

BACHELOROPPGÅVE

Har du ete frukost i dag?

”Kva tiltak kan sjukepleiarar sette i verk for å førebyggje underernæring hjå ein eldre heimebuande pasient med Alzheimers sjukdom?”

Have you eaten breakfast today?

”What measures can nurses implement to prevent malnutrition among an elderly home living patient with Alzheimer`s disease?”

av

Sigrid Laache

Kandidatnummer: 42

Emnekode og namn: SK152 Bacheloroppgåve i sjukepleie

Innleveringsdato: 02.05.2014

Tal ord: 6932

Rettleiar: Irene Sjursen

”Uten å ha noen
ved min
side gjennom denne
labyrinten, uten en
medreisende som
virkelig forstår mitt behov
for å ha egenverd,
hvordan vil jeg da kunne
holde ut resten av ferden inn i
det ukjente.”

(McGowin, 1995: 118. gjengitt etter Dale, 2004 s. 170)

Samandrag

Tittel: Har du ete frukost i dag?

Bakgrunn for val av tema: I løpet av min praksis i heimesjukepleien fekk eg sjå at underernæring er ei stor utfordring hjå eldre heimebuande pasientar med demens, og slik vekte temaet interesse og eit engasjement hjå meg. Eg har sett forskjellige rutinar på dette med å førebyggje underernæring både i praksis og i jobbsamanheng elles, og føler at mange av tilfella kunne vert unngått ved tidlig intervensjon. Etter å ha lese i litteratur, og har vore i fleire praksisar, vel eg å skrive om dette tema.

Problemstilling: "Kva tiltak kan sjukepleiarar sette i verk for å førebyggje underernæring hjå ein eldre heimebuande pasient med Alzheimers sjukdom?"

Metode: Oppgåva er ei litteraturstudie. Eg har nytta erfaring frå praksis og kunnskap frå litteratur og forskning i drøfting av problemstilling.

Oppsummering: Ved hjelp av å drøfte forskning, litteratur og egne erfaringar, har eg kome fram til fleire tiltak som sjukepleiarar kan sette i verk for å førebyggje underernæring hjå ein eldre heimebuande pasient med Alzheimers sjukdom (AD). Sjukepleiarar kan førebyggje underernæring ved å identifisere pasienten sine utfordringar på eit tidlig tidspunkt. Kartleggingsverktøyet MNA (Mini Nutritional Assessment) kan gjerne nyttast, det er validert og anbefalt for pasientgruppa eg har fokusert på. For å sikre pasienten sitt matinntak, eller for å oppretthalde appetitten bør sjukepleiarar ha meir fokus på måltidssituasjonen hjå kvar enkelt pasient. Godt samarbeid mellom pårørande og heimesjukepleien kan sikre betre oppfølging av pasienten sin ernæringsstatus. Ernærings supplement kan vere ein god måte å sikre pasienten nok næringstett kost på.

Abstract

Title: Have you eaten breakfast today?

Background for the choice of topic: During my practice at home-care, I saw that malnutrition is a big challenge for elderly home living patients with dementia, and this woke my interest and dedication for this theme. During my practice and also work-related, I have seen different routines in trying to prevent malnutrition, and I feel that a lot of the events could have been avoided by early intervention. After reading some literature, and by being in some practices, I chose to base my thesis on this theme.

Topic question: "What measures can nurses implement to prevent malnutrition among an elderly home living patient with Alzheimer's disease?"

Method: The method for this thesis is a literature review. I have used my experience from practice, and knowledge from literature and research during the thesis, and for the discussion of my topic question.

Summary: Through discussing research, literature and my own experiences, I have reached several measures for nurses to implement in trying to prevent malnutrition among an elderly home living patient with Alzheimer's disease (AD). Nurses may prevent malnutrition through identifying the patient's challenges at an early time. The assessment tool "MNA" (Mini Nutritional Assessment) may be used for this, since it is a validated tool and recommended for the patient group I have focused on. To ensure the patient's food intake, or to maintain the patient's appetite, nurses should focus more on the meal situation for each patient. A good cooperation between next of kin and home-care nurses may ensure better monitoring of the patient's nutritional status. A Nutrition Supplement can be a good way to ensure that the patient gets enough nutrients in his diet.

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
1.4 Oppbygning av oppgåva	2
1.5 Lovverk og etiske omsyn	3
2.0 Metode	4
2.1 Søkeprosessen.....	4
2.2 Val av litteratur.....	5
2.3 Kjeldekritikk.....	5
3.0 Teori	7
3.1 Sjukepleieteoretikar Virginia Henderson	7
3.2 Heimesjukepleien	7
3.3 Alzheimers sjukdom	8
3.4 Risiko for underernæring	9
3.5 Aldring og ernæringsstatus	10
3.6 Pårørende.....	12
3.7 Kommunikasjon med pasienten	13
4.0 Drøfting	14
4.1 Tiltak.....	14
4.1.1 Kartlegging av ernæringsstatus med MNA.....	14
4.1.2 Måltid og miljø	15
4.1.3 Ernærings supplement	18
5.0 Veikskap og styrke	21
6.0 Konklusjon	22
Litteraturliste	23

Vedlegg 1: Mini Nutritional Assessment (MNA)

1.0 Innleiing

Minst halvparten av alle som har ein demenssjukdom bur i eigen heim. For at personar med demens skal få kunne bu heime må helsetenesta tilpasse seg familieforhold og individuelle behov (St.meld. 25 (2005-2006), 2005 s. 46). Det er i dag omtrent 50 000 personer med Alzheimers sjukdom i Noreg og den totale førekomsten av sjukdommen stiger med aukande alder. Eldrebølga fører til at stadig fleire kjem til å få Alzheimers sjukdom (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013). Eg ynskjer å sette fokus på at mange i denne pasientgruppa er særskilt utsett for å bli underernært.

Konsekvensane Alzheimers sjukdom fører med seg kan hindre tilstrekkeleg ernæring i kvardagen. Ifølge dei nasjonal faglige retningslinjene for førebygging og behandling av underernæring, er dei helsemessige konsekvensane av underernæring blant anna at underernæring aukar risikoen for komplikasjonar, reduserer motstand mot infeksjonar, forverrar fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet og auka dødelegheit (Helsedirektoratet, 2009). Underernæring er den mest alvorlige svikttilstanden, og utgjer den største faglige utfordringa for sjukepleiarar (Brodtkorb, 2010).

1.1 Bakgrunn for val av tema

I løpet av min praksis i heimesjukepleien fekk eg sjå at underernæring er ei stor utfordring hjå eldre heimebuande pasientar med demens, og slik vekte temaet interesse og eit engasjement hjå meg. Eg erfarte i praksis og elles i jobbsamanheng at underernæring kunne ha vore unngått med førebyggjande tiltak. Etter å ha lese i litteratur vel eg å skrive om dette tema. Ernæring og forbetningsarbeid i seg sjølv er alltid bra for ein sjukepleiar å ha kunnskap om, uansett kvar ein jobbar. Eg har også eigenerfaring med å sette i verk ernæringstiltak hjå fleire pasientar med Alzheimers sjukdom. I det eine tilfellet la pasienten på seg fleire kilo. Det resulterte i at pasienten vart kvitt andre plagar som til dømes eit sår som ikkje ville gro, og fekk meir energi til daglige gjeremål. Mitt mål med denne oppgåva er å tileigne meg meir kunnskap om førebygging av underernæring. Eg ynskjer også å vere med å bevisstgjere andre som er i kontakt med denne pasientgruppa og setje fokus på kva intervensjonar som kan settast i verk. På bakgrunn av dette, har eg valt følgjande problemstilling;

1.2 Problemstilling

”Kva tiltak kan sjukepleiarar sette i verk for å førebyggje underernæring hjå ein eldre heimebuande pasient med Alzheimers sjukdom?”

