

# BACHELOROPPGÅVE

## Har eg ete i dag?

”Korleis kan eg som sjukepleiar førebyggje underernæring hos heimebuande personar med demens?”

av

kandidatnummer: 4

Elise Kroken

## Have I eaten today?

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

Oktober 2014

Tal ord: 6945

Rettleiar: Hanne Marie Heggdal



**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv  
(Brage)**

Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva i Brage

«Har eg ete i dag?» dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar.  
Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve. Eg garanterer at oppgåva  
ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

---

Kandidatnummer: **4**

Namn : **Elise Kroken**

JA

NEI

## Samandrag

**Tittel:** Har eg ete i dag?

**Bakgrunn for val av tema:** Gjennom utdanninga mi har eg utvikla ei stor interesse for ernæring, og har hatt eit stort fokus på at pasientar skal få i seg tilstrekkeleg med mat og drikke gjennom praksis. Eg har observert på nært hald at ernæringsarbeid i heimesjukepleia vert nedprioritert, særlig med tanke på det sosiale miljøet i forbindelse med måltidsituasjonar. Etter heimesjukepleiepraksisen vart interessa mi rundt temaet endå større og meir bevisst.

**Problemstilling:** "Korleis kan eg som sjukepleiar førebyggje underernæring hos heimebuande personar med demens?"

**Framgangsmåte:** I oppgåva har eg brukt litteraturstudium som er basert på relevant litteratur, forskingsartiklar og mine egne erfaringar frå praksis.

**Oppsummering:** Det kjem tydelig fram i forskingsartiklane og anna faglitteratur at det finnes metodar og tilnæringsmåtar som kan setjast i verk for å førebyggje underernæring hos den enkelte pasient med demenssjukdom. Det er viktig at heimesjukepleien vert kjend med kva mat pasienten likar, kva som fristar for den enkelte, og korleis kvar enkelt pasient vil ha det. God tilrettelegging av måltidssituasjonen kan vere avgjerande for at pasienten får auka appetitt og kan nyte eit godt måltid. Tilegg er MNA (Mini Nutritional Assessment) eit godt alternativ for å kartlegge ernæringstatus hos pasienten.

## Innholdsliste

<b>1 Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Avgrensing av oppgåva .....	2
1.4 Disposisjon og struktur .....	2
<b>2 Metode</b> .....	<b>3</b>
2.1 Val av litteratur .....	3
2.2 Søkjeprosessen .....	3
2.3 Kjeldekritikk .....	4
<b>3 Teori</b> .....	<b>5</b>
3.1 Aldring og ernæring .....	5
3.1.1 Mini Nutritional Assessment (MNA)- eit verktøy.....	6
3.1.2 Demens og måltidsituasjon.....	6
3.2 Demens og kommunikasjon.....	7
3.3 Fagleg forsvarleg heimesjukepleie.....	8
3.4 Presentasjon av forskingsartiklar.....	10
<b>4 4 Drøfting</b> .....	<b>12</b>
4.1 Mini Nutritional Assessment (MNA) kartlegging av ernæringsstatus .....	12
4.2 Tilrettelegging av måltid i heimen til pasienten .....	14
4.3 Tverrfagleg samarbeid knytt til måltid i fellesskap med andre. ....	16
<b>5 Konklusjon</b> .....	<b>18</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>19</b>
<b>Vedlegg 1: Mini Nutritional Assessment (MNA)</b> .....	<b>24</b>

# 1 Innleiing

I dagens samfunn er det ca. 70.000 personar som har diagnosen demens. Av desse bur omtrent halvparten i sin eigen heim. Dersom ein går ut i frå at førekomsten held seg på same nivå som i dag, vil talet nesten doble seg fram mot 2040. (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). I stortingsmelding nr. 50 (1996-1997) blei det sagt at eldreomsorga skal bidra til at eldre kan bu heime så lenge som mogleg. Ein føresetnad for dette er at tilbodet må vere godt nok utbygd slik at dei eldre får god hjelp og den tryggleiken dei treng.

Eldre som tek mot sjukepleie på ein eller anna måte, viser det seg at ernæring ofte er eit forsømt område. Aleinebuande eldre, personar med demens eller kroniske sjuke er risikogrupper ein må vere oppmerksame på når det gjeld ernæringsstatus (Fjørtoft, 2012). I følgje dei nasjonale faglege retningslinjene for "førebygging og behandling av underernæring" (Helsedirektoratet, 2009) er konsekvensane av underernæring blant anna at det aukar risikoen for komplikasjonar, forverrar fysisk og mental funksjon, reduserer motstanden for infeksjonar, reduserer livskvalitet og aukar dødelegheit.

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Gjennom utdanninga mi har eg utvikla ei stor interesse for ernæring, og eg har hatt eit stort fokus på at pasientar skal få i seg tilstrekkeleg med mat og drikke gjennom praksis. I heimesjukepleiepraksisen vart interessa mi rundt temaet endå større og meir bevisst. Grunnen var at eg kunne sjå at enkelte pasientar som budde heime med demens, hadde utfordringar med å få i seg nok næring. Eg kunne observere på nært hald at ernæringsarbeid blei nedprioritert i heimesjukepleien, særlig med tanke på det sosiale miljøet i samband med måltidsituasjonar. Etter tida mi i praksis ser eg at arbeid med ernæring er noko eg verdset og som treng eit større fokus på kva sjukepleieintervensjonar som kan setjast i verk.

Det viser seg at forskning (Rognstad, Brekke, Holm, Lindberg & Lühr, 2013) har fokus på at underernæring er utbreitt blant heimebuande pasientar med demenssjukdom og kognitiv svikt. Halvparten av pasientane var underernærte eller sto i fare for å bli det. Hovudfokuset mitt i oppgåva er å førebyggje underernæring av personar som bur heime med demens. På bakgrunn av dette har eg valt ei endeleg problemstilling.

## **1.2 Problemstilling**

” Korleis kan eg som sjukepleiar førebyggje underernæring hos heimebuande personar med demens?”

## **1.3 Avgrensing av oppgåva**

I denne oppgåva har eg valt å avgrense oppgåva mi til kvinner med demens i alderen 70 år og oppover. Pasientgruppa er i byrjinga av den tidlege til moderate fasen, og bur framleis heime. Pasienten klarer seg sjølv heime, men treng tilrettelegging og påminning om måltidsituasjonar ved hjelp av heimesjukepleie.

## **1.4 Disposisjon og struktur**

I oppgåva sitt innleiande kapittel presenterer eg bakgrunn for val av tema, problemstilling, og avgrensing av problemstilling. I kapittel to presenterast metode, litteratur, søkjeprosessen, og kjeldekritikk. I tredje kapittel presenterast teori. Kapittel fire består av sjølve drøftinga. I drøftinga brukar eg teorien som er brukt i oppgåva, samt forskingsrapportar og mine egne erfaringar. Avslutningsvis i kapittel fem kjem ein konklusjon der eg svarer på problemstillinga mi.

