasientens identitet på ethvert tidspunkt i demensforløpet (Rokstad, 2015, s. 70).

3.7 Etikk

Sentralt i etikken står de tre prinsippene autonomi, velgjørenhet og ikke-skade. Som sykepleier må en ha kunnskap om etikk for å kunne identifisere etiske problemstillinger, få størst mulig grunnlag for å vurdere problemet, velge det best mulig alternativet for de som er involvert, i tillegg bli bevisst på egne holdninger og bearbeide dem (Solheim, 2015, s. 81-85).

Prinsippet om autonomi handler om personens rett til å bestemme over seg selv og gir personen rett til handlingsfrihet. Velgjørenhetsprinsippet vil si at man har en plikt til å fremme det gode og hindre det vonde. Ikke-skade-prinsippet medfører at en ikke skal skade andre (Solheim, 2015, s. 85).

3.8 Pårørende som ressurs

”Når vi blir syke trenger vi noen som husker hva som var viktig for oss” (Høie, 2015, s. 14). De pårørende er viktige fordi de gir god omsorg til pasienten, men også fordi de kjenner historien til den demensrammede. Pårørende kan være ektefelle, barn, søsken, venner eller andre familiemedlemmer. Når en person blir syk som følge av Alzheimers sykdom og ikke lenger husker hva som er viktig for at de trives og har det bra, kan pårørende være en ressurs for å bidra til at personens historie og synspunkter fortsatt blir en del av deres liv. Historien om en persons liv, synspunkter, valg og meninger er viktig uansett hvor syk eller glemsk personen er. Pårørende er de som kjenner pasienten best og blir derfor en viktig ressurs for å gjøre behandling og pleie av pasienten med demens så god og målrettet som mulig (Høie, 2015, s. 14).

Det er viktig å etablere et godt forhold til pårørende så tidlig som mulig, både for pårørendes del og for pasientens del. Pårørende kan bidra ved å ta med møbler, bilder og andre personlige eiendeler til sykehjemmet fra pasientens tidligere hjem. Dette er ting som pasienten har knyttet identitet og minner til (Solheim, 2015, s. 291-298).

På sykehjem kan pårørende som er på besøk for eksempel bidra under måltidet, noe som kan skape en hyggelig atmosfære for pasienten. I tillegg kan dette bidra til å øke matlysten og opprettholde kontakten med vedkommende. Det kan være en idé å tilby de pårørende noe å spise eller drikke på da de kommer på besøk. Dette signaliserer at de er velkomne, og at de blir sett på som en ressurs og en naturlig samarbeidspartner (Brodtkorb, 2014, s. 305-306).

3.9 Aktualiserte lover og retningslinjer

I denne teoridelen skal vi ta for oss lover og yrkesetiske retningslinjer som er relevant for vår problemstilling og case.

3.9.1 Lov helsepersonell m.v (helsepersonelloven)

Formålet med loven er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut i fra helsepersonellens kvalifikasjoner. Helsehjelp innebærer blant annet handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende eller pleie- og omsorgsformål og utføres av helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999).

3.9.2 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Formålet med loven er å bidra til at befolkningen har lik tilgang på tjenester av god kvalitet, samt å sikre pasienter og brukeres rettigheter. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, fremme trygghet i tillegg til å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.9.3 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse og omsorgstjenesteloven)

Lovens formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Loven skal også fremme sosial trygghet, bidra til likeverd og likestilling, samt forebygge sosiale problemer. Den skal sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Loven skal sikre at tilbud er tilpasset den enkeltes behov og tilrettelagt med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

3.9.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YER)

Yrkesetiske retningslinjer bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, og menneskerettighetene slik de fremstilles i FNs menneskerettighetserklæring. Som sykepleier plikter en å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og skal være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5-7).

Følgende punkter vi anser som relevante for vår oppgave:

1.1 Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap.

2.1 Sykepleieren har ansvar for sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5-8).

4.0 Drøfting

I dette kapitlet skal vi drøfte og reflektere for å komme frem til et svar på problemstillingen: Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos pasienter med Alzheimers sykdom på skjermet avdeling? Teorikapitlet, funn av forskningsartikler, pasientcasen samt egne erfaringer vil være bakgrunnen for drøftingen som fremkommer. Først tar vi for oss kartlegging av ernæringsstatus, deretter forebygging rundt måltidet og så miljøtiltak for å forebygge underernæring. Til slutt tar vi for oss kommunikasjon.

4.1 Kartlegging av ernæringsstatus

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere finner vi punkt 2.1 som omhandler sykepleierens ansvar for sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Vi anser det å forebygge underernæring som sykepleierens ansvar og en viktig del av det forebyggende arbeidet. For å klare dette må sykepleieren som benyttes bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5-7). Martinsen understreker dette med kunnskap, ferdigheter og erfaring hos sykepleiere, og med dette som grunnlag kan vi yte omsorgsarbeid som retter seg mot å ta vare på mennesker som ikke er i stand til å ta vare på seg selv (Martinsen, 2012, s. 75). Å kartlegge Ingrid's ernæringsstatus er noe av det første vi vil gjøre for å forebygge ytterligere vekttap som kan føre til underernæring.

Ved å kartlegge og bruke screeningsverktøy kan vi som sykepleiere identifisere pasienter som er i ernæringsmessig risiko. Dette er et viktig forebyggende tiltak for å oppdage pasientene som er utsatt for underernæring. I casen kommer det frem at Ingrid har gått ned 6 kg i løpet av de siste tre månedene, og hun veier nå 64 kg noe som vil si at hun står i fare for å bli underernært om vektnedgangen fortsetter. Derfor er det viktig å iverksette tiltak. Det ble utført en innkomstrappert da Ingrid kom til avdelingen, men på grunn av endring av matinntaket hennes og vektnedgangen blir det nødvendig med en grundigere kartlegging (Brodtkorb, 2014, s. 304). Gjerlaug et al., (2017) kommer i sin studie frem til at MNA-SF er et godt egnet screeningsverktøy for å screene ernæringsmessig risiko, og identifisere de personene som er i risiko for underernæring. Studien omtaler kortversjonen av MNA, men vi velger å bruke fullversjon fordi det er denne vi har erfaring med. I deres studie kommer det