1.3 Avgrensing av problemstilling

Eg har valt å avgrense mi problemstilling til eldre pasientar, uavhengig av kjønn, i alderen 65 år og oppover, som bur heime og mottak tenestar frå heimesjukepleien. Pasientane har mild til moderat grad av Alzheimers sjukdom, og klarer seg sjølv heime med tilrettelegging i måltidsituasjonar frå pårørande og heimesjukepleien. Eg tek også med noko teori om pårørande sin betydning for pasienten, fordi eg ser på dei som ein viktig støttespelar for både pasienten og deira ernæringsstatus. Eg vel å ta utgangspunkt i at pårørande er tilstade for pasientgruppa eg skriv om. Dette fordi det er andre utfordringar for heimesjukepleien i situasjonar der pasienten ikkje har nære pårørande. I mi oppgåve vel eg å forkorte Alzheimers sjukdom til AD, som står for Alzheimers Disease.

På bakgrunn av funna eg har gjort i fag- og forskingslitteraturen samt gjennom min erfaringsbaserte kunnskap har eg valt å avgrense drøftingsdelen til tre områder; kartlegging av ernæringsstatus med Mini Nutritional Assessment (MNA), måltidet og miljøet kring matbordet og nærings supplement med fokus på næringsdrikk.

1.4 Oppbygning av oppgåva

Oppgåva inneheld seks kapittel. Første kapittel inneheld innleiing, bakgrunn for val av tema, presentasjon av problemstilling, avgrensing av problemstilling, lovverk og etiske omsyn og korleis oppgåva er bygd opp. I andre kapittel presenterer eg metode, søkeprosessen etter relevant forskning til oppgåva, val av litteratur, samt kjeldekritikk. I tredje kapittel presenterer eg teori, det faglige grunnlaget i oppgåva. I kapittel fire drøftar eg tiltak. I drøftingsdelen svarer eg på problemstillinga mi ved å drøfte den teorien eg har nytta, og ved hjelp av empiri. Empiri betyr at ein nyttar kunnskap som er bygd på egne erfaringar (Dalland, 2007). Kapittel fem inneheld veikskap og styrke ved oppgåva. Eg kjem med ein konklusjon på

problemstillinga mi i kapittel seks. Forskingsartiklane eg har valt og kva dei omhandlar har eg presentert i teoridelen der det passar seg.

1.5 Lovverk og etiske omsyn

Dei seinare åra har rapportar og undersøkingar vist at det føregår ein ikkje ubetydelig ulovheimla bruk av tvang i behandlinga av menneske med demens (Johnsen & Smebye, 2008). Eg vel å ikkje fokusere på tvang i mi oppgåve, dette fordi eg ikkje fokuserer på alvorlig grad av demens og på grunnlag av oppgåva sitt omfang. Eg synest likevel det er viktig å få fram pasientens rett til å velge å motta helsehjelp eller ikkje, på lik linje med andre pasientsituasjonar. Lovverket seier at helsehjelp kan berre gis ved pasientens samtykke, med mindre det finst ein lovheimel eller anna rettslig grunnlag for å gi helsehjelp utan samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I oppgåva har eg tatt med nokre døme frå praksis og egne erfaringar. Eg har overheldt teieplikta mi ved å anonymisere pasientane eg har tatt i bruk som dømer (Helsepersonelloven, 1999).

2.0 Metode

Metoden fortel oss noko om korleis ein går fram i oppgåva. Det er eit middel for blant anna å løyse problem og bringe fram ny kunnskap. Ein vel ein bestemt metode for at det skal gi gode data og belyse problemstillinga på ein fagleg interessant måte. Oppgåva mi er ein litteraturstudie, det vil sei at eg nyttar litteratur og tileigne meg kunnskap om temaet eg har valt, som allerede finst. Det er difor viktig at eg får fram kvifor ein bestemt type litteratur er brukt og korleis eg har gått fram i utvalet (Dalland, 2007).

2.1 Søkeprosessen

I søket etter forskingsbasert litteratur brukte eg både norske og engelske databasar og søkeord. Eg har søkt i databasar gjennom helsebiblioteket, då eg var på utkikk etter mest mogleg relevante fagdatabasar og gratis fulltekstartiklar. Databasane Academic Search Premier, Cinahl, Medline, SveMed+ og Sykepleien er nytta i søkeprosessen. Eg bestemte meg for at all forskning eg brukte ikkje skulle vere meir enn 8 år gammal, då eg ville at oppgåva mi skulle vere mest mogleg aktuell etter dagens forskning og litteratur.

I Academic Search Premier brukte eg søkeorda Weight loss AND Alzheimer`s. Eg avgrensa søket mitt til fagfellelvurdering (peer reviewed), for å få ein kvalitetsikra oversiktsartikkel. Formålet med oversiktsartiklar er å ta opp igjen forskning som allereie er blitt presentert, for å så gi ei oppsummering av forskinga innanfor eit felt (Dalland, 2007). Eg avgrensa også søket til alder over 65 år, og haka av på databasane Medline, Cinahl og Cinahl med fulltekst som auka sjansen for å få gode treff i fleire databasar. Publisert dato avgrensa eg frå 2007-2014, og eg fekk 88 treff. Kom fram til ein relevant artikkel for meg: "Weight Loss in Patients with Alzheimer`s disease".

I same database med dei same avgrensingane fant eg ein til relevant forskningsartikkel: "Effects of a Low-Volume, Nutrient- and Energy-Dense Oral Nutritional Supplement on Nutritional and Functional Status: A Randomized, Controlled Trial in Nursing Home Residents". Eg brukte søkeorda Malnutrition, Home nursing, Dementia og Quality of life, og fekk 3 treff.

Artikkelen, "Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens" fann eg igjen på nettsida Sykepleien.no, der eg brukte søkeordet underernæring. Artikkelen fann eg også i databasen SveMed+, med søkeorda ernæring, hjemmeboende og demens.

Ein artikkel skriven av Annette Dunne: "Nutrition and dementia", fann eg på Academic Search Premier med søkeorda Nutrition AND Dementia. Eg fekk 1997 treff, og fann igjen artikkelen på treff nr. 15.

2.2 Val av litteratur

I BIBSYS ask søkte eg etter relevant faglitteratur. Eg brukte søkeorda Alzheimers, Demens, Ernæring, Underernæring og hjemmesykepleien. Ut frå mitt søk fann eg mange relevante bøker. Eg har valt ut boka "Demenssykdommer: Årsaker, diagnostikk og behandling" fordi den har vert nyttig for å få oppdatert kunnskap om Alzheimers. Frå søket mitt fann eg også bøkene "Demens: Fakta og utfordringar" og "Personer med demens: Møte og samhandling". Desse bøkene såg eg gjekk igjen i mange litteraturoppgåver som eg fekk anbefalt på biblioteket. "Sykepleierens ernæringsbok" og "Ernæring- mer enn mat og drikke" har eg valt ut fordi forfattarane skriv om ernæring til eldre, grunnleggande prinsipp og fakta om kosthald. Eg har elles nytta tidligare pensumbøker, anna relevant litteratur og empiri til å svare på problemstillinga mi.

