



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

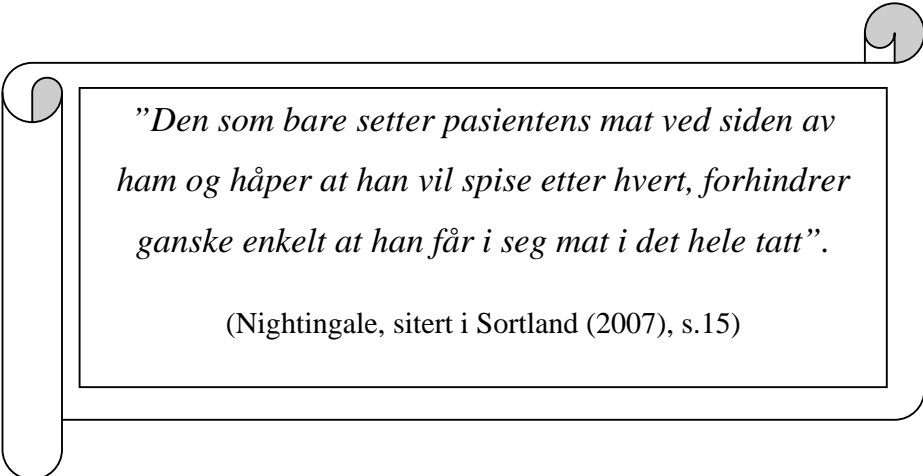
Kandidatnr.: 12

Antall ord: 7699

Bacheloroppgave i sykepleie

Problemstilling:

”Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til at pasienter med demens i sykehjem får en tilfredsstillende ernæring?”



”Den som bare setter pasientens mat ved siden av ham og håper at han vil spise etter hvert, forhindrer ganske enkelt at han får i seg mat i det hele tatt”.

(Nightingale, sitert i Sortland (2007), s.15)

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund avd. Haugesund

Veileder: Arvid Birkeland

Kandidatnr: 12

Antall ord: 7699

Sammendrag

I min litteraturstudie har jeg valgt problemstillingen: "*Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til at pasienter med demens i sykehjem får en tilfredsstillende ernæring?*". Bakgrunnen for dette er at jeg i forbindelse med tidligere praksis har opplevd at dette er en stor utfordring på sykehjem. Jeg har gått gjennom pensumlitteratur og andre bøker, samt gjort litteratursøk i flere databaser. For å kunne sette oppgaven inn i et sykepleiefaglig perspektiv har jeg brukt Virginia Hendersons teori om grunnleggende sykepleie. Undersøkelser viser til at det er flere tiltak som kan virke positivt inn på ernæringsstatusen til personer med demens som for eksempel økt kunnskap om ernæring og god kontrollering av næringsinntaket til hver enkelt pasient. Ernæring og trivsel henger også tett sammen og riktig håndterlig mat er av stor betydning til de som har en form for funksjonssvikt. Samtidig er det faktorer som kan påvirke ernæringsstatusen negativt, blant annet for langt tidsrom mellom kvelds og frokost.

Abstract

In my study of literature I have selected the problem: "*How can I as a nurse help patients with dementia in nursing homes to receive adequate nutrition?*". The reason for this is that I have a have seen that this is a big challenge for nursing in previous practice. I have gone through the course literature and other books, and done a literature search in several databases. To put the task into a nursing academic perspective, I have used Virginia Henderson's theory of basic nursing. Studies show that there are several measures that can have a positive effect on nutritional status of people with dementia, such as increased knowledge about nutrition and good controlling of food intake for each patient. Nutrition and well-being hang close together and properly handled foods are of great importance to those who have some kind of malfunction. Moreover, there are factors that can affect nutritional status adversely, including for long periods of time between supper and breakfast.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	4
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Et sykepleiefaglig fokus mot min problemstilling	6
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	7
2.0 Metode	8
2.1 Hva er metode?	8
2.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode	8
2.2 Litteratur studier	8
2.3 Forskningsetikk	9
2.4 Mitt litteratursøk	9
2.5 Kildekritikk	10
3.0 Presentasjon av teoretisk perspektiv	11
3.1 Sykepleieteoretiker Virginia Henderson	11
3.2 Grunnleggende sykepleie til eldre	12
3.3. Eldre og ernæring	12
3.3.2 Kroppslige forandringer hos eldre	12
3.3.3 Anbefalt inntak av næringsstoffer	13
3.3.4 Vurdering av ernæringsstatus	13
3.3.5 Underernæring	13
3.4 Aldersdemens	14
3.4.1 Målrettede måltider til personer med demens	15

3.4.2 Funksjonshemming ved demens skaper utfordringer ved måltider	15
4.0 Resultater og drøfting	17
4.1 Riktig håndterlig mat ved funksjonstap	17
4.2 Ernæring og trivsel henger tett sammen	19
4.3 Ulike tiltak som kan kontrollere næringsinntaket	20
4.4 Øke kunnskap om ernæring	21
4.5 Tiltak som kan forhindre underernæring når pasienten har nedsatt matlyst	23
5.0 Konklusjon	26
Litteraturliste	27
Vedlegg 1. Presentasjon av ulike forskningsartikler	

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om ernæring i min bachelor oppgave. Jeg har møtt på pasienter med problemer i forhold til ernæring i alle praksisene jeg har vært i. Det syntes tydelig for meg at dersom pasienten har problemer med næringsinntaket vil dette raskt føre til et verre sykdomsbilde uansett hvilken sykdom pasienten måtte ha i tillegg.

Sortland (2007) erfarer at ernæringens betydning i behandling og forebygging av sykdom er kommet noe i skyggen, da det de siste årene har skjedd en stor utvikling innenfor medisinsk teknologi og behandlingsmuligheter. Det er en klar forbindelse mellom det vi spiser og sykdomsutvikling, og mat kan derfor være like viktig som medisiner ved enkelte sykdommer. En tilstrekkelig tilførsel av energi og næringsstoffer vil uansett alltid være en forutsetning for et godt behandlingsresultat. Å vurdere den enkelte pasients næringsbehov og -inntak bør derfor være like selvsagt som å vurdere medisiner og annen behandling.

Dette er grunnen til at jeg valgte ernæring som tema, samt at jeg syntes at kunnskap om ernæring er et interessant og grunnleggende område innenfor sykepleien.

1.2 Et sykepleiefaglig fokus mot min problemstilling

Da jeg startet mitt litteratursøk om emnet fant jeg et par interessante artikler som handlet om eldre og ernæring. En forskningsartikkel av Munch, Pedersen, Færgeman & Thulstrup (2006) har undersøkt pleiepersonells kunnskap og holdninger i forhold til sykehjembeboeres ernæringstilstand. De konkluderte blant annet med at klinisk ernæring så ut til å være et lavt prioritert område på flere sykehjem, selv om flere undersøkelser viser at optimal ernæring har en positiv innvirkning.

På bakgrunn av denne artikkelen, sammen med mine erfaringer i praksis på sykehjem velger jeg å skrive om eldre og ernæring på sykehjem. For å avgrense problemstillingen ytterligere har jeg valgt og skrive om ernæring til eldre med demens. Mye av grunnen til at jeg velger å skrive om dette er på grunn av at jeg var på demensavdeling når jeg var i praksis på sykehjem, og fordi at jeg har jobbet på demens avdeling i nesten to år.

Jeg har sett flere utfordringer i forhold til ernæring til personer med demens. Jeg ser blant annet at lyst på mat og grad av trivsel henger tett sammen. Demens og depresjon kan ofte ses sammen, og et symptom på depresjon er ofte mangel på matlyst. En annen faktor jeg har sett på som utfordrende er å kunne holde kontroll på hvor mye næring hver enkelt pasient får i

seg. Funksjonstap er også en faktor som kan gjøre det vanskeligere og opprettholde en god ernæringsmessig status.