## 2 Metode

I følgje Dalland (2012) seier han noko om at metode er korleis vi kan formulere gode spørsmål og korleis ein kan gå fram for å finne meir og betre kunnskap innafør eit emne. Metode er reiskapen vi brukar når det er noko vi vil undersøke, og den kan hjelpe oss med å finne den informasjonen vi treng. Valet av ein bestemt metode vert gjort ut i frå kva metode ein trur vil gi best resultat og som er relevant til problemstillinga innanfor den enkelte oppgåva. Ein metode er delt inn i to kategoriar, kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvalitative metoden vert brukt for å få fram verdiar, kjensler og haldningar. Kvantitative metode tek utgangspunkt i å forme informasjon om til statistikk og tall. Som metode i oppgåva mi har eg brukt litteraturstudium. Det tyder at det allereie fins eksisterande kunnskap som bøker og forskingsartiklar (Dalland, 2012).

### 2.1 Val av litteratur

I denne oppgåva har eg valt litteraturstudium. Grunnen er fordi det er mykje relevant stoff å få tak i når det kjem til førebygging av underernæring. Eg starta med å søkje etter litteratur på BIBYS ask. Eg brukte søkeorda «underernæring», «ernæring», «heimebuar» og «heimesjukepleie». Dei mest relevante bøkene eg fekk opp til mi oppgåve var "Ernæring meir enn mat og drikke" (Sortland, 2011). Og "Personar med demens: Møte og samhandling" (Rokstad, 2008). Av biblioteket på Høgskulen i Sogn og Fjordane fekk eg anbefalt "Kosthåndboken" (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg har eg brukt anna relevant litteratur og pensumbøker som eg har brukt gjennom sjukepleiar studiet.

### 2.2 Søkjeprosessen

I søkjeprosessen min har eg vore på leit etter eit utval av forskingsartiklar som eg vil setje meg djupare inn i for å belyse problemstillinga så godt det let seg gjere. Før eg byrja å søkje bestemte eg meg for å ha forskingsartiklar skrivne mellom 2007-2014, sidan eg ville ha mest mogleg relevant og oppdatert informasjon i høve problemstillinga eg har valt. Eg har nytta både norske og engelske ord i søkjeprosessen. Eg starta først med eit grovt søk på Google, fordi eg tenkte det kunne hjelpe meg å finne ut kva som eksisterer av faglitteratur innanfor temaet eg var på leit etter. Ord som eg nytta under søkjeprosessen var: Ernæring, underernæring, heimesjukepleie, demens, heimebuar, sosialt, trivsel, velvære, og miljø. Eg fekk opp ein artikkel på nettstaden sykepleien.no med overskrifta "*Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens*" (Rognstad et al, 2013). Eg fann også igjen artikkelen på databasen SveMed+ med søkjeorda «hjemmeboende» og «demens».

Deretter leita eg vidare og fekk opp ein artikkel på sykepleien.no med overskrifta ” *Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?*” (Bergland & Kirkevold, 2011). Denne artikkelen blei også funnet igjen på SveMed+ med søkeorda trivsel, miljø, og demens. Den siste artikkelen eg fann var også på sykepleien.no: ” *Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem*” (Melheim, 2008).

I tillegg har eg nytta databasen Academic Search Premier. Der kryssa eg av på Medline og Chinal og brukte søkeorda: Living at home, dementia og malnutrition. Deretter avgrensa eg på fulltekst og fekk opp 9 treff. Eg leste gjennom abstract til dei ulike artiklane som kom opp, og valde meg ut artikkelen "Malnutrition in an elderly demented population living at home" (Iseia, Mondino, Germinara, Cappa, Aimonino-Ricauda, Bo, Iseia, Nobili, Massaia de witt, Ploeg & Black, 2010). Denne artikkelen fann eg også igjen i databasane til Universitetet i Bergen.

### **2.3 Kjeldekritikk**

Kjeldekritikk i forhold til relevans og lojalitet er svært viktig for å kvalitetssikre kjeldene (Dalland, 2012). Då eg søkte på engelske forskingartiklar, var eg i tvil om eg tolka teksten på den rette måten. Dette tenkte eg fordi forkinga eg har brukt er skreven på engelsk og vart utført på Universitetet i Torino. Difor var eg også litt usikker på kor mykje som kunne overførast direkte frå italienske til norske forhold. I tillegg har eg også brukt sjekklister frå (Kunnskapsenteret, 2008) for å kunne stille meg kritisk til artiklane. I denne oppgåva har eg valt ut pensumbøker, og eg vurderer dei som sikre kjelder fordi dei er skrivne av anerkjente sjukepleiarar.



### 3 Teori

Eg har valt å ta utgangspunkt i dei momenta eg ser på som viktig i høve mi problemstilling. På bakgrunn av dette har eg valt å presentere: Aldring og ernæring, MNA (Mini Nutritional Assessment), demens og måltidsituasjon, demens og kommunikasjon, og fagleg forsvarleg heimesjukepleie.

#### 3.1 Aldring og ernæring

I følge Sortland (2011) er endringane i muskelmasse redusert hos eldre, og reduksjon i muskelmasse er ein av dei viktigaste årsaka til basalstoffsiftet, og dermed energibehovet avtar. Etter 30-års alderen aukar kroppsfettet med 0,5-1 % per tiår. Og i 70-80-års alderen kan muskelmasse vere redusert med 40-50 % (Sortland, 2011). Når eit menneskje blir eldre skjer det ein fysiologisk og biologisk aldring av kroppen. Prosessen påverkar dei levande organismane i cellene og organ som hjerte, lunge, musklar og skjelett (Berentsen, 2008). Sansane som syn, hørsel, lukt og smak blir redusert, og evne til å smake søtt påverkar først (Sortland, 2011). Fordøyelsesystemet endra seg ved alderen og kan allereie starte i munnhula på grunn av dårlege tenner, mangelfull munnhygiene og nedsatt evne til å tygge maten. Tyggeproblem kan kome av at kjevemuskulaturen er redusert då muskelmassen hos eldre blir svakare (Brodtkorb, 2008). Redusert aktivitetsnivå ved alderen gjer at kroppens energi behov avtar. Det er først og fremst behovet for fett og karbohydrat som blir mindre, og behovet for protein minkar synleg vis i mindre grad. Vitamin og mineralbehovet er stabilt gjennom, derfor kan det ver ein utfordring å få dekkja næringsbehovet til eldre menneskje som et lite (Brodtkorb, 2008). I følge Helsedirektoratet (2012) er ernæring samanheng mellom næringsstoff, mat og helse. Det omfattar behovet for energi og korleis næringsstoffa blir fordøydd og omsett i kroppen. Ernæringsstatus til eldre har mykje å seie for korleis kroppen forandrar seg. Det uttrykkjer i kva grad det fysiologiske behovet for næringsstoff er oppfylt, og er eit resultat av tilførsel, forbruk, og tap av næringsstoff (Helsedirektoratet, 2012) i tillegg om personen er mindre fysisk aktiv, bidreg dette til at behovet for mat synk (Sortland, 2011). Dette kan føre til at personen vil verte mindre tolerant for operativ behandling og generelt få auka risiko for komplikasjonar og dårlegare postoperativ heling av sår (Brodtkorb, 2008). Hos eldre pasientar som har redusert væskeinntak, vil ein av metodane for sjukepleiaren vere å måle pasientens kroppsmasseindeks og energinivå. Ved å nå idealmålet raskast mogleg er det større sjanse for å førebyggje vidare sjukepleieproblem og komplikasjonar (Brodtkorb, 2008).

Ein av dei beste metodane for å vurdere pasientens ernæringsstatus er ei utrekning av kroppsmasseindeksen. Det beskrivast i forholdet mellom høgde og vekt, og brukast til å definere over og undervekt.