2.3 Kjeldekritikk

Kvaliteten og tilliten til artiklane eg har funne har eg vurdert med sjekklister for vurdering av forskingsartiklar frå Kunnskapssenteret (2008). Fleire av bøkene eg har valt ut er tidligare pensumbøker, og då vurderer eg dei som sikre kjelder sidan dei er skrivne for studentar og sjukepleiarar. Dei øvrige bøkene vurderer eg som gode kvalitetsbøker fordi forlaget har godkjent dei, og sidan biblioteket og skulen nyttar bøkene. Eg har i oppgåva valt ut primær- og sekundærkjelder, eg har nytta sekundærkjelder ved tilfeller kor eg ikkje fekk tak i primærkjelda. Dette kan ha ført til at litteraturen eg har nytta kan vere fortolka og skriven om på, og at teorien då vert nytta feil og kan misforståast. Likevel ser eg på sekundærkjeldene eg har valt ut som pålitlege og aktuelle for mi oppgåve. I studien til

Stange et al. (2013) er deltakarane frå sjukeheim. Eg ser likevel forskinga som relevant for mi oppgåve. Dette fordi eg vurderer tiltaket om nærings supplement som viktig og aktuelt for ein pasient som også bur heime.

3.0 Teori

3.1 Sjukepleieteoretikar Virginia Henderson

Virginia Henderson var ein av dei første som prøvde å beskrive sjukepleiarar sin særeigne funksjon. Ho utarbeidde ein sjukepleiardefinisjon, og gav ut boka "Sykepleiens grunnprinsipper".

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1961, s. 10).

For å beskrive sjukepleiaren sine konkrete gjeremål sat Henderson opp 14 punkt om grunnleggande sjukepleieprinsipp. Punkta er knytt opp mot menneskets grunnleggande behov (Kristoffersen, 2011). Eg har valt ut det punktet eg ser på som mest sentralt for mitt tema:

Punkt 2: "Å hjelpe pasienten med disse funksjoner eller skape forhold som vil sette ham istand til å spise og drikke tilstrekkelig" (Henderson, 1961, s. 17). Henderson meinte at sjukepleiaren som hjelper pasienten må ha klokskap, interesse og vere oppfinnsam for å vise pasienten at ein er glad for å få hjelpe pasienten, samt at det skal motivere for eigen meistring av matsituasjonen. Ho hevda også at i heimen er det sjukepleiaren som har innflytelse til å lære pasienten om kosthald, då ikkje legane er til stade.

3.2 Heimesjukepleien

Fjørtoft (2012) tar til ordet for at heimesjukepleie er eit tilbod om pleie og omsorg til menneske som bur heime. Tilbodet er retta mot personar som møter på sjukdom, svekka helse, alderdom eller som er i ein livssituasjon som gjer at dei treng hjelp i kortare eller

lengre tid. Det er ingen restriksjonar om alder eller sjukdom, men eit tilbod til alle som har behov for nødvendig helsehjelp heime.

Tidligere var heimesjukepleien sett på som eit supplement til sjukehus. Dette har forandra seg betydelig, og no har heimesjukepleien ein sentral plass i helsetenestetilbodet til befolkninga i Noreg. Auka levealder har mellom anna ført til at fleire eldre med samansatte kroniske sjukdommar får hjelp i sin private bustad (Fjørtoft, 2012).

3.3 Alzheimers sjukdom

Sjukdommen Alzheimers har fått namnet sitt etter Alois Alzheimer. Han var ein tysk psykiater og hjerneforskar som var den første til å oppdage karakteristiske forandringar i hjernen (Gjerstad et al., 2013). Engedal og Haugen (2009, s. 20) definerer aldersdemens slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverres seg ofte over tid.

AD er den vanlegaste demenstypen hos eldre over 65 år, men rammar også yngre menneske (Gjerstad et al., 2013). Årsaken til AD er ikkje fullstendig kjent, men vi veit at faktorar som genetik, miljø og særlig alder kan spele ein stor rolle. Ved AD skjer det først forandringar i hjernecellene som inngår i dei mentale funksjonane. Hjernecellene degenererer, noko som resulterer i at cellene mistar sin særegne funksjon. Dette vil føre til ei gradvis endring i mentale funksjonar, knytt til dei områda som affiserast (Gjerstad et al., 2013). Berentsen (2010) skriv at symptoma som oppstår ved demens, er også symptom som kan forekomme ved Alzheimers sjukdom.

Sjukdomsutviklinga er delt inn i tre ulike hovedfasar, den graderast i mild, moderat og alvorlig grad av demens. Ved mild grad merkar pasienten sjølv endringar som får innverknad på dagleglivet (Rokstad, 2007). Redusert hukommelse kjem tidlig i sjukdomsforløpet.

Personen kan til dømes gløyme å betale rekningar eller kjøpe mat. Av taleforstyrning, er det ofte vanskar med å finne tak i ord (anomisk afasi) som oppstår først. Etter kvart vert setningane vanskelige å få flyt i. Ved moderat grad av demens har vedkommande i større grad behov for tilrettelegging og rettleiing. På grunn av aukande kognitiv svikt vil ein gradvis miste "grepet på tilværelsen". I denne fasen kan pasienten føle på at funksjonane vedkommande ein gong hadde, er sviktande, og det kan føre til blant anna angst, fortvilelse, depresjon eller sinne (Berentsen, 2010). Evna til å orientere seg i tid oppstår tidleg, men frå moderat til alvorlig grad av demens er orienteringsevna for stad og situasjon også vanskeleg for pasienten. Ved alvorlig grad av demens er pasienten prega av handlingssvikt og hjelpelaushet, og kan ikkje klare seg aleine. Pasienten er i denne fasen avhengig av hjelp døgnet rundt (Rokstad, 2007).

Ein person med AD har ulike behov for hjelpetiltak i sjukdomsforløpet. Blant anna miljøtiltak og medisinsk behandling. I dag finst det symptomatisk legemiddelbehandling for pasientar i den tidlige fasen av AD (Dale, 2004; Helsedirektoratet, 2012). Legemidla kan lindre symptom, og dimed hjelpe pasienten til å fungere betre i daglige gjeremål (Engdal & Haugen, 2009). Elles går behandlinga ut på støtte og hjelpetiltak til pasienten og deira pårørande (Helsedirektoratet, 2012).

3.4 Risiko for underernæring

I den kvantitative studien "Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens" av Rognstad et al. (2013) kartla og belyste dei ernæringsstatusen til eldre heimebuande pasientar med demens og kognitiv svikt, som fekk hjelp av heimetenesta. Resultatet viste at av 282 deltakarar var heile 40,4 prosent i risiko for underernæring, 10,3 prosent i utvalet var underernært og 47,9 prosent var ikkje i faresona for underernæring. 71 prosent budde aleine, 56 prosent fekk hjelp av familien til å handle inn mat. Studien viste også at kvinner er meir utsatt for underernæring enn menn.