Demensplan 2015 er regjeringens 10-årige handlingsplan for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Denne planen har som mål å bedre kvaliteten og styrke kompetansen og kapasiteten for mennesker med demens og deres pårørende, slik at de kan oppleve en tryggere og mer meningsfull hverdag selv om de opplever sykdom og funksjonssvikt (Helsedirektoratet, 2008).

Min problemstilling:

Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til at pasienter med demens i sykehjem får en tilfredsstillende ernæring?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Problemstillingen omhandler både kvinner og menn, hvor demens er grunnsykdommen. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i både vanlige og skjermede sykehjemsavdelinger. Jeg vil først og fremst finne ut av ernæringsstatusen til pasienter med demens i forhold til fast føde, og ikke i forhold til væskeinntaket hvor fare for dehydrering er det største spørsmålet. Men væske er selvfølgelig også aktuelt som næring dersom det inneholder kalorier.

Jeg er kjent med at demens og depresjon henger tett sammen, og at et kjent symptom på depresjon er nedsatt matlyst. Dette blir støttet opp om av Engedal (2000). Jeg velger å utelukke og drøfte hvordan depresjon kan påvirke ernæringsstatusen til eldre med demens, da dette er en kompleks sykdom i seg selv, og vil ta en stor del av oppgaven. Men jeg vil understreke at jeg er klar over risikoen dette kan utgjøre for å opprettholde en tilfredsstillende ernæring.

I oppgaven min velger jeg og kun undersøke ernæringen blant pasienter som tar til seg peroral næring.

2.0 Metode

2.1 Hva er metode?

Begrepe vitenskap og metode henger tett sammen. I følge Tranøy (Dalland, 2000, s.70) er det å være vitenskapelig det samme som å være metodisk. I spørsmålet om å definere metode sier Tranøy (Dalland, 2000, s.71) at det er en fremgangsmåte for å etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne eller holdbare, eller for å frembringe kunnskap.

Når vi velger en bestemt metode er det fordi vi mener at den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vi har på en faglig interessant måte. (Dalland, 2000).

2.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

For å få svar på problemstillingen min vil jeg bruke kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Både kvalitativ og kvantitativ metode krever at forskningen skal være preget av objektivitet for å kunne være troverdig. Dette betyr at alle konklusjoner og standpunkt skal begrunnes med saklig argumentasjon. Selv om det er flere fellesfaktorer for kvalitativ og kvantitativ metode er det også vesentlige forskjeller (Sörensen og Olsson, 2003).

Ved kvalitativ forskning prøver forskeren og møte en situasjon som om den var ny, og deretter prøve å få en helhetsforståelse av spesifikke forhold. Målet er å få et så fullstendig bilde av situasjonen som mulig (Sörensen og Olsson, 2003). Dalland (2000) karakteriserer kvalitativ metode som noe en benytter for å fange opp en mening og opplevelse som ikke kan måles eller tallfestes.

Kvantitativ metode har som mål å forme informasjon om til målbare enheter som videre gir oss muligheter til å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde (Dalland, 2000). I følge Ståhlfors og Olsson (siteret i Sörensen og Olsson, 2003, s. 69) tar kvantitativ forskning som oftest utgangspunkt i en teori som bygger på tidligere forskningsresultater (litteraturstudier) i tillegg til forskerens egne erfaringer på området.

2.2 Litteraturstudier

Denne oppgaven er en litteraturstudie. For å kunne gjøre et systematisk litteratursøk er det en forutsetning at det finnes ett tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan legge grunnlaget for vurdering og bedømming. Mulrow og Oxman definerer en systematisk litteraturstudie som noe som besvares systematisk ut i fra et tydelig spørsmål gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm, 2008, s.31). Litteraturstudier skal bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger,

innsamlingsmetode også videre, slik som alle andre oppgaver. Litteraturen er en informasjonskilde, og dette betyr at litteraturen i litteraturbakgrunnen ikke kan være den samme som ”innsamlingslitteraturen”. Når man skal drøfte setter man ”innsamlingsdata fra litteraturen” opp mot ”bakgrunnslitteraturen” og drøfter ut i fra de spørsmålene man har stilt seg. (Sörensen og Olsson, 2003)

2.3 Forskningsetikk

Når man skriver en oppgave basert på forskning er det av stor betydning at sitater og referanser er korrekt gjengitt. Plagiat går ut på at man som forfatter har gjort seg til eier av noe en annen person har skrevet. Dette blir sett på som forskningsfusk (Sörensen og Olsson, 2003).

2.4 Mitt litteratursøk

ProQuest:

Jeg brukte søkeordet ”malnutrition” og fikk 4639 funn. Dette ble for mange artikler og gå gjennom så jeg kombinerte søkeordene ”malnutrition” og ”nursing homes” og fikk da 144 treff. Blant disse kunne jeg bruke 2 forskningsartikler. Videre brukte jeg søkeordene ”malnutrition” og ”dementia” og fikk 33 treff. Her fant jeg 1 artikkel jeg kunne bruke. Da jeg brukte søkeordene ”nutritional status” og ”dementia” fikk jeg 37 treff. Her fant jeg 1 relevant studie.

Vård I Norden:

Når jeg brukte søkeordet ”nutrition” fikk jeg 42 treff. Her brukte jeg 1 forskningsartikkel. Når jeg brukte søkeordet ”ernæring” fikk jeg 21 treff, og fant 1 studie som var relevant. På søkeordet ”äldre” fikk jeg 103 treff, og fant jeg 1 studie jeg ville bruke.

Sykepleien forskning:

Jeg søkte på ”ernæring” og fikk 52 treff, og blant dem 1 studie som jeg ville bruke videre.

BIBSYS: Jeg søkte på ”ernæring” og fikk 3965 treff. En av disse var ”Måltidet til pasienter på sykehjem” av Aune (2009). Denne har jeg brukt i oppgaven.

Jeg fant også to bøker på BIBSYS som var spesielt relevante for min oppgave. Jeg brukte søkeordene ”demens” og ”mat” og fikk dermed 10 treff. ”Til dekket bord. Mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens” av Berg (2002) har som hensikt å sette søkelyset på hvordan måltider kan brukes målrettet i behandling av personer med demens.

”Varför vill Asta inte äta? Måltidssituasjoner i demensvård” av Aremyr (1999) tar for seg hvordan ulike måltidssituasjoner blir påvirket når en person får et demenshandikapp.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk handler om de metodene som er brukt for å kunne fastslå om en kilde er sann. Meningen med kildekritikk er at den skal gi leseren del i de tankene du har gjort deg i forhold til hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det kommer til å belyse problemstillingen din. (Dalland, 2007). Jeg har kun brukt skolens søkemotorer når jeg har søkt etter forskningsartikler, da dette er søkemotorer som er godkjent av skolen. Jeg har også brukt NSD – database for å finne ut om tidsskriftene jeg har funnet forskningsartikler i er av god kvalitet. NSD-Database er en vitenskapelig publiseringskanal som viser oss hvilket nivå et tidsskrift er på. Nivå 1 og 2 indikerer tidsskriftenes rangering i forhold til kvalitet og betyr at de er referee bedømt (Database for statistikk om høgre utdanning, u.å.). Det har vært noe problematisk å finne vitenskapelige artikler som er utelukkende vinklet inn på ernæring i forhold til personer med demens, derfor har jeg valgt å ta med noen forskningsartikler som tar for seg eldre og ernæring på sykehjem mer generelt. Grunnet til at jeg syntes at dette allikevel vil være med på å svare på problemstillingen min er på grunn av at mange eldre som bor på sykehjem i dag lider av demens. Jeg må også ta høyde for at en del av forskningsartiklene jeg har funnet er utført i utlandet og at man da alltid skal stille seg spørrende om den har relevans i det norske samfunn.

3.0 Presentasjon av teoretisk perspektiv

3.1 Sykepleieteoretiker Virginia Henderson

Jeg skriver om ernæring i min bachelor oppgave, og dette ser jeg på som et grunnleggende behov for alle mennesker. Dette er et syn som jeg kan se igjen i Virginia Hendersons sykepleiedefinisjon og grunnprinsipper.

