

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

2009, ÅRGANG 1, NUMMER 3



TEMA:
Ernæring til eldre mennesker



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g (20 dråper) inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tils. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tils. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneholdt: laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig. Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig. Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig. Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (40 dråper) daglig. **Nedsatt nyrefunksjon**: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper)/dag. **Nedsatt leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfoll, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenaytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokloriazid eller kombinasjonspreparater med hydrokloriazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING**: *Overgang i placenta*: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. *Overgang i morsmelk*: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskilles antas å forekomme. Amming frarådes under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. *Hyppige (>1/100)*: Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. *Mindre hyppige*: Gastrointestinale: Oppkast. Hjerne/kar: Hjertesvikt. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisisme. Øvrige: Tretthet, soppiinfeksjoner. Krampeanfoll er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: *Symptomer*: Hvh. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnlighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble resitueret. *Behandling*: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01. **EGENSKAPER**: *Klassifisering*: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. *Virkningsmekanisme*: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. *Absorpsjon*: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max}: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. *Proteinbinding*: Ca. 45%. *Fordeling*: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. *Halveringstid*: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. *Metabolisme*: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. *Utskillelse*: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g kr 835,10. Tabletter: Enpac.: Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg kr 603,40. 10 mg: 30 stk. kr 536,50. 50 stk. kr 828,20. 100 stk. kr 1621,30. 20 mg: 28 stk. kr 966,30. 98 stk. kr 3267,10. **PRISER SIST ENDRET**: 01.03.2009

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no



Alzheimers sykdom:*

Ny tablettstyrke og praktisk dosering

ÉN gang om dagen
er enklere enn TO
ganger om dagen.



BYTT TIL
20 mg
NÅ!

ENKEL BEHANDLING

Ebixa
ÉN OM
DAGEN
20mg

NYHET!

Ebixa®
memantin

www.ebixa.com

Gode løsninger som gir en tryggere hverdag



NYHET! MemoMini
er et særdeles enkelt hjelpemiddel som leser opp tiden og inntil 10 innspilte huskelapper og avtaler. Lett å bruke, lett å ta med.



Memo
er en fleksibel, talende klokke som gir struktur på dagen og hjelper deg å huske dine gjøremål året rundt. Den bærbare enheten, MemoGo kan stå i basen eller tas med. Da får du beskjed uansett hvor du er.



MEMOplanner
er en digital kalender som gir påminnelse og god oversikt over dine gjøremål året rundt. Påminnelser mottas som lyd, talemelding eller SMS. Tilrettelegges direkte på pekeskjermen eller via Internett.



KjempeKnotten
er et tilleggstastatur som kan brukes sammen med telefonen din. Direktevalgtastene kan tilpasses med bilder, tall eller tekst. Ett trykk, og du kommer til den du vil snakke med.



Falck FallAlarm
registrerer fall og sender alarm hvis du blir liggende nede. Kan kobles til en vanlig trygghetsalarm. Alarmen kan overføres til telefon eller mobiltelefon.



Som tiden går
er en brosjyre med oversikt over hjelpemidler som kan gjøre hverdagen lettere for eldre. Du kan laste den ned fra vår hjemmeside, eller få den tilsendt hvis du tar kontakt.

Vi har produkter og gode løsninger innen alle våre fagområder. Se vår hjemmeside med aktuelle nyheter, kurs og presentasjoner.

Vi jobber med hjelpemidler – det handler om mennesker

Falck Igel AS – Tlf 37 14 94 50 – post@falckigel.no – www.falckigel.no

Abonner på GERIATRISK SYKEPLEIE

I 2010 vil Geriatrisk Sykepleie utgis med fire nummer. Tidsskriftet er et medlemsblad for sykepleiere i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Alle medlemmer i faggruppen får tilsendt bladet som en del av sin medlemskontingent. Andre som interessert i fagfeltet kan tegne abonnement..

Tema i 2010:

- Brukermedvirkning/bruk av tvang
- Legemidler og eldre mennesker
- Delirium
- Dokumentasjon

Abonnementpris:

Enkeltpersoner:

- Norge: kr 300/år
- Internasjonalt: kr 400/år

Institusjon/bibliotek:

- Norge: kr 800/år
- Internasjonalt: kr 900/år

Fyll ut og returner skjemaet til redaktøren:

Karen Bjøro, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo

Eller send opplysningene i en e-post til

karen@nsfgeriatridemens.no

Navn:

.....

Adresse:

Postnummer:

Sted:

Land:

Er abonnementet

Personlig?

Institusjonsabonnement?

Leder: Hilde Fryberg Eilertsen, Vikveien 21, 9022 Krokeldalen, Telefon: 77 69 92 68, Mobil: 901 04 323, Arbeid: Tromsø Kommune, Omsorgstjenesten Fastlandet, Tomasjord
E-mail: hilde@nsfgeriatridemens.no

Nestleder: Siri Elisabeth Meyer, Hytteveien 6, 3477 Båtstø, Telefon: 31 28 89 22, Mobil: 918 03 883, Arbeid: Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag, Drammen
E-mail: siri.meyer@hibu.no

Kasserer: Tone Brandeggen, Lensmann Blixv. 15, 4026 Stavanger
Telefon: 51 52 70 97, Mobil: 472 39 212
Arbeid: Universitetssykehuset i Stavanger, Medisinsk klinikk
E-mail: tone@nsfgeriatridemens.no

Sekretær: Målfrid Schiager, Øversbygd 188, 2836 Biri, Mobil: 918 48 348
Arbeid: Biri Omsorgssenter, hjemmetjenesten, Gjøvik kommune
E-mail: maalfrid@nsfgeriatridemens.no

Redaktør: Karen Bjøro, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo, Telefon: 22 14 21 68 (p), 22 11 99 48 (a), Mobil: 481 04 697, Arbeid: Ullevål universitetssykehus, Bevegelsesdivisjon
E-mail: karen@nsfgeriatridemens.no

1. varamedlem: Torhild Warland, Kvernevikvn 13, 4048 Hafsrjord, Telefon: 51 55 28 75, Mobil: 990 30 493, E-mail: torhild@nsfgeriatridemens.no

2. varamedlem: Anna Særrnmo, Elvevn. 15, 4823 Nedenes, Telefon: 37 09 49 15 (p), 37 25 64 19 (a), Mobil: 974 79 455, E-mail: annikarlens@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Agder:

May Ødegård, Eskedal, Grømjordet 7, 4877 Grimstad - Mobil: 99 41 93 00
E-mail: may.odegard@grimstad.kommune.no

Lokalgruppeleder i Hordaland:

Bente Louise Fløisand, Sophus Philsgt 9., 5035 Bergen - Tlf.: 91 36 32 27
E-mail: BenteLouise.Floisand@bergen.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oppland:

Anne Nora Løsneløkken, Meierivegen 1, 2816 Gjøvik, Mobil: 907 49 228
E-mail: losneslokken@online.no

Lokalgruppeleder i Oslo:

Christine Jærv Ekrheim - Mobil: 958 01 093, E-mail: christineekrheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Torhild Warland, (se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen, (se landsstyret)

Kontaktperson i Akershus:

Styret etterlyser interessert medlem som arbeider i Akershus som kan være kontaktperson

Kontaktperson i Buskerud:

Anne Marie Aamodt, Maurrudløkka 6, 3408 Tranby - Mobil: 404 98 635
E-mail: annemarie@aamodt.net

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund, Alma Halses v 44 A, 9511 Alta - Tlf.: 78 43 18 61, Mobil: 99 64 64 78
E-mail: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Hedmark:

Margot Storm, Ellevsæterveien 315, 2380 Brumunddal - Tlf.: 62 34 04 59,
Mobil: 95 07 94 60 - E-mail: margot.storm@bluezone.no

Kontaktperson i Møre og Romsdal:

Linda Rønning, Vorpebakken, 6408 Aureosen - Mobil: 99 69 08 29
E-mail: linda.ronning@molde.kommune.no

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen, Kløverengveien 36, 8011 Bodø - Tlf.: 75 55 41 32, Mobil: 91 12 24 15
E-mail: kirsten.willumsen@bodo.kommune.no

Kontaktperson i Nord-Trøndelag:

Styret etterlyser interessert medlem som arbeider i Nord-Trøndelag som kan være kontaktperson

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Mari Brekke, Fretheimshaugane, 5743 Flåm - Tlf.: 57 63 22 95, Mobil: 91 11 12 94
E-mail: maribrekke@hotmail.com

Kontaktperson i Sør-Trøndelag:

Ann-Kristin Lyngvær, Slettvik, 7318 Agdenes - Mobil: 92 62 50 77
E-mail: ann.kristin.lyngvaer@stolav.no

Kontaktperson i Telemark:

Ulla Esborg, Breidablikkbakken 15 A, 3910 Porsgrunn, Mobil: 46 78 89 06
E-mail: ulla.esborg@gmail.com

Kontaktperson i Vestfold:

Veslemøy Bakke, Hunsrødgrenda 7, 3241 Sandefjord, Mobil: 91 86 39 33
E-mail: vesbakke@start.no

Kontaktperson i Østfold:

Styret etterlyser interessert medlem som arbeider i Akershus som kan være kontaktperson

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

Geriatrisk Sykepleie utkommer fire ganger fra 2010. Utgis av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Redaktør

Karen Bjøro, PhD
Arnulf Øverlands vei 266
0763 Oslo
Tlf. 22 14 21 68;
Mobil: 481 04 697
e-post: karen@nsfgeriatridemens.no

