



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4BACH

«Vi trenger mat, kan du se det?»

«We need food, can you see it?»

Antall ord: 12 493

Hesho Noori og Ikram Abdiasiis Sahal

Dato for innlevering 22.05.2015

Veileder: Liv Bekkeli

Bachelor i sykepleie 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA x NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA x NEI

SAMMENDRAG

Bakgrunnen for valg av tema er basert på vår erfaring om at eldre pasienter på sykehjem er mest utsatt for å bli underernært. Spesielt eldre pasienter med demens er de som er mest utsatt for å bli underernært. Hensikten med oppgaven er å øke kunnskapen om hvordan vi som sykepleier kan forebygge underernæring hos eldre pasienter med demens på sykehjem, og hvordan ivareta ernæringsstatus gjennom kartlegging og dokumentasjon. «Vi trenger mat, kan du se det?» er en bacheloroppgave som setter fokus på problemstillingen: «Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjem?». Oppgaven tar for seg hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring. Vi har lagt vekt på Kari Martinsens omsorgsteori for å belyse vår problemstilling.

Metoden i oppgaven vår er basert på en litteraturstudie. Litteraturstudien tar utgangspunktet i selvvalgt litteratur, pensumlitteratur, forskning. Vi trekker inn også personlige erfaringer fra praksis i sykehjemmet. Vi belyser sykepleiefaget ved å bruke Kari Martinsens tre omsorgsbegreper og videre skal vi utdype ulike temaer som støtter problemstillingen våres.

For at pasienten med demens skal ha god ernæringsstatus har vi kommet frem til, at det er viktig at sykepleieren har kunnskaper om sykdommen og innsikt i pasientens livshistorie. For å forhindre undervekt hos pasienter med demens, har vi sett at det finnes flere ulike kartleggingsmetoder og verktøy som kan benyttes.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORSIDE	1
SAMMENDRAG	2
INNHALDSFORTEGNELSE	3
1.0 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	7
1.3 OPPGAVENS AVGRENSINGER	7
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	7
2.0 PRESENTASJON AV METODE	9
2.1 LITTERATURSTUDIE	10
2.2 LITTERATURSØK	10
2.3 KILDEKRITIKK	11
3.0 PRESENTASJON AV FUNN	14
4.0 TEORI	17
4.1 PRESENTASJON AV SYKEPLEIETEORETIKER	17
4.2 OMSORGSTEORI	17
4.2.1 OMSORG SOM RELASJONELT BEGREP	18
4.2.2 OMSORG SOM PRAKSIS	18

4.2.3 OMSORG SOM MORALSK BEGREP	19
4.3 DEMENS	19
4.3.1 SYMPTOMER PÅ DEMENS	19
4.3.2 GRADER AV DEMENS	21
4.4 ERNÆRING	22
4.4.1 KROPPSLIGE FORANDRINGER HOS ELDRE	22
4.4.2 UNDERERNÆRING OG KONSEKVENSER AV DETTE	23
4.5 FOREBYGGE	23
5.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER FOREBYGGE UNDERERNÆRING HOS PASIENTER MED DEMENS PÅ SYKEHJEM?	
5.1 OMSORG SOM RELASJON BEGREP	25
5.1.1 HVORDAN SKAPE GOD RELASJON TIL PASIENTER MED DEMENS?	26
5.2 OMSORG SOM PRAKTISK BEGREP	30
5.2.1 KARTLEGGING AV ERNÆRINGSSTATUS	31
5.2.2 TILTAK FOR Å FOREBYGGE UNDERERNÆRING HOS PASIENTER MED DEMENS	33
5.2.3 EVALUERING OG DOKUMENTASJON AV TILTAKENE	36
5.3 OMSORG SOM MORALSK BEGREP	38
6.0 KONKLUSJON	41
LITTERATURLISTE	43
VEDLEGG 1 - PICO SKJEMA	47

VEDLEGG 2 - FORSKNINGSSØK	48
VEDLEGG 3 - MNA SKJEMA	49
VEDLEGG 4 - SPISELISTE OG BEREGNING BEHOV	50 OG 51

1.0 INNLEDNING

I dette kapittelet ønsker vi å presentere oppgavens tema og begrunnelse for valg av problemstillingen.

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING.

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å fokusere på hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjemmet. Grunnen til vi har valgt å fokusere på diagnosen demens er fordi rundt 70-80 % av pasienter som blir innlagt på sykehjemmet har diagnosen demens (Berentsen, 2008). I 2012 ble det regnet grovt at det finnes 70 000 personer med demens i Norge og det antas at antallet vil fordoble seg i 2040 (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Demens er forbundet med høy alder og det er mest kvinner som blir rammet enn menn på grunn av deres høye leve alder. Statestatistikk viser at i aldersgruppen 70 – 74 år er det ca. 5 % som blir rammet av demens og blant dem som er over 75 år er det ca. 15 %. Aldersgruppen 90 år eller eldre er det cirka 35% og demens diagnosen har økt dødelighet. Demens er fellesbetegnelse på en rekke sykkelige tilstander i hjernen. Dette medfører svikt av kontroll og sviktende evne til å utføre dagliglivets funksjoner (Berentsen, 2008).

Gjennom tidligere arbeidserfaring fra helsesektoren og tre år som sykepleieutdannede har vi sett i praksis at mange pasienter som har demens, ofte er underernærte. Studien til Mowé (2002) viser at 85 % av eldre pasienter på sykehjemmet er påvist underernært. Underernæring fører til helsemessige konsekvenser, gir redusert motstandskraft mot infeksjoner og redusert livskvalitet hos eldre pasienter. Dette kan forverre fysiske og mentale funksjon hos pasienter, som gir økt dødelighet (Sortland, 2011 & Helsedirektoratet, 2010). En pasient med underernæring har opptil tre ganger så lang liggetid på institusjon i forhold til en pasient som er velernært, avhengig av graden av underernæring (Helsedirektoratet, 2010). I en undersøkelse har pasienter med KMI < 18 har dobbelt så mange sykehusinnleggelse, lengre sykehusopphold og høyere dødelighet enn pasienter med KMI fra 24 -27 (Mowé, 2002). Kroppsmasseindeks (KMI) er den norske betegnelsen for BMI (body mass indeks) og regnes ut i fra høyde og vekt hos pasienten, vekt (målt i kg)/ høyde x 2 (målt i meter), brukes for å definere under- og overvekt (Helsedirektoratet, 2012).

Sykehjem er en institusjon for personer som er avhengige av regelmessig tilsyn eller døgntilgjengelighet, er fysisk syke og skrøpelige. Mellom 70 - 80 % av dem som bor i sykehjem har i tillegg til fysisk skrøpelighet også ulike former for kognitiv svikt. Sykehjemmet tilbyr trygghet, observasjon og vurdering av helsetilstand, sykdomsutvikling og oppfølging av medisinsk behandling (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010).

Gjennom denne oppgaven vil vi øke våre kunnskaper om hvordan vi som sykepleiere kan forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjem. Vi skal på bakgrunn av tidligere nevnt hevde vi at det er relevant og viktig tema som sykepleiere bør ha kunnskaper om.

1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Ut fra dette har vi valgt å skrive om følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjem?».

1.3 OPPGAVENS AVGRENSNINGER

I oppgaven ønsker vi å legge vekt på hvordan vi som sykepleiere kan forebygge underernæring hos pasienter med demens, ved å bruke sykepleieteoretiker Kari Martinsen. På bakgrunn av dette har vi tenkt å avgrense teorien om demenssykdom, da dette er et stort tema. Vi velger derfor å skrive om de mest vanlige symptomene på demenssykdom og de ulike gradene. Videre i oppgaven tar vi for oss ernæring og den fysiologiske prosessen ved aldring, da demens ofte rammer eldre. I avgrensingen har vi valgt å fokusere på pasienter, som bor på sykehjemmet.

1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING

Kapittel 1 - I dette kapitlet presenterer vi valg av tema og vår problemstilling. Deretter presiserer vi avgrensningen vi har gjort i oppgaven.

Kapittel 2 - Innholdet i kapitlet består av metodebegreper, der vi definerer litteraturstudie som metode for å komme frem til fag- og forskningsartikler etterfulgt av kildekritikk. Her kommer det fram hvilken pensumlitteratur og selvvalgt litteratur vi mener er relevant for vår problemstilling.

Kapittel 3 - Her presenterer vi forskningsartikler som vi skal bruke i oppgaven.

Kapittel 4 - Denne delen av oppgaven inneholder en teoridel, her presenterer vi ulike tema vi mener er aktuelle for å besvare problemstillingen. Dette kapitlet starter med en presentasjon av sykepleieteoretikeren Kari Martinsen, deretter tar vi for oss ulike demenssymptomer, grader av demens, ernæring, fysiologiske prosessen ved aldring og forebyggende arbeid.

Kapittel 5 - I dette kapitlet drøfter vi teori opp mot problemstillingen. Vi legger vekt på Martinsens tre omsorgsmetoder som tar for seg omsorgens relasjonelle, praktiske og moralske side. På den måten har vi tenkt å belyse oppgaven.

Kapittel 6 - Her kommer oppgavens konklusjon der vi besvarer problemstilling, og som er det avsluttende kapitlet.

Tilslutt kommer litteraturliste vi har brukt i oppgaven med vedlegg.

I oppgaven anvendes retningslinjer for bacheloroppgave gitt av høgskolen i Hedmark og APA-standard som er oppdatert i 2015, utgave 6.

I drøftedelen anvender vi en del praksisbasert kunnskap og vi nevner ingen navn. Vi har anonymisert alt av informasjon vi gjengir. Taushetsplikt vil si en plikt for å forhindre at andre skal få tilgang eller kjennskap til pasientens opplysninger (Dalland, 2012). Vi overholder derfor helsepersonelloven §21 (1999) om taushetsplikt.

2.0 PRESENTASJON AV METODE

I dette kapitlet skal vi gjøre rede for hvordan vi har valgt å få frem for å finne relevante fag- og forskningsartikler. Vi nevner litteraturen vi har brukt underveis, før vi avslutter med kildekritikk.

Vilhelm Aubert forklarer en metode som «en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s.111).

Metoden i denne oppgaven er litteraturstudiebasert på høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleier. Litteraturstudier går ut på å søke opp relevante funn på et bestemt område i tidligere undersøkelser og teori. Teorien som blir lagt fram drøftes for å komme frem til en konklusjon (Dalland, 2012). En litteraturstudie går under det som kalles en kvalitativ og kvantitativ metode. Ved kvalitativ metode vil en prøve å fange opp meninger og opplevelser. Det gir oss muligheten til å finne det som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvantitative metoden gir oss data i form av målbare enheter som tall og gir oss muligheten til å foreta gjennomsnittlig prosent av det vi ønsker å finne (Dalland, 2012).

Vi forstår dette som at metode kan avklare og kan gi oss gode data om problemstillingen våres. Dalland (2012) beskriver en metode som et redskap når vi ønsker å undersøke noe, da metode forteller noe om hvordan det er gått frem og hjelper oss med å samle inn viktige data, og etterprøve kunnskap. Altså den informasjonen vi trenger til det vi skal undersøke.

Kvantitative metode benyttes som "tellere", mens den kvalitative data, kalles "tolkere". Forskjellen mellom disse metodene er måten en samler data på. Med tanke på vår oppgave mener vi at begge metodene er relevante for å komme frem til gode og relevante kunnskaper i litteraturstudie (Dalland, 2012).

I de funnene vi har funnet, benytter forskerne kvantitativ metode har direkte kontakt med feltet og går i dybden for å finne mange opplysninger, mens kvalitative metoden har forskerne direkte kontakt med feltet for å samle inn data. Den går i bredden og innhenter lite opplysninger.

2.1 LITTERATURSTUDIE

I en litteraturstudie skal det ikke fremskaffes nye kunnskaper, men brukes tidligere utgitt litteratur for å formulere og besvare en problemstilling, som i denne oppgaven. En systematisk litteraturstudie er å samle og skape et overblikk over den kunnskapen som allerede er forsket på og som drøftes ut fra problemstillingen som skal besvares (Dalland, 2012).