frem at sensitiviteten til MNA-SF er høyere blant hjemmeboende enn pasienter på sykehjem, på grunn av mobilitet og kognitiv funksjon. Vi tenker at MNA (vedlegg 4) er et passende verktøy å bruke på pasienter med Alzheimers sykdom som Ingrid fordi hun fortsatt er mobil og fysisk sprek, men vil score dårligere når man krysser av for hennes kognitive svikt som skyldes demensdiagnosen. Helsedirektoratet (2013, s. 14) anbefaler MNA for eldre over 65 år, og etter at Ingrid har blitt screenet scorer hun 17,5 poeng noe som indikerer at hun står i fare for å utvikle underernæring. 17 poeng eller mindre tilsier at en er underernært. Etter MNA-screeningen får vi en skikkelig oversikt over den ernæringsmessige tilstanden. Ettersom Ingrid er nær å bli underernært er det viktig å iverksette tiltak for å bedre ernæringsstatusen og forebygge videre vektnedgang og underernæring. Et screeningsverktøy avdekker kun risikoen for underernæring, og som ansvarlig for å ivareta Ingrids ernæringsbehov er det viktig at vi følger opp med tiltak. Dette kan for eksempel være små, hyppige porsjoner og næringstett mat (Gjerlhaug, et al., 2016). Vi anser denne kartleggingen som en viktig del av det forebyggende arbeidet for å hindre at vektnedgangen utvikler seg, og at Ingrid blir underernært.

Vektkontroll er et viktig og enkelt tiltak, og ved å bruke innkomstvekten som referanse ser vi at Ingrid har hatt en vektnedgang på 8,5 %. Pasienter på sykehjem bør veies en gang i måneden, men i og med at Ingrid har hatt stor vektnedgang den siste tiden bør hun veies oftere (Brodtkorb, 2014, s. 303-304). Vi tenker at en vektkontroll i uken er nødvendig til vi ser at vekten er på et mer stabilt nivå. For at veiingen skal være av verdi, er det visse faktorer som bør følges. Ingrid bør veies til samme tid hver uke, i tillegg bør hun veies med lik påkledning hver gang. Vi skal bruke samme vekt ved hver veiing og å måle Ingrids vekt en gang i uken bør innføres som en rutine. Kroppsvekten er viktig data for å holde oversikt på forholdet mellom tilførsel og forbruk av næringsstoffer, og vektregistrering bør derfor prioriteres (Almås et al., 2015, s. 483-484).

Som sykepleier på avdelingen er det viktig å følge med på hva Ingrid spiser, og utføre en kostregistrering fordi hun har hatt ufrivillig vekttap og redusert matinntak. På denne måten får vi oversikt over hva hun faktisk spiser mot behovet for næringsinntak. Våre observasjoner med tanke på matinntaket hos Ingrid er viktige for å kunne vurdere hva slags tiltak som er nødvendig for at hun skal få i seg tilstrekkelig næringstilførsel (Almås et al., 2015, s. 482-483). Formålet med kostregistreringen vil blant annet være å vurdere i hvilken grad Ingrids energi- og proteinbehov dekkes, og dokumentere eventuell effekt av igangsatte

ernærings tiltak. For at denne skal ha noen verdi må den være så nøyaktig og fullstendig som mulig, og det bør noteres fortløpende hva hun spiser og drikker for ikke å glemme noen måltider (Helsedirektoratet, 2013, s. 55). I tillegg til kostregistreringen, er det en idé å lage en individuell ernæringsplan for Ingrid. Denne planen vil inneholde en oversikt over ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. I planen blir også Ingrids evne til å spise selv, matvaner og appetitt beskrevet (Almås et al., 2015, s. 484). Vi mener det er viktig at alle på avdelingen fører kostregistrering, og samarbeider om en individuell ernæringsplan for Ingrid. På denne måten har vi fullstendig oversikt over inntak og tiltak.

4.2 Forebygging rundt måltidet

Måltidet blir brukt som ramme for små og store begivenheter i livet, i tillegg kan måltidene på sykehjemmet være med på å organisere dagene til Ingrid (Berg, 2002, s. 52). Gjennom organiserte rutiner kan måltidet være med å skape struktur i hverdagen, dette kan styrke Ingrids opplevelse av mestring (Vatne, 2012, s. 27). For å oppnå stabilitet i Ingrids liv er det viktig at hun inntar måltidene til de faste, samme tidene hver dag. Selv om måltidene handler om å innta mat, har de også en viktig sosial funksjon (Solheim, 2015, s. 241-250). Nell et al., (2016) belyser i sin forskning viktigheten av det sosiale rundt måltidet. Deltakerne i studien uttalte at det sosiale var en viktig faktor for at beboerne spiste og drakk bedre. For personer med Alzheimers sykdom, som Ingrid, kan måltidet også representere det forutsigbare, faste, normale og gjenkjennbare. Altså et trygt holdepunkt i en ellers forvirrende verden. For at Ingrid skal få i seg nok næring ved måltidene er det viktig med trivsel under måltidsituasjonen. Dette kan bidra til at hun ikke blir urolig, noe som kan forstyrre spisingen (Solheim, 2015, s. 245-250).

Ingrid har bodd på avdelingen i to år, og har for det meste spist det som har stått på menyen. Nå som matsituasjonen har endret seg og det virker som Ingrid ikke lenger har appetitt, må vi som sykepleiere bli enda mer kjent med Ingrid og hennes tidligere matvaner for å kunne tilby det hun liker aller best. Hanssen & Kuven (2016) kommer i sin forskning frem til at tradisjonell mat skaper en følelse av tilhørighet og glede. Kjente smaker og lukter kan vekke gode minner hos pasienter med demens, og styrke deres følelse av identitet og velvære. Vi tenker at det er viktig å tilby Ingrid matretter hun er kjent med fra sitt tidligere liv, siden det kan hjelpe hennes følelse av tilhørighet. Samtidig kan det øke appetitten ved at hun