$KMI = \text{vekt (Kg)} / (\text{høgde(m)} \times \text{høgde(m)})$  (Helsedirektoratet, 2012). Det kan vere eit godt råd å spørje pasienten direkte om matvanar, næringsinntak og appetitt, og kva mat pasienten likar og kva han vanlegvis har ete tidlegare (Brodtkorb, 2008). Ved å kontrollere vekta til pasienten over tid, kan ein fange eventuelle endringar. Vekttap på 5 % i løpet av to månedane, eller meir enn 10 % i løpet av 3-6 månedane for middelalderen, eller 5 % for eldre (over 65 år) er eit av kriteriane som kan andvendast for å vurdere pasientens ernæringsmessige risiko eller underernært (Helsedirektoratet, 2009). I tillegg vil vekt og KMI finst det fleire typar skjema som kan brukast som eit alternativ for å vurdere ernæringsstatusen. Helsedirektoratet (2009) anbefalar å bruke Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) og Mini Nutritional Assessment (MNA) (Helsedirektoratet, 2009).

### **3.1.1 Mini Nutritional Assessment (MNA)- eit verktøy**

Mini Nutritional Assessment (MNA) er ein anbefalt del av ein omfattende geriatrisk vurdering og spesifikt utvikla for å vurdere eldre personer (Rognstad et al., 2013) Helsedirektoratet (2009) anbefalar MNA-screening for å vurdere ernæringsmessig risiko på pasientar over 65 år. MNA-screeninga består av to delar. Den første delen inneheld seks spørsmål. Om pasienten scorar 11 poeng eller mindre, skal andre del av screeninga gjennomførast. Andre delen består av 12 nye spørsmål. Om sluttsummen på resultatet er mellom 17-23,5 poeng er pasienten i fare for underernæring. Dersom summen vert mindre enn 17 poeng, er pasienten underernært (Helsedirektoratet, 2009). Hensikta er å identifisere dei pasientane som er i ein ernæringsmessig risiko, slik at dei får den ernæringa og behandlinga som ein har behov for. Det er nødvendig med tilstrekkelig dokumentasjon av ernæringstatusen etter gjennomført MNA (Sortland, 2011).

### **3.1.2 Demens og måltidsituasjon**

Fjørtoft (2012) Demens er ein progredierende sjukdom, noko som tyder at pasienten blir meir redusert, og har behov for meir hjelp i kvardagen. Personlegheit og mestringssevne har betydning for korleis demenssjukdomen utviklar seg. Kognitive symptomar er dei tydeligaste kjenneteikna, og ein ser at pasienten kan ha problem med hukommelse, læringsutbytte, språkvanskar, og generelt intellektuell svikt (Fjørtoft, 2012). Pasienten gløymer detaljar i dagleglivet, som til dømes avtalar og kjøpe mat og drikke til seg sjølv. Moderat grad av demens er når personen mistar taket på tilverlsen

og evna til å løyse praktiske gjeremål, kan bli ein utfordring (Berentsen, 2008) følelsen av å miste fleire funksjonar kan føre til angst, depresjon, eller sinne (Berentsen, 2008).

Meistring av måltida blir gradvis vanskeligare å forhalde seg til, noko som kan føre til at inntak av næring blir dårlegare, og personen kan tape kroppsvekt (Helsedirektoratet, 2012). Å førebyggje og planlegge pasienten sitt behov for å løyse enkelte ernæringsproblem krev det ein systematisk og tverrfagleg tilnærming gjennom fleire yrkesetiske grupper, samt ulike tilbod for å bidra til å dekkje viktige ernæringsbehov til pasienten. Kontakt med andre gjennom fellesmåltid via dagsenter eller andre tilbod knytt til pasienten kan vere gode alternativ (Brodtkorb, 2008). Med personar som har fått ein demenssjukdom er det nærliggande å peike på måltida som gode høve for aktivitet, samhandling og samver med andre (Berg, 2007). Ein god atmosfære rundt pasienten skapast av personar som ein trivast med, i trygge omgjevelsar. Personar med demens trenger å få miljøet tilrettelagt, slik at dei kan oppleve glede og mestring i kvardagen (Berentsen, 2008).

### 3.2 Demens og kommunikasjon

Behovet for å kommunisere med andre ligg djupt inn i oss. Ingenting tyder på at dette behovet blir mindre verd for ein som har demens. Sjølv om språket ikkje lenger er like effektivt og presist, er kommunikasjon eit viktig behov (Wogn-Henriksen, 2008). Omgrepet kommunikasjon betyr å gjere noko felles og kjem opphavleg frå det latinske *communicare* (Eide & Eide, 2007). I følge Travelbee (2001) er kommunikasjon ein prosess og ein føresetnad for å oppnå eit menneske – til – menneske forhold. Kommunikasjonen er ikkje eit mål i seg sjølv, men eit terapeutisk verkty for å nå sjukepleias mål og hensikt. Travelbee (2001) legg også vekt på kor viktig det er med verbal og ikkje-verbal kommunikasjon der sjukepleiaren forstår kva pasienten prøvar å kommunisere og kan bruke dette i sjukepleieprosessen. I Store norske leksikon (2012) blir det skrevet at kommunikasjon er utveksling av informasjon som opplysningar, meiningar, behov, ønsker osv. mellom individ og grupper. Ikkje-verbal kommunikasjon kan vere med til å bidra til ein enklare kommunikasjon gjennom mimikk, gestar, uttrykking av kjensler, kroppsholdningar og rollespel. Dette kan betraktast som alternative, ofte utfyllande eller korrigerande kommunikasjonsmidlar (Store norske leksikon, 2012). I følge Wogn-Henriksen (2008) kan kommunikasjon mellom pasient med demens og sjukepleiar vere ein utfordrande prosess, fordi personen har generelle kognitiv og spesifikt språkleg svikt som sjukdommen inneber. I byrjinga av den tidlege til moderate fasen er evna til å tolke kommunikasjon frå andre intakt. Samtalen kan gå treigare med ein del nøling og ordleiting, men dei fleste personar med demens vil i denne fasen skjønne kommunikasjon, særlig i trygge situasjonar. I den moderate fasen er kommunikasjonsvanskane meir openbare. Dei er likevel i stand til i rimeleg grad å gje uttrykk

for sine behov, men å beskrive manglande ord med ei forklaring kan vere vanskeleg. For eksempel kan ordet "Eple" beskrivast som "Du veit sånn fruktliknande". For å gjere kommunikasjonen betre for personen kan tid, tydelegheit og tilrettelegging vere gode råd (Wogn-Henriksen, 2008).

Om språket kan vere vanskelig å oppfatte til tider, er det viktig at ein snakkar langsamt, gjev pasienten god tid til å oppfatte og ser om pasienten forstår budskapet ein formidlar (Berentsen, 2008).

### 3.3 Fagleg forsvarleg heimesjukepleie

Heimetenesta stiller krav til forsvarleg sjukepleie og at pasienten skal få dekkja sine primære behov ut i frå eit minstekrav. Det er sjukepleiarens oppgåve å sørge for forsvarleg utøving av sine oppgåver ovanfor pasienten. I følgje Tønnesen og Nordtvedt (2012) er tre viktige kriterier for utøvinga av heimesjukepleie. Desse byggjer på faglege normer i tråd med sjukepleiarens grunnlag, hensikt og ansvar som er retta mot heimesjukepleie. Krava avklarar viktige element i sjukepleiarutøvinga og er viktig å notere seg i arbeidet med heimesjukepleie.