Oppgaven vår består hovedsakelig av pensumlitteratur og en del selvvalgt litteratur. I retningslinjene for bacheloroppgaven, er det et krav om minimum 400 sider selvvalgt litteratur.

For å klare å samle inn relevant informasjon til oppgaven, må vi ha en formening over hvilke data vi vil trenge for å svare på problemstillingen (Dalland, 2012). Vi har søkt på bakgrunn av vår problemstilling og av vår kunnskap fra tidligere, samt forståelse for dette temaet. De valgte kildene vil være preget av våre erfaringer og av det vi mener er relevant for oppgaven vår.

2.2 LITTERATURSØK

Vi har valgt å bruke PICO-skjema (vedlegg 1) som hjelpemiddel for søkeprosessen og det gjør søket enklere for oss selv. Vi har benyttet oss av selvvalgt litteratur i form av faglitteratur og forskningsartikler. Den selvvalgte faglitteraturen har vi søkt opp både gjennom det lokale biblioteket og høgskolens eget bibliotek. PICO-skjema brukes til forberedelse av et systematisk søk.

Vi søkte etter fag- og forskningsartikler i databaser som Google Scholar, sykepleien forskning, CINAHL, helsedirektoratet.no, BIBSYS, Svemed+, helsebiblioteket.no, helse og omsorgsdepartementet.no og Idunn.

Som relevant litteratur har vi valgt å bruke Solheim, K (2009) bok om *Holdninger og handlinger i demensomsorgen*, Berentsen, B.V (2008) *Demensboka - Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*, for å hente relevant informasjon om demenssykdom. Bøkene inneholder fagstoff om demens og hvordan sykepleierens holdninger skal være i forhold til pasienter med demenssykdom. Kristoffersen, N. Nortverdt, F. og Skaug, E. (2005) *Grunnleggende sykepleie* bind 4, for å belyse grunnleggende behov som forebygging og ernæring, som er

relevant for problemstillingen vår. Berg, G (2002) *Til dekket bord. Mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens* og Sortland, K (2011) *Ernæring - mer enn mat og drikke*.

Vi har valgt disse bøkene for å belyse ernæring, og for behandling og utredning av personer med demenssykdom. For å belyse Martinsens sykepleierteori er Martinsen, K (2003) bok om *Omsorg, sykepleie og medisin* og Austgard, K. (2002) *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* blitt brukt. Vi har hentet faghefter og retningslinjer fra Helsedirektoratet. Av Helsedirektoratets utgivelser har vi brukt *Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten* (2012) og *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (2010). Vi har også hentet *Demensplan 2015 "Den gode dagen"* fra Helse og omsorgsdepartementet (2011) for å finne statistikk om sykdommen demens.

De mest aktuelle forsknings- og fagartiklene vi bruker i oppgaven vår er: Aagaard (2010) *Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse* og Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) *God omsorg for urolige personer med demens*. Publisert i *Sykepleien Forskning*. Sortland, Skjegstad, Jansen & Berglund (2009) *Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem - en pilotstudie*. Publisert i *Vård i Norden* og hentet fra Google Scholar. Suominen¹, M. Muurinen², S. Routasalo, P. Soini, Suur-Uski, I. Peiponen, A. Finne-Soveri, H & Pitkala, KH. (2005). *Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki*. The, A.M. Pasma, R. Onwuteaka-Philipsen, Ribbe, M. & Wal, G. V. D. (2005). *Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study*. Hentet fra: Google Scholar. Holmén M.S, Robertsson B & Wijk H (2006) *Tools to assess the nutritional status of acutely ill older adults*. Hentet fra: Oria.

2.3 KILDEKRITIKK

Kildekritikk er en metode som brukes i en oppgave for å vurdere om en kilde er sann gjennom karakterisering og vurdering. For å bestemme om en kilde er troverdig eller ikke, er kildekritikk nødvendig. Troverdighet betyr at man tenker over hvem som er forfatter og hva det inneholder at kilden er korrekt og sann, med tanke på hvem som har skrevet, hva og hvordan. Hensikten er å gi leseren et innblikk i noen refleksjoner man har gjort rundt

relevans og gyldighet i den anvendte litteraturen i forhold til problemstillingen. I tillegg skal kildekritikken vise at man er i stand til å være kritisk i forhold til de data som er brukt (Dalland 2012).

Vi har stilt oss kritiske til relevans for problemstillingen og har valgt at all forskning må belyse problematikken fra ulike sider. Alt av forskning vi har valgt å ta med i vår oppgave er forskning som er publisert i vitenskapelige fagtidsskrifter og tidsskrifter. Vi vurderer de artiklene som vi har tatt med i oppgaven som pålitelige, da de ligger tilgjengelige på skolens database som skolens bibliotek har tilgang til. Vi har valgt forfattere som er fagkyndige og professorer innen sykepleierfaget, dermed vurderer vi disse som pålitelige.

Litteraturen vi har brukt i vår oppgave omhandler problemstillingen fra forskjellige sider. Kildene vi har valgt er pensumlitteratur, relevante artikler og bøker. For at vi skal kunne bedømme kildene skal de være troverdige, egnet og objektive, det krevde at vi må ha satt oss godt inn i pensum og selvvalgt litteratur. Vi har funnet mange forskjellige bøker og har hele tiden hatt fokus på sykepleiefaglig valg av litteratur og kilder, som er troverdige for problemstillingen vår. Vi har skaffet oversikt over nødvendige kunnskapene for problemstillingen vår og sørget for at det er de nyeste, samt benyttet kjente forfattere (Dalland, 2012). Vi har valgt bøker ut i fra tittel og hvem som har skrevet bøkene, altså kjente forfattere, med dette anser vi litteraturen som pålitelig.

Vi har benyttet flere undersøkelser som studerer samme fenomen og resultatet viser samme tendens og dette bygger på reliabel, det vil si pålitelige studier. Reliabilitet kan kontrollere

Reliabilitet betyr pålitelig som sikrer at målingene som vi finner til problemstillingen er det samme konsistent og korrekt. Dette vil si at hvis forskerne utfører samme undersøkelsen igjen at de får samme resultat, på den måten vises at undersøkelsen er pålitelig (Dalland, 2012).

I søk etter forskning bestemte vi oss for å avgrense kildene, slik at de er basert på forskning fra år 2000 fram til 2014. Vi mener at dette er viktig for å belyse nyere kunnskap og fordi disse er mest faglig oppdatert. Vi vurderte både kvalitet og relevant de er for vår problemstilling. For å finne relevant forskning til problemstillingen vår leste vi tittelen og sammendraget. På den måten fant vi hva som var relevant for problemstillingen. Vi sørget

for at informasjonen hjelpe oss til å se sammenheng og utviklingstrekk. Vi er opptatt av at den kunnskapen vi innhenter er valid det vil si at de er gyldige. Validitet eller gyldighet i form av at den forskningen vi bruker belyser tema i problemstillingen (Dalland, 2012).

Vi har benyttet både primærkilde og sekundærkilde. Forskjellen er at primærkilden er den originale kilden og sekundærkilden henter opplysninger fra primærkilden og tolker (Dalland, 2012). Vi vet ulempen med sekundærkilde, da det kan forekomme feiltolkninger. Forfatteren kan tolke på sin måte når det gjelder primærkilde. Vi har brukt sekundærkilde der vi mener var nødvendig og relevant for oppgaven.

3.0 PRESENTASJON AV FUNN

Vi har funnet seks forskningsartikler som vil være med å belyse oppgaven vår mer eller mindre. Vi vurderer de forskjellige artiklene som relevante i forhold til å finne svar på problemstilling vår.

1. Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg og Solveig Hauge. (2014) *God omsorg for urolige personer med demens.*

I denne forskningsartikkelen er fokuset å beskrive hva god omsorg kan være for pasienter med demens. Studien ble gjennomført på to skjermete avdeling er på et sykehjemmet og det var ansatte i de to avdelingene som deltok i undersøkelsen. Funnene i studien viste at god omsorg kjennetegnes at de ansatte hadde god kunnskap om pasientens sykdom, symptomer og satt seg inn pasientens væremåte. Dette for at de ansatte skulle få kjennskap til og være forberedt og fleksible i sin arbeidsform. Vi velger derfor å ta med denne i oppgaven, da vi ser at den er relevant med tanke på hvor viktig det er å ha kunnskaper om pasientens sykdom og pasientens væremåte når vi skal forbygge underernæring.

2. Kjersti Sortland, Grete Skjeggstad, Lisbeth Jansen og Anna-Lena Berglund. (2009) *Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie.*

Formålet med denne studien var å kartlegge eldres ernæringsbehov i løpet av et døgn og om de eldre var tilfredse med måltidene og når på dagen måltidene ble servert. Det var også ønske om å få kartlagt pleiepersonalets ansvarlighet til eldres ernæringsbehov. Det ble benyttet en kvantitativ metode i studiet. Deltakerne i studiet var pasienter fra 84-94 år fra et sykehjem med ca. 150 plasser, der seks eldre var med på hele undersøkelsen og to svarte på spørreundersøkelsen. Pleiepersonell fra sykehjemmet var også med i undersøkelsen. Det ble foretatt kostregistrering, utført næringsberegninger av maten og målt KMI. I studien ble det funnet ut at kun en av deltakerne hadde et tilfredsstillende energiinntak ved alle registreringene. De fleste av de eldre var fornøyd med maten som ble servert og med måltidstidspunktene. Pleiepersonalet var også fornøyd med måltidene og mente at de eldres ernæringsbehov dekket. Studie konkluderte med at næringsberegninger og kostregistreringer kan brukes i planlegging av menyer, måltider og mat, samt utarbeiding av individuelle ernæringsplaner og bevisstgjøre pleiepersonalet i ernæringsarbeidet.

3. Holmén M.S, Robertsson B, Wijk H. (2006) *Tools to assess the nutritional status of acutely ill older adults.*

Studien går ut på hvordan enkle kartleggingsverktøy kan brukes ved innleggelse av eldre pasienter som var i fare for å utvikle underernæring. Studien ble gjennomført på en avdeling i et universitet sykehus i Sverige. Akutt syke pasienter på 30 var innlagt på akutt-mottaket. Ved innleggelsen ble pasientens vekt og høyde registrert og ut i fra det ble det beregnet KMI. Pasientene hadde forventet liggetid på åtte dager og de første dagene ble det registrert drikkeinntaket, dokumentert og energiinntaket. Dermed ble pasientens ernæringsstatus kartlagt ved å sammenligne ønskelig energiinntak med inntatt energi. Analysen av drikkerestriksjonen og matinntaket viste at bare tre pasienter fikk dekket energibehovet mens 29 - 40 pasienter var i risiko for underernæring. Denne forskningsartikkelen viser at det er viktig å starte ernæringstiltak tidlig. Vi mener at denne forskningsartikkelen er relevant fordi det anbefales å bruke MNA (Mini Nutritional Assessment, vedlegg 3) som gir ønsket informasjon om daglig ernæringsbehandling til de pasientene som er underernærte istedenfor å legge mye vekt på observasjoner og dokumentasjon.

4. Heidi Aagaard. (2010) *Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse.*

I denne forskningsartikkelen har Aagaard (2010) undersøkt mat og måltider på sykehjemmene i Norge. Hensikten med dette var å finne ut antall måltider som blir servert, når måltidene spises, hvilke rutiner som brukes for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet og om maten er appetittvekkende og delikat. Studie viste at 70% av beboere som spiste lite hadde ernæringskost og at 80% av personalet som jobbet på sykehjemmet trengte mer kunnskaper om ernæringsarbeid. Konklusjonen i denne forskningsartikkelen var at respondene var i stor grad fornøyd med maten pasientene ble tilbudt, men at de kunne ha hatt mer fokus på tilbudet av frukt. Spesielt den lange nattfasten uten mattilbud bør reduseres. Det er behov for nasjonale retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.