Det viser seg at eldre personar med redusert hukommelse er i risiko for underernæring (Helsedirektoratet, 2012; Rognstad et al., 2013). "Underernæring kan defineres som en vedvarende tilstand der en persons inntak av energi og/eller essensielle næringsstoffer ikke dekker vedkommendes behov" (Aagaard, 2011 s. 182). Noko av grunnen til dette er at

pasienten blant anna har redusert hukommelse, som kan føre til utfordringar med å handle inn mat, fullføre måltidet og gløyme å ete. Personen kan også ha forstyrra appetitt og eteatferd, svekka merksemd og språkevne som gjer det vanskeleg å utrykkje kva pasienten vil ha eller ynskjer (Helsedirektoratet, 2012; Dunne, 2010). I artikkelen "Nutrition and Dementia" av Dunne (2010) diskuterte ho betydninga av ein god ernæringsstatus hjå pasientar med demens. Ho tar for seg nokon av utfordringane pasientgruppa har, slik som til dømes endra appetitt, og kjem med råd for å forbetre ete- og måltidssituasjonen. I konklusjonen hevdar forfattaren at viss vi som helsepersonell er klar over progresjonen av sjukdommen og den sin innverknad på fødeinntaket, kan vi lettare etablere ein tilstrekkeleg og tilfredstillande ernæringsstatus.

I ein randomisert kontrollert studie "Effects of a Low-Volume, Nutrient- and Energy-Dense Oral Nutritional Supplement on Nutritional and Functional Status: A Randomized, Controlled Trial in Nursing Home Residents" av Stange et al. (2013) var formålet å finne ut om ernærings supplement er effektivt i behandlinga av pasienter som er i risiko for eller er underernært. Forskerane såg på effekten av eit lågvolum, energi og næringstett oralernærings supplement på ernæringsstatus, funksjonalitet og livskvalitet hos pasientar på sjukeheim. Resultatet viste at ernærings supplementet vart godt tatt imot hos dei eldre pasientane. Supplementet var høgt funksjonelt og resulterte i ei signifikant forbetring av ernæringsstatus og var ein effektiv behandling av underernæring. Forskerane konkluderte også med at næringssupplement kan verke positivt på livskvaliteten hos pasientane, men at ein treng meir forskning på dette.

3.5 Aldring og ernæringsstatus

Med aukande alder skjer det forandringar i kroppen som kan verke inn og få betydning for kosthald og ernæringsstatus. Nokre av dei generelle aldringsforandringane er mellom anna at høgda avtar med alderen, kaliumtap av skjelettet allerede frå 40 årsalderen, lever og nyrer reduserast i vekt, oksygenopptaket i lungene reduserast med heile 60-70 % frå 30-80 årsalderen, og mengda kroppsvatn går også ned. Etter 30 årsalderen aukar kroppsfettet med 0,5-1 % per tiår. Kroppsvekta vil auke hos kvinner opp mot 60-årsalderen og med menn til 50-årsalderen, for å så avta. Grunnen til at det skjer eit vekttap er tap av kroppsvatn og

muskelmasse. Energiforbruket, og dermed også energiinntaket, synk med alderen, noko som kan føre til ernæringsmessige konsekvensar viss ikkje næringstettleiken aukar når matinntaket reduserast. Nedsatt aktivitetsnivå er også ein medverknad på nedsatt energibehov (Sortland, 2011).

Andre fysiologiske forandringar som kan gi ein spesiell risiko for underernæring er at sansane vert svekka. Sidan smaksfølelsen vert svekka, tennene eldrast og spyttproduksjonen vert redusert til ein tredjedel, kan dette igjen føre til at det blir vanskeleg med matinntak og matlysten går ned (Mensen, 2010). Både smaksløkane og luktesansen reduserast med åra og evna til å smake søtt påverkast først. Dei eldre føretrekkjer derfor ofte søte mellommåltid og dessertar framfor hovudmåltid. Med aukande alder skjer det også endringar i fordøyelsessystemet. Nokon av endringane er svelgproblem, tap av tenner, og dårlig tilpassa tannprotesar som kan føre til at det blir vanskelig å tygge maten. Nokon kan også ha problem med dårlig munnhygiene, tannrâte, munntørrhet og betennelse i tannkjøttet som kan gjere det ekstra utfordrande å svelgje eller å tygge maten. Dårlig munnhygiene kan også føre til nedsatt appetitt (Sortland, 2011).

Ernæringstilstanden er i tillegg til aldersforandringar, ein viktig årsak til skrøplegheit og sårbarheit hjå eldre. Noko vekttap er normalt, og det kan dreie seg om inntil 1 kg i året frå 70-75 årsalderen og oppover (Brodtkorb, 2010). I oversiktsartikkelen "Weight Loss in Patients with Alzheimer`s Disease" skriven av Tamura, Masaki og Blanchette (2008) gjennomgår dei kvifor vekttap er så aktuelt hjå pasientar med AD, og kva konsekvensane er, samt det positive ved vektauke. Vekttap som følge av AD kan føre til redusert muskelmasse, redusert bevegelighet, større risiko for fall, trykksår og infeksjon i kroppen, som vidare kan føre til ei ekstra stor byrde for pasienten og pårørande og dårlegare livskvalitet. Sjansen for å gå ned i vekt vart større etter kvart som AD utvikla seg. Vekttap kunne også sjåast som ein indikator på dødelegheit, då vektauke hadde ein positiv effekt mot dødelegheit.

For dei som i utgangspunktet er slanke, kan det by på større utfordringar viss ein møter på sjukdom fordi dei har eit mindre energilager. Eldre menneske bør ha ein høgare kroppsmasseindeks (KMI) (vekt: (høgde x høgde)) enn yngre, fordi dei har prosentvis høgare andel feittvev på kroppen. Normalverdiar for vaksne ligg mellom 20-24,9, medan det hjå eldre er gunstig at KMI-verdien er mellom 24 og 27, for dei som bur utanfor institusjon

(Brodtkorb, 2010). KMI kan gi ein indikasjon på overlevelse. Hos eldre heimebuande er det vist at KMI under 20 gir ei auka dødelegheit (Ranhoff, 2010).

3.6 Pårørande

Diktet av McGowin (1995) i forordet av denne oppgåva (gjengitt etter Dale, 2007, s. 170) aktualiserer pårørande sin betydning for menneske med AD. McGowin beskriv pasientens behov for å ha ein støttande part tilstade, og har i sin bok skrevet om ei kvinnes kamp mot AD.

Omgrepet pårørande blir primært nytta i helsetenesta. Pårørande kan vere nær familie, som ektefelle eller barn, men det kan også vere vennar, naboar eller fjernare slektningar. Ifølge pasient- og brukarrettighetslova er pårørande dei pasienten oppgir. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi dette, skal næraste pårørande vere den som i størst utstrekning har varig og løpande kontakt med pasienten. Likevel skal det takast omsyn til ei spesiell rekkjefølgje som beskriv kven som er nærmaste pårørande, viss pasienten ikkje seier noko anna. Lova beskriv rekkjefølgja, der ektefelle blir nemnt først (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999). Pårørande har ofte den nære relasjonen, engasjementet og kjennskapen til pasienten som heimesjukepleien ikkje har. Ektefelle eller samboar er den som er nærmast og som vert mest påverka ved sjukdom eller funksjonssvikt (Fjørtoft, 2012). Ifølge Romøren (2001) viser det seg at når ektefellen er den nærmaste pårørande blir pasienten buande heime lengre (gjengitt etter Fjørtoft, 2012, s. 116).