Det absolutt første kravet, som er nokså klart, er at: "Pasientene skal få hjelp til å få dekket grunnleggjande behov". (Tønnesen & Nordtvedt, 2012, s. 280). I dette inngår blant anna å dekke sosiale behov, oppleve respekt, få ro, få vere sjølvstendig over eige liv, ivaretake eigenomsorg og personleg hygiene. Det kjem også fram i punkta at pasienten må få ivareteke fysiologiske behov som tilstrekkeleg næring, variert og helsefremjande kosthald og rimeleg valfridom i forhold til mat. Pasienten må få tilpassa hjelp ved måltider og nok tid og ro til å ete. Det må gjevast tilrettelagt tilbod til personar med demens og andre som sjølv har vanskeleg for å formulere sine eigne behov. Det som kjem fram er at psykososiale og eksistensielle behov må også ivaretakast, i tillegg til grunnleggjande fysiologiske behov.

I helse- og omsorgstenestelova i § 3-3 om *Helsefremmende og forebyggjande arbeid står det:* "Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemar. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning." (Helse- og omsorgtjenesteloven, 2011, s. 3).

Så i følgje denne lova har helse og omsorgstenesta plikt til å hjelpe og dekke pasientens grunnleggjande behov.

Kriterium nummer to lyder slik: "Tildelte pleie- og omsorgstjenester skal ivaretas i tilstrekkelig grad slik at nødvendige behov dekkes i tråd med faglige normer." (Tønnesen & Nordtvedt, 2012, s. 281). Dette betyr at kvaliteten på tenesta må vere fagleg tilfredsstillande.

Sjukepleiefaget inneber kunnskap om pasientens behov, forskning, lovverk, tiltak og metodar for utøving av sjukepleie. Det forventast at sjukepleiaren nyttar all sin kunnskap ut i frå si utdanning til å kunne kvalitetssikre arbeidet sitt, og vurdere om arbeidet ein gjer er fagleg forsvarleg. Vidare blir det nemnt at heimesjukepleia ikkje varetek pasientane sine behov godt nok. (Tønnesen & Nordtvedt, 2012).

I følgje helsepersonellova § 4 om kva som er forsvarleg står det: "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig." (Helsepersonelloven, 1999, s. 2).

I denne lova forstår ein at sjukepleiarar skal utføre arbeidet på ein fagleg god måte og at det skal vere kvalitetssikra.

Det tredje kriteriet er: "Pasientens behov for tjenester skal ivaretas slik at grunnleggende verdier i samhandlingen mellom sykepleier og pasient ikke krenkes." (Tønnesen & Nordtvedt, 2012, s. 283). Dette går ut på å ivareta pasienten ut i frå sjukepleiaren sine handlingsmetodar der respekt og omsorg står sentralt. Ei stor utfordring i heimesjukepleia er at pasientane opplever at heimesjukepleie ikkje har tid og ikkje viser fleksibilitet i forhold til ønskjer og behov. På denne måten blir pasientane krenka sidan dei ikkje får bestemme over eige liv. Dersom ein tek i bruk heimebaserte tenester, vil det innebere at andre til dels bestemmer over leggetid, ein annan person hjelper til med matlaging og ein må vente på å få gå på toalettet. Er ein hjelpetrengande, vil styringa over eige liv svekkast. Sjukepleia si oppgåve er å møte pasienten på ein omsorgsfull måte.

I helse- og omsorgstjensteloven § 4-2 om Kvalitetsforbedring og pasient- og brukarsikkerheit står det: "Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet." (helse- og omsorgstjenesta, 2011, s. 4).

I følgje helse- og omsorgstjenestelova skal ein dermed tenkje på pasientens tryggleik og gjere dette på ein systematisk måte slik at ein ikkje krenker pasienten.

Desse tre kriteria gjev ein peikepinn på kva som skal til for å utøve faglig forsvarleg heimesjukepleie som ikkje berre handlar om å dekke grunnleggande fysiologiske behov. Sjukepleiaren må også tenkje på møtet med pasienten, kommunikasjon, omsorg, respekt og forsøkje å dekkje psykososiale og eksistensielle behov ved sidan av. Alt dette ligger i krava over. Heimesjukepleia står ovanfor ein utfordring med tanke på å kunne utføre tilfredsstillande sjukepleie, og mykje er dette på grunn av systemet – ikkje på grunn av pleiaren i seg sjølv. Tidsklemme er ofte ein barriere, og sjukepleiaren har ikkje tid til å kunne utføre fullstendig og heilskapleg sjukepleie. Likevel kan det gjerast mykje forbetring. (Tønnesen & Nordtvedt, 2012).

### 3.4 Presentasjon av forskingsartiklar

”Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens” av Rognstad et.al. (2013)

Dette er ein kvantitative studie. Her blei det gjennomført ein tverrsnittstudie i fire utvalde bydelar i Oslo ved hjelp av Instrumentet Mini Nutritional Assessment. (MNA) til eldre heimebuande pasientar med kognitiv svikt og demens, som fekk hjelp frå heimetenesene. Det var til saman 282 deltakarar, og 71 prosent av desse budde heime og fekk hjelp av pårørande til å handle matvarer. Følgjande resultat viser at det er 40,4 prosent som er i risiko for underernæring, 10,3 prosent underernært, og 47,9 prosent som ikkje er i faresona for underernæring. Resultata i studien viser at det er avgjerande for helsepersonell og pårørande at ein er kjent med risikofaktorane som er nemnde i studien som dårleg appetitt, dårleg tannstatus og dårleg minne. I tillegg kjem situasjonen rundt måltidet, for eksempel det å ete aleine som kan føre til lågt matinntak og utilsikta vekttaap. Studien viser også at kvinner er meir utsette for underernæring enn menn.

”Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?” (Bergland & Kirkevold, 2011).

Dette er ein kvalitativ litteraturstudie som er basert på oversiktartiklar. Her blir empiriske studiar av korleis fysiske omgjevnader har betydning for personar med demens summerte opp. Hensikta med studien er å undersøke kva faktorar i dei fysiske omgjevnadane, som har ein rolle for funksjon, velvære og trivsel ved hjelp av stimulireduksjon. Det var til saman femten oversiktsartiklar, tolv hadde fokus på åtferdsproblematikk. Fire faktorar blir summert opp ut i frå dette: personleggjering, heimleggjering, tryggleik og sikkerheit, orientering og stimuli. Studiane fokuserer mindre på faktorane i omgjevnadane som kan fremje trivsel og velvære. Det trengst difor meir forskning på dette.

”Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem” av Melheim (2008).

Dette er eit kvalitativt forskingsintervju som blei utført ved ein sjukeheim i eit lite lokalsamfunn. Her blir sju eldre pasientar mellom 82-96 år intervjua.

Fokuset er å få eit innblikk og forståing for måltidsfellesskapet saman med andre. Det var fem spørsmål om ulike tema: Respekt, omsorg, fellesskap, det psykososiale, tidsorganisering og fysisk miljø. Det viser at måltida har ei viktig rolle for pasienten sitt liv både med tanke på det sosiale og for nytinga av maten.