Virginia Henderson var en av de første sykepleierne som prøvde å beskrive sykepleierens særegne funksjon. Hun formulerte sin sykepleierdefinisjon for å kompensere for de manglene og svakhetene hun hadde opplevd i sin egen grunnutdanning, og for den utilstrekkeligheten hun hadde følt selv da hun var lærer ved sykepleierutdanningen. Hendersons sykepleierdefinisjon handler om ulike gjøremål som er viktige for helse, helbredelse eller en fredfull død, og hun ser på kropp og sjel som nært tilknyttet hverandre. Ut i fra dette kommer det frem et menneskesyn som handler om at mennesket har visse grunnleggende behov (Kristoffersen, 2005). Henderson identifiserer disse behovene som ” *mat, hus, klær, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den medmenneskelige sammenheng*” (Henderson, 1997).

Henderson har definert sykepleierens særegne funksjon som:

... å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, 1998, s.45).

Alle mennesker har visse felles grunnbehov, men det er av stor betydning for sykepleieren å forstå at disse behovene kan tilfredstilles på uendelig mange måter (Henderson, 1997).

Virginia Henderson har satt opp 14 komponenter som handler om generell sykepleie. Et av disse punktene handler om *å hjelpe pasienten til spise og drikke*. Hun sier at det kanskje ikke er noe fag som er så viktig som kost- og diettlæren i sykepleierutdanningen. Sykepleieren er den personen som har best mulighet til og merke seg hva en pasient liker og ikke liker, hva han tåler å rapportere dette videre. Hun er også den som kan gjøre mest for å styrke pasientens gode helsevaner, og som lettest kan motarbeide de dårlige. Sykepleieren skal ha nok kunnskap til å gi råd om ernæringsmessige behov, om normal vekt i forhold til høyde og alder og om hvordan mat bør tilberedes (Henderson, 1997).

3.2 Grunnleggende sykepleie til eldre

Sykepleie til eldre mennesker er grunnleggende sykepleie på høyt nivå. Dette forutsetter at vi som sykepleiere har omfattende kunnskap om aldring og om behandling av sykdommer hos eldre. Mange eldre mennesker blir rammet av alvorlige, kroniske lidelser. I tillegg til fysiske plager får kroniske lidelser ofte psykiske og sosiale følger. Det å skulle gi god omsorg til eldre med kroniske lidelser handler om sykepleie av et helt annet omfang enn pleie til mennesker med akutte eller kortvarige lidelser. Ved langvarige lidelser er ikke det viktigste å helbrede, men å forhindre komplikasjoner, rehabilitere personen til maksimalt nivå eller oppnå optimal velvære (Bondevik, 2001).

3.3 Eldre og ernæring

Eldre mennesker defineres ofte som alle voksne over 65 år. Dette kan igjen deles inn i yngre eldre og eldre eldre, med en grense rundt 75-80 år. I forhold til ernæring kan man igjen skille mellom friske eldre og syke eldre. Viktigheten av en god ernæringsmessig tilstand hos eldre er et oversett, men viktig forhold. Spesielt i forbindelse med sykdom oppstår det ofte problemer i forhold til ernæringen (Glindvad og Ravn, 2004).

Da sykdom og funksjonsvikt ofte rammer eldre er det av stor betydning at sykepleiere har kunnskap om ernæringens rolle i aldringsprosessen, og hvilke konsekvenser høy alder har for ernæringsstatus og kosthold. Selv om det er viktig å legge vekt på et sunt og godt kosthold, skal ikke de eldre måtte gå rundt å ha dårlig samvittighet på grunn av at de bruker for eksempel mettett fett. Det er nemlig ikke nødvendig å legge vekt på et kosthold som skal forebygge helseproblemer langt inn i fremtiden når du er nådd en viss alder. Det kan derimot bli nødvendig med forandringer i kosthold dersom det har oppstått, eller kan oppstå et helseproblem (Sortland, 2007)

3.3.2 Kroppslige forandringer hos eldre

Undersøkelser blant friske eldre forteller oss at kroppens sammensetning endres med alderen. Etter å ha passert 70-årsalderen avtar høyden gjennomsnittlig med cirka 1 cm pr. 5. år. Vekten faller gjennomsnittlig med cirka 1 kilo hvert 5. år. Eldre har ofte mer fettvev og mindre muskelvev enn yngre personer. Dette skyldes ikke bare aldringen i seg selv, men er også ett utfall av at eldre ofte er i mindre fysisk aktivitet. Når du blir eldre får du etter hvert dårligere appetitt. Eldre spiser ofte den samme kosten som før, men i mindre mengder. Årsaken til nedsatt appetitt kan være på grunn av at kroppen består av mindre muskelvev og da vil kroppens behov for energi bli mindre. I tillegg har eldre lavere stoffskifte og de beveger seg mindre. Men selv om eldre har behov for mindre mengder mat, har de allikevel et like stort

behov for vitaminer og mineraler som andre. Dette stiller med andre ord krav til matens kvalitet. Dersom en person har svært dårlig matlyst, kan det da bli vanskelig å få i seg nok næringsstoffer (Glindvad og Ravn, 2004). Det er også andre kroppslige faktorer som spiller inn på matinntaket til eldre. Lukte- og smakssansene forringes, som fører til at maten ikke vil smake slik den gjorde før. I tillegg vil det skje endringer i fordøyelsessystemet. Svelgproblemer, tap av tenner og dårlig tilpasset tannprotese kan gjøre det problematisk å tygge. Nedsatt absorpsjon av en del næringsstoffer er også vanlig (Sortland, 2007).

3.3.3 Anbefalt inntak av næringsstoffer

Sosial og helsedirektoratet anbefaler lik sammensetning av de energigivende næringsstoffene til eldre som til befolkningen generelt (Sortland, 2007). Fett bør utgjøre 25-35 energiprosent, Karbohydrater (eksklusiv kostfiber) bør bidra med 50-60 prosent av energiinntaket og protein bør utgjøre 10-20 prosent. Tilsatt sukker bør ikke utgjøre mer enn 10 % av det totale energiinntaket. Inntaket av kostfiber hos voksne bør ligge på 25-35 gram/dag (Sosial- og helsedirektoratet). Til syke og eldre i institusjon, og til eldre med nedsatt appetitt og allmenntilstand anbefaler Sosial- og helsedirektoratet at karbohydrater bør utgjøre 45-50 %, og proteiner bør bidra med 15-20 %. Ved risiko for underernæring bør fett utgjøre 35 % av det daglige energiinntaket. (Sortland, 2007)

3.3.4 Vurdering av ernæringsstatus

Måling av ernæringsstatus er omfattende, og bør inneholde anamnese (intervju om medisinske og sosiale forhold og kosthold), kliniske undersøkelser, antropometriske målinger av vekt, høyde og overarm samt biokjemiske analyser (Sortland, 2007).

Formålet med et kostintervju er å gi en oversikt over pasientens matvaner og daglige kosthold. Dette skal danne grunnlaget for utarbeidingen av matkortet som brukes under innleggelsen. Sykepleieren må få informasjon om pasientens spisevaner, appetitt, matmengde, antall måltider, måltidenes tidspunkt, spesielle ønsker, diett og eventuell overfølsomhet for enkelte matsorter. Innkomsamtalen skal danne grunnlaget for å kunne vurdere pasientens kosthold før innleggelse, slik at eventuell under- eller feilernæring kan oppdages. Innkomsamtalen er også nødvendig for at pasienten skal få sine ønsker og behov oppfylt i forhold til matvalg. Personer som er over 65 år bør ha en kroppsmasseindeks (KMI) på over 24 (Sortland, 2007).