gjenkjenner og liker maten. Hos pasienter med demens kan matretter fra barndommen hjelpe pasientene med å beholde og styrke deres kulturelle identitet, og gjøre at de føler seg mer respektert og ivaretatt. Videre kan tradisjonell mat øke pasientenes appetitt, næringsinntak og livskvalitet. Å servere tradisjonell mat og matretter fra barndommen på sykehjem krever ekstra planlegging og bruk av ressurser. I tillegg må man være kreativ og inneha kunnskaper om pasientens tidligere matvaner og tradisjoner (Hanssen & Kuven, 2016). Som sykepleiere på avdelingen vil vi prioritere tradisjonell mat for å øke Ingrids næringsinntak og forebygge underernæring selv om dette krever mer planlegging. Martinsen (2012, s. 69-71) sier at omsorg har med forståelse for andre å gjøre, og hvordan vi kan forstå andres situasjon. For at vi skal få en bedre forståelse for Ingrid og hvem hun er, må vi i denne sammenhengen bli bedre kjent med Ingrids tidligere matvaner og tradisjoner. Siden Ingrid har langtkommen Alzheimers sykdom og ikke lenger kan svare på konkrete spørsmål om hennes fortid, vil vi bruke hennes pårørende som ressurs. Pårørende kan være bidragsyttere for å opprettholde Ingrids minnebank (Solheim, 2015, s. 291). Det er viktig med et godt samarbeid mellom oss sykepleiere og Ingrids familie, og vi kan bruke hennes tre barn for å finne ut hvem hun er, og spesielt hva slags mat hun liker (Engedal, 2016, s. 188-189). Nå som Ingrid ikke lenger kan huske ting selv, er barna viktige for å huske hva som har vært viktig for Ingrid med tanke på hennes tidligere liv, synspunkter, valg og meninger. Det er de som kjenner moren sin best, og kan hjelpe oss slik at vi kan tilpasse og planlegge måltidene hennes (Høie, 2015, s. 14). Ved at vi tilrettelegger mattilbudet etter Ingrids tradisjoner og individuelle ønsker og behov viser vi respekt for henne (Helsedirektoratet, 2016, s. 100).

Kostintervju var en del av inntakintervjuet da Ingrid kom til avdelingen, men siden matsituasjonen har endret seg velger vi å ha et nytt kostintervju med barna til Ingrid for å få et større bilde av hennes kostvaner. Vi vet at Ingrid trenger hjelp og tilrettelegging under måltidene, så intervjuet vil ha fokus på å finne ut hva hun foretrekker å spise, og hvordan hennes matvaner var da hun bodde hjemme. I tillegg vil vi finne ut om Ingrid hadde religiøse eller sosiale tradisjoner som kan være av betydning (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 175). Hanssen & Kuven (2016) intervjuet sykepleiere som fortalte at kjente lukter og smaker i tradisjonell mat tydelig vekket gode minner hos pasientene med demens. Videre fortalte de at maten de vokste opp med skapte minner og at pasientene dermed snakket om fortiden sin. De kvinnelige pasientene begynte å fortelle om tiden som husmødre og hvordan de lagde tradisjonell mat. Vi tenker at vi kan bruke reminisens på denne måten da det kommer til Ingrid. Ved å være engasjerte i Ingrids minner kan dette bidra positivt for hennes helse og

livskvalitet. Ved å aktivt arbeide med minner kan det styrke Ingrids følelse av verdi og verdighet, samt identitet. Minner sitter i sansene, og smaken av mors hjemmelagde kjøttkaker eller lukten av bestemors nybakte boller kan være slike minner (Eide & Eide, 2014, s. 393). For å få hukommelsen på gli kan vi også bruke kjente gjenstander som for eksempel en kokebok da Ingrid fra tidligere har brukt mye tid på å bake (Hummelvoll, 2014, s. 413). Martinsen (2012, s. 70) sier at ved å bruke ting i det praktiske arbeidet kan den enkelte bruksting henvise til en større sammenheng, dette kan være kokeboka, men det krever at Ingrid forstår dens bruk og sammenhengen den brukes i. Kunsten er å vekke engasjement knyttet til minner fra Ingrids tidligere liv, før sykdommen (Eide & Eide, 2014, s. 393).

Det er mange faktorer som kan ligge til grunn for at Ingrids appetitt er redusert. Hun kan være mett fra et tidligere måltid eller ha et lavt aktivitetsnivå som gjør at hun ikke har rukket å bli sulten igjen (Nell et al., 2016). For å kjenne seg sulten må man kunne identifisere sultfølelsen, en funksjon som ofte er svekket hos pasienter med Alzheimers sykdom. Ingrid har vanskeligheter med å forstå hvordan hun skal få i seg maten, og det at hun ikke lenger behersker bruken av bestikk kan gjøre at hun føler en opplevelse av mislykkethet. Maten vi tilbyr må se appetittlig ut, og vi må sørge for at Ingrid føler seg trygg under måltidene slik at hun ikke trenger å være redd for å skjemme seg ut med tanke på bestikkbruken (Aremyr, 2001, s. 11).

Målet er ikke at Ingrid skal bli selvhjulpen eller uavhengig, men at hun skal kunne opprettholde et visst funksjonsnivå og/eller unngå forverring. Det er viktig å tenke at vi skal forsøke å gjøre det så godt som mulig i Ingrids situasjon her og nå. Vi må tilstrebe at Ingrids evne til selvhjulpenhet styrkes, dette er det Martinsen kaller vedlikeholdsomsorg (Martinsen, 2012, s. 78). Vi vil sørge for at hun er i stand til å bruke sine egne ressurser så langt det lar seg gjøre, og med dette bidra til at hun beholder sin selvstendighet så lenge som mulig (Rokstad & Smebye, 2015, s. 153). Nell et al., (2016) skriver at presentasjon av maten med tanke på smak, lukt, variasjon og kulturell tilpasning er viktig. Hvis maten ser fristende ut kan man få lyst til å spise den selv om man ikke er veldig sulten.

Maten må se fristende ut, men vi kan også iverksette andre tiltak for å gjøre matsituasjonen så konkret som mulig. Vi bør velge ensfarget servise uten blomster eller mønster. En tallerken med blomster på kanten kan skape forvirring og Ingrid kan tro at det er en ekte blomst og prøve å plukke den. Det er bra å bruke kontrastfarger, for eksempel en hvit tallerken om

bordet er mørkt. Hvis det er fisk og poteter til middag kan vi bruke en mørk tallerken slik at maten er synlig. Vi bør alltid kontrollere at maten fortsatt er varm, i tillegg servere Ingrid en passende porsjon som ikke er for stor, siden mange eldre ofte føler de må spise opp alt, noe som også kan gjelde Ingrid. Vi bør være forsiktige med å gi Ingrid for mange valgalternativer, dette kan være forvirrende. I stedet for å spørre ”vil du ha melk eller juice til maten?” bør vi ta frem både melken og juicen, og spørre om hun foretrekker det hvite eller det gule (Aremyr, 2001, s. 50-60). At bordet er rent og pent dekket samt at Ingrid har en god sittestilling er tiltak for å øke gleden av måltidsopplevelsen (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 193). Ingrid Alzheimers sykdom gjør at hun er preget av visuell, kognitiv og fysisk svekkelse, noe som gjør at hun har problemer med å få maten fra tallerkenen og inn i munnen samt identifisere maten som ligger på tallerkenen. Store biter som for eksempel biter av grønnsaker eller kjøtt kan skape problemer og bør bli kuttet opp i mindre biter som er lettere å håndtere (Nell et al., 2016).