I heimen er pårørande ein viktig ressurs både for pasienten og for heimesjukepleien. Pårørande føler ofte på eit hovudansvar, sjølvom kommunetenesta er innom fleire gongar om dagen. Det er pårørande som har den kontinuerlige kontakten og føler ansvar for å sjå til at pasienten har det han eller ho treng. Som sjukepleiar er det viktig å ha ein forståelse for korleis omsorgsarbeidet opplevast for pårørande, viss vi skal hjelpe dei i å yte målretta og tilpassa omsorg (Kirkevold, 2010).

3.7 Kommunikasjon med pasienten

Vi ynskjer som menneske å bli sett, høyrte og forstått slik som vi innerst inne føler oss. Det er ikkje noko som tydar på at det blir mindre viktig i ein demensprosess. Kommunikasjon handlar om alle dei prosessane menneske påverkar kvarandre gjennom. Det handlar om å utveksle meiningsfulle signal og etablere felles meining. Kommunikasjonsprosessen kan by på utfordringar for personer med AD, då med tanke på generelle kognitive og spesifikke språklege svik som sjukdommen inneber. Sjølvom språket ikkje lenger er like effektivt og presist vil behovet for kommunikasjon med andre vere viktig (Wogn-Henriksen, 2008).

I den tidlege til moderate fasen er evna til å forstå og tolke kommunikasjon frå andre vanlegvis intakt, men då benevningsproblem det mest påfallande. Pasienten kan istadenfor å sei "smøret" spør etter "det derre" (Wogn-Henriksen, 2008). Afasi er felles term for redusert evne til å forstå språk og til å bruke språket for å uttrykke seg, det kan vere eit av dei første symptoma som oppstår hjå pasientar med AD. Det er difor viktig hjå pasientar som har AD at sjukepleiarar skapar ein god kontakt, og så gjennom handling formidlar kva ein har tenkt å gjere. Viss språket er vanskeleg somme tider, vil nonverbal kommunikasjon vere viktig for å kommunisere med pasienten. Når ein brukar kroppslige uttrykk, bevegelsar, ansiktsuttrykk, mimikk og berøring er det mogleg å skape kontakt og formidle det sjukepleiaren eller eventuelt pårørande ynskjer å fortelle (Eide & Eide, 1996). I den moderate fasen er kommunikasjonsvanskane meir openbare. Spørsmål gjentar seg og pårørande kan oppleve det som slitsam masing. Ordleiting og ordflytinga er dårlegare. For å gjere kommunikasjonen med pasienten betre kan tid, tydelegheit og tilrettelegging vere gode råd (Wogn-Henriksen, 2008).

4.0 Drøfting

I studien til Tamura et al. (2008) viste resultatet at vekttap hjå pasientar med AD er eit seriøst problem, og kan få alvorlege konsekvensar. Det er nyttig å tidlig identifisere dei pasientane som er i risiko for underernæring ved hjelp av å kartlegge ernæringsstatus, og å setje i verk tiltak er essensielt.

4.1 Tiltak

Eit av ansvarsområda til ein sjukepleiar er å sikre pasientens grunnleggande behov for mat og drikke. Ved risiko for underernæring eller ved underernæring skal sjukepleiar syte for å sette i verk tiltak for at pasientens væske- og ernæringsbehov er tilstrekkelig. Alle er ulike, og det er dimed behov for å individualisere tiltak for kvar enkelt pasient. Måla til sjukepleiaren vil blant anna vere å sette i verk tiltak som aukar pasientens appetitt for dei som har redusert appetitt, tiltak som tilrettelegg måltida og tiltak som kan sikre nok væske- og næringstilførsel (Aagaard, 2011).

4.1.1 Kartlegging av ernæringsstatus med MNA

Det å syte for at pasienten har dekkja behovet sitt for tilstrekkelig med mat og drikke er eit ansvar som krev kunnskap, observasjon og oppfølging. Henderson (1961) meinte at læra om kost og diett var svært viktig i sjukepleiarutdanninga. Ho hevda det var viktig med individuell sjukepleie, og at i heimen var det sjukepleiaren som kunne observere kva pasienten likte av mat og ikkje. Sjukepleiarar må ha kunnskap om kva behov pasienten har, ynskjer og vaner. Dette kan vere ei utfordring i heimesjukepleien då det er ulike sjukepleiarar og kanskje også ufaglærte som følgjer opp pasienten i det daglige. Korleis kan ein i heimesjukepleien takle den utfordringa? Handlar det om ressursar frå kommunen?

I dei nasjonal faglege retningslinjene (2011) og i studien til Tamura et al. (2008), står det at ein ved tidleg identifisering av pasientar som er i ernæringsmessig risiko, gjer det mogleg å sette i verk tiltak før underernæring oppstår. Underernæring får ofte utvikle seg fordi problemet ikkje blir identifisert tidlig nok. Å kome i gang med tiltak er essensielt (Helsedirektoratet, 2011; Tamura et al., 2008). Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus

er eit nødvendig klinisk tiltak for å førebyggje underernæring og sette i verk tidlig intervensjon.

Pasientar med AD, på lik linje med andre heimebuande, skal få kartlagt ernæringsstatusen sin ved innskriving og deretter kvar månad eller etter individuelle behov (Helsedirektoratet, 2009). Eg har valt å ta utgangspunkt i kartleggingsverktøyet MNA. Dette fordi fleire kjelder har validert og anbefalt dette kartleggingsverktøy, for å kunne vurdere pasienten sin ernæringsmessig risiko i primærhelsetenesta og fordi den er enkel å ta i bruk (Helsedirektoratet, 2009; Helsedirektoratet, 2012; Rognstad et al., 2013; Brodtkorb, 2010).

Eg har erfaring med MNA frå praksis i heimesjukepleien, og synest den var enkel å ta i bruk. Då eg kartla ein pasient som hadde AD og pårørande var til stades, fekk eg også mange nyttige observasjonar og tilleggsinformasjon frå pårørande. På den andre sida fekk eg også erfare at det var utfordrande ved enkelte spørsmål, som til dømes kor mange gongar i veka ho åt fisk. Eg hadde gått til pasienten i fleire veker først og det var veldig greit under kartlegginga, fordi eg var klar over mange av spørsmåla som eg kunne ta med i betraktning for vurderinga. Under kartlegginga vart også samtalen meir naturleg når vi hadde bygd opp ein relasjon til kvarandre, eg følte pasienten kjente meg betre igjen for kvart tilsyn og ynskte å hugse namnet mitt.

For ein person med AD er særlig hukommelsen og konsentrasjonen sviktande, det er då spesielt viktig å bevare deira integritet (Eide & Eide, 1996). I praksis erfarte eg at når ein skal kartlegge ernæringsstatusen vil det vere viktig å ha ein samtale med pasienten, slik at pasienten ikkje får ei oppleving av intervju. Det er viktig for pasienten å vere trygg på den sjukepleiaren som står ansvarlig for kartlegginga, då særlig relasjonen har ein betydning (Rokstad, 2008). Her tenkjer eg at pårørande kan vere med å skape tryggleik for at pasienten skal føle seg vel, i forhold til viss heimesjukepleien ikkje har mulighet til å sende ut ein sjukepleiar som har relasjon til pasienten.