Redaksjonskomite/ Faglige medarbeidere

Siri Meyer, høgskolelektor,
Høgskolen i Buskerud

Liv Wergeland Sørbye, PhD, førsteamanuensis, Diakonhjemmet høgskole

Solveig Hauge, PhD, førsteamanuensis, Universitetet i Oslo

Abonnement 2010

Tidsskriftet distribueres gratis til medlemmene av NSF FGD. Personlig abonnement i Norge: kr 300,- Internasjonalt: kr 400,-. Institusjonsabonnement i Norge /biblioteker: kr 800,-. Send bestilling til: karen@nsfgeriatridemens.no

Annonser

Karen Bjøro
karen@nsfgeriatridemens.no
Tlf: 22 14 21 68;
Mobil 481 04 697

Frister fagartikler 2010

Nr. 1 15. januar
Nr. 2 15. april
Nr. 3 15. juli
Nr. 4 15. oktober

Distribusjonsdato 2010

Nr. 1 1. mars
Nr. 2 1. juni
Nr. 3 1. september
Nr. 4 1. desember

ISSN: 1891-1889

Arendal Trykk & Kopi AS

INN H O L D

Abonner på Geriatrisk Sykepleie
3

Landsstyret NSF FGD
Lokalgruppeledere
Kontaktpersoner
4

Nå skal pasientene veies
5

Ernæring til eldre
6

Perkutan endoskopisk gastronomi
for enteral ernæring av eldre
11

Landskonferanse
13

Tilrettelegging av måltider
for personer med atferdsfor-
styrrelser og psykiske symptomer
ved demens
18

Bli medlem i NSF's Faggruppe
for sykepleiere i geriatri
og demens
20

Hjemmetjenester til ekstremt
fete europeiske kvinner
21

Retningslinjer for publisering
i Geriatrisk sykepleie
22

Bedre samhandling må til!
23

NSF FGD utlyser utdannings-
stipend 2010
23

Grunnpillarene i faggruppa
– Lokalgruppene
24

GF 2010 = Valg
25

Lokale faggrupper
– Kurs og møter
27

Nå SKAL pasientene veies!

*Karen Bjøro, PhD,
sykepleier og redaktør*

Helsedirektoratet har utgitt nye retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og stiller krav om at pasienter i ernæringsmessig risiko skal veies. Det er sjeldent at norske myndigheter nærmest gir påbud i sine retningslinjer. Men studier viser at underernæring forekommer både i sykehus, sykehjem, og hos hjemmeboende. Det er nødvendig at grunnleggende behov for mat og drikke ivaretas hos de mest sårbare pasientene – eldre og personer med demens.

Vekttap hos eldre kommer ofte snikende, og regelmessig veiing er nødvendig for å fange opp, forhindre og forebygge vekttap før pasienten utvikler underernæring. Ernæring er et sentralt område i sykepleie, og sykepleiere bør være de nærmeste til å kartlegge ernæringsmessig risiko. Vi må hilse dette kravet velkommen.

Sykepleiere kan imidlertid ikke veie pasienter uten en egnet vekt. Min erfaring er at sengevekt og stolvekt samt høydestang ofte mangler på sykehjem og sykehus. Skal kravet om veiing ivaretas, må nødvendig utstyr skaffes. Tilrettelegging skal også til slik at den enkelte eldre får tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kost og rimelig valgfrihet. De eldre har også krav på tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise – slik det fremgår av Kvalitetsforskriften i pleie og omsorgstjenesten.

Ivaretagelse av ernæring hos eldre forutsetter kunnskap og kompetanse. Denne utgaven av Geriatrisk Sykepleie omfatter fire fagartikler om ernæring hos eldre. I Smedshaugs artikkel presenteres de nye retningslinjene.



Haugen tar opp sykepleiefaglige problemstillinger knyttet til enteral ernæring via gastrostomi. Rekve setter fokus på ernæring av eldre med alvorlig demens. Eldre menneskers ernæringsbehov krever faglig kompetanse på høyt nivå. Sørbys artikkel retter søkelyset mot ekstrem fedme hos eldre europeiske kvinner – som er et økende helseproblem.

Dette er siste utgivelse av Geriatrisk Sykepleie i tidsskriftets første årgang. Vi gleder oss over gode tilbakemeldinger fra faggruppens medlemmer og abonnenter og ønsker dere alle en riktig God Jul.

Karen Bjøro



ERNÆRING TIL ELDRE

– med bakgrunn i nye nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring



Guro Berge Smedshaug

Klinisk ernæringsfysiolog, seniorrådgiver, Helsedirektoratet. Prosjektleder for arbeidsgruppen som utviklet Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Innledning

De aller fleste eldre over 67 år bor hjemme og er friske. Kostholdsrådene til friske eldre skiller seg ikke fra de offisielle anbefalingene for voksne med unntak av vitamin D. Det anbefales 10 µg vitamin D per dag for personer over 60 år i motsetning til 7.5 µg for yngre. Samtidig som behovet for næringsstoffer hos eldre er det samme eller økt, synker energibehovet noe på grunn av redusert muskelmasse og mindre fysisk aktivitet. Eldre bør derfor innta noe fra alle matvaregrupper daglig inkludert fisk/fiskeprodukter, melk/melkeprodukter, kjøtt/egg, grønnsaker, frukt og bær. Fysisk aktivitet er også en del av kostholdsanbefalingene, og man bør forsøke å opprettholde fysisk aktivitet i størst mulig grad (1). Væske er også noe man skal være oppmerksom på, da redusert tørstefølelse og/eller bruk av vandrivende medikamenter kan øke risiko for dehydrering hos eldre (2).

I denne artikkelen er underernæring hovedfokus. Det er særlig de syke, demente og de eldste eldre på institusjon som er i risikogruppen for å utvikle underernæring (3,4), men underernæring er også utbredt blant eldre som bor hjemme (5).

Sammendrag

Eldre er blant de gruppene som kan være utsatt for sykdomsrelatert underernæring. Denne artikkelen redegjør for hovedinnholdet i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Målet med retningslinjene er at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko i sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleie skal bli identifisert og få en målrettet ernæringsbehandling. Artikkelen legger vekt på dokumentasjon av ernæringsstatus samt iverksetting av ernærings tiltak. For å få til dette kreves både kompetanse, ledelsesfokus og gode systemer for dokumentasjon og oppfølging.

Nøkkelord: ernæring, alder, retningslinje, screening, sykdomsrelatert underernæring.

Hvorfor forebygge og behandle underernæring?

Ved innføring av systematisk forebygging og behandling av underernæring, vil man oppnå gevinster i form av færre komplikasjoner, mindre bruk av medikamenter og antibiotika, færre reinnleggelser og redusert liggetid i sykehus, bedre livskvalitet, fysisk funksjon og også bedre overlevelse (5,6).

Å tilføre den enkelte pleietrengende pasient tilstrekkelig ernæring er et grunnleggende forsvarlighetskrav og det er også spesifikt nevnt i Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften). En landsomfattende spørreundersøkelse om mat og måltider i sykehjem gjennomført på oppdrag av Helsedirektoratet i 2008 viste at bare 16% av sykehjemmene hadde skriftlige rutiner vedrørende ernæringsstatus (7). Undersøkelsen viste et potensiale for forbedringer og behov for klare anbefalinger fra helsemyndighetene. Helsedirektoratet tok initiativ til utvikling av nye retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring etter anmodning fra daværende forum for parenteral og enteral ernæring, nå Norsk Selskap for Klinisk Ernæring (www.NSKE.no). Retningslinjen ble endelig godkjent og publisert sommeren 2009 (se fig. 1). Retningslinjene er basert på en grundig gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget



Figur 1 Tilgjengelig på: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/

på underernæring og evaluering av effekt av tiltak. Retningslinjene inneholder 12 anbefalinger og flere av disse er ”skal” anbefalinger. Dette betyr at de er mye sterkere fremhevet enn tidligere da de ikke bare er faglig forankret, men nå også forankret i lov. Artikkelen er basert på de nye retningslinjene.

Hvordan forebygge og behandle underernæring?

Underernæring defineres som en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetningen og –funksjon, samt klinisk resultat (8). For å forebygge underernæring må man



Matvarer det kan bli for lite av i kosten til eldre mennesker.

dokumentere ernæringsstatus, eventuelt ernæringsmessig risiko, vurdere ernæringsbehov, og kartlegge matinntak. På bakgrunn av disse opplysningene settes i gang tiltak.

Dokumentere ernæringsstatus

Vektendring over tid, kroppsmasseindeks (KMI), eller en kombinasjon av disse er de enkleste mål på endringer i ernæringsstatus. Et ufrivillig vekttap over 10 % siste halvår er regnet som et alvorlig vekttap, da det gir økt risiko for sykdom og komplikasjoner (9). KMI defineres som vekt (i kg) dividert med (høyde x høyde i meter). I følge Verdens helseorganisasjons definisjon er en KMI på 20-25 kg/m² normalområde for voksne (10), mens normalområde for KMI hos eldre er foreslått å være i området 24-29 kg/m² (11,12).

En person er definert som underernært hvis han/ hun oppfyller minst ett av følgende kriterier:

- Ufrivillig vekttap på mer enn 10 % siste 3-6 måneder eller enn 5 % siste 2 måneder
- KMI < 18,5 kg/m² ved alder 70 år og yngre; KMI < 20 kg/m² ved alder over 70 år
- KMI < 20,5 kg/m² og samtidig ufrivillig vekttap på mer enn 5 % siste 6 måneder; eller KMI < 22 ved alder over 70 år og samtidig ufrivillig vekttap på mer enn 5 %
- Matinntak på mindre enn halvparten av beregnet behov siste uke (13).