5. M Suominen¹, S Muurinen², P Routasalo, H Soini, I Suur-Uski, A Peiponen, H Finne-Soveri, and KH Pitkala. (2005) *Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki.*

Hensikten med denne studien var å se ernæringsmessige status for alle som bodde i sykehjem ved å bruke MNA test. I denne studien så man hvilket pasientrelaterte faktorer og ernæringsmessig faktorer som var forbundet med underernæring. Studien ble gjennomført i alle sykehjem for langsiktig omsorg i Helsinki, Finland. Til sammen 2114 av 2424 kvalifiserte innbyggere deltok. Hver beboer ble vurdert med en MNA test. MNA testen gir maksimalt 30 poeng. Mindre enn 17 poeng indikerer underernæring, 17 til 23,5 en risiko for underernæring og 24 poeng eller mer indikerer godt næringsinntak. Studien viste at nesten en tredjedel (29%) av de studerte beboerne led av underernæring og 60% var i fare for underernæring, mens 11% av dem hadde en god ernæringsstatus. En betydelig andel av deltakere led av alvorlig demens og høy avhengighet. I tidligere studier har lave MNA verdier vært assosiert med demens og hjerneslag.

Forstoppelse og svelgeproblemer har vært risikofaktorer for dårlig appetitt. Trykksår er ofte en konsekvens av langvarig underernæring. Det er flere kjente pasientrelaterte årsaker til å spise bare en liten del av maten som tilbys, slike årsaker kan være relatert til svelgeproblemer og rastløshet. I tillegg kan sykdommer og symptomer i munnen forårsake dårlig matlyst og er vanlig blant institusjon pasienter. De beboerne som hadde vanskeligheter med å svelge, led av underernæring oftere enn de andre beboeren. Denne studien viser at mulighetene for ernæringsmessig omsorg består av for eksempel energitett mat. Kosttilskudd ble brukt bare for en liten andel av de som kunne ha nytte av dem.

6. Anne-Mei The, Roeline Pasman, Bregje Onwuteaka-Philipsen, Miel Ribbe, Gerrit van der Wal. (2005) *Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study.*

Bakgrunnen for denne studien var å avklare hvordan kunstig tilførsel av væske og mat til eldre pasienter med demens påvirkes deres kliniske forløpet av sykdommen. Studien ble utført på 10 avdelinger i to sykehjemmer i Nederland. Det var 35 pasienter med demens, åtte leger, 43 sykepleiere og 32 familier som deltok i undersøkelsen. Det viste seg at kunstig tilførsel av væsker og mat var gitt når det oppsto akutte medisinske tilstander. Når dehydrering skyldes av demens ble det aldri tatt beslutning om å gi kunstig ernæring, fordi dette ble betraktet som naturlig sykdomsforløp. Det var vanligvis gjensidig avtale om å ikke forlenge pasientens liv, dette ble ansett som unødvendig. De mente at hydrering ikke vil forbedre kvaliteten av pasientens liv og reduserer videre eksponering for sykdomsprosessen.

4.0 TEORI

I dette teorikapitlet starter vi med å presenterer omsorgsteorien til Kari Martinsen. Videre i oppgaven tar vi for oss ulike demenssymptomer, grader av demens, ernæring og den fysiologiske prosessen ved aldring. Tilslutt har vi med teori om forebyggende helsearbeid.

4.1 PRESENTASJON AV OMSORGSTEORI

Vi har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsteori i oppgaven. Vi mener at hennes sykepleieteori er relevant for å finne svar på vår problemstilling. Kari Martinsen er sykepleier og professor, og er anerkjent for sin omsorgsfilosofi i Skandinavia (Martinsen, 2003). Martinsens filosofiske tilnæringsmåte er bygd på at sykepleiere skal ta utgangspunkt i den andres beste, noe vi synes er meget relevant for vår problemstilling.

4.2 OMSORGSTEORI

Kari Martinsen er opptatt av et kollektiv menneskesyn. Det vil si at hun har fokus på individ i felleskapet. Med felleskapet presiserer Martinsen at vi eksisterer for andres skyld og at det er alltid mulighet for å utvikle seg. Vi har fått inntrykk av at sykepleieteorien til Martinsen belyser hvordan den som yter hjelp skal være når de møter hjelpetrequende personer, hvordan de skal gi god omsorg og ikke minst hvordan dette skal fungere i praksis. Videre skriver hun at sykdom og skade må til for å tydeliggjøre at vi mennesker er avhengig av hverandre og knytter bånd og skaper relasjoner (Martinsen, 2003). Når den som yter hjelp møter svake pasientgrupper som trenger omsorg på grunn av sykdom, er Martinsen svært opptatt av at den som gir hjelp handler ut i fra faglige vurderinger til det beste for pasienten. Det at den som yter hjelp har en god praktisk handling, relasjon og viser omsorg mener Martinsen er viktig når vi handler moralsk for hjelpetrequende personer (Martinsen, 2003).

Omsorg er både måten den som yter hjelp møter den svake og måten hun handler på. Med dette mener Martinsen (2003) at omsorg er ikke det samme som å gi sykepleie, men at det er en del av menneskets natur. Det handler om hvordan vi forholder oss til det svake mennesket og hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv (Martinsen, 2003).

Omsorgsfilosofien til Martinsen (2003) understreker at for å kunne gi god omsorg er det viktig å ikke sette mål om at den syke pasienten skal bli frisk. Vi må erkjenne at alle ikke

kan bli friske. Hun tar hensyn til at mennesker som har en kronisk sykdom, generelt trenger pleie og omsorg. Dette kan være med på å hindre at den syke blir sett som "ikke menneske", men i et helhetsperspektiv (Austgard, 2002).

I Martinsens (2003) omsorgsteori kommer det tydelig frem at hun er opptatt av tre omsorgsbegrepet som hun mener er svært grunnleggende for sykepleiere. De tre begrepene er følgende: omsorg som relasjonelt begrep, omsorg som praktisk begrep og omsorg som moralsk begrep (Martinsen, 2003).

4.2.1 OMSORG SOM RELASJONELT BEGREP

I følge Martinsen (2003) kjennetegnes dette ved å være et mellommenneskelig forhold som er basert på en form for gjensidighet, felleskap og solidaritet uten at det foreligger forventninger om gjenytelser. Omsorg med solidaritet som ledende verdi omfatter alle, men tar utgangspunkt i de svake og mest pleietrengende pasientgrupper. For at sykepleieren og pasient skal kunne forstå hverandre mener Martinsen (2003) at den må være noe som binder de, sammen i en felleskap, altså at vi deler en dagligverden. Solidaritet vil si å ikke sette verdier som uavhengighet og selvstendighet høyest. Det viktigste elementet Martinsen legger vekt på er generalisert gjensidighet, som vil si at hjelpen gis betingelsesløst ut fra tilstanden til den hjelpetrengende uten å forvente å få noe tilbake (Martinsen, 2003).

4.2.2 OMSORG SOM PRAKTISK BEGREP

Martinsen (2003) mener at omsorg også er en praktisk handling som vokser ut av en konkret tilstand som mottakeren befinner seg i. For å kunne yte god sykepleie mener Martinsen (2003) at det er viktig å se sammenheng mellom sansing og hjelperes forståelse. Det å forstå sansing er med å oppfatte det som påvirker den som mottar hjelp og sette seg inn i deres tanker og følelsesliv. Den som yter hjelp må oppnå faglig dyktighet ved å se ut ifra en følsom åpenhet for den andres lidelse. For å få et helhetlig bilde av hjelpetrengende livshistorie er det viktig hjelperen viser pasienten livsmot. Dette kalles faglig skjønn. Med dette mener Martinsen at faglig skjønn ikke er hva vi sier, men måten vi praktiserer handling, som blick, stemme og håndgrep (Martinsen, 2003).

Sansing i sykepleiefaget vil si å åpne et rom for pasientens smerte/lidelse samtidig som vi viser, medfølelse. Barmhjertighet bygger på følelser samt inkluderer andres følelser (Martinsen, 2003). Disse får sitt innhold av relasjonen og forholdet til det andre mennesket.

Det at sykepleiere deltar praktisk i andres lidelse og stiller seg åpen for det sanselige inntrykket er viktig (Martinsen, 2003). Omsorg som praktisk handling krever en begrunnelse som bygger på faglig og etiske vurderinger (ibid).

4.2.3 OMSORG SOM MORALSK BEGREP

Forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Omsorgens moralske side handler om å lære seg hvordan man praktiserer og håndterer makt over for de svake. Moralen er både relasjonell og emosjonell. Det som vil si at den er preget av følelser og fornuft. Martinsen understreker at moralsk praksis innebærer at sykepleieren skal være åpen og nærværende på en god måte, samt handle riktig ut i fra de etiske verdier og normer. Sykepleiere må ha erfaring for å kunne handle moralsk riktig. Sykepleieren har makt i form av kunnskaper og viten som pasienten ikke har tilgang til, en svak paternalisme. Paternalisme innebærer faglig skjønn, ved at sykepleieren setter seg inn i pasientens følelser og handler situasjonen for det beste for pasienten (Martinsen, 2003).

4.3 DEMENS

I følge Engedal og Haugen (2009) er demens samlebetegnelse for en ervervet hjerneorganisk sykdom, med langvarig forverring i klinisk tilstand hos eldre. Demens kjennetegnes ved at den mentale kapasiteten medfører svikt i psykologiske prosessen. Psykologiske prosessen betyr at personer med demens får vanskeligheter med språket, læring, tenkningen og hukommelsen (Hummelvoll, 2012). Vi har valgt å ta med grader av demens da dette finnes i tre grader, og vi nevner de mest vanlige symptomene ved demenssykdom.

4.3.1 SYMPTOMER PÅ DEMENS

Demenssykdom kan uttrykke seg i form av mange symptomer, der kognitiv svikt er hovedsymptomen. Symptomene kan være like, men årsaken til at de oppstår kan være forskjellige. Kognitiv svikt er en betegnelse som brukes på mange forskjellige symptomer og vi vil gå inn på noen av disse (Solheim, 2009).

Redusert oppmerksomhet:

For å kunne fokusere på en oppgave eller en hendelse over tid uten å la seg forstyrre, trenger man oppmerksomhetsevne. Hos pasienter med demens kan denne evnen være redusert eller

mangle. Dette kan forklare at disse menneskene kan ha problemer med å utføre oppgaver uten å la seg distrahere av andre elementer (Solheim, 2009).

Redusert hukommelse og læringsevne:

Hukommelse kan deles inn i langtids og korttidshukommelse. Korttidshukommelse er evnen til å huske informasjon og opplevelser fra de siste 20 sekundene, mens langtidshukommelse dreier seg om det som har skjedd tidligere i livet. Hos mennesker med moderat grad av demens er korttidsminnet dårlig og ved alvorlig grad er korttids og langtidsmminnet redusert. De med alvorlig demenssykdom husker bare få og ofte de mest spesielle hendelsene fra tidligere i livet. Korttidshukommelsen kan føre til at mennesket får problemer med å lære nye ting (Solheim, 2009).

Språkvansker:

Demenssykdom kan føre til at språksentrene i venstre hjernehalvdelen blir skadet og det kan føre til språkvansker (Berentsen, 2008). Svikten i språksentret kan uttrykke seg i form av at en får nedsatt evne til å oppfatte og forstå det som blir sagt. Svikten kan føre til problemer med å uttrykke det en vil si, vansker med å finne de rette ordene, føre til usammenhengende setninger og dårlig flyt i det en sier (Solheim, 2009).

Apraksi:

Mennesker med demenssykdom kan ha manglende evner til å utføre handlinger og det kan i alvorlige tilfeller medføre til handlingssvikt. Den med demens kan forstå det som skal gjøres, men til tross for dette klarer ikke utføre de ønskende handlingene. I noen tilfeller kan en utføre deler av handlingen, men helheten forsvinner (Solheim, 2009).

Agnosi:

Dette innebærer at personen får nedsatt evne til å forstå det en sanser. For eksempel at personen har problemer med å gjenkjenne gjenstander eller lyder (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010).