Selv om vi ikke kan oppleve Ingrid kognitive funksjonssvekkelse kan vi vise omsorg ved å forstå hennes situasjon. Vi bør tilstrebe en matsituasjon så enkel som mulig uten for mange fremmede gjenstander og ord. Noe av det mest fundamentale i en omsorgssituasjon er å ta i bruk enkle redskaper som Ingrid er kjent med fra før. For eksempel ved å bruke en skje kan Ingrid kjenne seg igjen i situasjonen og forstå at det er tid for mat. Dette kan bidra til at Ingrid anerkjennes og ikke umyndiggjøres (Martinsen, 2012, s. 76). Vi må sørge for at maten frister Ingrid samt være beredt med å dele opp det som er på tallerkenen slik at det blir tilpasset hennes funksjonsevne. Thorvik et al., (2014) belyser viktigheten av at sykepleiere alltid må være beredt og fleksible i sin arbeidsform og tilnærming. God kunnskap og kjennskap til pasienten er viktig for å kunne utøve god omsorg til pasienten med demens. Vi tenker at med god kunnskap om Ingrid og hennes tidligere matvaner, samt at vi alltid er beredt og fleksible både når det gjelder tilnærming og arbeidsform under måltidene kan gjøre at Ingrid opplever trygghet og får i seg mer mat.

Måltidsdøgnet bør være tilpasset Ingrid. 12 timer bør være det maksimale mellom dagens siste og neste dags første måltid, og det bør ikke gå mer enn 3 timer mellom hvert måltid bortsett fra om natten (Solheim, 2015, s. 247). Forskning viser derimot også at det er viktig med nok timer mellom hvert måltid for at pasientene skal rekke å bli sultne igjen til neste måltid (Nell et al., 2016). Pasienter som har behov for det, som Ingrid, bør ha mulighet til å spise når appetitten er god selv om det er utenom avdelingens faste måltider. Vi kan tilby

Ingrid mellommåltider, og for eksempel to kakebiter i stedet for én til ettermiddagskaffen, da vi vet at hun tidligere var glad i å bake og dermed glad i bakevarer. Frukt og eventuelt næringsdrikker kan tilbys som mellommåltider (Brodtkorb, 2014, s. 311-312). Vi kan også passe på at hun alltid har noe spiselig tilgjengelig på rommet sitt, som for eksempel en skål med frukt eller kjeks som Ingrid kan forsyne seg av når hun selv ønsker det. Vi kan variere mellommåltidene etter behovet for næringsmidler. Hvis det er en dag Ingrid ikke har spist et fullverdig måltid kan mellommåltidet gjøre en forskjell og redde henne fra å bli underernært (Aremyr, 2001, s. 15). Siden Ingrid er i ernæringsmessig risiko bør vi gi henne energiberiket kost. Vi kan øke proteiner og fett i kosten hennes. På dagtid kan vi gi Ingrid et glass saft i stedet for et glass vann, dette øker kaloriinntaket. Fettinnholdet kan vi øke ved å gi Ingrid helmelk, velge fete påleggstyper og eventuelt tilsette fløte i grøt og supper (Brodtkorb, 2014, s. 311-312).

4.3 Forebygge underernæring ved hjelp av miljøtilpassing

Hva, hvor og når vi spiser er viktige faktorer for oss, i tillegg til hvem man spiser sammen med. Den sosiale og kulturelle betydningen ved måltidet blir muligens enda viktigere desto eldre man blir. Det å skape et godt måltidsmiljø for Ingrid er viktig for oss å bidra med. Det bør være en god atmosfære rundt måltidet, noe som kan bidra til å øke appetitten til Ingrid, og skape en tilhørighet og et godt samhold med de andre beboerne og sykepleierne (Brodtkorb, 2014, s. 308).

Å ha faste plasser rundt bordet, i tillegg til å ha flere småbord på avdelingen er viktige tiltak for å opprettholde rutiner. Som sykepleier er det å utforme en bordplassering på en avdeling med personer med demens en viktig oppgave. Dette på grunn av kognitiv funksjon og bordskikk hos pasientene, men også med tanke på hvem som trives sammen. Det er viktig at Ingrid har en plassering hun trives med, og at hun blir plassert på et bord med pasienter som har lik bordskikk som henne. Hvis en av de andre pasientene griser eller søler mye med maten, kan dette oppleves som forstyrrende for Ingrid (Solheim, 2015, s. 246-247). Vi vet at Ingrid er en sosial person og tenker at hun bør plasseres med andre som også er sosiale og liker å kunne snakke litt under måltidet (Aremyr, 2001, s. 29-30). Å se mennesket og ta pasientens perspektiv er viktig i personsentrert omsorg. Ved at vi kjenner Ingrid og hennes perspektiver kan vi inkludere henne i fellesskapet ved å gi henne en plass ved bordet som vi

antar hun vil trives med (Engedal, 2016, s. 188). I casen kommer det frem at Ingrid har blitt mer urolig under matsituasjonen og at det virker som hun ikke skjønner hvordan hun skal spise. Det er derfor viktig at hun plasseres med andre som ikke kommenterer eller skjemmes ovenfor hennes bordskikk når hun ikke forstår hvordan hun skal håndtere bestikk og mat ved bordet (Aremyr, 2001, s. 29-30). Det at Ingrid har en fast plass rundt bordet kan styrke hennes opplevelse av tilhørighet og identitet (Solheim, 2015, s. 247). I tillegg kan dette gjøre at hun føler seg trygg, noe vi ønsker å oppnå. ”Først når trygghet finnes kan pasienten motiveres til aktiv deltagelse og til å delta som et sosialt individ” (Annerstedt sitert i Berg, 2002, s. 30).

Siden Ingrid noen ganger kan være urolig, bruker lang tid på å spise og ikke lenger forstår hvordan hun skal spise, kan det være en idé at en sykepleier setter seg ved siden av henne for å hjelpe til. Forskning utført av Nell et al., (2016) kommer frem til at det å assistere pasientene under måltidene er et av de viktigste tiltakene for at de skal få i seg nok mat og drikke. Forskningen viser viktigheten av å hjelpe og støtte pasientene under alle stadiene av spiseprosessen, helt fra de setter seg ved bordet til de er ferdig med å tygge og svelge maten. Vi må være beredt for å hjelpe og veilede Ingrid når det trengs, og må fokusere på å fremme oversikt og ro under måltidet, slik at Ingrid får i seg nok næring (Solheim, 2015, s. 247). Selv om sykepleier sitter ved siden av Ingrid ved måltider, er det viktig at en ikke “griper inn i” for å forandre situasjonen uten å anerkjenne Ingrid. Som sykepleiere er det viktig at vi verken overvurderer eller undervurderer Ingrids selvhjelpenhet, men likevel sitter ved henne og “sørger for” henne i situasjonen. Vi er godt kjent med Ingrid fra praktiske situasjoner på avdelingen og må derfor akseptere henne med de ressurser og begrensninger hun har. Når vi anerkjenner Ingrid ut fra hennes situasjon og ikke forventer noe tilbake, blir omsorgen ekte (Martinsen, 2012, s. 70-71).