Helsedirektoratet har anbefalt verktøy som kan brukes for å kartlegge ernæringsstatus og ernæringsmessig risiko for å kunne fange opp utsatte personer og sette i gang tiltak før de er underernært (13). Disse verktøyene tar også utgangspunkt i vekt, vektutvikling og KMI. Det er flere aktuelle verktøy og leseren henvises til de nye retningslinjene for nærmere opplysninger.

Beregne energi- og proteinbehov

Energi, protein og væske er essensielle næringskilder og beregnes individuelt. Som en tommelfingerregel kan en bruke følgende beregning:

- Energibehov: 30 kcal/kg kroppsvekt/dag
- Proteinbehov: 1 gram per kg kroppsvekt/dag
- Væskebehov: 30 ml/kg kroppsvekt/dag.

Kartlegge mat- og drikkeinntak

Kartlegging av mat- og drikkeinntak er nødvendig for å se i hvilken grad pasienten spiser og drikker i forhold til beregnet behov. Det kan være en mat og drikkeliste som er koblet til en kaloriliste, gjerne inkludert proteinberegning. Matkortet er et skjema utviklet av Statens ernæringsråd spesielt for hjemmeboende eldre. Matkortet kartlegger blant annet måltidsfrekvens og inntak av matvaregrupper (14). Se retningslinjene for mer detaljert informasjon.

Tilpasse og iverksette ernærings tiltak

På bakgrunn av opplysninger om pasientens ernæringsstatus, -behov og -inntak settes et mål og en plan for tiltak. Appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeeivne, svelgevansker, evne til å spise selv er faktorer som må vurderes før valg av tilrettelagt ernæringsbehandling (15,16).

Ernærings tiltak som skal igangsettes bør vurderes i prioritert rekkefølge og kan fremstilles som en ernæringsstrapp (se Figur 2). Det anbefales å begynne med det lavest mulige trinn

utfra en individuell vurdering. Poenget med trappen er at man kan oppnå mye ved å starte med enkle tiltak, selv om det i noen tilfeller kan være riktig å begynne på et høyere trinn eller hoppe over noen trinn i trappen. Trinnene beskrives nærmere i det følgende.

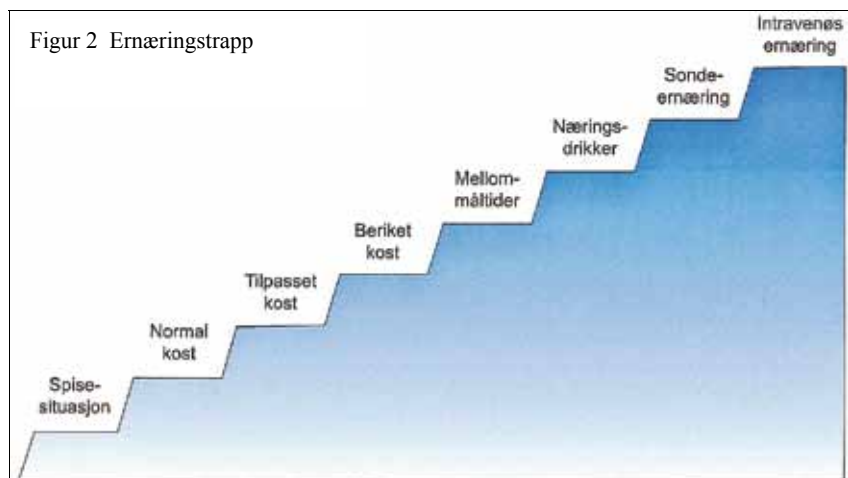
Spisesituasjon

Fokus på tilrettelegging av spisesituasjon og måltidsmiljø sammen med adekvat smertebehandling kan være tilstrekkelig for mange for å oppnå økt energiinntak, trivsel, livskvalitet og også fysisk funksjon (17,18). I tillegg trengs en god spredning på måltidene for at småspiste skal oppnå energibalanse (19). Noen ganger er det enkle tiltak som skal til for at pasienten kan spise mer. Aktivisering av pasienter og beboere kan være et tiltak for å øke matlysten (20).

Tilpasset og beriket kost

Ved å tilsette matvarer med høyt kaloriinnhold eller proteininnhold kan man berike ernæringsinnholdet i maten mange ganger. Tabell 1 viser energigivende næringsstoffer, matvarer og kaloriinnhold. Tabell 2 viser to eksempler på energiberikning av henholdsvis havregrøt og rett i koppen suppe. Det finnes også ulike berikningsprodukter i pulver- og flytende form som fås på apotek. En del pasienter har behov for en endret sammensetning av kosten. En nærmere beskrivelse av spesialkost og indikasjoner for disse finnes i gjeldende Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner (19).

Figur 2 Ernæringsstrapp



Kilde: Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS1580. Oslo: Helsedirektoratet, Avd. ernæring; 2009.

Mellommåltider og næringsdrikker

Mellommåltider og næringsdrikker tilbys til pasienter som spiser lite til hvert ordinære måltid. For noen kan det være enklere å drikke enn å spise. Næringsdrikker som mellommåltider kan øke totalinntaket av energi og næringsstoffer (21). En metaanalyse viste at rutinemessig bruk av næringsdrikker bedrer ernæringsstatus, minsker risikoen for komplikasjoner og gir bedre overlevelse til eldre underernærte innlagt på sykehus. Sammenlignet med placebo eller kontroll viste 32 av 49 studier en bedret overlevelse med næringsdrikker (22).

Sonde og/eller intravenøs ernæring

Sondeernæring vurderes til pasienter som av en eller annen grunn ikke kan ta til seg mat gjennom munnen. Sondeernæring er førstevalget framfor intravenøs ernæring dersom pasienten har en fungerende, tilgjengelig mage- og tarmkanal. Stratton viste i en metaanalyse over 74 studier (hvorav 33 var RCT) at sondeernæring økte energi- og næringsstoffinntaket, reduserte komplikasjonsrisiko og også dødelighet hos en rekke underernærte pasientgrupper i sykehus inkludert eldre og kirurgiske pasienter (5).

Det er svært viktig at indikasjonen er til stede og energibehovet beregnes før man setter i gang aktiv ernæringsbehandling. Både sonde- og intravenøs ernæring kan øke risikoen for komplikasjoner hvis det for eksempel gis til velernærte eller pasienten får for mye (23-25).

Ernæring i livets sluttfase

Ved forventet levetid på under to til tre måneder er sondeernæring eller intravenøs ernæring vanligvis ikke indisert (26). Det finnes imidlertid unntak, som å hjelpe pasienten gjennom et operativt inngrep, en infeksjon eller annen komplikasjon eller i forbindelse med annen medisinsk behandling. Det er vanlig å stoppe eller redusere mengden ernæring dersom pasienten begynner å akkumulere væske eller får bivirkninger av behandlingen. Det er utviklet modeller for å gi et bredere grunnlag for beslutninger vedrørende igangsettning, opprettholdelse eller avslutning av aktiv ernæringsbehandling (sonde- og parenteral ernæring) til pasienter i en palliativ fase (27,28). I spesielt

Tabell 1 Energigivende næringsstoffer, matvarer og kalorier i en spiseskje

Næringsstoff	Matvarer	Kalorier i 1 spiseskje
Fett	Smør, majones, rømme	100-120
	Olje	120
	Fløte	40-50
Karbohydrater	Sukker, sirup, honning, melis	30-50
Protein	Egg, revet ost, kesam, cottage cheese, skyr	20-50

vanskelige situasjoner kan det være hensiktsmessig å benytte kliniske etikkomiteer eller tilsvarende fora ved det enkelte arbeidssted, der ulike hensyn og etiske forhold blir vurdert (29).

Ernæring er også et ledelsesansvar

For å kunne drive god ernæringspraksis til eldre er det viktig at man etablerer personuavhengige systemer for dokumentasjon og oppfølging. De nye nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring understreker behovet for ledelsesforankring, dokumentasjon, system for overføring av informasjon og kompetanseheving.

Sammendrag av alle 12 anbefalingene med styrkegradering

I de nye retningslinjene gir Helsedirektoratet tolv anbefalinger for forebygging og behandling av underernæring. Anbefalingens styrke er gradert ut i fra fire nivåer fra A til D avhengig av hvor solid det vitenskapelige grunnlaget er.

I hovedsak betyr A at tiltaket anbefales på grunnlag av sterk støtte i vitenskapelig forskning, og D betyr at tiltaket anbefales utfra konsensus i arbeidsgruppen. Selv om en anbefaling har lav styrke, betyr ikke det nødvendigvis at den er mindre aktuell eller viktig. Retningslinjene inneholder en nærmere redegjørelse for metoden og prosessen som er benyttet for utvikling av anbefalingene. Et sammendrag av de tolv anbefalingene fremgår i det følgende.