Demenssykdom i form av atferdsmessige og psykiske symptomer

Depresjon

Depresjon er en tilstand som kan vise seg ved hjelpeløshet, tristhet og motløshet. Depresjon forekommer oftest hos mennesker med mild og moderat grad av demens. Forklaringen på at personer med demenssykdom opplever depresjon kan være mange, men en av de mest vanlige årsakene er som oftest opplevelse av sorg over å ha mistet sine tidligere funksjoner (Kirkevold et al., 2010).

Angst

Betydningen av angst er en indre uro som kan føre til redsel og engstelse. Årsaken til at angsten oppstår er usikkert, men kan gi forklaring ved at en opplever å miste oversikten i hverdagen. Andre faktorer som kan spille inn er at en må flytte til et ukjent sted og i forbindelse til dette møter fremmede mennesker, noe som kan føre til utrygghet for personen (Kirkevold et al., 2010).

Passivitet, apati og rastløshet

Personer som blir rammet av demens kan endrer sin væremåte. Enkelte opplever å bli passive, noe som skyldes at en har glemt sine tidligere ferdigheter og interesser. Andre kan oppleve å være rastløse, vandrer uten mål og mening. Apati er manglende følelsesmessige reaksjoner og kommer ved alvorlig grad av demens (Kirkevold et al., 2010).

4.3.2 GRADER AV DEMENS

Mild grad:

I den milde graden er glemsomhet et vanlig symptom som påvirker personen som er rammet av sykdommen og pårørende. Glemsomheten kan vise seg i form av at personen glemmer avtaler, glemmer hva en skal utføre i løpet av dagen og får nedsatt tidsperspektiv. Personer med demenssykdom kan oppleve daglige gjøremål som vanskelig, i tillegg til glemsomheten. Det kan for eksempel oppleves problematisk å utføre personlig hygiene, kle på seg og matlaging. Personer med mild grad av demens har forutsetninger for å bo alene i eget hjem, men kan ha behov for tilsyn og tilrettelegging (Berentsen, 2008).

Moderat grad:

Innenfor den moderate graden av demens er hukommelsen også dårlig. Så dårlig at en ikke lengre har evner til å se konsekvensene av valgene en gjør. Hverdagslige gjøremål blir krevende og det kan påvirke hverdagen negativt. I tillegg til den dårlige hukommelsen kan en oppleve nedsatt evne til å sortere sanseinntrykk, psykiske forstyrrelser, nedsatt orienteringsevne og dårligere evne til å uttrykke seg. Personer med alvorlig demens har glemt store deler av hendelsene fra tidligere i livet og en kan oppleve at en ikke gjenkjenner familiemedlemmer. Personer med moderat grad av sykdommen mister evnen til å orientere seg om tid, sted, situasjon og det kan føre til at en opplever situasjoner som kaotiske (Berentsen, 2008).

Alvorlig grad:

Personer innenfor alvorlig grad har behov for pleie og omsorg døgnet rundt. Dette fører til at en oftest bor på sykehjem. I den moderate graden kan en også være sykehjemspasienter, dersom symptomene er så utbredt at en ikke klarer seg selv hjemme (Berentsen, 2008).

4.4 ERNÆRING

I følge Helsedirektoratet (2012) defineres ernæring som mat og drikke. Tilførsel av mat og drikke er et av menneskets grunnleggende behov for å leve i alle livets faser. Måltider har stor betydning for mennesker og sier noe om tilhørighet. Maten har en psykologisk, biologisk, fysiologisk og sosial betydning for mennesker (Helsedirektoratet, 2012).

4.4.1 KROPPSLIGE FORANDRINGER HOS ELDRE

Vi velger å ta med kroppslige forandringer hos eldre, da pasienter med demenssykdom er eldre og kroppslige forandringer er en naturlig prosess hos eldre.

Normale aldersforandringer i kroppen skjer ved økende alder som får betydning for kosthold og ernæringsstatus. Muskelmassen og antall aktive metabolske celler reduseres med alderen, samt basalstoffsiftet reduseres og dermed avtar energibehovet etter hvert som man blir eldre. Produksjon av fordøyelsesenzymer reduseres med økende alder og dette fører til nedsatt absorpsjon av næringsstoffer i fordøyelsessystemet. Mengden av ekstracellulær væske reduseres også med årene. Energibehovet hos eldre reduseres på grunn av at de oftest har kroniske sykdommer, som for eksempel leddlidelser og nedsatt aktivitetsnivå av ulike

årsaker. Dårlig tannstatus kan føre til problemer med å spise og svelge. Dette kan føre til at eldre velger bort enkelte matvarer og mengden mat som spises (Sortland, 2011). Smak- og luktesansene blir mindre funksjonelle med årene og terskelen for smak endres. Smaken på maten endres. Den sure og bitre smaken forsterkes, mens evnen til å smake salt avtar. Den smaken som påvirkes i minst grad er den søte smaken. Mange eldre velger søte matretter til måltidene, for å få smaksopplevelsen av maten. Faktorer som kan ha innvirkning på den eldre ernæringsstatus er hukommelsestap (demens), ensomhet og depresjon, somatisk sykdom, kroniske lidelser som sår og kreft (Kirkevold et al., 2010 & Sortland, 2011).

4.4.2 UNDERERNÆRING HOS ELDRE OG KONSEKVENSEN AV DETTE

Underernæring defineres som: en ernærings situasjon der mangel på ernæring, protein og /eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetningen og kroppsfunksjon (Helsedirektoratet, 2010).

Når næringsinntaket er mindre enn kroppens behov, enten fordi behovet øker eller fordi inntaket reduseres, oppstår underernæring. Underernæring hos eldre skyldes som oftest en kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak. Resultatet bli tap av fett og muskelvev. Risikofaktorer for utvikling av underernæring kan være ensomhet, depresjon, tannproblemer, svelgeproblemer, alvorlige somatisk sykdom, redusert smaks- og luktesans, stort medisinforgbruk, diaré og sår (Kirkevold et al., 2010). Underernæring øker risiko for komplikasjoner og kan føre til helsemessige konsekvenser, gir redusert motstandskraft mot infeksjoner, gir redusert livskvalitet, kan forverre fysisk og mental funksjon, forsinke rekonvalesensperioden og gir økt dødelighet (Sortland, 2011 & Helsedirektoratet, 2010). En pasient med underernæring har opptil tre ganger så lang liggetid på institusjon i forhold til en pasient som er velernært, avhenger av graden av underernæring (Helsedirektoratet, 2010).

4.5 FOREBYGGE

Mæland (2010) sier at det "handler om å fremme folks helse og bidra til en positiv ressurs i hverdagen". Forebygging brukes til forebyggende helsearbeid, som er en fellesbetegnelse på helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende (Mæland, 2010). Innen sykepleie vil kunnskapen benyttes for å forhindre helsesvikt. Ved å identifisere behov, risikofaktorer og

iverksette tiltak som fremmer god helse og forebygger/hindrer sykdom, og skade (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Primærforebyggende arbeid omfatter tiltak som fremmer god helse og forebygger mot at det oppstår sykdom og skader. Dette innebærer å identifisere risikofaktorer og iverksette tiltak som reduserer de forhold som skaper sykdom eller skade. En sunn livsstil er viktig for å hindre unødvendig sykdommer og slitasje, samt vedlikeholde normal funksjon. For eksempel kostholdsveiledning for å forhindre underernæring (Kirkevold et al., 2010).

Sekundærforebyggende arbeid er å hindre tilbakefall eller videreutvikling av sykdom og skade. Rutinemessig helsekontroll er et viktig tiltak etter en samlet risikovurdering på individ- og gruppenivå. Dette må gjøres i samarbeid med legen (Kirkevold et al., 2010).

Tertiærforebyggende arbeid rettes mot individer som allerede har en sykdom. Dette tiltak settes i gang og omfatter sikte på å vedlikeholde funksjonsnivået, hindre forverring av det problemet som allerede eksisterer. For eksempel tiltak for å forebygge negative konsekvenser av demens og vekttap. For at sykepleieren skal lykkes i arbeidet med å hjelpe pasienten til å ha et godt liv, er et godt samarbeid mellom den gamle selv, sykepleier, lege og eventuelt annet helsepersonell nødvendig (Kirkevold et al., 2010).

5.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER FOREBYGGE UNDERERNÆRING HOS PASIENTER MED DEMENS PÅ SYKEHJEM?

I dette kapitlet skal vi drøfte hvordan sykepleiere skal forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjem. Her drøftes de tre omsorgsbegrepene fra omsorgsteorien til Kari Martinsen opp mot teorien om eldre, demens og ernæring. Siden vi har ulike erfaringer fra pasienter med demens på sykehjem, skal vi trekke inn våres erfaringer i oppgaven. Vi tar med forskninger der det er nødvendig, på denne måten har vi tenkt å besvare oppgaven vår.

5.1 OMSORG SOM RELASJONELT BEGREP

Martinsen (2003) definerer omsorg som relasjonelt begrep og tar utgangspunkt i menneskesyn der det grunnleggende er at vi er avhengig av hverandre. Et slikt menneskesyn blir ansvaret for den svake et overordnet verdiprinsipp, fordi vi alle er sårbare mennesker som kan komme i en situasjon der vi vil trenge hjelp fra andre. Derfor bør vi handle slik at alle kan få samme muligheter for et best mulig liv (Holter & Mekki, 2011).

Sykepleier-pasient-felleskapet bygger på en helhetlig og eksistensiell-humanistisk tenkning. Ved et av de første møtene med pasienten bør sykepleien forsøke å etablere et sykepleier-pasient-felleskap. Som kan danne grunnlaget for videre samspill med pasienten (Hummelvoll, 2012). I følge Hummelvoll (2012) skal dette være basert på pasientens ønskemål og perspektiv. Sykepleieren kan gjøre dette ved å samle inn data og kartlegger pasientens ernæringsstatus. Måten sykepleieren gjøre dette på er gjennom felleskapet som innebærer at sykepleieren og pasienten møter hverandre. På den måten kan sykepleieren og pasienten samarbeide om tiltaket som skal settes i gang for å forebygge underernæring.

Martinsen (2003) på sin side mener at relasjonelle delen av omsorgen er den mellommenneskelige kontakten, påvirkningen og avhengigheten av hverandre. For at sykepleieren og pasienten skal ha relasjon, må det være noe som binder de sammen i en felleskap, altså at en deler dagligverden (Martinsen, 2003). I forhold til problemstillingen er det gjennom sykehjemmet sykepleieren møter pasienten og deler den daglige gjøremålene som for eksempel ved måltider.

I følge Martinsen (2003) skal det praktiske arbeidssituasjonen være basert på en form for gjensidighet, felleskap og solidaritet uten at det foreligger forventninger om gjenytelser. Gjensidighet kan vise seg ved at sykepleieren forstår hva som er best for pasienten og kartlegger ernæringsbehovet. Hvordan sykepleieren forstår hva som er best for pasienten er avhengig av det inntrykket sykepleieren får av pasienten og kunnskapen sykepleieren har. Under måltidene kan for eksempel sykepleieren få inntrykket ved å observere og lytte til det pasienten sier (ibid).

Gjennom felleskap kan sykepleieren og pasienten dele erfaringer. I forhold til ernæring slik, at sykepleieren samler data om hva pasienten liker å spise og drikke. På den måten kan sykepleieren også finne ut hva pasienten ikke tåler å spise. Pasienter med demens kan ha vanskeligheter med å uttrykke sine egne behov. Hvis pasienten tidligere har sagt at hun/han ikke liker å ha syltetøy på brødsken, og det oppstår en situasjon der pasienten får syltetøy på brødsken. Hummelvoll (2012) mener at sykepleieren er pasientens talsmann, når et slikt situasjon oppstår. I følge Hummelvoll (2012) har sykepleieren et medansvar for at pasienten får et sosialt felleskap.