3.3.5. Underernæring

Stratton (2003) definerer underernæring som ” *en langvarig tilstand der ubalanse i energi, proteiner eller andre næringsstoffer forårsaker målbare skadelige effekter på kroppsmasse, kroppssammensetning, funksjoner og klinisk utbytte*” (Sortland, 2007, s.187). Symptomer på

underernæring er vekttap og en kroppsmasseindeks under 18. Huden blir ofte tørr og håret blir tørt og livløst. Blodprøver vil vise at innholdet av albumin i serum er lavt. Blodtrykk vil ofte være vanskelig å måle, og pulsen er langsom. På grunn av større motstand i de perifere blodkarene vil den perifere blodsirkulasjonen reduseres, og dette fører til kalde hender og føtter (Bjerkreim, 2005). Dersom en pasient mister 10 % av sin kroppsvikt innen 5-6 måneder kan dette være et alvorlig sykdomstegn, og vi som sykepleiere skal reagere dersom en pasient har gått ned mer enn 5 kg det siste halvåret eller på 1 kg per uke (Sortland, 2007)

Helsedirektoratet har laget en nasjonal helseplan som fastslår at det er behov for å utvikle systemer som kan fange opp personer som risikerer å utvikle feil- og underernæring. Målet med disse retningslinjene er at personer som er underernærte eller står i fare for dette, skal bli identifisert og få en målrettet ernæringsbehandling. Retningslinjene gjelder for personer som er innlagt på sykehus, sykehjem og andre tilsvarende institusjoner i pleie og omsorgstjenesten, samt hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2009).

3.4 Aldersdemens

Engedal og Haugen (1996) definerer aldersdemens slik:

Aldersdemens er en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person.

Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som språkevne, læring, hukommelse og tenkning.

Sykdommen er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid. (Berg, 2002, s.11)

I Europa går man ut i fra at cirka 60 % av alle personer med demens lider av Alzheimers sykdom og 25-30 % har vaskulær demens. Mange har antageligvis en sammensetning av Alzheimers sykdom og vaskulære forandringer. Omlag 15 % har andre demenstyper (Hoffman mfl. 1991, Ritchie og Kildea 1995, Fratiglioni mfl. 1999, Lobo mfl.2000,I: Berentsen, 2008).

Demens fører til et vidt spekter av symptomer og fører til både mental svikt og svikt i følelsesmessige reaksjoner og atferd. Sviktende hukommelse vil alltid ramme en person med demens, dette gjelder både korttidshukommelsen og langtidshukommelsen. Sviktende oppmerksomhet gjør at den syke vil få problemer med konsentrasjon, orientering og problemløsning. En ser også at personen ofte utvikler språksvikt. Videre kan aldersdemente få problemer med å utføre ulike praktisk handlinger, eller at de ikke klarer å identifisere objekter

selv om de har sansene intakte. Orienteringsvikt er også et vanlig symptom. I tillegg kan pasienten oppleve følelsesmessige endringer. Symptomer som angst, depresjon, uro og forvirring er vanlige. Pasienter med demens kan også utvikle psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger. Noen isolerer seg og blir svært passive (Rokstad, 1997).

I dag er aldersdemens den største årsaken til at eldre legges inn på sykehjem. Demens rammer oftest personer som er over 65-70 år, og da kalles det aldersdemens. Det er viktig å legge vekt på å tilrettelegge forholdene for den demente slik at pasienten har en så god livskvalitet som mulig og kan fungere opp mot det nivået som hjerneskadene tillater (Engedal, 2000).

3.4.1 Målrettede måltider til personer med demens

Thorsen (1993) sier at måltidene er den aktiviteten på en sykehjems - avdeling som gjentar seg flest ganger i løpet av en dag. Måltidene markerer tiden og deler dagen inn i faste deler. Maten og måltidene er noe pasientene kan se fram til og være med på å planlegge (Berg, 2002, s.29). For å opprettholde funksjonsevnen til pasienter med demens er det av stor betydning at de får være aktive med de ferdighetene de fortsatt mestrer. Her kan man bruke måltidene som en målrettet aktivitet i forhold til mange viktige faktorer: Gjentakelse og gjenkjenning, opplevelse av mestring, bedring av orienteringsevne, bruk av sanser, sosial stimulering, trivsel og trygghet, observasjon og vurdering av funksjonsevne (Berg, 2002).

3.4.2. Funksjonshemming ved demens skaper utfordringer ved måltider

Personer som blir rammet av demens kan få problemer med å tenke abstrakt. En tallerk med blomster mønster på kan oppfattes som virkelige, og personen kan bli rådvill eller sint når blomsten ikke kan plukkes opp av tallerkenen. Derfor kan det være lurt å velge ensfargete tallerker eller lignende. Språket kan også forvirre en person med demens. Dette kalles dysfasi. Pasienten kan ha problemer med å sette ord på det han skal frem til, og senere i demensutviklingen vil han også kunne få problemer med å forstå ordene som blir sagt av andre. For at pasienten skal kunne forstå mest mulig er det da viktig at helsepersonellet uttrykker seg kort og konkret, og bruker ord som pasienten fortsatt forstår. Av og til kan det være lettere og vise, eller praktisk hjelpe pasienten i stedet for å prøve å forklare ham det.

Ved demens vil pasienten etter hvert få problemer med å oppfatte sanseintrykk, også kalt dysgnosi. Dette betyr at pasienten vil få problemer med å forstå det som man ser, hører, smaker, lukter eller kjenner. Han kan for eksempel ha problemer med å forstå at det er en tallerk med mat han ser, selv om han kan kjenne lukten av mat. Andre kan ha problemer med

å tolke om maten er varm eller kald. De klarer ikke å avgjøre om maten er varm når de spiser det, men kjenner smerten når maten kommer ned i halsen.

Noen pasienter med demens vil få problemer med å svelge. Dette vil føre til at det tar lang tid å spise. I tillegg til svelgvanskelighetene kan pasienten også føle en redsel for og svelge som vil gjøre det enda vanskeligere. Det finnes flere ulike tiltak som kan hjelpe pasienter med svelgvansker til og lettere få i seg maten. Hjelp pasienten med å sitte oppreist og lett fremoverlutet for og ikke sette maten i halsen. Tykningsmiddel kan gjøre det lettere og svelge. Noen pasienter spiser lettere når den som mater dem demonstrerer hvordan man tygger og svelger. Pass på at pasienten får most mat til måltidene, da dette er enklere og svelge (Aremyr, 1999).

4.0 Resultater og drøfting

I denne delen vil jeg bringe fram resultater fra de artiklene jeg har funnet, samt drøfte de ulike faktorene som skaper utfordringer i forhold til det jeg vil svare på i problemstillingen min.

4.1 Riktig håndterlig mat ved funksjonstap

I studien til Aune (2009) kommer det frem at de aller fleste sykehjemspasientene ønsket å spise selv. Men lidelser som for eksempel demens førte til at det ble nødvendig å tilrettelegge måltidene for å gjøre dette mulig. Spesialtilpasset bestikk, kopper og fat til pasientene var mulige tiltak. Biernacki og Baratt (2001) har undersøkt ernæringsstilstanden blant 20 kvinner med langtkommen demens. Her kommer det frem at det største problemet for pasienter og personalet var dysfagi (svelgproblemer). Av de 20 pasientene i studien, ble 11 regelmessig behandlet for bryst infeksjoner som ble antatt å være relatert til aspirasjon av mat eller drikke. For å prøve å minske faren for aspirasjon begynte sykepleierne å bruke et tykningsmiddel, kalt Thick & Easy i mat og drikke til pasienter med dysfagi. Sykepleierne fikk opplæring i bruken av produktet, og en positiv effekt ble sett nesten med en gang. De rapporterte om betydelig mindre hoste og surkling, og de opplevde i mindre grad at pasientene nektet å drikke. Drikke kan også inneholde næring, derfor ser jeg på dette resultatet fra studien til Biernacki og Barrat (2001) som relevant for min problemstilling. I studien til Suominen et.al (2005) kommer det frem i resultatene at pasienter som hadde problemer med å svelge var oftere underernærte enn andre. Aremyr (1999) underbygger dette med at pasienter med svelgvansker har større fare for å bli underernærte, da måltidene tar så lang tid og pasientene vil være utslitte etter kun en liten mengde mat.