“Malnutrition in an elderly demented population living at home” av Iseia et.al. (2010)

Dette er ein kvalitativ observasjonsstudie som tek for seg problemrådet underernæring med særlig fokus på heimebuande eldre med kognitiv svikt. Det er i studien brukt MNA skjema for å kartlegge ernæringsstatus hos i alt 130 eldre pasientar som ikkje budde på ein institusjon. Funna viste at gjennomsnittleg utbreiing av underernæring er 1% hos friske eldre personar som bur i fellesbustadar, 4% hos utepasientar som får heimeomsorg, 5% hos pasientar med AD som bur heime, 20% av sjukehusinnlagde pasientar og 37 % av institusjonaliserte eldre. Av funn som er gjort i forkinga kan ein trekke fram MNA-score i forhold til alder, grad og kognitiv svikt (mild, AD/vad), og psykiske lidingar. Det vert trekt fram i konklusjonen at bruken av MNA kan bidra til å kartlegge ernæringsstatusen hos eldre med demens, og at merksemda må rettast mot denne pasientgruppa sidan det blei påvist at personar med demens er i faresona for underernæring.

## 4 4 Drøfting

I denne delen vil eg drøfte ut i frå fagleg kunnskap, forskning, samt egne erfaringar frå praksis. Her vil eg drøfte Mini Nutritional Assessment – kartlegging av ernæringsstatus, tilrettelegging av måltid i heimen til pasienten, og tverrfagleg samarbeid knytt til måltid i felleskap.

” Korleis kan eg som sjukepleiar førebyggje underernæring hos heimebuande personar med demens?”

### 4.1 Mini Nutritional Assessment (MNA) kartlegging av ernæringsstatus

I følge studien (Iseia et al., 2010) er vektta og underernæring vanlege komplikasjonar hos eldre og blir eit alvorleg problem hos pasientar som er påverka av demens. Det blir også sagt at det er for lite fokus på førebygging og behandling av underernæring dei siste åra. Som eit første val, bør screening av eldre pasientar vere obligatorisk i alle helseledd. I følge (Rognstad et al., 2013) viser fleire studiar at MNA er eit nyttig verktøy for å kartlegge ernæringsstatus for underernæring hos eldre heimebuande. Det blir sagt at MNA er den mest valide og mest brukte for vurdering av eldre sin ernæring situasjon og bør vere ein førsteprioritet (Rognstad et al., 2013). Etter mi meining burde helsepersonell få meir kurs og rettleiing om underernæring, særlig med tanke på pasientar som er i fare for underernæring i eigen heim. Gjennom erfaringa som student i heimesjukepleien opplevde eg at ernæringsarbeid knytt til ernæring og kosthald som har til mål å førebyggje underernæring, (Helsedirektoratet, 2012) blei nedprioritert. Det gjaldt også ernæringskartlegging ved hjelp av MNA. Kva gjer ein då som sjukepleiarstudentar når ein opplev dette?

Gjennom eit skule prosjekt på skulen, valde vi som sjukepleiar studentar å presentere eit framlegg knytt til ernæring knytt til heimebuande pasientar. Vi hadde fokus på forekomst, konsekvenser og årsaker til underernæring, samt MNA skjema, og i tillegg kva sjukepleieintervensjonar ein bør setje verk samt oppfølging og evaluering (Helsedirektoratet, 2012). Etter presentasjonen fekk vi mykje positive tilbakemeldingar, men dei fleste sa at det handlar om tidspress og at ein ikkje alltid prioriterer tida på å gjennomføre eit ernærings kartlegging. Fjørtoft (2012) legg fram at ”Tid er den rammefaktoren som oftast blir trukket fram som en styrande faktor for helsetjenestene”. Sjølv om tida er eit resultat av ei rekkje andre rammefaktorar, kan det vere nyttig å sjå på tid som ein eigen rammefaktor. Tid er ein kjerneverdi og tida er essensiell når det kjem til å yte god omsorg til pasient, men har og eit konfliktpotensial i helsetenesta. Ettersom heimesjukepleiarar arbeidar etter stramme



tidsrammer, kan det bli vanskeleg å møtekomme pasientane tilstrekkeleg (Fjørtoft, 2012). Det viser seg i artikkelen "Hva er faglig hjemmesykepleie" (Tønnesen & Nordtvedt, 2012) at fleire faktorar spelar inn i matsituasjonar: tidsklemme, sparing, lite bemanning og så vidare. Dette kan føre til at pasienten kanskje må ete aleine og få raskast mogleg tillaga mat. Mange pasientar, særleg med demens, treng tilsyn eller hjelp. Berre på denne måten kan det stadfestast at pasienten har fått i seg den maten han eller ho trenger. Dette er ikkje mogleg dersom pasienten må ete aleine, og er derfor ikkje fagleg forsvarleg (Tønnesen & Nordtvedt, 2012).

På lik linje som alle andre pasientar som bur heime, skal også pasientar med demens få kartlagt sin eigen ernæringsstatus innskriving, og deretter kvar månad eller etter individuelle behov (Helsedirektoratet, 2009). I heimesjukepleiepraksisen nytta eg MNA-skjemaet til ein pasient som hadde demens. Eg tykte skjemaet var oversiktleg og enkelt å ta i bruk. Før kartelegginga var det viktig for meg å gje god informasjon til pasienten om kva kartlegginga gjekk ut på og kvifor vi måtte gjennomføre det. Dessutan fekk eg ei stadfesting på at det var greitt for pasienten at vi gjennomførte ein ernæringskartlegging saman. Hos denne pasienten hadde eg vert heime hos før, og eg kunne merke at samhandlinga utvikla seg gradvis i praksisperioden, og dermed sjå at pasienten følte seg trygg på måten ho kommuniserte gjennom kroppshaldningar. Joyce Travelbee (2001) seier noko om at menneske til menneske forholdet ikkje kjem av seg sjølv, men gjennom tid med samhandling med andre (Travelbee, 2011), Verdigheit og integritet er grunnleggande verdiar som sjukepleiaren må respektere og ivareta, særleg er det viktig om pasienten er sårbar og kan føle seg krenka (Fjørtoft, 2012). Det var derfor viktig for meg at spørsmåla eg stilte pasienten ikkje kjendest ut som eit intervju, men heller ein rolig samtale som forgjekk i ein god atmosfære. Måten ein kommuniserer og tilpassar tempoet på betyr mykje for å oppnå positiv samhandling (Berg, 2007). Fjørtoft (2012) påpeikar at relasjonen mellom sjukepleiaren og den som har demens har ei stor betydning. Heimesjukepleia må leggje til rette slik at det ikkje stadig kjem nye pleiarar sidan dette kan skape forvirring og uro. Pasienten skal føle seg vel i heimen når pleiarane er til stade og skal leggje til rette for pasienten (Fjørtoft, 2012).