I sosialt felleskap bør sykepleieren være bevisst på sine holdninger og hvordan disse kan påvirke pasienten. Eldre pasienter med demens er ofte sårbare og det er viktig at sykepleieren har et solidarisk holdning. Som innebærer at sykepleieren respektere og akseptere pasientens integritet og verdighet (Hummelvoll, 2012). Det at sykepleieren viser respekt og forståelse for sykdomsutvikling til pasienten er med å ivareta pasientens integritet (Kadjian, Shinkunas, Bern-Klug & Schultz, 2010). Slettebø (2009) sier at begrepet integritet sier noe om personens fysiske og psykiske grense og at de grensene skal respekteres.

5.1.1 HVORDAN SKAPE GOD RELASJON TIL PASIENTER MED DEMENS?

I forhold til problemstillingen vår kan pasienter med demens få vanskeligheter med å egne avgjørelser med for eksempel hva slags drikke de vil ha til maten. Det at sykepleiere legger til rette slik at pasienten mestrer og behersker valget er viktig (Slettebø, 2009). Sykepleieren kan oppnå dette ved å stille ledende spørsmål om for eksempel hvilket pålegg de vil ha på brødsken. På den andre siden kan sykepleieren også ivareta pasientens verdighet. Ved at pasienten for eksempel kan slippe å gjøre det de ikke lenger klarer å gjøre selv som for

eksempel å smøre maten selv når andre er til stede, men felleskap er viktig. I praksis har vi erfart at ved sosialt felleskap øker vi trivsel og trygghet hos pasienter med demens, samt at det gir pasienten selvrespekt.

I en undersøkelse som ble gjort av syv pasienter mellom 82–96 år om hvordan de opplevde å være delaktige i et måltidsfellesskap i sykehjem, da trekker de fleste frem et fellesskap med positiv atmosfære. Noen pasienter mente at det var spesielt trygget ved å sitte sammen med andre og spise. For noen ble måltidene noe å se frem til på grunn av humørfylte samtaler, som gav gode følelser etter endt måltid. På andre siden var det noen pasienter som valgt å spise alene på rommet. Dette fordi at de mente felleskap var krevende og hadde ikke krefter til å engasjere seg på grunn av sykdommen. Pasientene mente at det ble ødeleggende for eget velvære under måltidet (Melheim, 2008).

Ut fra Martinsens (2003) omsorgsteori ser vi at solidaritet er basert på samspillet mellom sykepleieren og pasienten. Rollen som sykepleier kan være preget av makt i form av kunnskaper, som pasienten er avhengig av (Martinsen, 2003). Når sykepleieren skal sette i gang tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter med demenssykdom er det viktig å ha kunnskaper om ernæring. For at sykepleieren skal iverksette tiltak er det viktig å engasjere pasienten. Dette fordi pasienten er ekspert på sitt eget liv (Holter & Mekki, 2011). På bakgrunn av Martinsens (2003) omsorgsteori tolker vi gjenytelser som at sykepleieren ikke skal forvente å få noe tilbake fra pasienter med demens, fordi pasienten er hjelpetrengende selv og trenger omsorg.

For å få en god relasjon med pasienten mener Martinsen (2003) at det er viktig å skape tillit. Med tillit forstår vi at pasienten føler seg trygge på at de får den hjelpen de trenger og stoler på sykepleieren. For at pasienten skal føle seg trygge må de stole på sykepleieren. Pasienter er avhengig av sykepleierens kompetanse. På den andre siden kan sykepleieren skape tillit og trygghet hos pasienten ved å vise forståelse over pasientens situasjon for å forebygge underernæring og vise at de er trygg på sitt fagkompetanse. Spurkeland (2012) sier at tillit i relasjon trenger tid og bekreftelse. Sykepleieren kan for eksempel i vår problemstilling få tillit hos pasienten ved å ha samtale avhengig av graden av demens pasienten har. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren observere, bruke nærhet og ha god tid til pasientene og

være bekreftende. Kommunikasjon er et veldig viktig hjelpemiddel overfor pasienter med demens (Eide & Eide, 2012).

Eide & Eide (2012) skriver at det er viktig at sykepleiere tilpasser kommunikasjonen etter pasientens tilstand. Dette gjør at pasienten forstår informasjonen som blir gitt, som for eksempel i måltidene. Ved hjelp av verbalt og non-verbalt kommunikasjon kan sykepleieren formidle budskapet til pasienten (Eide & Eide, 2012). Ved verbal kommunikasjon skjer dette gjennom ord. Pasienter med demens har ofte problemer med å forstå og oppfatte ord på grunn av agnosi. Derfor er det viktig at sykepleieren snakker sakte og tydelig slik at pasienten får med seg det som blir sagt (Solheim, 2009). I Non-verbale kommunikasjon kommuniserer vi gjennom kroppsspråket. Med kroppsspråket viser sykepleieren hva han/hun mener gjennom holdninger, blick, berøring, mimikk og tonefallet (Eide & Eide, 2012). Fra egen erfaring kunnskap har vi sett i praksis at nonverbal kommunikasjon spiller viktig rolle for pasienter med demens, når vi formidler informasjon. Når vi sykepleiere spør pasienten om en ting er det viktig at vi formidler dette også gjennom kroppsspråk. Dette er samspill mellom verbalt og nonverbalt kommunikasjon (ibid). Vi har også erfart at for eksempel hvis pasienten hører dårlig så kan vi ved hjelp av blick og mimikk bekrefte at vi har forstått det pasienten formidler. Dette for å ikke skape utrygghet hos pasienter med demens.

I følge Kirkevold et al., (2010) kan vi bruke ulike kommunikasjonsmetoder for å få god kommunikasjon med pasienter med demens. Disse metodene er reminisens, realitetsorientering og validering. Reminisens vil si minnearbeid. Med dette arbeidet skal pasienten føle seg trygg og sikker ved å gjenkjenne ting som har hendt i fortiden. Pasienter med demens husker fortiden bedre enn nåtiden (Eide & Eide, 2012). I praksis har vi erfart at vi kan bruke ulike metoder for å hjelpe pasienten til å huske, for eksempel hvordan maten smaker ved å vise gamle bilder og matoppskrifter. Sentrale kjennetegn ved demens er at pasienten har svekket orienteringsevne og korttidshukommelse. Vi kan orientere pasienten om tid, sted og situasjon ved hjelp av realitetsorientering. Realitetsorientering er en samtaleteknikk som består av at sykepleieren navngir handlingene, omgivelsene, objektene og tidspunktene (Eide & Eide, 2012). Vi har brukt realitetsorientering i praksis når pasienten for eksempel sier at de har spist frokost på morgen ved å informere hvor mye klokken er og hva slags måltid som blir servert (frokost) og hvor de befinner seg (sykehjem). For at pasienter med demens skal bearbeide sine egne følelser og akseptere kan sykepleieren bruke

kommunikasjonsteknikken validering. Validering brukes for å støtte pasientens følelser og bekrefte uten å korrigere det pasienten formidler (Eide & Eide, 2012). I praksis har vi erfart at ved å hjelpe pasienten med å klargjøre tanker og følelser er det viktig å utforske ved å spørre om hva, hvor, hvem og hvordan.

Demens er en sykdom som medfører en langvarig svikt i psykologiske prosessen og i forbindelse med dette kan pasienten få ernæringsproblemer. Med ernæringsproblemer mener vi at pasienten kan stå i fare for å bli underernært, fordi de får vanskeligheter med å planlegge og utføre måltider. Sykdommen gjør at pasienten får vanskeligheter med å fungere i hverdagen, fordi de lenger ikke er stand til å se konsekvensene av de valgene de tar (Hummelvoll, 2012). Forståelsen for å få i seg mat er lenger ikke tilstede og når de i tillegg ikke klarer å uttrykke seg verbalt, trenger denne pasient gruppen med demens hjelp fra sykepleiere.

Når sykepleieren skal gi omsorg til pasienter med demens, er det viktig at de har kunnskaper om utfordringer og konsekvensen av sykdommen (Kirkevold et al., 2010). I forhold til problemstillingen er dette for å kunne oppdage faren for underernæring tidlig. For å kunne gi omsorg til pasienter trenger sykepleieren innsikt i pasienten liv. Det å kjenne pasients livshistorie kan være viktig ressurs for å få oversikt over pasientens spisevaner, antall måltider vedkommende spiser og hvilke pålegg pasienten liker. Dette for å vurdere ernæringsstatusen til pasienten og for å få oversikt over deres spisevaner (Kristoffersen et al., 2005).

Thorvik et al., (2014) beskriver i sin studie hva god omsorg kan være for pasienter med demens. De skriver at god omsorg til pasienter med demens kjennetegnes av sykepleierne hadde gode kunnskaper om pasientens sykdom, symptomer og behandling. Videre bekrefter denne studien at for å kunne gi god omsorg til pasienter med demens, var det viktig at de ansatte satte seg godt inn pasientens væremåte og vaner. Forekomsten av uro og utagering ble mindre, dette på grunn av at ansatte hadde en tilnærming til pasienten som skapte tillit, og at ansatte alltid var forberedt og fleksible i sin arbeidsform.

Martinsen (2003) mener at i hvert møte med pasienten er livsytringene det fundamentale. Derfor er det viktig sykepleieren setter seg inn i pasientens situasjon. I forhold til

problemstillingen vår mener vi det er viktig at sykepleieren har kunnskaper om demens samt vise interesse og engasjerer seg i det som gjelder pasienten.

Vår erfaring fra sykehjemmet er at underernæring hos pasienter med demens ikke blir oppdaget tidlig. Helsedirektoratet (2010) skriver i sine faglige retningslinjer at årsaken til underernæring på sykehjemmet kan ha sammenheng med at det er mange ufaglærte som jobber på sykehjemmet. Lite kunnskap hos ansatte på sykehjem kan fører til helsemessige konsekvenser hos pasientene og økonomiske kostnader for kommunene. Helsemessige konsekvenser i form av at pasientens fysiske og mentale helse forverres, noe som føre til redusert livskvalitet. Underernæring kan i det verste tilfelle gi økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2010).

I Aagaards (2010) studie bekrefter lederne på sykehjem at personalet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid. I denne studien er det ikke presisert at det er sykepleierne som trenger økt kunnskap, men hele gruppen av personalet på sykehjemmet. Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleier har et ansvar å holde seg faglig oppdatert og stadig fornye sine kunnskaper innen for den funksjonsområde sykepleieren jobber i (Brinchmann, 2013). Vi mener at sykepleieren på sykehjemmet kan formidle kunnskapene videre til sine kollegaer ved å ha en intern undervisning. Dette for å øke kunnskapen til resten av personalet om viktigheten av ernæring i forhold til pasienter med demens og hvordan de kan forebygge underernæring. Helsedirektoratet (2012) har gitt ut kosthåndboken som er en veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, som kan benyttes i den interne undervisningen. Vi har sett i praksis at mange ansatte ikke får muligheten til å delta kurser, men det er ledelsens ansvar å organisere for eksempel kurs for resten av personalet.

5.2 OMSORG SOM PRAKTISK BEGREP

I følge Martinsen (2003) handler er omsorg som praktisk begrep om hvordan sykepleieren møter pasienten på og måten sykepleieren tilrettelegger ut fra pasientens tilstand. Det er viktig at sykepleieren ikke stiller seg utenfor, og at hjelpen blir gitt betingelsesløst. Det vil si uten tanke for at sykepleieren skal få noe igjen (Holter & Mekki, 2012). Solidaritet i praksis vil si at sykepleiere skal være lojale mot hverandre. I praksis har vi erfart at sykepleiere er lojale mot hverandre ved å diskutere helt frem til beslutning er tatt. Selv om de opprinnelige var uenige jobber de for at resultatene skal bli best mulig for pasientens beste.