Noen pasienter med demens kan spise selv, men må bruke mye ressurser for å få dette til. Noen kan bruke veldig lang tid på å få i seg små mengder mat. Dersom pasienten ikke kan spise selv er det helsepersonellens ansvar å se til at han får i seg nok næring. I dagens helsevesen ser jeg at dette ofte er en utfordring på grunn av mangel på tid og personale. Man kan jo også spørre seg selv om det er mangel på tid og ressurser som er mest avgjørende eller om problemet er at det blir for lite prioritert i forhold til andre gjøremål?

Henderson (1997) sier at sykepleieren må mate pasienten i tilfeller der han er så syk eller handikappet at han ikke klarer det selv. Men en bør ikke se på det som en selvfølge at alle vil kunne gjøre måltidet tilfredsstillende for en pasient. Hvis pasienten har lite lyst til å spise,

samtidig som han føler at den som mater han ikke gjør det med glede kan dette føre til at han bare trykker maten i seg eller spiser alt for lite. Det er også viktig at vi som sykepleiere oppmuntrer pasienten til og klarer seg selv der han kan.

Jeg mener at det er av stor betydning at vi som sykepleiere oppmuntrer og legger til rette for at pasienten kan spise selv så lenge han kan og ønsker det. Ulike tiltak som de nevnt i undersøkelsene ovenfor kan gjøre det enklere for pasienter med demens som lider av funksjonssvikt til å få i seg nok næring.

I studiene til Biernacki og Barrat (2001) hadde fem av pasientene nedsatt motorikk som førte til at de hadde problemer med å spise selv. Sammen med dårlig konsentrasjon og nedsatt evne til å gjenkjenne måltider førte dette til problemer. Maten ble ofte ignorert, og pasientene hadde vanskeligheter med å få maten inn i munnen. Dette førte til vekttap. Helsepersonellet måtte nå vurdere hvordan maten ble tilbudt, og de prøvde å oppfordre pasientene til å svelge. Dersom pasienten ikke ville spise, fikk de tilbud om snacks, som for eksempel sjokolade, kjeks og kaker. Sykepleierne ble mindre interessert i å sikre pasientene et sunt kosthold, selv om dette var det optimale, og aksepterte at noe mat er bedre enn ingenting. Et eksempel fra studien er en pasient som regelmessig nektet å spise, og hadde store problemer med å svelge. Her fant man ut at pasienten klarte å suge på sjokolade biter, og at hun likte dette. Hun likte også at sjokolade bitene ble blandet sammen med grøt. Så hver gang denne pasienten spiste dårlig økte personalet mengden med sjokolade, og som regel med suksess. Her vil jeg henvise til det Sortland (2007) sier om at smaken av søtt er den eneste smaken som påvirkes i mindre grad når du blir eldre, som for eksempel sjokolade.

I studien av Biernacki og Barrat (2001) kommer det også frem at pasienter som slet med å spise selv, visste større mestring dersom maten de fikk kunne gripes, som for eksempel skiver, chips eller kaker.

Jeg mener at man skal følge et så sunt kosthold som mulig, så lenge pasienten selv liker dette og klarer og opprettholde en tilfredsstillende Body Mass Index (BMI). Men dersom pasienten i perioder kun ønsker sjokolade, som nevnt ovenfor, kan ikke vi som sykepleiere nekte henne det. Her handler det om at dette tiltaket fører til at hun ikke går ned i vekt samtidig som hun får ivarettatt sin autonomi, til tross for en sviktende funksjonsevne.

Jeg tror at det er hensiktsmessig å bruke god tid med pasienten under måltidene, både i forhold til de som spiser delvis selv og de som må mates. Vi må prøve å sette i gang mulige

tiltak som kan hjelpe hver enkelt pasient på det området hvor han sliter funksjonelt. Men på et tidspunkt blir man nødt til å sette en grense. Dersom pasienten kun klarer å spise 1 teskje med mat hvert 10. min, kan vi ikke bruke hele dagen på mating kun for at han skal få i seg et tilfredsstillende næringsbehov. Dette vil være utmattende for både pasient og helsepersonell. I slike situasjoner er antagelig pasienten kommet i en fase av sykdommen hvor ernæringsbehovet ikke lenger kan dekkes, og vi som sykepleiere må klare å godta at han ikke vil spise i samme grad som tidligere i sykdomsforløpet.

4.2 Ernæring og trivsel henger tett sammen

Melheim (2008) har utført en studie på et sykehjem i Norge hvor det blant annet var skjermede lokaler for personer med demens. Hun har tatt for seg hvordan pasientene opplever måltidsfellesskapet i sykehjem. I forhold til bordets beskaffenhet uttrykte pasientene at de var opptatt av at det var fint dekket på og at orden og hygiene ble ivaretatt. Mange satte pris på blomster på bordet eller bildene som hang på veggene, da dette kunne inspirere til samtale eller fremkalle minner fra deres eget hjem.

De fleste informantene i studien til Melheim (2008) uttrykte at de trivdes sammen med de andre rundt bordet. Mange fortalte om samtaler som var givende og fylt av humor, dette gav gode følelser etter at måltidet var over.

Å bruke de ulike tiltakene som ser ut til å ha hatt en positiv virkning på trivselen i denne studien kan nok være aktuelt for pasienter som er i et tidlig stadium av demens. Men pasienter med langtkommet demens kan ha store problemer med å fungere sosialt under måltidene på grunn av ulike faktorer. Her vil jeg henvise til teorien der Aremyr (1999) trekker frem dysfasi og dysnoksi som symptomer på demens som kan påvirke måltidssituasjonen i negativ grad. I en studie av Aune (2009) som også tar for seg måltidet på sykehjem kom kontakten med andre pasienter lite frem. Forfatteren konkluderer med at en årsak til dette kan være at et økende antall demente på avdelingen kan hindre sosial kontakt og fellesskap under måltidet. Her vil jeg henvise til Melin og Götestam (1981) & Davis og Snaith (1985) i teorien som går videre på dette og sier at en typisk trekk ved demens er sosial passivitet. Pasienten sier mindre, virker mindre engasjert og tar ikke initiativ (Sitert i Berg, 2002, s.42).

Det å trives i sine omgivelser har mye si for pasientens opplevelse av hverdagen. Dersom pasienten ikke trives på avdelingen vil dette kunne føre til nedsatt matlyst. Det kan ofte være et problem å få personer med demens til å finne seg til rette når de kommer til en sykehjemsavdeling på grunn av at de ikke forstår at de er syke og ikke kan klare seg selv.

Mange vil hjem, og tror kanskje at de har noen hjemme som venter på dem, eller at familien ikke vet hvor han/hun er. Dette er utfordringer som er særegne på en demensavdeling på grunn av at pasienten ikke vil huske hva vi forteller dem etter en kort stund. Da kan de kanskje hjelpe å engasjere pasienten i andre ting, å prøve å lede ham inn på andre temaer som kan være interessante.

Men tiden strekker ikke alltid til for helsepersonellet under måltidene. Informantene til Melheim (2008) bekrefter at travelheten førte til at personalet ikke kunne sette seg ned under måltidene. Det var ingen som hadde direkte ønsker om at de burde sette seg ned ved bordet, men flere syntes det var positivt når de gjorde det. Her ble spesielt ettermiddagskaffen fremhevet som et måltid som gav mer rom for samtale.

I tillegg til samvær og kommunikasjon med andre under måltidene mener jeg at utformingen av måltidene kan være med på å skape trivsel for pasientene. I studien til Aune (2009) la personalet vekt på et hjemlig miljø, hvor pasienten får mulighet til å forsyne seg selv dersom han klarer det. Aremyr (1999) går videre på dette og sier at bordplassering også kan ha innflytelse på trivselen til personer med demens. Vi må tenke over hvilke personer som kan trives i hverandres selskap og la disse sitte ved siden av hverandre.