Måltidene er en viktig funksjon i miljøbehandlingen for personer med Alzheimers sykdom. Å la Ingrid spise selv er viktig for hennes mestringsopplevelse. Vi må tilrettelegge slik at Ingrid kan spise mest mulig på egenhånd og dermed oppleve mestring (Helsedirektoratet, 2016, s. 200). Hovedmålet i miljøbehandlingsarbeidet er at Ingrid får muligheten til å opprettholde sin identitet og selvbylde (Solheim, 2015, s. 52). Vi bør unngå å mate Ingrid så lenge det går, siden dette sjeldent gir en optimal måltidsopplevelse. Ingrid må få spise i eget tempo, selv om hun kanskje bruker lang tid (Solheim, 2015, s. 247).

Nell et al., (2016) skriver at omgivelsene rundt måltidene kan bli preget på en negativ måte

ved overstimulering og høy lyd. Dette kan forårsake distrahering og angst, og fokuset på måltidet kan forsvinne. Likevel kan et støttende miljø redusere utfordrende oppførsel og utløse selvstendighet under måltidet. Videre skriver de at et positivt, sosialt miljø kan hjelpe personer med demens til å få i seg tilstrekkelig næring. Sosial omgang med andre pasienter, familiemedlemmer på besøk og ansatte kan oppleves som forstyrrende under måltidet, men også gi muligheter for å øke den positive måltidsopplevelsen. Ut fra dette mener vi at det er positivt at Ingrid har en sykepleier ved siden av seg under alle måltider, i tillegg kan det oppleves som positivt for Ingrid at et familiemedlem besøker henne under måltidet. Det å ha besøkende under måltidet kan øke Ingrids matinntak, og disse besøkene bør derfor oppmuntres av oss sykepleiere på avdelingen. Likevel er det viktig å informere om at de besøkende må forholde seg til Ingrid, og ingen andre beboere under måltidet, for å unngå støy (Nell et al., 2016).

Måltidet kan være en fin situasjon for å realitetsorientere Ingrid for tid, sted og det som skjer her og nå. Dette kan vi som sykepleiere gjøre verbalt, ved å bruke setninger som ”nå er det tid for frokost” eller ”denne middagen smakte godt”. Da blir Ingrid realitetsorientert for hvilket måltid som inntas, og vi bør også informere om hva som står på menyen. Dette er viktige tiltak for å øke Ingrids forståelse rundt situasjonen, noe som igjen kan bidra til å skape ro og gjøre henne klar og forberedt til måltidet som kommer. Vi kan også tilrettelegge miljøet ettersom hva slags årstid eller eventuell høytid det er. Vi kan dekorere med farger som assosieres til de ulike høytider, og skille mellom hverdagsduker og helgeduker (Solheim, 2015, s. 245-250). Omgivelsene og rommet har mye å si under måltidene, og har stor betydning for trivsel samt det sosiale (Berg, 2002, s. 42). Forskning viser at det fysiske miljøet som for eksempel det å tilrettelegge og skape en hjemmekoselig måltidsatmosfære med passende interiør kan øke kvaliteten på måltidsopplevelsen for beboerne på et sykehjem (Chaudhury et al., 2016). Ingrid må oppleve at omgivelsene er trygge og stabile, og gjenkjennbarhet er viktig for at hun skal oppleve miljøet som hjemlig (Engedal & Haugen, 2009, s. 296). For at Ingrid skal assosiere måltidet med glede må vi derfor tilrettelegge for en hjemmekoselig atmosfære på avdelingen. Det er viktig at omgivelsene er tilrettelagt for at hun skal fungere på best mulig måte, og vårt mål er at hun skal oppleve mest mulig kontroll og mestring (Nasjonalforeningen, 2017).

4.4 Kommunikasjon

Ingrids Alzheimers sykdom fører med seg en rekke utfordringer når det kommer til hennes kommunikasjonsevne. Hennes oppmerksomhet, konsentrasjon, korttidshukommelse, evne til å tenke logisk og abstrakt er nedsatt, i tillegg er hun preget av afasi. Martinsen (2007, s. 144) omtaler tillit som et fundamentalt og bærende begrep. Tillit står sentralt i sykepleierens omsorg, og er et interaktivt og etisk fenomen. Tillit er derfor viktig for at vi skal kunne kommunisere med Ingrid på en god måte. Vi må huske at Ingrid har en intellektuell svikt, men ikke følelsesmessig svikt noe som innebærer at hun kan huske følelser knyttet til en situasjon (Solheim, 2015, s. 203-204). Ingrid vil ikke alltid være i stand til å ta stilling til hva som er rimelig og fornuftig under måltidsituasjonene, men vi må likevel respektere hennes integritet og verne om hennes autonomi (Eide & Eide, 2014, s. 392). Hvis for eksempel Ingrid velger å gå fra bordet under middagen vil det være klokere å respektere dette ved å la henne gå, enn at vi bruker makt for å få henne til å sitte eller stiller oss i veien for henne. Kanskje kommer Ingrid og setter seg igjen etter en tur nedover gangen, eller så kan vi sette på si litt mat og tilby henne senere (Aremyr, 2001, s. 48).