De fleste pasienter med demens er eldre og kan ha vanskeligheter med å få i seg nok næring (Sortland, 2011). Dette kan blant annet være fordi det skjer kroppslige forandringer som påvirker næringsopptaket, det kan være på grunn av sykdom og naturlig aldring (Sortland, 2011). Demenssykdom gjør at pasienten får vanskeligheter med den praktiske tilrettelegging av måltider. Vansker kan vise seg i form av manglende planlegging og gjennomføring av måltidene. Mestring av måltidene blir gradvis vanskeligere, noe som kan føre til at inntak av mat og drikke blir redusert. Konsekvensen av dette kan være at pasienten taper vekt, blir dehydrert og får urinveisinfeksjoner (Helsedirektoratet, 2012). Symptomene som apraksi og agnosi kan endre seg fra dag til dag hos pasienter med demens. Apraksi kan vise seg ved at pasienten ikke klarer å innta måltidet selv uten hjelp til å komme i gang. Rastløshet eller passivitet vil også kunne påvirke pasientens matinntak. Vi har sett i praksis at pasienter med demens kan bli urolige ved matbordet under måltidene. Pasientene klarer ikke lenger å ta initiativ til å spise eller smøre på maten selv (Berg, 2002). På grunn av hukommelsessvikten kan pasienter med demens tro at de nettopp har spist til tross for at de ikke har det. Symptomet agnosi er med å øker forvirringen til pasienter med demens, samt at kan fører til eksempel at pasienten tror blomstermønsteret på asjetten er smuler og prøver å plukke det opp (Kirkevold et al., 2010). Vi ser viktigheten av at sykepleieren har kunnskap om hvordan sykdommen kan påvirke pasientens matinntak og ernæringsstatus.

I fra tidligere erfaring vet vi at mange pasienter med demens ikke kan gi uttrykk for egne behov. Som for eksempel at pasientene glemmer hvordan de skal spise eller spiser utilstrekkelig og kan ha manglende appetitt. Vi har også sett at sykdommen kan føre til at pasienten søler, får problemer med å spise maten selv eller glemme hvordan man spiser med bestikk. Underernæring er ofte en tilstand som utvikler seg over tid, derfor kan det være vanskelig å oppdage hos pasienter med demens. Kartlegging danner grunnlaget for at sykepleieren kan forbedre pasientens ernæringsstatus, ved å bekrefte eller avkrefte om pasienten har utviklet eller er i ferd med å utvikle underernæring (Kirkevold et al., 2010).

5.2.1 KARTLEGGING AV ERNÆRINGSSTATUS

For å vurdere pasientens ernæringsstatus er finnes ulike kartleggingsverktøyer som sykepleiere kan bruke. Dette for å kartlegge om pasienten er underernært eller om pasienten er i risiko for utvikling av underernæring. Basisen for mange kartleggingsverktøyene er vekt, høyde og vektnedgang/vektutvikling (Helsedirektoratet, 2013).

Kartleggingsverktøyet som anbefales til bruk for eldre over 65 år er Mini Nutritional Assessment - MNA, skjemaet består av to deler, metoden tar bare 10-15 minutter å gjennomføre. Del en har seks spørsmål og alle spørsmålene skal besvares. Det er ulike svaralternativer på hvert spørsmål og gir ulike poeng. Dersom besvarelsen får 11 av 14 poeng eller lavere er det en mulig underernæring og derfor skal del to av skjemaet besvares. Del to består av 12 utfyllende spørsmål og dersom totalt antall poeng er mellom 17-23,5 av 30 poeng er pasienten i fare for å utvikle underernæring. Hvis pasienten får mindre enn 17 poeng er pasienten underernært (Helsedirektoratet, 2010). Se MNA skjema, vedlegg 3.

Kroppsmasseindeks (KMI) er den norske betegnelsen for BMI (body mass indeks) og regnes ut i fra høyde og vekt hos pasienten, $\text{vekt (målt i kg) / høyde} \times \text{høyde (målt i meter)}$, brukes for å definere under- og overvekt. Det anbefales at KMI måles når pasienten innlegges på sykehjem og sykehus, samt at det tas kontroll minst 1-2 ganger per år (Kirkevold et al., 2010).

Aagaards (2010) studie viser at 43% av sykehjemmene ikke har veiing som standard prosedyre ved innleggelse i sykehjemmet. Studien bekrefter det vi har erfart i praksis at de fleste sykehjemmene ikke har veiing som standard prosedyre. Eldre bør ha høyere KMI enn yngre (Mowé, 2002). I følge Helsedirektoratet (2012) skal KMI hos eldre være 22-27 kg/mete x mete for at det skal regnes som normalvektig. Vi har opplevd i praksis at det kan være vanskelig å regne ut nøyaktig KMI hos skrøpelige og eldre pasienter, siden ryggsøylen komprimeres med årene.

En undersøkelse gjennomført i Oslo viser at 14 % av kvinnene, 4 % av mennene over 75 år hadde en KMI under 18,5 og 2 % av de over 75 år hadde en KMI under 16 (Sortland, 2011). Internasjonale og skandinaviske studier viser at 20-50 % av eldre pasienter i institusjoner er underernærte (Mowé, 2002). I følge Mowé (2002) anses veiing og måling som den viktigste og mest objektive måte å vurdere pasientens ernæringsstatus på. Dette også for å kunne fylle ut MNA-skjema og for å regne ut KMI på. KMI er et viktig redskap når det gjelder vurdering av pasientens ernæringsstatus og er en praktisk tiltak som alle institusjoner bør ha som rutine og sykepleiere ha kjennskap til.

Rutinemessig vektkontroll i institusjoner er en enkel metode for vurdering og oppfølging av pasientens ernæringsstatus (Kirkevold et al., 2010). Sykehjemspasienter bør veies hver

måned, mens for utsatte pasienter kan det være nødvendig med ukentlige veiinger. I tillegg bør KMI måles når pasienten legges inn i sykehjem eller sykehus (Kirkevold et al., 2010 & Helsedirektoratet, 2010). I en nasjonal kartleggingsundersøkelse om mat og måltider i sykehjem finner Aagaard (2010) at 16 % av sykehjemmene som var med i studien hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus hos pasientene. 43 % svarte at de ikke hadde standardprosedyre for å veie pasienten ved innleggelse og 30 % svarte at de ikke hadde rutiner for regelmessig veiing av pasienten.

I Aagaards (2010) nasjonale kartleggingsundersøkelse viser at 70 prosent av eldre på sykehjemmene, spiser lite næringstett kos. Eldre har nedsatt appetitt og orker ikke å spise store mengder mat. Det er derfor viktig at den eldre som er i fare for å utvikle underernæring eller har utviklet en underernæring heller spiser små og næringstette måltider, i stedet for store måltider som er lite næringstette (Kirkevold et al., 2010).

Dersom det er bekreftet at pasienten er i risiko for underernæring vil det være behov for utredning som kobles til en ernæringsplan med tiltak og oppfølging. Det er en del faktorer som må vurderes før valg av tilrettelagt ernæringsbehandling. Faktorer som appetitt, ernæringsstatus, matvarer, tyggeevne, tannstatus, svelgevansker og evne til å spise selv (Helsedirektoratet, 2013). I praksis har vi erfart at det er viktig å vurdere faktorer som tyggeevne, tannstatus og svelgevansker. Dette for å kunne tilby pasienten mat som er lett å tygge (ibid). Vi har erfart i praksis for at pasienter med demens skal få tilpasset bistand, er det viktig at sykepleiere observerer pasientene under måltidene og setter i gang tiltak for å forebygge underernæring.

5.2.2 TILTAK FOR Å FOREBYGGE UNDERERNÆRING HOS PASIENTER MED DEMENS

Som sykepleiere skal vi forebygge skade og tidlig død hos pasientene, samt bevare og bedre helsen deres (Kirkevold et al., 2010). Martinsen (2003) påpeker i sin omsorgsteori at forebyggende tiltak skal være i den hensikt at pasientens helsetilstand skal forbedres, uten at sykepleiere forventer at de skal bli friske.

Synet av et pent dekket bord med lys, blomster og pyntet for eksempel kake og kaffe skaper forventning og stemning, samt kan forsterke opplevelsen av hygge. Trivelige måltider bidrar til matglede og trivsel avleder tankene fra sykdommen (Helsedirektoratet, 2012). Undersøkelser har vist at ved å tilrettelegge for bedre miljømessige forhold rundt

spisesituasjoner, samt tilpasse matens konsistens når det gjelder tygge og svelgevansker, kan pasientene på sykehjem spise vesentlig mer (Helsedirektoratet, 2010).

For å bedre næringsinntaket og vekke appetitten hos pasienter med demens er det viktig at mattilbudet smaker, lukter og kan være fristende å se på. Lukt og syn av mat kan få pasienten til å kjenne om en er mett eller sulten. Maten gir muligheten til å aktivisere pasientens evne til å kjenne etter, samt bruke lukte- og smakssansen (Sortland, 2011). Det er viktig at sykepleiere er kjent med hvilket mat pasienten liker og er vant til å spise, slik at sykepleieren tilbyr mat og drikke som pasienten liker. Å spise selv er viktig for mestringsopplevelsen. Måltidene bør tilrettelegges slik at pasienten opplever å delta og mestre. Miljøet bør tilrettelegges for å kompensere for manglende funksjon. For noen pasienter med demens kan det være viktig å spise alene, for andre er målet å samles i sosialt fellesskap rundt måltidet (Helsedirektoratet, 2012). Det er derfor viktig at sykepleiere tar hensyn til pasientens ønsker og vaner. Måltidene er samlingspunktet som gir glede for pasientene på sykehjem (Rokstad & Smeby, 2008). Fra erfarings basert kunnskap har vi sett i praksis at måltider har en kulturell betydning hos de fleste pasienter og er en kilde for samvær med andre.

Sykepleiere må observere pasienter med demens for å avdekke hva pasienten mestrer og ikke mestrer i måltidssituasjonen. Pasienten som for eksempel har apraksi kan trenge assistanse under måltidet. Det er derfor viktig at sykepleieren kan sitte sammen med pasienten og observere samt registrere inntak av mat og drikke (Helsedirektoratet, 2012).

Som Martinsen skriver i sin omsorgsteori er det viktig at vi som sykepleiere lager en målrettet plan ut fra kunnskapene vi har om hva som er best for pasienten (Martinsen, 2003). Ernærings situasjonen hos pasienter med demens kan forbedres ved hjelp av spiseliste og ernæringsberegning. Sykepleien utfører praktisk handling for å forebygge underernæring ved å registrere hvor mye pasienten har dekket av energi- og proteinbehovet. En slik kostlise med ernæringstabell (vedlegg 4) kan bevisstgjøre sykepleierne når det gjelder hvilke næringsstoffer de ulike matvarene inneholder og hvor mye pasienten har spist (Helsedirektoratet, 2010 & Sortland et al., 2009). Sortland et al. (2009) og Helsedirektoratet (2010) anbefaler at det utarbeides en målrettet individuell ernæringsplan hvis det blir avdekket at pasienten er underernært eller er i risiko for å utvikle underernæring.

I studie av Sortland, Skjeggstad, Jansen & Berglund (2009) ble det også funnet at pleiepersonalet var fornøyd med måltidene og mente at de eldres ernæringsbehov dekket. Studie konkluderer at næringsberegninger og kostregistreringer kan brukes i planlegging av menyer og måltider, samt utarbeiding av individuelle ernæringsplaner. Dette for å bevisstgjøre pleiepersonalet i ernæringsarbeidet. I Sortland et al., (2009) sin forskning kommer det frem at de fleste eldre spiser tre hovedmåltider om dagen. Dette til tross for Helsedirektoratet (2010) anbefaler fire faste hovedmåltider og to mellommåltider på sykehjem for å få dekket ernæringsbehovet hos disse pasientene. Dette bekreftes i Aagaard (2010) sin forskning og i fra våre erfaringer fra praksis, er det vanlig å servere tre hovedmåltider og to mellommåltider.