Det er også viktig at de som ikke liker å spise med andre får oppleve trivsel under måltidene. Da de sitter alene vil de være ekstra avhengige av oppmerksomhet fra personalet. Mine erfaringer er at disse pasientene ofte blir glemt under måltidene. Pleiepersonalet går inn med maten, gir pasienten dens eventuelle medisiner og kommer deretter ikke tilbake før måltidet er over. Her mener jeg at det bør tilrettelegges slik at disse pasientene har noe hos seg under måltidene dersom de ønsker det. Dette vil kunne bidra til sosial stimulering på hver enkelt pasients premisser slik at det ikke blir for mye prat og stress, da det kanskje er dette pasienten vil unngå ved å sitte alene. Dersom tiden ikke strekker til kan jo en av de ansatte på avdelingen sitte litt hos hver av dem som sitter og spiser alene.

I mine øyne fører dette til økt trivsel som igjen kan bidra til en tilfredsstillende ernæring hos eldre med demens.

4.3 Ulike tiltak som kan kontrollere næringsinntaket

I studien av Aune (2009) erfarte flere ansatte at den største utfordringen deres var å sørge for at pasientene spiste nok og opprettholdt vekten. Dersom de registrerte redusert matinntak hos

en pasient ble dette muntlig rapportert videre til ansvarlig sykepleier som igjen ga beskjed til tilsynslegen.

En studie av Munch et al. (2006) har funnet ut mer om personalets kunnskap og holdninger om ernæring til eldre på sykehjem. Her kom det fram at kun 18 (13 %) av de 136 informantene veide normalvektige beboere etter anbefalingen. Dersom pasienten var undervektig ville 50 (37 %) av de 136 informantene veid dem etter anbefalingene. Resultatene fra denne studien indikerer at veiing av pasientene er dårlig innarbeidet blant helsepersonell. Sortland (2007) sier at alle pasienter som bor på sykehjem bør veies minst 1 gang i måneden og enda oftere dersom pasienten lider av sykdom.

Dette er en enkel måte og holde kontroll på om pasienten har en tilfredsstillende ernæring.

Demens fører til hukommelsessvikt og de vil da etter hvert ikke klare å kontrollere hvor mye næring de får i seg. Da er det vårt ansvar som sykepleiere å se til at hver enkelt pasient får i seg en tilfredsstillende mengde næring. Min erfaring i praksis er at vi tror pasientene får i seg mer næring enn de egentlig har gjort. Da jeg skrev oppgaver i min praksisperiode på en demensavdeling lagde jeg skjemaer for nærings- og væskeinntak på et par pasienter som var undervektige. Resultatene viste at inntaket til disse pasientene var ganske mye mindre enn hva både jeg og pleiepersonalet hadde trodd.

For å kunne kontrollere hva pasientene får i seg daglig mener jeg at vi som sykepleiere må legge større vekt på å kontrollere hva hver enkelt pasient spiser under hvert måltid. Dette gjelder spesielt dersom pasient står i fare for, eller er undervektig. Dersom pasienten har hatt en normal BMI over lengre tid, og blir veid regelmessig etter anbefalingene vil ikke dette være like vesentlig. Jeg mener at helsepersonell burde notert hva den enkelte med fare for, eller kjent undervekt fikk i seg under hvert måltid og deretter regne ut hvor mye næring den enkelte fikk i seg hver dag. På denne måten kan man oppdage personer som får i seg for lite næring, og dermed prøve og iverksette ulike tiltak som passer til den enkelte. Dette vil selvsagt kreve en del engasjement og tid fra oss sykepleiere. Jeg vil henviser til Sortland (2007) som også sier at kostregistrering er nyttig for å finne ut hva pasienten spiser her og nå. Videre skriver hun at måling og veiing av maten pasienten spiser er mest nøyaktig.

4.4 Øke kunnskap om ernæring

En studie av Suominen, Kivisto, & Pikala (2007) har undersøkt om økt kunnskap blant fagutdannede på avdelinger for demente kan ha noe og si for pasientenes ernæringsstatus. Utdanningen besto av seks treningsøkter med forelesninger, gruppediskusjoner og oppgaver.

Før utdanningen fikk pasientene i seg et gjennomsnittlig energiinntak på 1230 kcal/dag, mens de 1 år etter utdanningen fikk i seg 1487 kcal/dag. Fagpersonene lært å bruke å tolke Mini Nutritional Assessment (MNA). Det og skrive detaljerte matdagbøker og analysere dem i et multiprofesjonelt team ble sett på som den viktigste kilden for læring.

I studien av Munch et al. (2006) har personalet på sykehjemmene fått spørsmål om deres kunnskap og holdninger om ernæring til eldre. 15 % av dem svarte riktig på spørsmålet om de anbefalte grensene for når eldre er undervektige. På spørsmålet om hvilket energibehov underernærte eldre har, svarte kun 17 % av dem et svar som stemte overens med anbefalingene. Da pleiepersonalet ble spurt om de hadde lest litteratur som henvender seg til helsepersonell på sykehjem, svarte kun 26 av 136 deltagere at de hadde lest dette. Forfatterne av denne studien konkluderer med at grunnen til at ernæring blir såpass lite prioritert kan skyldes personalets kunnskap, holdning og handling i forhold til dette området.

Alfengård og Klevsgård (2005) har i sin studie om kartlegging av rutiner og behov for utdanning i forhold til ernæring funnet ut at spørsmål knyttet til ernæring bør få mer oppmerksomhet. Dette gjelder både i forhold til identifisering av risiko-pasienter og utvikling av standardiserte prosedyrer i forhold til ernæring gjennom å kartlegge ernæringsstatus, måltidsvaner, tygg- og svelg vansker ved ankomst, kontroll av vekt, registrering av BMI, bruk av MNA, registrering av energiinntak pr. døgn også videre. Også dokumentasjon av pasienters ernæringsmessige status må bedres gjennom og for eksempel bruke en ernæringsjournal.

Virginia Henderson (1998) sier at når en sykepleier skal hjelpe pasientene med grunnleggende gjøremål, som å spise og drikke tilstrekkelig, har hun et ubegrenset behov for kunnskaper innen biologiske og sosiale fagområder og i de ferdighetene som er basert på dem.

For å kunne følge opp ernæringsstatusen til demente på sykehjem ser jeg på det som grunnleggende at vi som sykepleiere har god nok kunnskap om ernæring. Hvis ikke kan det bli vanskelig å oppdage pasienter som står i fare for å utvikle en dårlig ernæringsmessig status, og vi vil heller ikke ha nok kunnskap til å iverksette riktige tiltak. Hvordan kan man da øke kunnskapen blant helsepersonell? Jeg mener at ernæring er et så viktig område av sykepleien at vi burde fått tilbud om å gå på kurs eller forelesninger som belyser dette emnet. Dette kunne igjen blitt lært videre til andre som jobber på sykehjemmet. På denne måten kunne alle fått styrket sin kunnskap om ernæring. Her vil jeg henvise til Demensplanen 2015 som sier at kvalifisert helsepersonell først og fremst sikres gjennom en styrking av den faglige

kompetansen om psykisk helse, geriatri og demenssykdommer og gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak (Sosial og Helsedirektoratet, 2008).

I tillegg mener jeg at vi som sykepleiere har en personlig plikt til å holde oss faglig oppdaterte på utfordringer vi møter der vi jobber. Derfor må vi selv oppsøke relevant litteratur for å holde oss oppdatert. Dette er også pålagt gjennom lovverk: § 4 i helsepersonelloven utgjør et krav til sykepleiere om å være faglig forsvarlige (helsepersonelloven, 1999). Bestemmelsen legger vekt på at hjelpen som gis skal være faglig forsvarlig, samtidig som det ytes omsorgsfull hjelp (Mølven, 2006).