4.1.2 Måltid og miljø

Henderson (1961) skriv at visse kriterier må vere tilstade viss ein pasient skal ete eit tilstrekkelig måltid. Sjukepleiarar må syte for at pasienten sit godt, føler seg vel i kropp og sjel, og at måltidet er smakfullt og appetittvekkande anretta. Henderson hevda at dette kan

hjelpe pasienten til å ete meir. Eg synast mykje av det ho skriv kan relaterast til dagens utøving av sjukepleie. Eg ser på måltidssituasjonen som eit viktig fokusområde. Dette fordi sjukepleiarar må observere, kartlegge og dokumentere ut i frå pasientens vanar og eventuelle utfordringar i måltidsituasjonen. Ut i frå dette kan sjukepleiarar då sjå behovet for sjukepleie og kome med eventuelle tiltak. På ei anna side ser eg at teori og praksis ikkje alltid samsvarer. I den reelle kvardagen i heimesjukepleien kan kompetanse, tid og rom vere manglande eller utfordrande.

Som sjukepleiar er det viktig å syte for eller sikre eit godt miljø kring måltidet. Miljøet rundt måltidet kan stimulerer til ein betre appetitt (Dunne, 2010; Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 2009; Aagaard, 2011). Med miljø tenkjer eg kven som er tilstade med pasienten, og kva slags innverknad det har på pasienten. Eg tenkjer også på det visuelle i rommet og omkring matbordet. Ein duk på bordet, stearinlys, ein vase med friske blomar, utlufting av rommet før måltidet og reint bestikk kan vere aktuelle tiltak som kan skape ein betre appetitt. Derimot viss pasienten har konsentrasjonsvanskar, er det ikkje lurt med faktorar som kan vere distraherande eller skape frustrasjon. Ein duk eller serviett med mykje mønster på kan føre til at fokuset går vekk frå maten. Ein kan også ta vekk gjenstandar frå bordet, som ikkje har noko med måltidet å gjere. Ikkje for mange personar i rommet kan også hjelpe pasienten til å lettare konsentrere seg om maten og ikkje føle på at han/ho må henge med i ein samtale. Frå det eg har erfart i praksis bør sjukepleiarar undervise pårørande meir om dette.

Miljøet bør tilretteleggast for å kompensere for pasienten sin manglande eller sviktande funksjon (Helsedirektoratet, 2012). Korleis maten er servert kan ha ein betydning. I følge Helsedirektoratet (2012) kan det vere til hjelp å syte for fargekontraster til maten som ligg på tallerkenen. Det kan også vere til hjelp å vise til gamle minner for pasienten, sidan korttidshukommelsen er den som vert ramma først (Rokstad, 2008). Det kan vere ein spesiell kopp som er god å drikke av eller ein favoritt asjett til maten. Det er viktig at det blir servert mat og tilbehør som heimesjukepleien og pårørande veit pasienten liker. Dette må journalførast. Dokumentasjon er viktig for blant anna å sikre pasienten sin framgang og sjukepleiaren sin kontinuitet i utøvelsen av sjukepleia (Fjørtoft, 2012).

Det er ikkje same person frå heimesjukepleien som er innom kvar gong hjå pasienten. Viss det er mogleg kan pasienten få primærkontaktar, slik at relasjon og tillit kan byggjast opp. Ofte i heimesjukepleien kan tid vere ein utfordring, frå min eigen praksis måtte eg nesten kvar dag prioritere kva som var viktigast. Eg valte somme tider å sitte med ein pasient under måltidet, fordi eg såg kor stod betydning det hadde for pasienten sitt matinntak og psykososiale behov. Frå eigenerfaring laga eg middag saman med ei eldre dame med AD. Eg tilrettela slik at ho fekk sitte ved matbordet og kutte opp grønnsakene. Resultatet gav vedkommande ein følelse av meistring. Eg såg også på lang avstand at dette var noko ho hadde gjort før, og storkosa seg med. Dette veit eg frå eigen erfaring at under eit måltid med hygge og samvær ete eg ofte ei brødiskive ekstra fordi eg synest det er ei hyggelig atmosfære rundt meg. Dette kom også fram i studien til Tamura et al. (2008), at pasientar som hadde selskap under måltidet vart stimulert til å ete meir. På den andre sida er det viktig å identifisere dei pasientane som har behov for å begrense stimuli for å oppnå ein vellykka matsituasjon.

Pårørande kan vere til hjelp med å fortelle noko om spesielle utfordringar pasienten har under måltidsituasjonen. Pårørande er ein av dei viktigaste samarbeidspartnarane til heimesjukepleien i desse tilfella og kan fungere som ein avgjerande ressurs for pasienten. Det er jo vel så viktig å hjelpe pasienten sine pårørande på ein riktig måte som å hjelpe pasienten sjølv. Altså ved at sjukepleiaren gir riktig og god informasjon til pårørande. Dette vil jo hjelpe både pasienten, deira pårørande og sjukepleiaren som ofte ikkje har all verdas tid til å sitte saman med pasienten ved måltida.

Pasientar med AD har ofte ein dårlegare forutsetning for å ha ein tilfredstillande ernæringsstatus. Grunnen til dette er noko uklart og varierende, men ulike faktorar spelar inn. Blant anna seier Dunne (2010) at appetitten endrar seg og pasienten kan til dømes gløyme at han/ho har ete. Frå min eigen praksis hugsar eg godt ein pasientsituasjon, og kor vanskelig det var å vite kven som skulle ha ansvaret for blant anna måltida. Var det pårørande som budde i nabohuset eller var det meg som ein ukjent person som kom frå heimesjukepleien og skulle minne pasienten på å ete? Eg spurte om pasienten hadde ete frukost, og svaret var alltid ja. Viss eg hadde vert i praksis nokre veker til, hadde eg kanskje fått sett korleis rollefordelinga løyste seg. Eg kunne i alle fall tenkt meg å sjå ein klarare struktur over ansvar og rollefordeling mellom pårørande og heimesjukepleien. Her har

heimesjukepleien i mange tilfeller eit forbedringspotensiale. Dette er eit område som kanskje krev at sjukepleiarar bør heve stemma si for å sikre pasienten sitt beste.

I caset ovanfor som eg beskrev var det viktig for meg å tenkje på at pasientens autonomi og integritet var ivaretatt, eg prøvde å få til ein tilittskapande kommunikasjon. Eg opplevde dette med integritet hjå denne pasienten som spesielt og nærast vanskeleg etisk. Det var vanskeleg å passe grensa med å ikkje krenke pasienten, då heimesjukepleien skulle minne pasienten på å ete to gongar for dagen. Sjølv om det var i startfasen av ein oppfølging av denne pasienten, tenkte eg at det ikkje var rart om pasienten kunne bli irritert og føle det som masing. Men spørsmåla vi stilte med påminning som baktanke, gjorde vi med miskunne og med plikt til å følgje opp pasientens behov for ernæring. I dei yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (2011) står det at ein har plikt til å fremje helse og førebyggje sjukdom. Plikta hadde vi, sidan vi registrerte at pasienten hadde gått ned i vekt og sleit med å få i seg mat. Pårørande i dette tilfelle varsla heimesjukepleien og ville ha hjelp. Pasienten slapp oss inn og var vennleg, men var ikkje interessert i nokon form for hjelp sidan ho hadde klart seg sjølv heile livet. Kvifor skulle ein trenge hjelp til å hugse å ete no plutselig?