Våre erfaringer og forskninger viser at de fleste sykehjemmene serverer et tilstrekkelig antall måltider, men at det er for lang tid mellom siste kveldsmåltider og frokost. Sortland (2011) anbefaler at det maksimalt burde være 12 timer mellom siste kveldsmåltid og frokost. I studien til Aagaard (2010) kom det frem at over 66 prosent av forsøkspersonene svarte at de serverte sen kveldsmat og bare 30 prosent av disse oppga tidspunktet for dette. Lang tid mellom kveldsmat og frokost kan føre til at personer med demenssykdom får dårlig ernæringsstatus, fordi alderdom kan føre til at en blir fortere mett, og at de får mindre tørste- og sultfølelse (Sortland, 2011). For å forhindre at det blir mer en maksimalt 11 timer mellom siste kveldsmåltid og frokost, som forskningen og egne erfaringer sier bør rutinene for matservering endres. Dette kan gjøre det enklere for sykepleiere å dekke pasientens ernæringsbehov. I praksis har vi erfart at det er fire hovedmåltider og to mellommåltider. Og at nattfasten er under 11 timer.

En av sykepleierens selvstendige arbeidsoppgaver er å ivareta grunnleggende behov hos pasienten, herunder behovet for tilstrekkelig ernæring (Kristoffersen, et al., 2005). Vi vil sette i gang tiltak for å oppnå at den eldre med demenssykdom skal oppnå god ernæringsstatus. Når sykepleiere skal sette i gang tiltak er det viktig at sykepleiere bruker faglig skjønn (Martinsen, 2003). Faglig skjønn innebærer at sykepleieren i praksis sørger for å bruke det kliniske blikket samt forberede og gjennomføre planmessige måltider for pasientene (ibid).

Helsepersonelloven sier noe om forsvarlig helsehjelp og det innebærer at hver pasient har krav på helsehjelp som er individuelt tilpasset situasjon og tilstand. Tiltak som velges må baseres på pasientens sykehistorie, røntgenologiske, kliniske og eventuelle andre funn, og en utførlig diagnose på bakgrunn av denne informasjonen (Helsedirektoratet, 2010). I denne situasjonen har vi pasienter med demensdiagnose og det er viktig å tilpasse måltider etter pasientens vaner. Dette har vi erfart praksis at noen pasienter med demens som er vant med å ha to måltider om dagen og får det.

Det er sykepleierens ansvar å skape en god atmosfære ved måltidene og bidra til at pasienter med demenssykdom spiser bedre. Det bør tas hensyn når en vurderer hvilke pasienter som skal sitte sammen rundt bordet. Her må vi som sykepleiere ta hensyn til at pasientens egne ønsker skal spille inn, hvem som kjenner hverandre og trives sammen. Enkelte pasienter kan ha en spiseatferd som virker negativt inn på medpasientenes matlyst og trivsel. Sykepleiere bør ta hensyn på en skånsom måte. Isolasjon og ensomhet kan redusere matlysten og minske motivasjonen til å spise (Kirkevold et al., 2010).

Gjennom den gode relasjonen kan sykepleiere i samsvar med pasienten utarbeide målrettet plan. Men før sykepleiere skal igangsette ernæringsplan skal pasienten vurderes for individuelle behov. Det vil si herunder at sykepleiere skal ta hensyn til miljøet, måltid og pasienten.

5.2.3 EVALUERING OG DOKUMENTASJON AV TILTAKENE

I helsepersonelloven § 39 er det presisert at den som yter helsehjelp, har plikt til å nedtegne eller registrere helsehjelpen i en journal for den enkelte pasient (Holter & Mekki, 2011). Hensikten med dette er å sikre at helsehjelpen blir gitt i alle funksjonsområder. I pasientjournalen skal sykepleieren dokumentere både den faglige vurderingen av pasientens sykepleiebehov og hvilke tiltak som er planlagt for å forebygge underernæring. På denne måten imøtekommer sykepleiere pasientens behov for sykepleie. Dokumentasjonen skjer i etterkant av at helsehjelpen er gitt (Holter & Mekki, 2011). Martinsen mener det er viktig at sykepleieren begrunner sine handlinger og dokumenterer. Det vil si at dokumentasjonen skal være til nytte for andre enn den som har hatt den direkte erfaringen med pasienten. Den skal gi sykepleieren en god erfaringsbakgrunn når en skal møte sine forskjellige pasienter og handle moralsk (Austgard, 2002). I praksis har vi erfart hvor viktig det er med

dokumentasjon. Det er viktig å samle de på et sted og lettere å finne fram. Sykepleietiltakene dokumenteres og evalueres jevnlig.

5.3 OMSORG SOM MORALSK BEGREP

Omsorg som moralsk begrep viser seg i måten vi opptrer på i relasjon og gjennom våres praktiske gjøremål. Omsorgsmoralen læres gjennom holdninger og erfaringer, dette bestemmer hvordan vi mennesker velger å bruke makt (Martinsen, 2003).

I følge Martinsen (2003) inngår makt i alle avhengighetsrelasjoner, i dette tilfelle mellom sykepleier og pasient. I et slikt forhold er partene likeverdige, men forholdet er likevel asymmetrisk. I kraft av sin kompetanse og kunnskap har sykepleieren en makt pasienten ikke har. Pasienten derimot er i en sårbar og utsatt posisjon. Pasienten er avhengig av at sykepleieren forvalter sine kunnskaper og sin makt på en moralsk forsvarlig måte. Omsorgsmoralen innebærer at sykepleieren bruker makten på en god måte. Makten kan misbrukes slik at den resulterer i paternalisme, som er begrepet av holdninger og handlinger (Holter & Mekki, 2011). I praksis har vi erfart at når vi reflekterer over våre holdninger og handlinger kan det hjelpe oss i arbeidet med å skape tillitt til pasienter med demens.

Paternalisme vil si at "far bestemmer". I dette tilfellet er det sykepleieren som er "far" for pasienten (Slettebø, 2009). Med dette mener vi at sykepleierne bestemmer og vet hva som er beste for pasienten. Vi inndeler paternalisme inn i svak og sterk paternalisme. Skillet mellom de to handler om skade og kompetanse. Ved sterk paternalisme ønsker man å hindre skade, og ved svak paternalisme måtte påvise en svikt i pasientens kompetanse eller frivillighet (Slettebø, 2009).

Dette vil si i praksis at sykepleieren har kunnskaper om pasienten med underernæring, noe pasienten selv ikke har. Pasienten er den hjelpetrequende part og sykepleieren den profesjonelle hjelperen. Dette gir sykepleieren en faglig autoritet som automatisk gir sykepleieren mer makt over pasienten, enn det pasienten har over sykepleieren (Austgard, 2002). På den måten kan sykepleiere for eksempel sette i gang tiltak som kan forebygge underernæring, uten å forhøre seg med pasienten. Austgard (2002) sier at det er viktig å finne en god balansegang mellom formynderi, altså å handle ut fra egen bedreviten, og respekten for menneskets selvbestemmelse. Holdninger og handlinger preget av formynderi er ikke forenlige med god omsorg (Austgard, 2002). Martinsen (2003) mener at sykepleieren

som gir omsorg kan bruke makt, asymmetrien i forholdet kan bevisst brukes i den hensikt å hjelpe den andre på beste måte ut fra pasientens behov for hjelp (Holter & Mekki, 2011).

I praksis har vi erfart og sett hvordan demenssykdommen kan påvirke pasientens matinntak og ernæringsstatus. Pasientene med demens har redusert oppmerksomhetsevne og hukommelse som gjør

at de ikke lenger husker at mat er viktig, noe som kan føre til underernæring. Vi har også erfart at sykepleiere kan bruke makt i form av at de har kunnskaper om pasientens behov for ernæring. Et annet eksempel kan være at pasienten hevder at nettopp har spist eller at en ikke ønsker å spise. Vi som sykepleieren kan i slike tilfeller enten velge å la pasienten unnlate å spise eller at sykepleieren bruker sin faglige forståelse og på denne måten overbevise pasienten om å spise. Dersom sykepleieren i stedet velger å la pasienten unnlate å spise kan det bidra til at sykepleieren gjør det Martinsen kaller for unnlatesessynd. Det vil si en handling som velges til tross for at den ikke anses å være til pasientens beste. Martinsen (2003) mener at sykepleieren skal være moralske i arbeidet og unngå unnlatesessynd så langt som det er mulig. Med dette mener Martinsen (2003) at man skal sette seg inn i pasientens situasjon og handle best mulig for pasienten (Martinsen, 2003).

Når det gjelder beslutninger om ernæringsbehandling må vi stille oss etiske spørsmål. I følge Brinchmann (2012) er etikk læren om moral og verdisystem. Dette handler om hvordan vi som menneske bør håndtere utfordrende situasjoner der det er spørsmål om hva som rett og galt. Etske dilemmaer handler om verdier som står på spill, eller om konflikt mellom ulike verdier for eksempel der det er konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å yte hjelp (Brinchmann, 2012). Autonomi vil si retten pasienten har til å bli informert og til å velge selv. Pasienter med underernæring kan handle ut ifra autonomi ved å velge å ikke spise som er selvstyring. Dette handler igjen om to ting; retten til å bestemme handlingsformen eller retten til å nekte behandling (ibid).

I forhold til vår problemstilling gjelder fra selvstendig spising til intravenøs ernæring. Det som skal ligge til grunn for de valg, som gjøres er sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, rettferdighet og barmhjertighet (Helsedirektoratet, 2010). Som sykepleier skal det angis hvor grensen går for det faglige forsvarlig/uforsvarlig ved å intervensere eller la være å intervensere. Vi har tidligere referert til en studie om hvordan

kunstig tilførsel av væske og mat til eldre pasienter med demens kan påvirke forløpet av sykdommen. Det viste seg at kunstig tilførsel av væsker og mat ble gitt når det oppsto akutte medisinske tilstander. Når dehydrering skyldes demens ble det aldri besluttet å gi kunstig ernæring, fordi dette ble betraktet som naturlig sykdomsforløp. Hydrering ville ikke forbedre kvaliteten av pasientens liv og hindre videre utvikling av sykdomsprosessen (The, Pasma, Onwuteaka-Philipsen, Ribbe & Wal, 2005). Denne undersøkelsen reiser et etisk dilemma.

Forsvarlighetskravet gir plikt til oppfølging uavhengig av hvor helsehjelpen ytes og dermed vil ernæringsmessige forhold vil falle inn under dette (Helsedirektoratet, 2010). I praksis har vi erfart at sykdomsforløp kan forandre pasientens evne til å ta hånd om og ta til seg ernæring og tilførsel av væske. Pasientrettighetsloven §3-1 beskrives det at pasienten har rett til å medvirke, blant annet ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. §3-2 i pasientrettighetsloven sier at en grunnpremiss for at medvirkningsretten skal kunne ivaretas, er at pasienten får tilgjengelig og

nødvendig informasjon om sin helsesituasjon, og om innholdet i den helsehjelpen som tilbys. Så langt det er mulig skal det tas hensyn til pasientens ønsker og behov. Pasienter med samtykkekompetanse har rett til å ta sine egne valg. Dette skal tas med i beslutningsprosesser (Helsedirektoratet, 2010). I følge Helsepersonelloven (1999) §4 skal helsepersonelle utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets art og situasjoner for øvrig (Lovdata, 1999). I helsepersonelloven (1999) §16 framgår det at virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Lovdata, 1999). Når helsehjelpen opptrer forsvarlig vil pasienten få god og omsorgsfull hjelp. Det vil si helsepersonell har plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav som stilles til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne bachelor oppgaven var å finne løsninger på hvordan vi som sykepleiere kan forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjem. Vi har benyttet forskninger og pensum litteratur og selvvalgt litteratur der vi har kommet frem til at sykepleiere har ansvar for å forebygge underernæring hos eldre pasienter med demens.

Vi har gjennom forskning og teori valgt å svare på problemstillingen, men også konsekvensene underernæring kan føre til. For å kunne gi helhetlig sykepleie til en pasient med demens for å forebygge underernæring ser vi at det er viktig å ha et godt måltidsmiljø. Dette innebærer at sykepleieren tilrettelegger måltidene slik at pasienten opplever mestring og sosialt fellesskap.