Eg kunne merke til tider at enkelte spørsmål eg spurde pasienten om kost kunne by på utfordringar. Til dømes kor mykje proteinkjelder som kjøtt eller fisk ho fekk i seg i løpet av ei veke eller kor mange gangar i løpet av dagen ho fekk i seg frukt. Eg hadde ei aning på førehand at det kunne by på ulike utfordringar for pasienten med å lage til ein tilstrekkelig god middag til seg sjølv på grunn av manglande innsikt og handlingsevne (Berentsen, 2008). Gjennom samtalen fekk eg ofte til svar "ja, men dette lagar eg kvar dag og dette veit eg at eg skal ete". Når ein har demens, forstår mange at noko er gale. Nokre prøver å dekke over svikta og kompenserer for den etter beste evne (Berentsen,

2008). I følge Dale (2009) kan personar med demens ha vanskar med å skildre korleis dei har det, og korleis dei opplever sjukdomen sin. Det er i denne samanheng viktig å huske på at behovet for relasjonar, nærleik og kommunikasjon med andre er eit viktig grunnleggande behov (Dale, 2009). Vidare må kommunikasjonen vere styrt av etiske verdiar og verdi val, med å vise empati og setje seg inn i pasientens situasjon (Fjørtoft, 2012). Profesjonell relasjonskompetanse dreiar seg om å forstå og handle saman med dei menneska vi treff i ei yrkessamanheng på ein god og føremålstenleg måte (Røkenes & Hanssen, 2006).

#### **4.2 Tilrettelegging av måltid i heimen til pasienten**

Når ein skal få hjelpe ein pasient i sin eigen heim, er det først og fremst viktig at ein får eit godt tillitsforhold til pasienten og at pasienten føler seg trygg på den som skal kome å yte hjelp, meiner eg. I følge Fjørtoft (2012) er ein heim for mange ein verdifull plass. Heimen er for dei fleste noko privat og personleg som står for tryggleik og identitet. Når helsepersonell går over dørstokken, passerer ein grensa mellom det offentlege og det private. Ein skal vise respekt og audmjukheit ovanfor heimens normer, reglar og rutine (Fjørtoft, 2012).

I studien av Rognstad et al. (2013) blir det understreka at tilrettelegging av måltid kan vere tilstrekkelig for å auke energi inntaket, trivsel og den fysiske funksjonen for mange med demenssjukdom. Eg ser på tilrettelegging av måltid som eit av dei mest naudsynte behova til pasienten. Måltida kan bidra til å strukturere dagen frå frukost til kvelds. Lukta av mat kan stimulere appetitten og ein kan oppmode pasienten til å delta aktivt i å lage til måltida (Helsedirektoratet, 2012). For dei som bur heime er det viktig at helsepersonell observerer kor mykje pasienten klarer på eigenhand, og at ein ikkje tek overhand på det pasienten prøver å utføre (Helsedirektoratet, 2012). Det er også viktig at heimesjukepleie vert kjend med kva mat pasienten likar, kva som fristar for den enkelte, og korleis kvar enkelt pasient vil ha det. Ved å tenkje litt vidare kan ein i disse situasjonane vektlegge eksistensielle behov i forhold til korleis pasientane pleier å utføre for eksempel ein matsituasjon, og korleis ein vil ha det rundt seg i måltidet for å kunne få ei god oppleving og oppleve eigenverd (Tønnesen & Nordtvedt, 2012).

I praksis i heimesjukepleien var eg heime hos ein pasient med demens, og eg kunne observere gamle frukostrestar som var lagt til side eller vart kasta. Dette kunne vere ei tynn brødiskive med ei skive ost på som såg svært trist ut. Etter mi meining er dette lite innbydande å ete. Dermed blir ikkje pasienten motivert til å ete. I følge Helsedirektoratet (2012) er det viktig å vere nøye med korleis maten ser ut slik at maten ser meir appetittvekkande både i form og farge. Når kvart måltid serverast separat blir

det meir appetittleg og meir varierte smaksopplevingar. Det kan til dømes vere eit rundstykke som er pynta med salatblad, to friske paprikabitar, eller fint opphakka frukt ved sidan av tallerken. I tillegg får ein tilført væske også gjennom mat og det er det mykje væske i grønsaker og frukt (Aagard, 2011). Ein kan også servere brødsnivene i ei korg og ha pålegget på bordet slik at pasienten sjølv kan velje kva som fristar. Å leggje til rette for at pasienten kan vere mest mulig sjølvstendig er bra for å auke kjensla av meistring (Sortland, 2011). Eg tenkjer også på kva pasienten likar å drikke og kva som fristar. Kanskje eit glas appelsin juice til brødmaten eller nytrakta kaffi. Ofte når eg var hos pasienten sette eg fram ei drikkeflaske med vatn eller saft slik at den sto synleg på bordet. Eg tenkjer at dette kan bidra til at det blir lettare for pasienten å huske på at ho skal drikke. Eldre har redusert tørstekjensle med alderen. Derfor bør eldre alltid ha drikke tilgjengelig (Sortland, 2011). Når det kjem til tillaging av mat er det viktig å ha god og fersk mat i heimen. Det kan vere nyttig å setje fram oppskrifter eller ein vekeplan med oversikt over kva ein eventuelt vil lage i samarbeid med pasienten sine ynskjer (Aagard, 2011). Dette kan i seg sjølv vere ein god motivasjonsfaktor for pasienten, å kunne vere med på planlegginga. Det er viktig å integrere pasienten i størst mogleg grad slik at ho kan få kjensle av sjølvbidrag i prosessen (Aagard, 2011). Moglegheit til å delta i matlaging kan gje ein person med demens oppleving av å gjere noko for andre og glede andre. Det kan bety noko for dei og vere til god nytte (Berg, 2007). Ein må også sjå om pasienten er i stand til å gå i butikken sjølv, eller om det må opprettast ein intervensjon om hjelp til innkjøp. Å delta i planlegging eller innkjøp av mat kan bidra til å stimulere matlyst hos eldre i heimetenesta Rognstad et al. (2013)

I følge Sortland (2011) er tilrettelegging før måltidet eit behov for dei fleste. Då er det viktig at rommet der ein skal nyte måltidet er reint og ryddig med god luft, og ryddig. Ein fysisk og mental førebuing før måltid er viktig for dei fleste. Ein kan til dømes spørje pasienten om ho er sulten, eller om pasienten har lyst til å hjelpe til med å førebu maten. Andre ting som hjelper er å føle seg vel før ein set seg ved matbordet. (Aagard, 2011). Det kan til dømes vere å vaske seg i ansiktet med ein varm klut for å føle seg frisk, ordne seg på håret, eller ta på seg ei skjorte for å føle seg fin. Under sjølve måltidet er det viktig med reint bestikk og heilt servise, god sittestilling og at pasienten sitter behageleg (Sortland, 2011).