Identifisering av underernæring og ernæringsmessig risiko

- Dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av det kliniske undersøkelses- og behandlingstilbud (3,5,16,30-32). (C)
- Alle pasienter i sykehus skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse i institusjon og deretter

ukentlig, eller etter et faglig begrunnet individuelt opplegg (5,30,32-34). (C)

- For å vurdere ernæringsmessig risiko i sykehus anbefales verktøyene NRS 2002, MUST og/eller MNA (15,35,35-38). (B)
- Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemme-sykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg (5,30). (C)
- For å vurdere ernæringsmessig risiko i sykehjem/institusjon anbefales MNA eller MUST (B). Andre verktøy, NRS 2002, SGA, Matkortet eller Ernæringsjournal kan anvendes som et alternativ (15,36,39-41). (D)
- Fastlegen skal vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe (eldre, kronisk syke osv.) regelmessig (39). (C)

Forebygging og behandling av underernæring

- Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak (15,16,41). (C)
- Tiltak bør vurderes i prioritert rekkefølge. Ha alltid fokus på spisesituasjon og godt spisemiljø. Skjerm måltidet i den grad det er mulig (19). (D)
- Bruk tilpasset energi/næringsstett kost i kombinasjon med næringsdrikker (21,22,41-43). (A)
- Aktiv ernæringsbehandling (sonde- eller intravenøs ernæring) bør vurderes til personer som ikke får dekket sitt næringsbehov gjennom munnen (5). (B)
- Sondeernæring er førstevalget framfor intravenøs ernæring der hvor pasienten ikke kan ta til seg tilstrekkelig næring gjennom munnen og samtidig har fungerende mage- og tarmfunksjon (5). (A)
- Faglige, etiske og juridiske aspekter må ivaretas ved beslutninger om og type ernæringsbehandling (44,45). (D)

Tabell 2 Kostberikning kan øke ernæringsinntaket mange ganger

Eksempel 1: Berikning av havregrøt kan gi seks ganger så mye energi og tre ganger så mye protein.

	Økning i næringsinnhold	
	Kalorier	Protein (gr)
Havregrøt på vann (basis)	70	3
Bytt ut vann med H-melk	130	6
Tilsatt 1 ss nøytral olje gir	100	-
Tillsatt en smørklatt	100	-
Til sammen	400	9

Eksempel 2: Berikning av rett i koppen suppe kan gi fire ganger så mye energi og fire ganger så mye protein.

	Økning i næringsinnhold	
	Kalorier	Protein (gr)
Rett i koppen suppe uten berikning	70	2
Tilsatt 2 ss fløte	80	-
Legg til en halv brødskeiv med margarin og hvitost	150	6
Til sammen	300	8

Oppsummering

Det antas at en av fem i institusjon er underernært i en eller annen grad. Underernæring har helsemessige konsekvenser for den enkelte og for samfunnet. Hovedårsaken til underernæring er sykdom, men det er også andre forhold som spiller inn, blant annet manglende oppmerksomhet om ernæringsstatus og behov. For første gang er det gitt ut nasjonale anbefalinger for å identifisere, forebygge og behandle underernæring. Dette vil gjøre det lettere å innføre en mer målrettet ernæringsbehandling. Implementering av disse retningslinjene krever i tillegg et ledelsesfokus, ressurser til kompetanseheving og samhandling. Det er lettere sagt enn gjort å få dette på plass, men føringene i retningslinjene kan være en hjelp til at man setter i gang prosessen med å kvalitetssikre egne rutiner. Det overordnede målet bør være at ingen skal lide av ubehandlet underernæring.

Referanser

1. Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD00275.
2. Sortland K. Ernæring - mer enn mat og drikke. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
3. Mowe M, Bohmer T, Kindt E. Reduced

- nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr* 1994;59(2):317-324.
4. Arvanitakis M, Beck A, Coppens P, De Man F, Elia M, Hebuterne X, et al. Nutrition in care homes and home care: how to implement adequate strategies. Report of the Brussels Forum (22-23 November 2007). *Clin Nutr* 2008;27(4):481-488.
 5. Stratton R.J., Elia M, Green C.J. Disease related malnutrition: An evidence based approach to treatment. Wallingford (UK): CABI publishing; 2003.
 6. Sørbye LW. Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern. Sammenlignende data fra AdHOC studiet. Oslo: Diakonhjemmet høgskole; 2003.
 7. Aagaard H. Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet. Fredrikstad: Høgskolen i Østfold; 2008.
 8. Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirllich M, Kondrup J, Schneider S, et al. Introductory to the ESPEN guidelines on enteral nutrition: terminology, definitions and general topics. *Clin Nutr* 2006; 25(2):180-186.
 9. Collins N. Protein-energy malnutrition and involuntary weight loss: nutritional and pharmacological strategies to enhance wound healing. *Expert Opin Pharmacother* 2003;4(7):1121-1140.
 10. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series: No 894. Geneva, World Health Organization; 2004.
 11. Mowe M, Diep L, Bohmer T. Greater seven-year survival in very aged patients with body mass index between 24 and 26 kg/m². *J Am Geriatr Soc* 2008;56(2):359-360.
 12. Beck AM, Ovesen L. At which body mass index and degree of weight loss should hospital-

- ized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clin Nutr* 1998;17(5):195-198.
13. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS 1580. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
 14. Statens Ernæringsråd. Matkortet. 1993.
 15. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22(4):415-421.
 16. Beck AM, Balknäs UN, Fürst P, Hasunen K, Jones L, Keller U, et al. Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition. *Clin Nutr* 2001;20(5):455-60.
 17. Nijs KA, de Graaf C, Kok FJ, van Staveren WA. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2006;332(7551):1180-1184.
 18. Feuz A, Rapin CH. An observational study of the role of pain control and food adaptation of elderly patients with terminal cancer. *J Am Diet Assoc* 1994;94(7):767-770.
 19. Statens Ernæringsråd, redaktør. Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Oslo: Universitetsforlaget; 1995.
 20. Huffman GB. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *Am Fam Physician* 2002;65(4):640-650.
 21. McCarthy D, Weihofen D. The effect of nutritional supplements on food intake in patients undergoing radiotherapy. *Oncol Nurs Forum* 1999;26(5):897-900.
 22. Milne AC, Potter J, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD003288.
 23. Jeejeebhoy KN. Enteral nutrition versus parenteral nutrition--the risks and benefits. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2007;4(5):260-265.
 24. Koretz RL. Do data support nutrition support? Part I: intravenous nutrition. *J Am Diet Assoc* 2007;107(6):988-996.
 25. Koretz RL. Do data support nutrition support? Part II. enteral artificial nutrition. *J Am Diet Assoc* 2007;107(8):1374-1380
 26. Plonk WM, Jr., Arnold RM. Terminal care: the last weeks of life. *J Palliat Med* 2005; 8(5):1042-1054.
 27. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L, Corli O, Filiberti A, et al. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *European Association for Palliative Care. Nutrition* 1996;12(3):163-167.
 28. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr* 2006;25(2):245-259.
 29. MacFie J. Ethics and nutritional support therapy: A clinician's view. *Clin Nutr Suppl* 2001;20:87-99.
 30. National Collaborating Centre for Acute Care. Nutrition support in adults. Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. London: National Collaborating Centre for Acute Care; 2006.
 31. Mowe M, Bohmer T. The prevalence of undiagnosed protein-calorie undernutrition in a population of hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1991;39(11):1089-1092.
 32. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines

TYGGE og SVELGEPROBLEMER ?

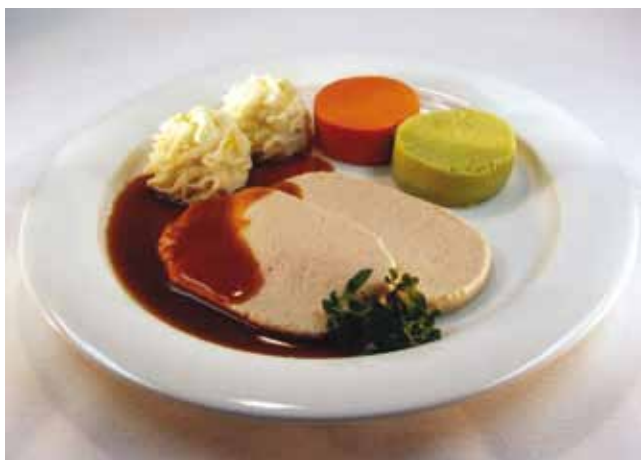
Er problemet undervurdert?

30-60% av sykehjemspasienter, har tygge og svelgevansker (Dysfagi). Undersøkelsen* sier videre at Tygge og svelgeproblemer medfører til at:

- 50% spiser mindre
- 44% opplever vekttap
- 41 % har angst eller panikk i måltidssituasjoner

* Social and psychological burden for dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment, 2002

Bedre tilpassede måltider, vil langt på vei bedre ernærings-situasjonen denne gruppen.



Gjennomsnittsprisen for ett måltid er 22,86 kr.

Sooft Meals - ved tygge og svelge problemer

- * delikat
- * næringsberiket
- * fast form
- * gode smaker
- * friske farger
- * øker appetitten
- * begrenser underernæring

Noen referanser:

Aker universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus, Haraldsplass diakonale Sykehus og en rekke pleie og sykehjem.

Ta kontakt med oss og se vår hjemmeside. Vi kommer gjerne innom for en presentasjon eller sender deg vareprøver.

SOOFT MEALS®

Lettygd

QimiQ Scandinavia AS,

Nadderudåsen 30, 1357 Bekkestua,

Tlf: (+47) 21 68 64 55, Mob: (+47) 92402487

www.softmeals.no

and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. Clin Nutr 2006;25(3):524-532.

33. Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MA, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. Am J Clin Nutr 2005;82(5):1082-1089.