En kombinasjon av lavt kalori- og proteininntak fører ofte til underernæring hos eldre, der resultatet blir tap av muskelvev og fett. Dette kan føre til ulike risikofaktorer av underernæring som kan bestå av ensomhet, tannproblemer, depresjon, problemer med å svelge, redusert smaks- og luktesans, alvorlige somatisk sykdom, stort medisinforbruk, sår og diaré (Brodtkorb, 2010). Underernæring øker også risiko for komplikasjoner og kan føre til helsemessige konsekvenser, redusert livskvalitet, motstandskraft mot infeksjoner, forverring av både mental og fysisk funksjon, forsinke rekonvalesensperioden og gi økt dødelighet (Sortland, 2007 & Helsedirektoratet, 2010). Ved å innta nok kunnskap og se alvoret i dette, er det viktig at vi som sykepleiere jobber med å forebygge underernæring hos pasienter. Dette er et viktig tema når det gjelder pasienter med demens som bor i sykehjemmet.

Ved å jobbe med denne oppgaven har vi fått økt kunnskap når det kommer til hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos pasienter med demens på et sykehjem. Gjennom denne prosessen har vi lært at pasienter med demens har økt risiko for å utvikle underernæring i sykehjemmet. Ulike faktorer påvirker underernæring, der aldersprosessen er en av faktorene.

I denne oppgaven har vi valgt å legge vekt på Martinsens omsorgsteori for å belyse hvordan vi som sykepleiere alltid skal forebygge underernæring pasienter med demens. Det er

sykepleieren sitt ansvar å sørge for at pasienten får dekket behovet sitt for ernæring, og må derfor kartlegges av sykepleieren.

Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om pasientens sykdom, behandling og livshistorien for å forhindre at underernæring oppstår hos pasienter med demens. Her er det også andre faktorer som spiller inn, som det å bygge en god relasjon basert på respekt, gjensidighet og solidaritet bidrar til trygghet og skaper tillit hos pasienten. Ved hjelp av dette kan sykepleieren etablere et godt tillitsforhold til pasienten, samt samle data om ernæringsstatusen. For noen pasienter med demens, vil det være vanskelig å kommunisere, det er derfor viktig sykepleieren benytter riktig kommunikasjonsteknikker for å unngå misforståelser.

For å forhindre undervekt hos pasienter med demens, har vi sett at det finnes flere ulike kartleggingsmetoder og verktøy som kan benyttes. Etter egen erfaring har vi selv observert at de ulike kartleggingsverktøyene vi har nevnt tidligere I drøftingen også blir brukt i praksis, men at noen velger å utelukke dette fordi det er tidskrevende. En forklaring på dette kan være at det er mangel på fagfolk, og derfor begrenset hva en rekker å gjøre, og hva en velger å fokusere på. I søk etter forskning savner vi hvilken matvare som blir servert på sykehjemmet med tanke på at noen pasienter valgte å ikke spise maten.

LITTERATURLISTE

- *Austgard, K. (2002). *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- *Berentsen V. D. (2008). *Demensboka – Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Forlaget Aldring og helse.
- *Berg, G. (2002). *Til dekket bord. Mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Brinchmann, B., S. (2012). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K & Haugen, P. K. (2009). *Demens. Fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og helse.
- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner- Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- *Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering> Lest: 27.03.15. 74 sider.
- *Helsedirektoratet (2012). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf> Lest: 05.04.2015. 280 sider.
- *Helse og omsorgsdepartementet (2011). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Lokalisert på: https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf Lest: 30.03.2015. 13 sider.

Helsepersonelloven. (1999). LOV- 1999-07-02-64. Lokalisert på

<http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990702-064.html>

Holter, I. M., & Mekki, T. E. (2011). *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4. utg.). Oslo: Arkibe.

*Holmén, M.S. Robertsson, B. Wijk, H. (2006). *Tools to assess the nutritional status of acutely ill older adults*. Lokalisert på:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c94ff6ad-d0f4-4015-bd11-d7b9d9911faf%40sessionmgr114&vid=4&hid=107> Lest: 10.04.2015. 5 sider.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.

*Kadjian, Lauris C. Laura A Shinkunas. Mercedes Bern-Klug og Susan K Schultz. (2010). *Dementia, Goals of Care, and Personhood: A Study of Surrogate Decision Makers' Beliefs and Values*. American Journal of Hospice & Palliative Medicine.

Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (Red.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2005). *Grunnleggende sykepleie, Bind 4*. (Red.). (2005). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. utg.). Universitetsforlaget.

*Melheim, B.G. (2008). Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem. Lokalisert på:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasientopplevelser-av-maltidsfellesskap-i-sykehjem>
Lest: 04.04.2015.

*Mowè, M. (2002). *Behandling av underernæring hos eldre pasienter*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 122 (8), 815-818. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/514098/>
Lest: 28.03.15.

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2010). Lokalisert på:

<http://www.lovddata.no/all/nl-19990702-063.html>

Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). (2008). *Personer med demens: Møte og samhandling* (1.utg.). Oslo: Akribe.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Solheim, K. (2009). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Sortland, K. (2011). *Ernæring: mer enn mat og drikke*. (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Sortland, K. Skjegestad, G. Jansen, L. & Berglund, A. L. (2009). *Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem - en pilotstudie*. Lokalisert på:

https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/821/1/vaardinorden_4_2009_sortland.pdf Lastet ned: 05.04.2015. 5 sider.

Spurkeland, J. (2012). *Relasjonskompetanse* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

*Suominen¹, M. Muurinen², S. Routasalo, P. Soini, Suur-Uski, I. Peiponen, A. Finne-Soveri, H & Pitkala, KH. (2005). *Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki*. Lokalisert på:

<http://www.nature.com/ejcn/journal/v59/n4/pdf/1602111a.pdf> Lastet ned: 02.04.15. 6 sider.

*The, A.M. Pasma, R. Onwuteaka-Philipsen, Ribbe, M. & Wal, G. V. D. (2005).

Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study. Lokalisert på:

<http://www.bmj.com/content/bmj/325/7376/1326.full.pdf> Lastet ned: 30.03.2015. 5 sider.

*Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). *God omsorg for urolige personer med demens*. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/god-omsorg-urolige-personer-med-demens> Lastet ned: 30.03.15. 7 sider.

*Aagaard, H. (2010). *Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse.*
Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2010/03/mat-og-maltider-i-sykehjem-en-nasjonal-kartleggingsundersokelse> Lastet ned: 30.03.2015. 8 sider.

VEDLEGG 1. Pico-skjema

Patient - P	Intervention – I	(Comparisons) – C	Outcome -O
Hvem <i>hvilke mennesker/ sykdommer/ problem handler det om</i>	Hva <i>tiltak / risiko / test, fenomen</i>	(Alternativer) eller Context <i>sammenligner man med noe annet? Context?</i>	Resultat/Erfaringer <i>hvilke resultater/erfaringer er man interessert i</i>
«Eldre» «Demens» «Elderly» «Patients» «Dementia»	«Forebygge» «Ernæring» «Underernæring » «Kosthold» «Matinntak» «Malnutrition»	U.a.	«Forebygge» «Behandling» «Sykehjem» «Nursing home»

P står for HVEM – mennesker (pasient, problem eller situasjon)

I står for HVA (tiltak, forebygging, risiko, fenomen, interesse eller test)

C står for ALTERNATIVER (tiltak som er ønskelig å vurdere eller sammenlikne med)

O står for RESULTAT (resultat, opplevelser, erfaringer eller utfall)

VEDLEGG 2. Forskningssøk

DATABASE	SØKEORD	SØKETS AVGRENSNING	ANTALL TREFF	VI BRUKTE X ANTALL SOM VAR RELEVANT
Sykepleien forskning	«Demens»	Vi avgrenset søket til forskningsartikkel og fagfellevurdering	31	1
Google Scholar	«Malnutrition» AND «Nursing home»	Vi avgrenset søket til 2005-2011 og sorterte søket etter relevans	6 500	1
Google Scholar	«Elderly patients with dementia»	Vi avgrenset søket til 2000-2014 og sorterte søket etter relevans	5 830	1
Sykepleien forskning	«Måltider»	Ingen avgrensning	3	1
Google Scholar	«Ernæring og matinntak»	Vi avgrenset søket til 2000-2014 og sorterte søket etter relevans	376	1
Oria	«Asses nutritional older»	Vi avgrenset søket til 2005-2015	665	1

Mini Nutritional Assessment MNA®

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

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

<div style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px;">Vurdering, del I</div> <p>A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?</p> <p>0 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene</p> <p>0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>C Mobilitet</p> <p>0 = sengeleggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene</p> <p>0 = ja 2 = nei <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>E Neuropsykologiske lidelser</p> <p>0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)</p> <p>0 = KMI mindre enn 19 1 = KMI 19 til mindre enn 21 2 = KMI 21 til mindre enn 23 3 = KMI 23 eller større <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Undersøkelsespoengsum vurdering, del I <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>(sumtotal maks. 14 poeng)</p> <p>12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II</p> <p>11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II</p> <div style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px;">Vurdering, del II</div> <p>G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)</p> <p>1 = ja 0 = nei <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag</p> <p>0 = ja 1 = nei <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>I Trykksår eller hudsår</p> <p>0 = ja 1 = nei <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>	<p>J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?</p> <p>0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>K Utvalgte markører for proteininntak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> <p>0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?</p> <p>1 = ja 0 = nei <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?</p> <p>0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>N Matinntak</p> <p>0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>O Eget syn på ernæringsmessig status</p> <p>0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?</p> <p>0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Q Overarmens omkrets (OO) i cm</p> <p>0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>R Leggomkrets (LO) i cm</p> <p>0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Vurdering, del II (maks. 16 poeng) <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;"> <p>Gradering av underernæringstilstand</p> <p>17 til 23.5 poeng <input type="checkbox"/> i fare for underernæring</p> <p>Mindre enn 17 poeng <input type="checkbox"/> underernært</p> </div>
--	--

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

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

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

VEDLEGG 3. Hentet fra: Helsedirektoratet.no, Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

MATVARE	ENHET	MENGDE SPIST	KCAL	SUM KCAL	PROTEIN	SUM PROTEIN
Kneipp/grovbrød	½ skive *		90		3	
Løff	½ skive *		85		2	
Rundstykke	½ stk *		130		5	
Knekkebrød	1 stk *		120		3	
Frøkostblanding	1 pors u/melk		132		5	
Corn flakes	1 pors u/melk		70		0	
Havregrøt	1 pors		170		8	
Risgrøt	1 pors		185		8	
Egg	1 stk		80		7	
Yoghurt(Duo kar.)	1 beger		230		5	
Yoghurt (frukt)	1 beger		160		6	
Is	1 beger		290		5	
Eple	1 stk		45		0	
Banan	1 stk		100		1	
Appelsin	1 stk		40		1	
Middag	1 pors		350		19	
Dessert	1 pors		150		4	
Suppe (salt)	1 pors		80		3	
Havresuppe (melk)	1 kopp 100 ml		75		4	
Havresuppe (vann)	1 kopp 100ml		9		0	
Kake	1 stk		220		4	
Tørr kjeks	1 stk		40		1	
H-melk, kefir	1 glass		100		5	
Lettmelk, Biala	1 glass		70		5	
Sk. melk (søt/sur)	1 glass		50		5	
Appelsinjuice	1 glass		70		1	
Saft, brus	1 glass		60		0	
Sukkerbit	1 stk		8		0	
Sjokolade	1 stk (60 g)		340		5	
Nutridrink	1 boks		300		12	
Fortimel	1 boks		260		20	
Afi-Nutrinpulver	1 toppet spiseskje		50		5	
Ensimi(saftbasert)	1 boks		300		8	
Addera(saftbasert)	1 boks		170		8	
Til sammen						

Beregnet energibehov for å opprettholde vekten: Aktuell vekt x 30 kcal:

Beregnet proteinbehov: Aktuell vekt x 1 gram protein:

Ved ønsket vektoppgang er det behov for et høyere inntak!