Thorvik et al., (2016) observerte i sin studie at de ansatte ved de skjermede avdelingene hadde et særpreg da det kom til fleksibilitet. De opptrådte svært fleksibelt i forhold til de bestemte rutinene. Rutinene ble ikke en tvangstrøye, men heller en fleksibel ramme, og de ansatte tålte rutinebrudd hver eneste dag. Vi som sykepleiere på avdelingen må være fleksible og beredt til å kunne gå vekk fra rutinene og tilby mat utenom måltidene dersom dette er nødvendig. Det er viktig å ta det unike ved Ingrid og hver enkelt spesielle situasjon i betraktning når det gjelder hva som er det mest fornuftige å gjøre i situasjonen. Vi må vise omsorg, og styrke Ingrids evne til å ivareta seg selv og ta egne avgjørelser så langt dette er mulig (Eide & Eide, 2014, s. 392). Martinsen beskriver omsorg som det mest naturlige og det mest fundamentale ved den menneskelige eksistens. For å utøve god omsorg må vi ta hensyn til Ingrid. Dette har med forståelse å gjøre, og det er viktig at vi har evnen til å kunne forstå Ingrid og hennes situasjon. Ved at vi har god kjennskap til Ingrid, utvikler vi felles erfaringer med henne, kan lettere forstå henne og hvordan hun forholder seg under måltidene (Martinsen, 2012, s. 69-71). Ved å kjenne Ingrid kan vi møte hennes fysiske og psykososiale behov noe som er viktig med tanke på velvære og personlighet. Det at vi ser og møter disse individuelle behovene står sentralt i den personsentrerte omsorgen (Chaudhury et al., 2016). Vi vil hele tiden se mennesket bak sykdommen, og respektere Ingrids identitet. Vi skal behandle henne på en

respektfull måte og aldri opptre nedlatende verken når vi kommuniserer med språk eller kropp (Engedal, 2016, s. 187-189).

Når det gjelder den verbale kommunikasjonen er det viktig at vi tar ansvar ved å tilpasse språket til mottakeren, altså Ingrid. Hennes evne til å oppfatte, forstå, tolke og produsere språk er redusert, likevel har vi opplevd at evnen og viljen varierer fra dag til dag (Solheim, 2015, s. 202). For å kommunisere best mulig med Ingrid må vi bruke de ordene vi har erfaring med at hun forstår. Vi vil fokusere på å bruke beskrivende ord og handlingsord. I stedet for å tilby mer poteter ved å si "Vil du ha en potet til?" vil vi heller vise frem potetene å si "Vil du ha en til?". Vi vil unngå retningsbestemte ord, uttrykke oss så kort og konkret som mulig samt ta ett spørsmål om gangen. Vi erfarer at tonen vi snakker i har mye å si, og å bruke en varm og rolig tone kan gjøre det mulig for Ingrid å forstå situasjonen bedre (Aremyr, 2001, s. 53).

McEvoy & Plant (2014) kom i sin forskning frem til fire tiltak når det gjelder god kommunikasjon i demensomsorgen. Korte, åpne spørsmål i presens er viktig for at Ingrid skal kunne forstå hva vi spør om. Vi må være i stand til å observere hennes følelser og handle ut fra dette. Hvis vi observerer at Ingrid virker sulten utenom måltider må vi fange opp dette og iverksette tiltak ved å tilby mat. Et annet tiltak er å gi Ingrid tid og rom for å finne ord slik at hun får uttrykt seg. Vi må være tålmodige og la henne komme frem til det hun ønsker å formidle. Bruk av metaforer kan gjøre det lettere for Ingrid å forstå hva vi mener.

Nonverbal kommunikasjon kan være like bra som å uttrykke seg med ord. Noen ganger bør vi heller peke på eller rekke frem i stedet for å snakke. I noen situasjoner kan det være lettere å hjelpe til praktisk enn å gi instruksjoner som kan gjøre Ingrid forvirret eller sint fordi hun ikke forstår (Solheim, 2015, s. 202). Kroppens signaler kan ofte være små, men med ansiktsuttrykk, øyekontakt og verbale signaler kan dette prege kontaktsituasjonen. For å få Ingrid oppmerksomhet og interesse samt skape trygghet er det vesentlig med rolige bevegelser. Ro og kroppslig henvendthet kan vise at vi er åpne og opptatt av Ingrid. Det er ofte slik at sykepleierne stresser rundt for å dele ut mat samtidig som de henvender seg til pasientene, noe vi har opplevd skaper uro. Det er viktig å sette seg ned for å kunne kommunisere og oppnå en rolig atmosfære (Eide & Eide, 2014, s. 208-209).

5.0 Konklusjon

Vi har drøftet oss frem til et svar på problemstillingen: Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos pasienter med Alzheimers sykdom på skjermet avdeling?

Med utgangspunkt i Martinsens sykepleieteori har vi kommet frem til at tillit er det mest fundamentale for å kunne yte god omsorg til Ingrid. Vi kan vise omsorg ved å knytte bånd og inngå en relasjon med Ingrid. Vi må anerkjenne Ingrid med de ressursene og begrensningene hun har, uten å skulle forvente noe tilbake. Det gjør omsorgen ekte. Vi må bruke våre ferdigheter, kunnskap og erfaring som sykepleiere for å kunne utføre et godt omsorgsarbeid som retter seg mot å ta vare på Ingrid og hennes ernæringsstatus (Martinsen, 2012, s. 67-81).

Vi må ha god kjennskap til Ingrid for å møte hennes individuelle behov, og språket vi bruker må være tilpasset Ingrid. For at hun skal forstå oss må vi stille korte, åpne spørsmål samt være i stand til å observere hennes følelser og handle deretter. Vi vil kartlegge Ingrids ernæringsstatus ved hjelp av MNA, vektkontroll og kostregistrering. Vi vil fokusere på personsentrert omsorg og se mennesket Ingrid. Når det gjelder miljøet vil vi iverksette tiltak for å skape et sosialt miljø Ingrid kan trives i. Å gi Ingrid er fast plass rundt bordet slik at hun skal føle seg trygg og ha mulighet til å være sosial med andre beboere er et viktig tiltak. Vi skal også legge til rette for at Ingrids pårørende kan besøke henne under måltidet og dermed bidra til økt trivsel og større næringsinntak. Vi vil sørge for at Ingrid alltid har sykepleier ved siden av seg som tilrettelegger for at hun kan spise selv for å oppleve mestringsfølelse, men som likevel er beredt til å assistere om det trengs. Vi mener at det å skape en hjemmekoselig atmosfære rundt måltidet er en viktig oppgave som sykepleier på avdelingen, og dette kan bidra til å øke Ingrids appetitt, samt tilhørigheten og samholdet med beboere og sykepleierne på avdelingen.

Vi mener at et viktig tiltak rundt måltidet er å tilby tradisjonell mat. For å gjøre dette vil vi bruke Ingrids pårørende som ressurs. Vi skal innøve faste rutiner når det gjelder måltidene for å skape struktur i Ingrids hverdag. Likevel skal vi som sykepleiere være fleksible og tilgjengelige for å tilby mat når Ingrids appetitt er god. Et annet tiltak er å gi Ingrid energiberiket kost, slik at hun får i seg det hun trenger av karbohydrater, proteiner og fett. Presentasjonen av maten er viktig, det må se innbydende ut og vi må sørge for at Ingrid får en porsjon som er tilpasset henne. Vi skal hjelpe hun å opprettholde de funksjonene hun har. Det

at Ingrid kan spise på egenhånd kan bidra til at hun får i seg mer mat, enn om hun skulle bli matet.