Fjørtoft (2012) Brukarmedverknad er eit sentralt punkt i samarbeidet, nettopp fordi det er pasienten si oppleving og motivasjon vi er ute etter. skildrar brukarmedverknad ved at det gjev pasienten moglegheit og evne til å bestemme sjølv i møte med fagpersonar og tenester. Det handlar om sjølvråderett, valfridom, påverknad og eigenaktivitet (Fjørtoft, 2012). Det er mange reelle faktorar som heng saman, og vidare vil ein god måltidsoppleving erverve motivasjon til å ha fleire gode måltidsopplevingar i heimen. Etter måltidet må det skrivast tilstrekkelig dokumentasjon for å sikre

seg pasienten sin ernæringsstatus og sjukepleiaren sin kontinuitet i utøvinga av sjukepleie (Fermann, 2008). Dersom sjukepleiaren observerer at pasienten er slapp, initiativlaus, eller har nedsett appetitt, kan det tyde på at behovet for ernæring ikkje er tilfredstilt (Aagard, 2011). Det skal også dokumenterast evna til å ete, om pasienten har laga maten sjølv eller om pasienten eventuelt har handla noko sjølv (Fermann, 2008). Ein peikar mot at helsepersonell må vere meir bevist på pasientar som har problem med matinntak, og då spesielt kvinner. Denne pasientgruppa har ekstra behov for oppfølging med tanke på ernæring, og samstundes førebyggje underernæring og vekttaap (Rognstad et al., 2013)

#### **4.3 Tverrfagleg samarbeid knytt til måltid i fellesskap med andre.**

I følge Fjørtoft (2012) er det viktig at heimesjukepleie har kjennskap til kva som finst av frivillige tenester i kommunen og andre tilbod knytt til pasienten. I dag er det blitt vanleg å samarbeide med frivilligsentralar som formidlar tenester frå personar som ynskjer å hjelpe andre retta mot for eksempel tilrettelegging av måltid, hjelp til handling, og andre praktiske gjeremål ( Fjørtoft, 2012). Eg tykkjer dette er eit godt alternativ fordi det hender at heimesjukepleia har ei utfordring med å sjå i kjøleskapet om det er fylt opp av mat, til å sørge for at det inneheld ein variert kostsamansetnad og mat som pasienten likar (Fermann, 2008) Helsedirektoratet (2012) I dei fleste kommunane har ein tilbod om måltid som kan fraktast heim til pasientar som treng ernæringsstøtte. Dette kan vere ferdig produserte middagsporsjonar som vert tilbode på lik linje som til pasientar som bur på institusjon (Helsedirektoratet, 2012). I heimesjukepleiepraksisen hadde vi tilbod om å bringe ut i kommunen. Det hende seg at eg tilbaud meg å ta med middagsmaten frå sjukeheimen til pasienten når eg likevel skulle på eit tilsyn hos pasienten. For meg er det viktig at ein ikkje berre set maten på bordet eller i kjøleskapet. Då har eg som erfaringar frå tidlegare at då blir maten som oftast liggande der eller blir kasta. Her kan ein eventuelt tilby seg å varme opp middagen og vere med på å legge til rette måltidet. Det å bli sitjande aleine for å ete ein oppvarma mat freistar sjeldan (Fermann, 2008). Her kan ein signalisere likeverd gjennom å vise at ein har tid til pasienten. Eg prioriterte tida mi slik at eg åt nista mi saman med pasienten, medan ho åt middagen sin.

Når vi sette oss ved bordet og skulle ete, sa pasienten at ho var svolten og at ho trudde ho hadde gløymt å ete middag i dag. I minutta som følgde såg eg gleda pasienten hadde av å ete saman med eit anna individ og at pasienten hadde god matlyst. I tillegg får ein observert kva pasienten får i seg av næring og kor mykje av ein tilmålt porsjon middag pasienten et (Fermann, 2008).

Andre tenestetilbod som ein kan tilby pasienten er dagsenter. I demensplanen 2015 blir det sagt at alle kommunar bør legge til rette for aktivitetstilbod på dagtid for personar med demens. Tilbodet skal aktivisere og stimulere, gje gode opplevingar og meningsfulle kvardagar (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Frå erfaring med dagsenter frå heimesjukepleiepraksisen fekk pasienten tilbod om dagsenter med følgje av heimesjukepleia eller frivillige kl. 13.00-15.30 til ei fellestove på sjukeheimen der pasientar som bur heime, kunne treffast for sosialt samvær i tillegg til å ete middag og kaffimat saman. Det er ein sjølvfølgje at vi må vite om pasienten ynskjer tilbod den dagen, og ein må å samhandle til det beste for pasienten og ha gode rutinar for samarbeidet (Fjørtoft, 2012). I studien til (Melheim, 2008) blir det sagt at måltidet skal vere eit rytmisk og rituelt avbrekk i kvardagen, der ein blir sett, høyrte og lytta til. Måltida gjev næring og øving i sosial kompetanse, der bordskikk legg grunnlaget for samhandling saman med andre menneske. I tillegg blir det sagt at trivelege måltidsmiljø har vist seg frå tidligare å verke inn positivt på næringsinntaket og sosialt samvær. Det er også viktig at pasienten får god tid til å ete, og at pasienten ikkje blir distraherert av ytre faktorar (Sortland, 2011) i studien til Bergland & Kirkevold (2011) blir det sagt at for mykje stimuli rundt måltidsmiljøet som fargar, lydar, menneske og forstyrrende åtferd frå andre er belastande for personar med demens, slik at det blir vanskeleg å konsentrere seg om sjølvne måltidet.

I studien til blir det sagt å ete måltida i ein "heim" inne på sjukeheimen der maten serverast ved små bord og tilrettelagt miljø, er med til å auke inntaket av mat, betre sosial kontakt og sikre god kommunikasjon mellom pasientane. I denne samanheng tenkjer eg også på det visuelle miljøet, der å kome til eit rom som er pynta med litt ekstra. Kanskje nokre friske blomar, og dukar på borda.

Tilbod om dagsenter til pasienten, kan vere ein god moglegheit for å kome seg ut å møte andre, samt ete saman (Helsedirektoratet, 2012). Det handlar også om å ta vare på og verdsetje augneblinkens gleder (Berg, 2007).

## 5 Konklusjon

”Korleis kan eg som sjukepleiar førebyggje underernæring hos heimebuande personar med demens?”

Det kjem tydelig fram i forskingsartiklane og anna faglitteratur at det finnes metodar og tilnæringsmåtar som kan setjast i verk for å førebyggje underernæring hos den enkelte pasient med demenssjukdom, samt forskning viser at pasientar som bur heime er i risiko for å bli underernært. Fellesnemnaren i desse tilfella er at helsepersonell har for dårlig tid til å fokusere på ernæringskartlegging, og dette ofte vert prioritert vekk. Eg har i mitt arbeid med oppgåva sett på blant anna på MNA-skjemaet, som er eit nyttig verktøy for å kartlegge ernæringsstatus hos eldre.

Det krev fagleg kompetanse og erfaring for å utøve god kvalitet i pleia. God kvalitet på pleia vil føre til at pasienten blir verdsett. Gjennom oppgåva har eg lært at ernæringsarbeid ikkje berre handlar om å ete mat. Det handlar også om sosiale miljøet rundt måltidet. Det er ikkje alltid så mykje som skal til for å oppnå ein god måltidsituasjon. Under praksisen min har eg sett kor viktig det er å ta seg tida til å setje seg ned med pasienten og nytte nokre ekstra minutt. I arbeid med denne oppgåva har eg fått eit breiare kunnskapsgrunnlag om førebygging av underernæring. Det er behov for opplæring og vidare kunnskapsutvikling hos sjukepleiarane.

Gjennom praksis ser eg kor viktig det er å byggje på samspel, gode haldningar, og interaksjon i arbeidet med pasienten. God kommunikasjon gjev god samhandling mellom pasient og pleiar. Kommunikasjon er også viktig i samarbeidet mellom andre yrkesgrupper innanfor ernæringsarbeid. Sjølv om pasienten bur heime, er det viktig å hugse på dei tenestetilboda som kan auke motivasjon og trivsel hos pasienten. Til dømes kan nokre timar på dagsenter gje pasienten høve til å ha felles måltid og positivt sosialt samvær med andre.