4.1.3 Ernæringssupplement

Det kan vere vanskeleg for eldre og særleg dei med AD å få i seg nok mat og næringstett kost (Stange et al., 2013; Helsedirektoratet, 2012; Dunne, 2010). Fordelen med studien til Stange et al. (2013) er at pasientar med demens vert inkludert, då mange forskera vel å utelukke denne pasientgruppa, sjølvom det er særskilt dei som er i risiko for underernæring. Studien viser at det er effekt av ernæringssupplement i tillegg til vanlig kost.

Ein måte å sikre seg nok næringstett kost, kan vere næringsdrikk. I studien til Tamura et al. (2008) gav supplementet gode resultat. Pasientane la på seg 1,5 kg, + - 0,4 kg, og næringssupplementet vart godt tatt i mot blant deltakarane. Fordelen med næringsdrikk til eldre pasientar med AD, trur eg kan vere at drikken er praktisk, god og effektiv. Næringsdrikk kjem i mange ulike smaker, det finst over 90 ulike smaker på marknaden. Dei er basert som både saft, mjølk og yoghurt. Det er ein overkommelig storleik på næringsdrikken også, dei aller fleste næringsdrikkane er på 200 ml (Sjøen & Thoresen, 2012). For pasientar som har dårlig appetitt eller smaksforandringar kan fruktsmakane vere forfriskande. Frå min eigen

praksis syntest eg det var veldig kjekt å kunne servere næringsdrikken i eit stettglas med isbitar og sugerør, i standen for plastkartongen. Då sa pasientane ofte til meg at "no er det helg" og dei sette pris på det lille ekstra. For å gjere næringsdrikken meir innbydande kan eit jordbær eller ein sitronskive stimulere til ein betre appetitt. For eldre med nedsatt lukte- og synssans, kan bær eller frukt stimulere til ein betre appetitt, og kan gi ein anna oppleving av drikken. Det er berre fantasien som set grenser for kva du kan gjere ut av næringsdrikken (Sjøen & Thoresen, 2012).

Næringsdrikk skal i utgangspunktet kome som eit supplement til måltida. Det vil seie at pasienten må få dei daglege måltida sine, og at drikken ikkje skal erstatte det normale kosthaldet (Helsedirektoratet, 2011). Pasienten skal sjølv få velge ut kva slags næringsdrikk eller smak som er best. Men heimesjukepleien bør kome med anbefalingar. Dette fordi nokon av næringsdrikkane er spesielt tilpassa kva behov pasienten har, kanskje pasienten har eit stort behov for protein eller lavt feittinnhald (Sjøen & Thoresen, 2012). Ein anna grunn til at eg valde å skrive om næringsdrikk er fordi eg trur heimesjukepleien og pårørande har ein sentral rolle i rettleiing til pasienten sin kost. I praksis har eg erfart at det er pårørande som ofte står for innkjøp av mat og tilbreiding av måltida. Eg tenkjer at det er enkelt for pårørande å gå og hente ein næringdrikk i kjøleskapet som mellommåltid til pasienten, istadenfor å berike maten pasienten et for å få meir næringstett kost. Eg har erfart at det sistnemnde har vert tungvint.

Ifølge Helsedirektoratet (2009) er ernæringstrappen ein hjelpemodell for å følge ernæringsmessige tiltak i prioritert rekkefølge. Den fortel oss at tiltaka/behandlinga skal først begynne med etesituasjonen, så normalkost, tilpassa kost, berika kost, mellommåltid, næringsdrikker, sondeernæring og til slutt intravenøs ernæring. Helsedirektoratet (2009) tar til ordet for at det av og til er riktig å hoppe over eit par trinn viss situasjonen tilseier det. Eg tenkjer at næringsdrikk kan vere eit meir praktisk tiltak enn berika kost fordi det gjer dagleglivet meir praktisk. På ei anna side er ofte berika mat ein effektiv måte å få i pasienten meir kaloriar og protein på, og det treng ikkje å vere store tiltaka som skal til. Ut i frå det eg har erfart med ernæringspulver, har pasientar sagt til meg at det er tung mat å ete. På ei anna side har eg også erfart det positivt med enkel beriking, til dømes kakao med krem til frukost.

Fleire små måltid om dagen eller gjerne mellommåltid er anbefalt til pasientar som får i seg lite mat (Helsedirektoratet, 2012; Sjøen & Thoresen, 2012). Dunne (2010) hevdar at fingermat kan vere ein enkel måte å få pasienten til å ete tilstrekkelig, dette er ein måte for pasienten til å ete sjølvstendig så lenge som mogleg også. Fingermaten kan serverast som måltid og som mellommåltid. Her tenkjer eg at å gjere maten meir innbydande er viktig. Pynte brødiskivene eller maten med persille, sitronskive, grasløk, eplebåtar eller tomat kan skape ei heilt anna oppleving av måltidet.

5.0 Veikskap og styrke

Ein veikskap med oppgåva mi er at det finst veldig mange tiltak som eg kunne ha drøfta for å besvare mi problemstilling. Men på grunn av oppgåva si omfang og ordbegrensing har eg måtte valt ut nokre tiltak som eg meiner er viktigast og som eg har funne relevant forskning og teori på. Viss eg skulle gjort oppgåva på nytt, kunne eg framstilt symptoma klarare i teoridelen, og kome med tiltak i drøftinga ut i frå desse. På ei anna side er det ikkje sikkert det hadde vert plass i oppgåva til dette, det kan også vere at eg måtte ha utelukka å presentere andre sider som eg ser på som viktige for oppgåva sin heilhet.

Noko som også kan vere ein veikskap med oppgåva er at eg har ikkje funne forskning som berre går på tiltak for å førebyggje underernæring. Eg kunne i utgangspunktet tenkje meg å finne ei forskning som tok for seg mange ulike tiltak. Eg kunne brukt andre søkjeord og databasar, men dette klarte eg ikkje å finne, så eg er dimed nøgd med dei forskingsartiklane eg har funne.

Ein styrke ved mi oppgåve er at eg har valt ei problemstilling og eit tema som er veldig viktig for ein sjukepleiar å ha kunnskap om. Temaet for mi oppgåve har eg opplevd som ei stor utfordring for pasientgruppa. Difor meiner eg at det er ein styrke at eg har fokusert så spesifikt på noko som har eit relativt stort forbettringspotensiale, sidan underernæring ofte oppstår før ein sjukepleiar rekk å førebyggje. Ei anna sterk side ved mi oppgåve er at eg sjølv har erfart temaet som utfordrande, og difor kan knytte praksis og teori saman.

Ein anna styrke ved oppgåva mi er at eg har funne mykje litteratur, forskning og ein artikkel om mitt tema. Dette gjorde at eg fekk samanlikna ulike forfattarar si meining om temaet, og fekk moglegheit til å plukke ut dei kjeldene eg såg som mest relevant for mi oppgåve.