Vi mener temaet i oppgaven vår har stor relevans for sykepleiere og at dette bør være et større fokusområde. I oppgaven har vi kun fokusert på Ingrid og Alzheimers sykdom, men vi ser at tiltakene vi kommer frem til også kan overføres til andre personer og andre demenslidelser.

Litteraturliste

Aagaard, H. & Bjerkreim, T. (2014). Væske og ernæring. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (2.utg., s. 161-202). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (Red.). (2014). *Klinisk sykepleie 1* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Aremyr, G. (2001). *Hvorfor vil ikke Asta spise?* Oslo: Kommuneforlaget AS.

*Berg, G. (2002). *Til dekket bord - Mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 301-314). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Chaudhury, H., Hung., L., Rust, T. & Wu, S. (2016). Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes. *Dementia* 0(0). (s.1-19). <http://doi.org/10.1177/1471301215622839>

Dahl, T. E. (2014). Om å møte mennesker med sviktende hukommelse. J. K. Hummelvoll, *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg., s. 401-416). Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Eide, H. & Eide, T. (Red.). (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Engedal, K. (2016). *En bok om demens: Husk meg når jeg glemmer*. Oslo: Pax forlag.

*Engedal, K & Haugen, P K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer*. (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

*Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2017). Screening of nutritional risk among older persons. *Sykepleien forskning* 11(2). (s. 148-156).

<http://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>

*Hanssen, I. & Kuven, B.M. (2016). Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care. *Journal of Clinical Nursing* 25(5/6). (s. 866-874).

<http://doi.org/10.1111/jocn.13163>

Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 265-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. (Rundskriv IS-1580/2013) Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra

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

*Høie, B. (2015). Pårørende – en viktig ressurs. *Demens & Alderspsykiatri*, 19(2), 14. Hentet fra <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=7719>

Kunnskapsbasert praksis. (2012). *PICO*. Hentet fra

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

Kunnskapssenteret. (2017). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven. LOV-1999-07-02-64 (2016).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 (2016).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 (2016).

*Martinsen, K. (2012). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Martinsen, K. (2007). *Samtalen, skjønn og evidensen*. København: Gads Forlag.

*Mcevoy, P. & Plant, R. (2014). Dementia care: using empathic curiosity to establish the common ground that is necessary for meaningful communication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (21). (s. 477-482). <http://doi.org/10.1111/jpm.12148>

*Nestlé Nutrition Institute. (2006). MNA: *Mini Nutritional Assessment*. http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_norwegian.pdf

Mæland, J.G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Nasjonalforeningen for folkehelse. (2017). *Hva er demens?* Hentet fra <http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

*Nasjonalforeningen for folkehelse. (2017). *Alzheimers sykdom*. Hentet fra <http://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/alzheimers-sykdom/>

*Nell, B., Neville, S., Bellew, R., O'Leary, C. & Beck, K.L. (2016). Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions. *Australasian Journal on Ageing* 35(4). (s. E1-E6). <http://doi.org/10.1111/ajag.12307>

Norsk senter for forskningsdata. (2017). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Rokstad, A. M. M. (2015). Forståelse som grunnlag for samhandling. A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s. 60-84). Oslo: Akribe.

*Rokstad, A. M. M. (2015). Miljøbehandling. A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s. 152-177). Oslo: Akribe.

Skovdahl, K & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Thorvik, K.E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2016). Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien forskning* 9(3). (s.236-242).

<http://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0140>

*Vatne, S. (2012). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal.

Vedlegg 1

III kunnskapssenteret

Fagprosedyrer

PICO-skjema

Problemstilling formuleres som et presist spørsmål: Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos pasienter med Alzheimers sykdom på skjermet avdeling?			
Hva slags type spørsmål er dette? <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet: Demens Alzheimers sykdom Sykehjem Underernæring	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): Vekttap Spising Forebygge Måltider Kommunikasjonsferdigheter Personsentrert omsorg Omsorg	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå: Forebygge underernæring
<p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem</p>	<p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for evt. sammenligning</p>	<p style="text-align: center;">O</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for utfall</p>
Dementia Alzheimers disease Nursing homes Malnutrition	Weight loss Eating Provide Meals Communication skills Person centered care Care		Provide manutrition

Vedlegg 2 (søkehistorikk)

Database: SveMed+	Søkeresultat: <ul style="list-style-type: none">• 15 treff• 3 lest• 1 anvendt
Søkeord: Malnutrition AND Nursing home	
Søkebegrensninger: <ul style="list-style-type: none">• 2007-2017• Peer reviewed	
Vi fant her: "Screening of nutritional risk among older persons"	

Database: PubMed	Søkeresultat: <ul style="list-style-type: none">• 14 treff• 1 lest• 1 anvendt
Søkeord: Dementia AND Meals AND Nursing homes	
Søkebegrensninger: <ul style="list-style-type: none">• Full text• 10 years• Age: 65+	
Vi fant her: "Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care"	

Vedlegg 2 (fortsettelse)

Database: PubMed	Søkeresultat: <ul style="list-style-type: none">• 63 treff• 5 lest• 1 anvendt
Søkeord: Dementia AND Nursing homes AND Eating	
Søkebegrensninger: <ul style="list-style-type: none">• Full text• 10 years	
Vi fant her: "Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions"	

Database: SveMed+	Søkeresultat: <ul style="list-style-type: none">• 89 treff• 3 lest• 1 anvendt
Søkeord: Care AND Dementia	
Søkebegrensninger: <ul style="list-style-type: none">• Peer reviewd• 2007-2017	
Vi fant her: "Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens"	

Vedlegg 2 (fortsettelse)

Database: Cinahl Søkeord: Dementia AND Communication	Søkeresultat: <ul style="list-style-type: none">• 373 treff• 3 lest• 1 anvendt
Søkebegrensninger: <ul style="list-style-type: none">• 2007-2017• Peer reviewed• Full text• Cinahl with full text	
Vi fant her: "Dementia care: using empathic curiosity to establish the common ground that is necessary for meaningful communication"	

Database: PubMed Søkeord: Dementia care AND Mealtimes AND Person-centered care	Søkeresultat: <ul style="list-style-type: none">• 7 treff• 2 lest• 1 anvendt
Søkebegrensninger: <ul style="list-style-type: none">• Full text• 10 years• peer reviewed	
Vi fant her: "Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes"	