Sellevold (2005) startet en undersøkelse på et undervisningssykehjem hvor hun ville kartlegge pasientenes ernæringstilstand, sykehjemmets rutiner, systemer og ressurser. Her kommer det frem at deltakerne i prosjektet etterlyste kunnskap om eldre og ernæring. Det ble derfor arrangert et heldags kurs om eldre og ernæring for alle som var med i ernæringsgruppen. Jeg mener at på denne måten vil den nye kunnskapen kunne bli presentert til alle på de ulike avdelingene av de som er med i ernæringsgruppen, og kompetansen om eldre og ernæring på sykehjem vil øke.

4.5 Tiltak som kan forhindre underernæring når pasienten har nedsatt matlyst

Dersom pasienter med demens opplever nedsatt matlyst, er faren stor for at pasienten ikke får i seg tilfredsstillende næring, og dermed går ned i vekt. I en studie av Suominen, Muurinen, Routasalo, Soini, Suur-Uski, Peiponen, Finne-Soveri & Pitkala (2005) fikk eldre sykehjemsbeboere i Helsinki undersøkt sin ernæringsmessige status gjennom en MNA test. Mindre enn 17 poeng indikerer underernæring, 17-23,5 poeng betyr at pasienten står i fare for å bli underernært, mens 24 poeng eller mer indikerer en god ernæringsmessig status. Her kom det fram at beboere med demens oftere hadde en nedsatt ernæringsmessig status. Av de 607 pasientene som hadde en MNA på <17 led 83,1 % av disse av demens. Av de 1277 beboerne som sto i fare for å bli underernærte, hadde 69,9 % av disse demens. Innenfor de 230 pasientene som hadde en MNA på over 23,5 var 43,6 av disse pasienter med demens. De pasientene som spiste alt, eller nesten alt av porsjonene de fikk servert, eller dersom de spiste snacks mellom måltidene hadde en bedre ernæringsmessig enn de som ikke gjorde dette.

For å kunne hjelpe en pasient med demens og nedsatt matlyst, som lider av undervekt mener jeg at det er viktig at vi prøver å kartlegge hva som kan være årsaken til dette. Ut ifra dette kan vi lage individuelle tiltak som kan tenkes og hjelpe for akkurat den pasienten. Små

måltider, som er appetittlig lagt opp kan virke enklere å spise opp enn store porsjoner. I tillegg kan det være lurt å tilby pasienten ønskekost dersom det for eksempel er noe han liker spesielt godt. Næringsdrikker er også en løsning hvis pasienten liker disse, da man vil få i seg mye næring uten at måltidet er så stort.

Henderson (1997) sier at en del av den generelle sykepleien innenfor ernæring å hjelpe pasienten til å sitte slik han er vant til å sitte når han spiser, tilby ham smakfulle måltider som er appetittvekkende lagt opp. Da spiser gjerne pasienten mer.

I en studie av Ebrahimi og Wijka (2009) kommer det frem at 27 (87 %) av de spurte pasientene hadde en faste mellom kvelds og frokost som var på over 11 timer. Av disse personene var åtte underernærte og fem sto i fare for å bli det.

På sykehjem er det vanlig med tre store måltider i løpet av en dag, i tillegg til kaffemat. For pasienter med demens som er underernærte tror jeg det kan være lurt å legge til flere små mellommåltider i løpet av dagen, og på denne måten få i seg mer næring. Siden kveldsmaten ofte blir servert tidlig er det rom for flere måltider etter dette slik at lengden mellom kvelds og frokost ikke skal bli så stor. Her vil jeg henvise til Sortland (2007) som også understreker at maten må serveres med passende mellomrom og fordeles jevnt utover dagen. Dette fører ofte til et økt matinntak for pasienter som spiser lite.

I studien til Aune (2009), hvor sykehjemmet hadde et produksjonskjøkken som lå i nærheten av spisestuen, kom det frem at lukten av mat kunne skape forventninger om et godt måltid og skjerpe appetitten for noen pasienter. Jeg tror det kan være appetittvekkende dersom pasientens sanseinntrykk er positive, for eksempel lukten av mat og fin anretning av måltidet.

Jeg vil også få understreket at nedsatt matlyst er en naturlig del av det og bli eldre. De fleste eldre spiser mindre enn de gjorde før. Dette trenger ikke ses i sammenheng med sykdom, mistriivsel eller lignende. Det er når næringsinntaket blir så lavt at pasienten står i fare for å bli underernært at vi som sykepleiere må se alvoret og se om det kan være andre årsaker enn alderdom i seg selv som spiller inn.

Til slutt vil jeg ta med en studie av Faxen Irving, Basun & Cederholm (2005) som har undersøkt om det er en sammenheng mellom endring i vekt og endring i Mini-Mental State Examination (MMSE) som kartlegger graden av kognitiv svikt. Det ble ikke funnet noen direkte sammenheng mellom disse to, da en undersøkelsesperiode på 3 uker antageligvis har

vært for kort, men økningen i MMSE var heller trolig en kombinert effekt av tilpassede måltider med forsterket mat og et miljø preget av omsorg og sosialt samspill.

Dette tyder på at de ulike tiltakene jeg har tatt med i drøftingen min som tilpassede måltider, riktig mat og trivsel ikke bare kan føre til bedre ernæringsmessig status, men også en bedret kognitiv funksjon.

5.0 Konklusjon

Det viser seg at underernæring er vanlig blant pasienter med demens. Det er flere faktorer som skal ligge til rette for å kunne opprettholde en tilfredsstillende ernæring til personer med demens på sykehjem:

Mange med demens lider av funksjonstap. Forskning viser at tiltak som Thick&Easy og mat som kan gripes kan være til hjelp. Hver pasient må få hjelp gjennom individuelle tiltak, slik nevnt i drøftingen. Trivsel og ernæring henger også sammen. Hjemlige omgivelser og sosialt samvær med andre ble sett på som positivt i en studie. Men å skape trivsel på disse primissene kan være problematisk for pasienter med langtkommen demens der sosial passivitet er vanlig.

For å kunne sørge at pasienter med demens får en tilfredsstillende ernæring er det av betydning og kunne kontrollere næringsinntaket deres. Men det viser seg at tiltak som regelmessig veiing av pasientene er dårlig innarbeidet blant helsepersonell. Ut i fra min litteraturstudie ser jeg også at kunnskap om ernæring er avgjørende for å kunne bidra til en tilfredsstillende ernæring. Når undervisning om ernæring ble prioritert så man at næringsinntaket blant pasientene med demens økte. Dersom pasienten lider av nedsatt matlyst er det også av betydning at man setter i gang tiltak, blant annet gjennom positive sanseintrykk.

Arbeidet med denne litteraturstudien har vært en lærerik prosess som har økt min forståelse for hvor viktig det er at vi som sykepleiere er mer bevisste på å opprettholde en tilfredsstillende ernæring blant pasienter med demens på sykehjem.

Litteraturliste

Alfengård, K. & Klevsgård R. (2005) Nutrition inom vård och omsorg. Kartläggning av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition inom slutenvård och inom vården av äldre i olika boendeformer i ett län i södra Sverige. *Vård i Norden* 25(2) (42-47)

Aremyr, G. (1999) Varför vill Asta inte äta? Måltidssituationer i demensvård. Stockholm: Liber AB.

Aune, A.G. (2009) Måltidet til pasienter på sykehjem. Masteroppgave: NTNU

Berentsen, V.D. (2008) Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranoff A.H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk (s.355)

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

Biernacki, C. & Barratt Janice (2001) Improving the nutritional status of people with dementia. *British Journal of Nursing*, 10(17), s. 1104-1114.

Bjerkheim, T. (2005) Væske og ernæring. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red) *Grunnleggende sykepleie. Bind 2*. (s. 117-) Oslo: Gyldendal Akademisk

Bondevik, G. (2001) De eldste eldre. Erfaringer og refleksjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2000). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2007) Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Database for statistikk om høgre utdanning (u.å.) NSD – register over publiseringskanaler. Hentet fra: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/>

Ebrahimi, Z. & Wijk, H. (2009) En hypotesegenererende studie av nattfastans lengde, underernæring och hälsrelaterad livskvalitet hos äldre. *Vård i Norden*, 29 (1). s. 45-48.