34. van Venrooij LMW, de Vos R, Borgmeijer-Hoelen AMMJ, Kruizenga HM, Jonkers-Schuitema CF, de Mol BAMJ. Quick-and-easy nutritional screening tools to detect disease-related undernutrition in hospital in- and outpatient settings: A systematic review of sensitivity and specificity. e-SPEN 2007;2(2):21-37.

35. Kyle UG, Kossovsky MP, Karsgaard VL, Pichard C. Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: a population study. Clin Nutr 2006;25(3):409-417.

36. Kubrak C, Jensen L. Malnutrition in acute care patients: a narrative review. Int J Nurs Stud 2007;44(6):1036-1054.

37. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. BMJ 1994;308(6934):945-948.

38. Kyle UG, Genton L, Pichard C. Hospital length of stay and nutritional status. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2005;8(4):397-402.

39. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. Br J Nutr 2004;92(5):799-808.

40. Green SM, Watson R. Nutritional screening and assessment tools for older adults: literature review. J Adv Nurs 2006;54(4):477-490.

41. Johansen N, Kondrup J, Plum LM, Bak L, Norregaard P, Bunch E, et al. Effect of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. Clin Nutr 2004; 23(4):539-550.

42. Baldwin C, Parsons TJ. Dietary advice and nutritional supplements in the management of illness-related malnutrition: systematic review. Clin Nutr 2004;23(6):1267-1279.

43. Joanna Briggs Institute. Nursing interventions to minimise undernutrition in older patients in hospital. Nurs Stand 2008;22(41):35-40.

44. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 3. utg. New York: Oxford University Press; 1989.

45. Rosenbloom CA, Whittington FJ. The effects of bereavement on eating behaviors and nutrient intakes in elderly widowed persons. J Gerontol 1993;48(4):S223-S229

PERKUTAN ENDOSKOPISK GASTROSTOMI FOR ENTERAL ERNÆRING AV ELDRE



Elisabeth Haugen

Ledende fagsykepleier, Gastro-medisinsk sengepost, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Sammendrag

Perkutan endoskopisk gastrostomi er en måte å administrere ernæring på via en kunstig anlagt åpning gjennom huden til magesekken. Det kan være permanent eller midlertidig og er foretrukket når pasienten har langvarig behov for enteral ernæring. Sykepleiere trenger kunnskap om emnet for å kunne hjelpe pasienten med håndteringen og forebygge komplikasjoner. Det er viktig at den sosiale funksjonen måltidet har blir ivaretatt.

Nøkkelord: percutaneous endoscopic gastrostomy, enteral feeding, peg tube care

Innledning

Eldre mennesker med langvarig svelge- og spisevansker har økt risiko for alvorlig ernæringssvikt (1). Svelgevansker sees ofte etter slag og i forbindelse med progressive degenerative neurologiske lidelser, motorisk nervesykdom, Parkinsons sykdom, multippel sklerose, hodeskader og hode-, nakke- eller øsofagus-cancer (2-4). Disse pasientene kan ha behov for enteral ernæring som er mat i flytende form som gis via en sonde som er ført ned i magesekken eller tynntarmen (5). Ved behov for langvarig enteral ernæring er det vanligst å gi dette via en gastrostomi, en kunstig anlagt åpning mellom hud og magesekken. En ernæringssonde eller port (mick key) føres gjennom åpningen med endestykke til magesekken eller tynntarmen.

Gastrostomi kan anlegges ved ulike metoder, ofte gjøres det ved gastroskopi og kalles Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (PEG) (2,6). Sykepleiere er oftest den yrkesgruppen som har ansvar for å administrere enteral ernæring og forebygge komplikasjoner relatert til PEGen. Det er imidlertid gjort lite forskning på dette feltet og de studiene som finnes er av varierende

rende kvalitet. Hensikten med denne artikkelen er å beskrive indikasjon på PEG, hvordan PEG anlegges og stelles, administrering av væske og ernæring via PEG, samt hvordan de vanligste komplikasjoner kan forebygges.

Hvem får perkutan endoskopisk gastrostomi og hvorfor?

Det primære målet med langvarig enteral sondeernæring er å forhindre ytterligere vekt-tap, korrigere markant ernæringsmangel, tilføre væske og stoppe ytterligere forverring av pasientens livskvalitet forbundet med inadekvat matinntak. Det sentrale spørsmålet er om det er sannsynlig at ernæring via PEG vil forbedre eller opprettholde pasientens livskvalitet og om det vil få innvirkning på pasientens rehabiliteringspotensiale. Det er sjelden indisert ved langtkommet demens eller ved kort levesteik (7).

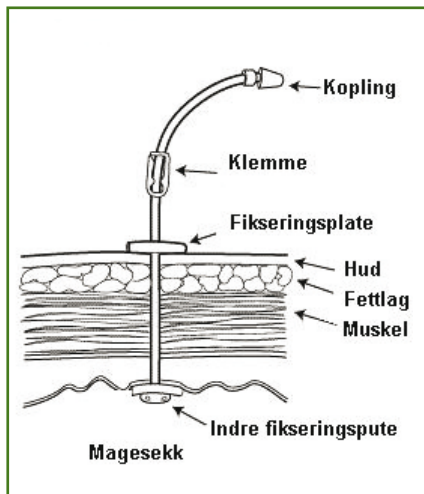
Hva er perkutan endoskopisk gastrostomi og hvordan anlegges den?

Begrepet PEG er vanligvis brukt for alle gastrostomier, men dette er kun en type gastrostomi. Eksempel på andre gastrostomier er kirurgisk eller røntgeninnsatte gastrostomier og knapp/mic-

key. Denne artikkelen fokuserer på PEG, som er endoskopisk anlagt.

En PEG holdes inne i magesekken av en stoppeanordning som for eksempel en plate eller ballong som ligger mot magesekkeveggen fra innsiden, og en plate ute på huden (Figur). Dette bidrar til at sonden ligger stødig og ikke forskyver seg. Det anbefales å markere på sonden hvor stoppeplaten skal være slik at en er sikker på at sonden holdes i riktig posisjon (3,8). Platen skal plasseres ca 0,5 cm fra huden slik at den holder PEGen stabil og ikke gir ubehag for pasienten (3).

Perkutan endoskopisk gastrostomi legges inn via gastroskopi mens pasienten er sedert. Det anbefales at pasienten ikke inntar noe gjennom munnen eller PEGen i fire timer etter innleggelsen og at den så skylles med 30-50 ml vann. Dersom pasienten ikke opplever ubehag og det ikke er motstand når den skylles, kan ernæringen begynne (2,3). Hvis sonden faller ut vil stomien lukke seg raskt. Det anbefales da at man fører et kateter inn i kanalen for å motvirke at den lukkes inntil ny sonde er plassert (8).



FIGUR *Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (PEG)*

Stell av PEG

De første 3-4 dagene etter PEG innleggelsen vaskes huden rundt med aseptisk teknikk, og man dekker stomien med en kompress. Etter de første dagene brukes vann og mild såpe. Etter at innstikkstedet er grodd kan pasienten dusje, men skal unngå å bade til kanalen er fullt utviklet. Det er viktig at det blir tørket grundig, fuktighet vil kunne medvirke til infeksjon (3,8). Man må observere huden under daglig stell og dokumentere tegn på infeksjon (7). Krem og talkum skal unngås, dersom det ikke er ordinert, dette er fordi krem kan påvirke grepet til fikseringsplaten og talkum vil gjøre huden fuktig. Etter at kanalen er etablert er det anbefalt at man roterer sonden minst en gang i uken slik at festeanordningen ikke fester seg i magesekken. Man roterer sonden ved å løsne den eksterne platen litt, fører sonden litt inn i magesekken (2-3cm) før man roterer den 360 grader. Man trekker så sonden forsiktig tilbake og plasserer platen på riktig lengde (3).

Administrering av væske og ernæring

PEGen skylles før og etter bruk, med 30-50 ml vann. Dette vil redusere faren for at sonden blir tett. Dersom den ikke er regelmessig i bruk skal den skylles med 30-50 ml vann en eller to ganger daglig for å sikre at den holder seg åpen (4).

Ernæringen fås på blåresept (7). Hvilken type ernæring pasienten skal ha velges i samråd med legen og even-

tuelt ernæringsfysiolog. Det er viktig å regne ut pasientens kaloribehov. Pasienten vil også kunne ha behov for å få tilført ekstra væske. Vanlig væskebehov hos voksne ligger på cirka 30 ml per kg kroppsvekt (6). Dette inkluderer tilført sondeløsning. Væsketilførsel må sees i sammenheng med hvor mye sondeernæring pasienten får.

Ernæringen kan administreres på ulike måter, over en periode på flere timer ved hjelp av pumpe eller som en intermitterende infusjon med eller uten pumpe eller bolus med sprøyte. Metoden en skal benytte er avhengig av hvor mobil pasienten er, hvordan de tåler ernæringen, medisinsk tilstand og hvilken man foretrekker (3). Ved oppstart av sondeernæring bør det gis som kontinuerlig infusjon, da det er vist at det gir mindre kvalme, brekninger og diaré. Opptrapping til anbefalt døgndose bør skje over flere dager. En kan gradvis gå over til bolustilførsel, hvor maten blir fordelt på flere måltider (8). For å unngå bakteriell kontaminasjon er det viktig at ernæringsposen ikke brukes i mer enn 24 timer, det er også anbefalt at ernæringssettet byttes daglig. Maten skal ha romtemperatur – for kald mat kan gi pasienten diaré. Ved for varm mat kan pasienten brenne seg og dessuten nedsettes ventrikkeltømmingen (6). Sprøytene kan skylles og brukes flere ganger.