Vedlegg 3

KOSTREGISTRERING

MAT/DRIKKE	Antall /mengde	Kcal/enhet	Sum Kcal	g Prot/enhet	Sum Protein
BROD/KJEKS/KAKE					
Brød-grovt, loff	½ skive/ 20g/ 15g				
Knekkebrød, kavring	1 stk/ 13g/ 4g	45		1,5	
Rundstykke	½ stk/ 20g				
Bolle	1 stk/ 50g	170		4	
Flatbrød	1 stk/ 4g	15		0,5	
Kjeks, Kaptein, Ritz	1 stk	25		0,5	
Kjeks, Gjende, Gullvaffel, Marie	1 stk	30		0,5	
Kjeks, Kommo, Safari, Start	1stk/ 13g	60		1,5	
Formkake	1 skive	90		1	
Vafler	1 plate/100 g	220		7	
Bløtkake	1 stk	250		4	
PÅLEGG					
Smør/margarin	1 pakke/12 g	90		0	
Brelett/lett-margarin	1 pakke/12 g	45		0	
Egg, Kaviar, Makrell	1 porsjon/15 g	70		2	
Ost	1 skive				
Kjøttpålegg, Leverpostei	1 porsjon/15 g	35		2,5	
Syltetøy	1 porsjon/15 g			0	
KORNBLANDINGER/GRØT					
Cornflakes/Honnikom/Puffet ris	2 dl	80		2	
Kornblandning (møli)	1 dl	160		5	
Havregrøt	2,5 dl	90		3	
Risgrøt	3,5 dl	390		12	
Rømmegrøt, Smørgrøt	2 dl	570		10	
SUPPER					
Havresuppe	2 dl	40		1,5	
Havresuppe beriket	2,5 dl	260		6	
Rett i koppen	2 dl	80		2	
Suppe (pose)	1 suppetallerken/2,5 dl	100		3	
Suppe, flytende kost (næringsberiket)	2,5 dl	270		7	
LUNSJ					
Lunsj	1 porsjon	230		11	
MIDDAG					
Suppe	2 dl	90		2	
Hovedrett, Normal/Energittett	1 porsjon	400		25	
Dessert, alle sorter	1 porsjon/1,5 dl	200		4	
Yoghurt	1 beger/125 ml	160		4	
FRUKT/SNACKS					
Frukt	1 middels stor, 20 druer	80		1	
Sjokolade, karamell	1 bit/ 5 g	25		1,5	
Peanøtter	(ca. 20 stk) 15g	90		4	
Potetgull, potetskruer	1 dl/15g	80		1	
DRIKKER Fyll ut (se tabell til høyre) (se også s. 2)					
DIVERSE OG BERIKNING/TILBEHØR (se tabell til høyre)					
Sum energi og proteininntak fra mat og drikke					

På www.matvaretabellen.no finner du mer informasjon om næringsinnhold

Dato: ____/____/20

Navn: _____

ENERGI I DRIKKER

	Kcal	/100ml	/150 ml
Helmelk, kefir, kultur, sjoko	65	100	
Rett i koppen sjokolade	65	100	
Lettmelk, Cultura,			
Biola (naturell)	45	70	
Skummetmelk, kultur	35	50	
Biola med frukt	60	90	
Juice, saft	45	65	
Brus, vorterøl, øl	45	65	
Drikkebuljong	5	5	
Farris, selters, lightbrus,	0	0	
Kaffe, te, vann	0	0	
Kaffe m/fløte	35	50	
Vin	65		
Vann/kaffe/te			
m/2 ss Resource Energi	50	50	
Flaske/glass			
1 flaske øl/vorterøl (330 ml)			145
1 flaske brus/ingefærol (500 ml)			215
1 glass vin (120 ml)			80

PROTEIN I DRIKKER

	g Pr	/100ml	/150 ml
Helmelk, kefir, kultur, sjoko	3,5	5	
Rett i koppen sjokolade	3	3,5	
Lettmelk, Cultura,	3,5	5	
Biola (naturell)	3,5	5	
Skummetmelk, kultur	3,5	5	
Biola med frukt	3	4,5	
Juice, saft, brus, øl	0	0	
Drikkebuljong, vorterøl	0,5	0,5	
Farris, selters, lightbrus,	0	0	
Kaffe, te, vann	0	0	
Kaffe m/fløte	1	1	
Vin	0	0	

ENERGI I

BERIKNING/TILBEHØR (se også s. 2)

		kcal
Sukker	2 biter / 1 pose / 2 ts / 4 g	15
Kremfløte/kremdott	1 ss	40
Remulade/dressing	1 pk / 12-20g	70
Majones, olje, smør	1 pk / 14 g / 1 ss	100

PROTEIN I

BERIKNING/TILBEHØR (se også s. 2)

		g Pr
Sukker	2 biter / 1 pose / 2 ts / 4 g	0
Kremfløte/kremdott	1 ss	0,25
Remulade/dressing	1 pk / 12-20g	0
Majones, olje, smør	1 pk / 14 g / 1 ss	0

Vedlegg 4

Mini Nutritional Assessment MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Etternavn:		Fornavn:		
Kjønn:	Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:	Dato:

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

Screening, del I	
A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge? 0 = betydelig redusert matinntak 1 = noe redusert matinntak 2 = ingen endring i matinntak	<input type="checkbox"/>
B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>
C Mobilitet 0 = sengeleggende / sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>
D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene? 0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiske problemer 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde(m) x høyde(m)] 0 = BMI mindre enn 19 1 = BMI 19 til mindre enn 21 2 = BMI 21 til mindre enn 23 3 = BMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>
Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng)	
12 - 14 poeng:	Normal ernæringsstatus
8 - 11 poeng:	Risiko for undernæring
0 - 7 poeng:	Underernært
For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R	
Screening, del II	
G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
K Utvalgte markører for proteininntak	
• Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag	ja nei
• To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke	ja nei
• Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag	ja nei
0.0 = hvis 0 eller 1 ja	
0.5 = hvis 2 ja	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 0 = nei 1 = ja	<input type="checkbox"/>
M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag? 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
O Eget syn på ernæringsmessig status 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Q Overarmens omkrets (OO) i cm 0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
R Leggomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
Screening, del II (maks. 16 poeng)	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Screening, del I	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>

MNA resultat

24 til 30	poeng	<input type="checkbox"/>	Normal ernæringsstatus
17 til 23.5	poeng	<input type="checkbox"/>	Risiko for undernæring
Mindre enn 17	poeng	<input type="checkbox"/>	Underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA[®] - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Se mer info på: www.mna-elderly.com