Engedal, K. (2000) Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Faxén-Irving, G., Basun, H. & Cederholm T. (2005) Nutritional and cognitive relationships and long-term mortality in patients with various dementia disorders. *Age and ageing* 34(2) 136-141

Forsberg, C. & Wengstrøm Y. (2008) Att göra systematiska litteraturstudier. Vurdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur

Glindvad, J. & Ravn, A.W. (2004) Ernæring og sygepleje. Oslo: Munksgaard

Helsedirektoratet (2008) Demensplan 2015 ”Den gode dagen”. Hentet 11. januar fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf

Helsedirektoratet (2009) Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Hentet 11. januar fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00134/Nasjonale_faglige_r_134659a.PDF

Henderson, V. (1997) ICN. Sykepleiens grunnprinsipper. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Henderson, V. (1998) Sykepleiens natur. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning. Refleksjoner etter 25 år.

Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red) *Grunnleggende sykepleie. Bind 4.* (s. 34-38) Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli nr. 64.* Hentet 20. januar 2009 fra <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#4>

Melheim, B.G. (2008) Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem. *Sykepleien forskning.* Hentet 12. januar fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-forskning?p_document_id=117235

Molven, O. (2006) Sykepleie og jus. Oslo: Gyldendal Akademisk

Munch, C., Pedersen, P., Færgeman K. & Thulstrup A.M. (2006) Plejepersonalets viden og holdning om ernæring til ældre plejehjemsbeboere – en spørgeskemaundersøgelse. *Vård I Norden 26(1)* 20-24

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver. Oslo : Gyldendal akademisk

- Rokstad, A.M.M. (1997) Mental aktivitet. I: Karoliussen, M. & Smebye, K.L. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk (s.535-537)
- Sellevold, G.S. (2005) Del II Et kvalitetssikringsprosjekt. I: Sellevold, G.S. & Skulberg, V.B. *Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter: et kvalitetssikringsprosjekt*. Bergen : Nasjonalt formidlingscenter i geriatri. s. 25-38
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Hentet 19. januar fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1219_2606a.pdf
- Sortland, K. (2007). Ernæring: mer enn mat og drikke. (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Suominen, M., Kivisto, SM., & Pikala KH. (2007) The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *European Journal of Clinical Nutrition* 61. S. 1226-1232.
- Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A., Finne-Soveri, H. & Pitkala K.H. (2005) Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition* 59. S. 578-583

Vedlegg 1

Presentasjon av selvvalgte forskningsartikler

Artikkel 1

Tittel: Nutrition inom vård och omsorg. Kartläggning av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition inom slutenvård och inom vården av äldre i olika boendeformer i ett län i södra Sverige.

Forfattere: Alfengård, K., Klevsgård, R.

Publisert i: Vård I Norden

År: 2005

Metode: Kvalitativ og kvantitativ

Studienes hensikt var å kartlegge ernæringsrutiner og se om det foreligger noen forskjeller mellom sykehus og kommunehelsetjenesten angående dette. Resultatene viser at behovet for å lære mer om ernæring var nødvendig både på sykehus og i kommunehelsetjenesten.

Artikkel 2

Tittel: Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki

Forfatter: Suomien, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A., Finne-Soveri, H. & Pitkala, KH.

Publisert i: European Journal of Clinical Nutrition

År: 2005

Metode: Kvantitativ

Hensikten med studien var å samle informasjon om ernæringsmessige problemer og faktorer som fører til dette på alle sykehjem i Helsinki, Finland. Pasientene ble vurdert ut ifra en Mini Nutritional Assessment test (MNA). 29 % av de spurte i studien var underernærte (MNA <17), og 60 % sto i fare for å bli det (MNA 17-23,5).

Artikkel 3

Tittel: Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem

Forfatter: Melheim B.G.

Publisert i: Sykepleien Forskning

År: 2008

Metode: Kvalitativ

Hensikten med artikkelen var å beskrive eldre pasienters erfaringer med måltidene i sykehjem. Resultatene viser at måltidene var viktige for pasientens sosiale liv med hverandre sammen med matens nytelse. Måltidene ble en kilde for velvære alene eller i samvær med andre, selv med reduserte kommunikasjonssevner og begrenset sosial interaksjon. Selv om personalet ofte var travelt opptatt med og servere, roste pasientene deres bidrag til samtale.

Artikkel 4

Tittel: Plejepersonalets viden og holdning om ernæring til eldre plekehjemsbeboere – en spørreskemaundersøgelse.

Forfatter: Munch, C., Pedersen, P., Færgeman, K. & Thulstrup A.M.

Publisert i: Vård i Norden

År: 2006

Metode: Kvantitativ

Hensikten med studien var og undersøke pleiepersonalets kunnskap og holdninger i forhold til den ernæringsmessige tilstanden til pasienter på sykehjem. Ut i fra dette ville de finne ut mer om pleiepersonellet bruk av ernæringscreening, kunnskap om eldres energibehov og energifordeling, samt om de leste nyere faglitteratur om ernæring. Studien viser at ernæring blir lavt prioritert blant helsepersonellet.

Artikkel 5

Tittel: En hypotesgenererende studie av nattfastans längd, underernäring och hälsrelaterad livskvalitet hos äldre.

Forfatter: Ebrahimi, Z. & Wijk, H.

Publisert i: Vård i Norden

År: 2009

Metode: Kvantitativ

Hensikten med studien var å kartlegge lengden på nattfasten, frekvens og grad av underernæring og helse relatert livskvalitet hos eldre. Funnene fra studiene tyder på at kombinasjon av underernæring og lang nattfaste påvirker de eldres livskvalitet negativt og at livskvaliteten kan bedres dersom nattfastens lengde blir mindre.

Artikkel 6

Tittel: Improving the nutritional status of people with dementia

Forfatter: Biernacki, C. & Barratt J.

Publisert i: British Journal of Nursing

År: 2001

Metode: Kvalitativ

Artikkelen diskuterer fremdriften hos et utvalg av 20 beboere som har bodd på en langtids avdeling i 6 år, og viser hvordan et tverrfaglig team åpnet, utviklet og anvendte et evidensgrunnlag som skulle øve til fordel for utvalget. Resultatene viser at underernæring kan bli reversert, og at pasienter som har langtkommen demens kan forbedre sin ernæringsmessige status.

Artikkel 7

Tittel: Nutritional and cognitive relationships and long-term mortality in patients with various dementia disorders.

Forfattere: Faxen- Irving, G., Basun, H., Cederholm T.

Publisert i: Age and Ageing

År: 2005

Metode: Kvantitativ

Forfatterne har under et sykehus opphold på 3 uker sett på om det er noen sammenheng mellom vekt og kognitiv funksjon. Pasientene ble innlagt for evaluering og kognitiv dysfunksjon. Under oppholdet ble det observert en gjennomsnittlig vektøkning på $0,5 \pm 1.8$ kg og en økning i MMSE score på $0,9 \pm 3$. Men disse endringene så ikke ut til å ha noen sammenheng. En BMI på <23 var assosiert med økt risiko for 7-års dødelighet, som var uavhengig av alder, mannlig kjønn, demens diagnose og komorbiditet.

Artikkel 8

Tittel: The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards.

Forfattere: Suominen, M., Kivisto, SM., & Pikala KH.

Publisert i: Journal of Clinical Nutrition

År: 2007

Metode: Kvalitativ og kvantitativ

Hensikten med studien var å utvikle utdanning om ernæring for utdannet helsepersonell på demens avdelinger og evaluere effekten av dette. Etter undervisningen syntes fagfolkene det var lettere å svare på de ernæringsmessige problemene til pasientene. Etter 1 år hadde beboernes betyrlige energiinntak økt 21% fra 1230 til 1487 kcal. Utdanningen hadde positiv effekt på ernæringen til beboerne på demens avdelinger.