Administrering av medisiner via PEG skal nøye vurderes og kan være en utfordring. Vanlig praksis er at medisiner knuses og blandes med vann før de settes i PEGen. Det er nylig gjort en studie i Nord-Trøndelag hvor hensikten var å kartlegge omfang av knusing av tabletter i sykehjem og resultatene viste at det er vanlig å knuse tabletter. Tabletter/kapsler som etter produktinformasjon fra produsenten (f.eks i Felleskatalogen) ikke skal knuses eller deles, skal ikke knuses uten at man har konferert med lege eller farmasøyt først. Finnes legemidler i flytende form benyttes dette etter forordning fra lege eller legen undersøker om det finnes andre alternativer med tilnærmet lik effekt (9).

Når ernæringen administreres er det viktig at pasienten sitter oppe i minst 30° for å forebygge aspirasjon (4). Når pasienten slutter å spise og drikke, oppstår ofte ubehagelige symptomer fra

munns og svelg, og pasienten har stort behov for munnstell (8).

Pasienten kan spise og drikke så mye han/hun klarer ved siden av sondeernæringen. Pasienten skal da spise det han/hun selv klarer gjennom munnen. Sondeernæringen gis som et supplement avhengig av hvor mye pasienten har spist. I noen tilfeller kan det være viktig at pasienten får mat tilført via munnen, dette kan gjelde slagpasienter som skal trene opp svelgfunksjonen.

Komplikasjoner

De mest vanlige komplikasjonene assosiert med PEG sonde er infeksjon rundt stomien, sår/skrammer på huden og okklusjon. Alvorlige komplikasjoner som krever behandling opptrer i ca 1-4% av tilfellene (7,10,11).

Betennelse/Infeksjon: er vanligvis forårsaket av vevsskade eller bakteriell forurensning. Dersom PEGen er plassert i en hud fold kan det føre til irritasjon og betennelse, en tørr splitt kompress plassert under platen kan gi litt lindring. Faren for sårinfeksjon er avhengig av om pasienten har fått antibiotika profylaktisk og om huden er tilstrekkelig vasket før prosedyren (3,11). En reduserer infeksjonsfaren ved å forsikre seg om at sonden er riktig plassert og daglig vask med varmt vann og såpe. Rødhet og smerter rundt stomien er ofte forårsaket av trykk på huden av stoppeplaten, regelmessig vask og dreining av sonden daglig er foreslått for å forebygge problemet (10).

Sen tilheling av stomikanalen: Det kan oppstå granulasjonssvev som er nydannet vev som består av et cellerikt bindevev og blodkar. Det viser seg som blankt/skinnende, fuktig, opphøyd rødt område med vev over overflaten av huden. Dette er veldig skjørt og lett-blødende. Man kan redusere risikoen ved å unngå unødvendig bevegelse av sonden inn og ut av magen ved å feste platen. Det finnes ulike bandasjer eller kremer til å behandle granulasjonssvev med, for eksempel steroid krem (3).

Lekkasje: Lekkasje kan oppstå om den indre festeanordningen ikke ligger riktig mot magesekkveggen. Sjekk om PEGen ligger riktig ved å sjekke lengden på sonden, dra forsiktig i

Fortsettes side 17



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

LANDSKONFERANSE 2010

LEGEMIDLER OG ELDRE MENNESKER

Rett medisin, Rett person, Rett tid, Rett dose



18.-19. mars 2010

**RADISSON BLU ROYAL HOTEL BRYGGEN,
BERGEN**

Påmeldingsfrist: 15. februar 2010



NSF FGD inviterer til Landskonferanse

Eldre mennesker har høyt forbruk av legemidler på bakgrunn av økt forekomst av sykdommer i høy alder. Samtidig er den aldrende kropp mer følsom for legemidler. Eldre mennesker, og særlig eldre med demens, er de mest sårbare brukerne av helsetjenesten. Legemiddelbehandling til denne pasientgruppen omfatter en av de mest komplekse prosesser. Leger, sykepleiere og farmasøyter er sentrale aktører og samarbeidsparter i legemiddelbehandling. Fagkunnskap og gode systemer, kommunikasjon og samspill er nødvendig for å sikre at rett pasient får rett medisin, til rett tid, i rett dose. Nye studier og tilsynsmeldinger viser mangler og et forbedringspotensial.

Det er betimelig med en landskonferanse som setter fokus på legemiddelbehandling og håndtering. Hensikten er å heve kompetansen innen et område som har stor betydning for eldre menneskers helse og sikkerhet.

NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens er et forum for alle sykepleiere som er interessert i gamle mennesker og personer med demens. Vårt formål er å bidra til utvikling, avendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens utgjør et slagkraftig fellesskap. Vi har også som formål å skape en møteplass for fag- og kunnskapsutveksling. Bli med i dette faglige fellesskapet, du også!

Velkommen til Landskonferanse i Bergen!
Hilde Fryberg Eilertsen, faggruppeteider

PROGRAM

Torsdag, 18. MARS 2010

- 09.00-10.00 Registrering og kaffe
10.00- 10.10 **Velkommen**
Faggruppeteider Hilde Fryberg Eilertsen,
NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens
- 10.10 – 10.45 **Legemiddelhåndtering til eldre mennesker – et sykepleiefaglig ansvar**
- 10.45 – 11.30 **Legemiddelbehandling hos eldre mennesker**
Seksjonsoverlege Pål Nålsund, spesialist i geriatri og indremedisin,
Geriatrisk seksjon, Haraldsplass Diakonale sykehus, Bergen
- 11.30 – 11.45 Pause
- 11.45 – 12.30 **Psykofarmakabruk i sykehjem - En pille for hvert ille?**
Førsteamanuensis Sabine Ruths, dr.med., Allmenmedisinsk
forskningsenhet, Unifob helse, Universitetet i Bergen
- 12.30 – 13.30 Lunsj
- 13.30 – 14.00 **Effektiv legemiddelbehandling hos eldre pasienter i sykehjem – også et spørsmål om kommunikasjon mellom sykepleier, lege, og farmasøyt.**
Dr.gradsstip Kjell H. Halvorsen, cand.pharm, Universitetet i Bergen
- 14.00 – 15.00 **Besøk i utstillingslokaler**

Torsdag, 18. MARS 2010 (fortsatt)

- 15.00-15.30 **Analgetika og eldre mennesker**
Forsker i sykepleie Karen Bjørø, PhD, Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 15.30 – 16.15 **Sykepleiefaglig og etiske aspekter ved legemiddelbehandling i eldreomsorg**
Universitetslektor Anne-Margrethe Støback, Universitetet i Tromsø, og Prosjektleder, Demensfyrtårnet, Undervisningssykehjemmet i Tromsø
- 16.15-16.30 **Avslutning**
- 18.00 **GENERALFORSAMLING I NSF FGD**
20.30 **FESTMIDDAG**

Fredag 19. mars 2010

- 09.00 - 09.10 **Velkommen**
- 09.10 - 10.00 **Legemiddelbehandling og håndtering som prioritert område for tilsyn i kommunehelsetjenesten. Nye forskrifter innen legemiddelbehandling**
Fylkessykepleier Laila Nordheim Alme, og Rådgiver Arne Erstad, cand.jur., Helsetilsynet i Hordaland
- 10.00 – 10.45 **Hvem kan dele ut medisiner – Autoriseringsordninger.**
- Hva lærer sykepleierstudenter om legemidler
- Hva lærer man på legemiddelkurs i kommunens regi?
Høgskolelektor Lise Gladhus, sykepleier, Høgskole i Buskerud
- 10.45 -11.30 **Besøk i utstillingslokale**
- 11.30 – 12.30 **Kvalitetssikring/internkontroll av legemiddelbehandling i kommunehelsetjenesten**
 - Hvordan lage gode prosedyrer for legemiddelbehandling?
 - Hva er et avvik? Og hvilke avvik skal meldes?
 - Hva er farmasøytisk tilsyn, hva er krav til farmasøytisk tilsyn?*Seksjonsleder Hanne T. Fauskanger, Avd for farmasøytiske tjenester, AFT-kommune, Haukeland sykehusapotek*
- 12.30 – 13.30 **Lunsj**
- 13.30 – 14.15 **Utfordringer ved innføring av multidosesystem for legemiddeladministrasjon - Erfaringer fra Larvik Kommune**
Kommuneoverlege Inger Lund Thorsen, Larvik kommune
- 14.15-14.30 **Oppsummering og vel hjem**
Faggruppeleder Hilde Fryberg Eilertsen, NSF FGD

Det tas forbehold om endring i programmet!