Som framtidig sjukepleiar vil eg bruke det eg har lært gjennom oppgåva vidare og dele mine eigne erfaringar til andre. Gjennom rettleiing og informasjon trur eg at vi alle kan bli flinkare til å prioritere tida. Dermed kan vi i fellesskap vere med å førebyggje underernæring hos pasienten.

## Litteraturliste

Berg, G. (2007). Mat og måltider - muligheter for det gode liv i hverdagen for personer med demens. I R. M. E. Krüger, B. Lillesveen, M. Nåvik, A. M. M. Rokstad, K. Wogn-Henriksen & A. Øvereng (Red.), *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. (s. 229-235). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Dale, M. J. (2009). Mennesker med alderdemens. I M. Solheim & K.A. Aarheim (Red.), *Kan eg komme inn?: Verdier og val i heimesjukepleie* (2.utg.). (s.159-172). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ferman, T. & Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s.196-218). Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Fjørtoft, A. -K. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Helsebibloteket. (udatert). *MNA: Mini Nutritional Assessment*. Henta 18. Oktober 2014 frå <http://nske.no/screening/MNA.pdf>

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglig retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Veilder IS-1580/2009). Henta frå <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken: Veilder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.*( IS- 1972). Oslo: Helsedirektoratet.

Helse og omsorgsdepartementet. (2011). *Demensplan 2015*. Henta 4.september 2014 fra [http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan\\_2015.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Henta frå [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_3?q=held+og+omsorgstjeneste#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3?q=held+og+omsorgstjeneste#KAPITTEL_3)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)*. Henta frå <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>



Isaia, G., Mondino, S., Germinara, C., Cappa, G., Aimonino-Ricauda, N., Bo, M., ... Massaia, M. (2010). Malnutrition in an elderly demented population living at home. *Archives of Gerontology and Geriatric*, 53 (2011), 249-251. Doi:10.1016/j.archger.2010.12.015

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.

Kunnskapssenteret. (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Henta frå <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Melheim, B. G. (2008). Pasientopplevelser av måltidsfellesskapet i sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 3(4):212-219 doi: 10.4220/sykepleienf.2008.0049

Ranhoff, A.H. (2008). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, 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., Lindberg, C. & Luhr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien forskning*, 8(4):298-307 doi:10.4220/sykepleienf.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. 39). Oslo: Akribe AS

Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2006). *Bære eller bryte* (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

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

St.meld. nr. 50 (1996-1997). (1997). *Omsorgsplan for eldreomsorgen: Trygghet-respekt-kvalitet.*

Henta frå

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-50\\_1996-97.html?id=191307](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-50_1996-97.html?id=191307)

Store Norske Leksikon. (2012). *Kommunikasjons – psykologi*. Henta frå

<http://snl.no/kommunikasjon/psykologi>

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig ansvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3):280-285 doi:10.4220/sykepleief.2012.0134

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 93-94). Oslo: Akribe AS

Aagaard, H. (2011) Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.),  
*Grunnlegandesykepleie, bind 2* (2. utg.). (s.162-196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

# Mini Nutritional Assessment

## MNA<sup>®</sup>

Nestlé  
Nutrition Institute

Name:		Vorname:		
Geschlecht:	Alter (Jahre):	Gewicht (kg):	Größe (m):	Datum:

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die zutreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen des Screenings. Ist der Wert  $\leq 11$ , fahren Sie mit dem Assessment fort, um den Mangelernährungs-Index zu erhalten.

### Screening

**A** Hat der Patient während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?  
0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme  
1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme  
2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme

**B** Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten  
0 = Gewichtsverlust > 3 kg  
1 = nicht bekannt  
2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg  
3 = kein Gewichtsverlust

**C** Mobilität  
0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert  
1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen  
2 = verlässt die Wohnung

**D** Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate?  
0 = ja 2 = nein

**E** Neuropsychologische Probleme  
0 = schwere Demenz oder Depression  
1 = leichte Demenz  
2 = keine psychologischen Probleme

**F** Body Mass Index (BMI): Körpergewicht (kg) / Körpergröße<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)  
0 = BMI < 19  
1 = 19  $\leq$  BMI < 21  
2 = 21  $\leq$  BMI < 23  
3 = BMI  $\geq$  23

Ergebnis des Screenings (max. 14 Punkte)

12-14 Punkte: Normaler Ernährungszustand  
8-11 Punkte: Risiko für Mangelernährung  
0-7 Punkte: Mangelernährung

Für ein tiefergehendes Assessment fahren Sie bitte mit den Fragen G-R fort

### Assessment

**G** Lebt der Patient eigenständig zu Hause?  
1 = ja 0 = nein

**H** Nimmt der Patient mehr als 3 verschreibungspflichtige Medikamente pro Tag?  
0 = ja 1 = nein

**I** Hat der Patient Druck- oder Hautgeschwüre?  
0 = ja 1 = nein

**J** Wie viele Hauptmahlzeiten isst der Patient pro Tag?  
0 = 1 Mahlzeit  
1 = 2 Mahlzeiten  
2 = 3 Mahlzeiten

**K** Eiweißzufuhr: isst der Patient

- mindestens einmal pro Tag Milchprodukte (Milch, Käse, Joghurt)? ja  nein
- mindestens zweimal pro Woche Hülsenfrüchte oder Eier? ja  nein
- täglich Fleisch, Fisch oder Geflügel? ja  nein

0,0 = wenn 0 oder 1 mal «ja»  
0,5 = wenn 2 mal «ja»  
1,0 = wenn 3 mal «ja»

**L** Isst der Patient mindestens zweimal pro Tag Obst oder Gemüse?  
0 = nein 1 = ja

**M** Wie viel trinkt der Patient pro Tag? (Wasser, Saft, Kaffee, Tee, Milch ...)  
0,0 = weniger als 3 Gläser / Tassen  
0,5 = 3 bis 5 Gläser / Tassen  
1,0 = mehr als 5 Gläser / Tassen

**N** Essensaufnahme mit / ohne Hilfe  
0 = braucht Hilfe beim Essen  
1 = isst ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten  
2 = isst ohne Hilfe, keine Schwierigkeiten

**O** Wie schätzt der Patient seinen Ernährungszustand ein?  
0 = mangelernährt  
1 = ist sich unsicher  
2 = gut ernährt

**P** Im Vergleich mit gleichaltrigen Personen schätzt der Patient seinen Gesundheitszustand folgendermaßen ein:  
0,0 = schlechter  
0,5 = weiß es nicht  
1,0 = gleich gut  
2,0 = besser

**Q** Oberarmumfang (OAU in cm)  
0,0 = OAU < 21  
0,5 = 21  $\leq$  OAU  $\leq$  22  
1,0 = OAU > 22

**R** Wadenumfang (WU in cm)  
0 = WU < 31  
1 = WU  $\geq$  31

Assessment (max. 16 Punkte)

Screening

Gesamtauswertung (max. 30 Punkte)

Ref. Velasco B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of MNA<sup>®</sup> - its History and Challenges. J Nut Health Aging 2008; 10: 458-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Selva A, Guigoz Y, Velasco B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M396-377.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>): Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2008; 10: 468-487.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2008. N87200 12/09 10M  
Mehr Informationen unter: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

### Auswertung des Mangelernährungs-Index

24-30 Punkte  Normaler Ernährungszustand  
17-23,5 Punkte  Risiko für Mangelernährung  
Weniger als 17 Punkte  Mangelernährung