6.0 Konklusjon

Eg har søkt og funne kunnskap om kva tiltak sjukepleiarar kan sette i verk for å førebyggje underernæring hjå ein eldre heimebuande pasient med AD. Ved hjelp av å drøfte forskning, litteratur og eigne erfaringar, har eg komt fram til fleire tiltak som sjukepleiarar kan sette i verk. Dersom pasienten får kartlagt ernæringsstatusen sin på eit tidlig tidspunkt kan ein som sjukepleiar vere med å førebyggje underernæring og konsekvensar av dette.

Eg valte å sjå nærmare på måltidet og miljøet kring matbordet, og om tiltak her kunne spele ein rolle for pasienten sitt matinntak. Eg har kome fram til at det kan vere utfordrande å gjennomføre tiltak med tanke på kompetanse og tid. For å sikre pasienten sitt matinntak, eller for å oppretthalde appetitten meiner eg at sjukepleiarar kan førebyggje underernæring ved å fokusere meir på sjølv måltidssituasjonen hjå kvar enkelt pasient. Dimed kan sjukepleiaren også legge til rette for individuelle behov.

Godt samarbeid mellom pårørande og heimesjukepleien kan sikre betre oppfølging av pasienten sin ernæringsstatus. Dersom pårørande, heimesjukepleien og pasienten fordeler ansvaret med til dømes innkjøp av mat og kven som er tilstade med pasienten under måltida, kan ein sikre tryggleik for alle parter.

Eg har kome fram til at ernærings supplement kan vere ein god måte å sikre pasienten nok næringstett kost på. Viss næringsdrikk er eit aktuelt supplement til det vanlige kosthaldet, må heimesjukepleien og pårørande tilby pasienten drikken som mellommåltid, viss ikkje pasienten sjølv hugsar dette. Mellommåltid er ein god løysing for å sikre pasienten sitt matinntak i løpet av ein dag. Små hyppige måltid, i staden for tre store, kan gjere det lettare for pasienten å få i seg nok mat og næringstett kost på.

Litteraturliste

- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal akademisk
- Brodtkorb, K. (2010). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 254-266). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dale, M. J. (2004). Mennesker med aldersdemens. I M. Solheim & K. A. Aarheim (Red.), *Kan eg komme inn?: Verdier og val i heimesjukepleie* (2. utg.). (s. 159-172). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dunne, A. (2010). Nutrition and Dementia. *Nursing & Residential care*. Henta frå <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c35be129-b5ae-4457-a362-b7f0d0ed1179%40sessionmgr114&vid=17&hid=114>
- Eide, H. & Eide, T. (1996). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens, Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson, S. (2013). *Demenssykdommer: Årsaker, diagnostikk og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsebiblioteket. (udatert). MNA: Mini Nutritional Assessment. Henta 31. mars 2014 frå <http://nske.no/screening/MNA.pdf>

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Veileder IS-1580/2009). Henta frå

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (Veileder IS-1972/2012). Henta frå

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Sider/default.aspx>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). Henta frå

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Henderson, V. (1961). Sykepleiens grunnprinsipper. (ny utgåve) Henta frå

<http://www.nb.no/nbsok/nb/f31f7940016c759dbc18de13b16abd84?index=0#0>

Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2008). I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 207-229). Oslo: Akribe AS

Kirkevold, M. (2010). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 124-136). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). (s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk

Kunnskapssenteret. (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Henta 12. april 2014 frå: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Mensen, L. (2010). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 52-56). Oslo: Gyldendal akademisk

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Henta frå [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven#KAPITTEL_4)

[63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven#KAPITTEL_4](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven#KAPITTEL_4)

Ranhoff, A. H. (2010). Den gamle pasienten. I M., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 76-86). Oslo: Gyldendal akademisk

Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forsking*, 8(4), 298-307. doi: 10.4220/sykepleief.2013.0137

Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og Samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe AS

Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og Samhandling* (s. 152-177). Oslo: Akribe AS

Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

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

St.meld. nr. 25 (2005-2006). (2005). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. Henta frå

<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf>

- Stange, I., Bartram, M., Liao, Y., Poeschl, K., Kolpatzik, S., Uter, W., ... Volkert, D. (2013). Effects of a Low-Volume, Nutrient- and Energy-Dense Oral Nutritional Supplement on Nutritional and Functional Status: A Randomized, Controlled Trial in Nursing Home Residents. *American Medical Directors Association*, 14 (8), 628.e1-628.e8, doi: 10.1016/j.jamda.2013.05.011
- Tamura, B. K., Masaki, K. H. & Blanchette, P. L. (2008). Weight Loss in Patients with Alzheimer's Disease. *Journal of Nutrition For the Eldely*, 26 (3-4), 21-38, doi: 10.1300/J052v26n03_02
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og Samhandling* (s. 87-112). Oslo: Akribe AS
- Aagaard, H. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 2: Grunnleggende behov* (2. utg.). (s. 161-202). Oslo: Gyldendal akademisk

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, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringstilstanden.

Vurdering, del I

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

- 0 = alvorlig nedsatt appetitt
1 = moderat nedsatt appetitt
2 = ikke nedsatt appetitt

B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene

- 0 = vekttap over 3 kg
1 = vet ikke
2 = vekttap mellom 1 og 3 kg
3 = ikke vekttap

C Mobilitet

- 0 = sengeliggende/sitter i stol
1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute
2 = går ute

D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene

- 0 = ja 2 = nei

E Neuropsykologiske lidelser

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

F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)

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

Undersøkelsespoengsum vurdering, del I

(sumtotal maks. 14 poeng) .

12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II

11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II

Vurdering, del II

G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)

- 1 = ja 0 = nei

H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag

- 0 = ja 1 = nei

I Trykksår eller hudsår

- 0 = ja 1 = nei

J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?

- 0 = 1 måltid
1 = 2 måltider
2 = 3 måltider

K Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja nei
 - To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja nei
 - Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja nei
- 0.0 = hvis 0 eller 1 ja
0.5 = hvis 2 ja
1.0 = hvis 3 ja .

L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?

- 1 = ja 0 = nei

M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?

- 0.0 = mindre enn 3 kopper
0.5 = 3 til 5 kopper
1.0 = mer enn 5 kopper .

N Matinntak

- 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp
1 = spiser selv med noe vanskeligheter
2 = spiser selv uten vanskeligheter

O Eget syn på ernæringsmessig status

- 0 = ser på seg selv som underernært
1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand
2 = ser ikke på seg selv som underernært

P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?

- 0.0 = ikke like bra
0.5 = vet ikke
1.0 = like bra
2.0 = bedre .

Q Overarmens omkrets (OO) i cm

- 0.0 = OO mindre enn 21 cm
0.5 = OO 21 til 22 cm
1.0 = OO mer enn 22 cm .

R Leggomkrets (LO) i cm

- 0 = LO mindre en 31 cm
1 = LO 31 cm eller større

Vurdering, del II (maks. 16 poeng) .

Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I .

Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) .

Gradering av underernæringstilstand

17 til 23.5 poeng i fare for underernæring

Mindre enn 17 poeng underernært

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 Geront 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