PRAKTISKE OPPLYSNINGER:

Sted	Radisson Blu Royal Hotel Bryggen, Bergen
Påmelding	Bindende påmelding kan bare gjøres elektronisk via vårt påmeldingsskjema (se link i artikkel på Internett): www.sykepleierforbundet.no/konferanser
Overnatting	Rom bestilles i samme påmeldingsskjema!
Registreringsavgift: Pris for medlemmer av NSF FGD tom 15. februar	Inkluderer deltakelse, lunsj og kaffe To dager: kr 2.200 En dag: kr 1.100
Pris for ikke-medlemmer av NSF FGD tom 15. februar	To dager: kr 2.900 En dag: kr 1.450
Fom. 16. februar stiger prisen med kr. 500,- for både medlemmer og ikke-medlemmer.	Vær rask å melde deg på, så slipper du ekstrautgifter.
Ønskes overnatting 18.-19.3 Konferansemiddag 18.3.	Pris kr 1.245,- Pris kr 405,- i tillegg
Avbestillingsgebyr	Ved avbestilling etter 20.februar belastes kr 600 i omkostninger
Betaling:	Faktura blir tilsendt den e-postadressen som oppgis i påmeldingsskjemaet.
Fakturaadresse	Må oppgis ved påmelding
Diettmat	Behov for diettmat (vegetarmat o.l.) må krysses av i påmeldingsskjemaet.
Bli medlem	Er du medlem i NSF, kan du bli medlem i faggruppen og oppnå redusert konferanseavgift. Meld deg inn i faggruppen via: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere
Godkjenning	Konferansen er meritterende til klinisk spesialist fra NSF med 10 timer
Produktutstilling	Også i år inviterer vi produktleverandører til å stille ut sine produkter på landskonferansen. For nærmere opplysninger kan du kontakte NSF's konferanseavdeling på kurs@sykepleierforbundet.no
Spørsmål?	Er det noe du lurer på kan du henvende deg til: kurs@sykepleierforbundet.no eller telefon: 22 04 33 04

Velkommen til Bergen!

*Forts. artikkel fra s. 11-12
Haugen: Enteral ernæring*

slangen til du kjenner motstand og sjekk at lengden er riktig ved å se på markeringen på sonden. Risikoen for lekkasje øker hos underernærte pasienter, ved diabetes hvor sårtilhelingen er nedsatt, og hvor stoppeplaten utenpå huden er festet for stramt slik at sirkulasjonen i huden kan bli påvirket. Behandlingen retter seg mot årsaken (3,11).

Tett PEG: Den vanligste årsaken til tett PEG er at den ikke er blitt skylt tilstrekkelig eller det er gitt medisiner som ikke er ordentlig knust. Man kan forsøke å løse opp blokkeringen ved forsiktig å rulle slangen fram og tilbake mellom fingrene, eller forsøke å trekke innholde tilbake i en sprøyte (2,3). En kan også forsøke å sette inn lunkent vann. I samråd med lege kan man forsøke å sette inn en basisk oppløsning med pankreas enzymer, stake opp med guidewire eller bytte ut PEGen (10,11).

Diaré: Man skylder ofte på ernæringen om pasienten får diaré, før maten blir stoppet skal årsaken til diaréen avklares. Medisiner kan gi diaré som bivirkning. Diaré kan også komme av at maten administreres for fort, av bakteriell kontaminasjon av maten eller utstyret, eller av mangel på fiber i maten (3).

Avslutning

Avgjørelsen om å anlegge en PEG må nøye vurderes, det er ikke helt uten risiko. Selv om pasientens generelle tilstand kan bli bedre av å få tilstrekkelig næring vil det ikke redusere progresjon i grunnsykdommen (3). Dette avhenger av hvilken sykdom pasienten har og hva som er årsaken til at pasienten har fått PEG. Pasienter som får PEG etter slag og i forbindelse med kreftbehandling kan ha stor nytte av å få ernæring via PEG og vil kunne bli bedre og få PEGen fjernet etter en tid. Det er viktig å være klar over at pasienten også kan få en negativ opplevelse med å få en PEG. Det å ha en sonde på magen kan føre til frustrasjon eller sinne og endret kroppsbilde. Det kan gi følelse av tapt kontroll og selvstendighet. Det vil kunne endre det sosiale samspillet i familien, spesielt relatert til måltider (2). Etske aspekter må alltid tas med

i betraktningen før innleggelse av en PEG planlegges, og beslutningen må alltid individualiseres (7).

PEG er en god måte for administrering av ernæring til pasienter som ikke klarer å dekke behovet sitt selv, hvor behovet er langvarig på grunn av sykdom eller skade. Pasientene kan oppleve det som en lettelse å få en PEG, de kan slippe å tenke på å få i seg nok næring ved å spise. For mange kan måltidene ha vært en slitsom kamp før de fikk PEG. Det er viktig å huske på at måltidene kan være en viktig sosial arena. Det er en sykepleiefaglig oppgave å sørge for å bevare den sosiale funksjonen måltidene har og at ikke pasienten blir isolert etter de har fått PEG. Pasientene vil trenge god oppfølging og støtte av helsepersonell. Sykepleiere spiller en viktig rolle når pasienten ikke klarer ernærings situasjonen på egen hånd. Derfor er det viktig at sykepleiere har kunnskaper for å kunne hjelpe pasienten på en god måte. Det er behov for sykepleieforskning ut fra norske forhold på faglige og etiske spørsmål relatert til PEG.

Referanser

1. Ha L, Iversen PO, Haugen T. Ernæring til eldre med akutt hjerneslag. Tidsskr Nor Laegeforen 2009;128:1946-50.
2. Holmes S. Enteral feeding and percutaneous endoscopic gastrostomy. Nurs Stand 2004;28(18):41-3.
3. Best C. Percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in the adult patient. Br J Nurs 2009;18(12):724-9.
4. Ditchburn L, W C. Joint primary-secondary care design of PEG care pathways. Nurs Times 2005;101(18):34-6.
5. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling ernæring; 2009.
6. Sortland K. Ernæring: mer enn mat og drikke. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
7. Löser C, Aschl G, Hébuterbe X, Mathus-Vliegen EMH, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition – Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clin Nutr 2005;24:848-61.
8. Almås H, redaktør. Klinisk Sykepleie 1. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag; 2007
9. Wannebo W. Tablettknusing i sykehjem. Sykepleien Forskning. 2009; 4 (1): 6-15.
10. Conroy T. The prevention and management of complications associated with established percutaneous gastrostomy tubes in adults: A systematic review. JBL Library of Systematic Reviews 2009;7(1):1-37.
11. DeLegge M. Prevention and management of complication from percutaneous endoscopic gastrostomy. UpToDate; 2008 [oppdatert 12.11.2008; sitert]; Available from: <http://www.uptodate.com/>

CALL FOR
ABSTRACTS

4th European Nursing Congress

OLDER PERSONS: THE FUTURE OF CARE

4-7 October 2010
Rotterdam,
The Netherlands

Including:

14th Research
Congress of the Work-
group of European
Nurse Researches
WENR

www.rotterdam2010.eu

Abstract Deadline:
15 January 2010

CALL FOR
ABSTRACTS

20th Nordic Congress of Gerontology

HEALTH AGING IN THE 21ST CENTURY

30 May – 2 June 2010
Reykjavik, Iceland

www.ngf-geronord.se/

Abstract Deadline:
31 January 2010

TILRETTELEGGING AV MÅLTIDER FOR PERSONER MED ATFERDSFORSTYRRELSER OG PSYKISKE SYMPTOMER VED DEMENS



Karin Håvarstein Rekve

*Sykepleier, Masterkandidat i klinisk helsearbeid
Enhetsleder, alderspsykiatrisk avdeling
Vardåsen, Oslo universitetssykehus,
Ullevål*

Sammendrag

Eldre med demens er en pasientgruppe med stor risiko for underernæring. Forstyrret appetitt og spiseatferd er et betydelig problem hos eldre med alvorlig demens. Hensikten med denne aksjonsforskningsstudien var å forbedre tilrettelegging av måltider for personer med demens med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD). Studien ble gjennomført i en alderspsykiatrisk spesialenhet og deltakerne var pleiepersonalet i enheten. Intervensjonsprosessen omfattet morgenrapport med planlegging, observasjoner, narrativ og refleksjon. Intervensjonen med tilrettelegging av måltider var individuelt for den enkelte pasienten. Resultatene blir belyst med en kasuistikk. Pleiepersonalet erfarte at planlegging og gode og tydelige sykepleieobservasjoner var viktig i et individualisert omsorgsperspektiv og det respekterer pasientens gjenværende ressurser.

Nøkkelord: demens, atferdsmessige- og psykiske symptomer, ernæring, vekt-tap, spiseforstyrrelser.

Innledning

Eldre med demens er en pasientgruppe med særlig risiko for underernæring (1). Hos pasienter med Alzheimer demens har risikoen for vekt-tap tendens til å øke med alvorlighetsgrad og progresjonen av sykdommen (2). Å forebygge ernæringssvikt og forhindre vekt-tap er et viktig mål i demensomsorgen.

Atferdsmessige og psykiske symptomer er regelen snarere enn unntaket ved demens (3). Atferdssymptomer kan være rastløshet, motorisk uro og vandring, interesseløshet og apati, irritabilitet og aggressivitet, repeterende handlinger som hamstring, plukking, roping, endret døgnrytme og forstyrret appetitt/spiseatferd. Psykiske symptomer kan være depresjon og tilbaketrekking, angst og katastrofereaksjoner, vrangforestillinger og hallusinasjoner.

Selbæk m.fl. har studert forekomst av demens og atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) i en studie blant 1163 norske sykehjemsbeboere (4,5). I alt 933 (80%) hadde demens (4) og av disse hadde 72% klinisk relevante atferdsmessige og psykiske symptomer. Symptomene

forekom i varierende grad i alle stadier av demensforløpet, men viste en tendens til å øke etter hvert som sykdommen utviklet seg (5). Blant pasientene med demens hadde 17,1 % forstyrret appetitt/spiseatferd målt på Neuropsychiatric Inventory (personlig meddelelse fra Selbæk, 30.09.2009). Forstyrret appetitt og spiseatferd er et betydelig problem hos eldre med demens og er et viktig fokusområde for pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten.

Fokus for denne studien var tilrettelegging av måltider og spisesituasjoner for eldre pasienter med APSD. Det presenteres funn fra forfatterens mastergradsstudie i klinisk helsearbeid (6). Studien ble gjennomført som ledd i et større prosjektsamarbeid mellom avdelingen og høgskolen.

Metode

Prosjektet ble gjennomført i tiden 2005–2007 ved en alderspsykiatrisk avdeling i Norge. Avdelingen består av tre differensierte sengeposter og et alderspsykiatrisk senter med dagavdeling og poliklinikk. Avdelingen utreder og behandler pasienter med psykisk sykdom oppstått i eldre år.

Studien ble gjennomført i en spesialenhet med 6 sengeplasser og 17 årsverk. Deltakerne i studien var sykepleiere, hjelpepleiere, pleieassistenter og sykepleierstudenter i deres praksisperioder. Antall deltakere varierte underveis ut fra turnus og turnover, men alle ble invitert til å delta. En psykiatrisk hjelpepleier i enheten var gruppeleder og deltok også i aksjonsnettverket i hovedprosjektet. Forfatteren deltok i prosjektet i sin vanlige rolle som avdelingssykepleier.

Dette var et aksjonsforskningsprosjekt hvor rammeverket var spiralprosesser som besto av morgenrapport med planlegging, observasjoner, narrativ og refleksjon. Metoden går ut på at sykepleierne beskriver egen praksis, reflekterer over hva de har gjort med pasienten, godt eller dårlig, for så å anvende denne kunnskapen til å forbedre egen praksis. Kim (7) oppfordrer sykepleiere til å bruke egne erfaringer i praksisfeltet til å finne ut hvordan sykepleiefaget kan forbedres. Ved å granske egen praksis kan eventuelle forskningsproblemer dukke opp og bidra til at profesjonen er i konstant utvikling, hevder hun videre.

Beskrivelse av intervensjonsprosessen

I den daglige morgenrapporten bestemte prosjektdeltakerne kollektivt hvilken pasient vi skulle observere den aktuelle dagen, hvordan vi skulle observere og hva vi skulle observere. Vi valgte pasienter som nylig var innlagt og det var nødvendig å kartlegge funksjonsnivået. Alternativt valgte vi pasienter hvor det var vanskelig å finne passende og hensiktsmessige intervensjoner. Før observasjonen drøftet vi pasientens situasjon og hva vi burde se etter i observasjonssituasjonen. Erfarne og kompetente pleiere ble oppfordret til å fortelle om aktuelle intervensjoner og hva man burde se etter under observasjonen og til å dele kunnskap med mer uerfarent personale.

For å samle data og forbedre praksis i spisesituasjonen, gjorde vi systematiske observasjoner under måltidene som i stor grad var tilrettelagt for én pasient. Vi observerte og skrev narrativ på dagvakt en gang ukentlig. Observasjonene inkluderte hvordan maten var forberedt og ble servert, hva pleieren gjorde under måltidet, hvordan pasienten reagerte og effekten av intervensjonene. For eksempel som når pasienten blir veldig rastløs eller forvirret etter måltidet, så må vi se nærmere på hva som skjedde i spisesituasjonen. Observasjonen ble skrevet av observatøren i en fortellende form.

I lunsjpausen samme dag, med det samme personalet tilstede, presenterte observatøren observasjonene i et refleksjonsmøte. Vi leste narrativet, snakket om hva som skjedde under måltidet, drøftet hvordan pasienten hadde reagert på intervensjonene, hvilke intervensjoner som hadde vist seg å være nyttige og hvilke som ikke var hensiktsmessige. Vi tolket atferden og symptomene og så etter alternative forklaringer og alternative intervensjoner. Personalet var aktivt med for å finne gode intervensjoner som ble prøvd ut i de neste måltidene. Som vanlig registrerte vi atferd ganske nøye i et atferds- og døgnrytmeskjema. Dette er et skjema som brukes på avdelingen for å registrere pasientens atferd og reaksjoner hver time over hele døgnet. Skjemaet inneholder detaljerte data fra tiden under og etter måltidet. Denne registreringen ga en god oversikt og viste for eksempel tydelig om pasient-



Frokost før og etter tilrettelegging. Ferdig påsmurt mat (høyre) gir færre valg å forholde seg til for pasient med alvorlig demens med APSD og spiseforstyrrelser.



en hadde vært rastløs eller rolig etter måltidet.

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og registrert og godkjent av sykehuset der studien ble gjennomført.

Tilrettelegging av måltider for fru Danielsen

Fru Danielsen er 75 år gammel. Hun er enke og bor alene. Hun har en demenssykdom og innlegges i avdelingen for utredning og behandling for atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. Hun er liten og tynn. Klærne er flere størrelser for store og familien fortalte at hun hadde spist dårlig i lang tid. Når personalet tilbyr hjelp, blir hun sarkastisk og spydig og avslår hjelp. Hun er rastløs og urolig, vandrer rundt i avdelingen og åpner stadig på dører. Medpasienter reagerte med irritasjon på atferden hennes.

I morgenrapporten dagen etter at fru Danielsen ble innlagt, drøftet vi atferden hennes og tolket det som overstimulering. For å forbedre kvaliteten på omsorgen og redusere forstyrrelser fra personale og medpasienter, besluttet vi å servere måltidet på rommet hennes med en sykepleier tilstede. Vi forventet at hun ville være i stand til å forsyne seg selv og dekket bordet med brød og smør, diverse pålegg, kaffe, melk og juice.

Sykepleieren observerte at fru Danielsen ikke selv tok initiativ da hun satt ved spisebordet. Men da sykepleieren opptrådte som vertinne og rakte henne brødkurven, klarte hun å forsyne seg selv. Men hun spiste brødet uten smør eller pålegg. Sykepleieren måtte ta initiativ for hver ny handling. Fru Danielsen pratet hele tiden under måltidet. Etter måltidet observerte personalet at rastløsheten økte.

Den økte rastløsheten og vandrende atferden etter frokost ble dokumentert

i atferds- og døgnrytmeskjemaet. På morgenrapporten andre dagen av oppholdet, tolket vi atferden og konkluderte med at fru Danielsen hadde behov for stimulusbegrensning. Vi besluttet å servere henne ferdigsmurt mat til frokost og aftens, slik at hun fikk færre valg å forholde seg til (jfr. bilde). En sykepleier var tilstede under måltidene og observerte fru Danielsen, men snakket minst mulig under måltidet for å begrense stimuli.

Etter frokost den andre dagen, observerte personalet at fru Danielsen var litt mer avslappet enn dagen i forveien. De konkrete intervensjonene ble beskrevet i fru Danielsens kliniske arbeidsplan (pleieplan). Vi benytter atferds- og døgnrytmeskjemaet under hele sykehusoppholdet for alle pasientene, slik at vi på en enkel måte har oversikt over effekt av de intervensjonene vi iverksetter. Fru Danielsen hadde god nytte av begrensning av ytre stimuli, slik som rolige og godt tilrettelagte måltider på eget rom. Hennes rastløshet og sarkasmer avtok og hun la også på seg under oppholdet.

Gjennom grundige observasjoner har vi lært å planlegge, observere og analysere måltider på en mer konkret måte. Vi har lært at små endringer kan forbedre måltidssituasjonen og kan påvirke pasientens situasjon resten av dagen.

Drøfting

I dette aksjonsforskningsprosjektet benyttet vi observasjoner og narrativ, vi artikulerte våre erfaringer i fortellinger om hva som skjedde gjennom spesi- fikke måltider. Fortellingene handlet om tilberedelse av måltider, interaksjon mellom pasient og sykepleier og konkrete og nyttige intervensjoner ble beskrevet. Ved å skrive observasjoner og intervensjoner som en fortelling

lærte vi å artikulere våre erfaringer på en bedre måte.

Vi reflekterte over våre observasjoner, kartlegginger og kunnskap på en mer nøyaktig måte. Små og enkle intervensjoner vi aldri hadde tenkt over at vi brukte, ble trukket fram i lyset. Vi erfarte at planlegging og gode og tydelige sykepleierobservasjoner var viktig – det var viktig i et individualisert omsorgsperspektiv og det respekterer pasientens gjenværende ressurser.

Vi forbedret også vår kliniske evne til å se etter små endringer som kan hjelpe oss å modifisere pleieplaner, slik at vi tar hensyn til pasientens tilstand. Vi har også sett at observasjoner og tiltak vi iverksetter ved måltidsserverting, har overføringsverdi til andre sider ved pasientomsorgen. For eksempel dersom måltidet må tilrettelegges veldig grundig og være enkelt, så må hjelp til personlig hygiene og stell være tilsvarende grundig og enkelt tilrettelagt.

Vi oppdaget også den ulike praktiske kompetansen hos personalet, inkludert sykepleierens personlige kunnskap og hvordan de bruker kunnskapen i handling. Som enhetsleder har jeg sett at å arbeide på denne måten, har økt selvtilliten hos flere av personalet, styrket faglig identitet og økt kollegaers respekt.

Konklusjon

Både under prosjektperioden og i etterkant har vi brukt ganske mye tid på det daglige morgenmøtet, med rapport, drøfting av intervensjoner og planlegging av dagens arbeid. Man kan spørre om det er effektiv tidsbruk? Jeg synes vi stadig erfarer at drøfting av observasjoner fra dagen før og planlegging av intervensjoner og dagens aktiviteter gir effektiv praksis.

Morgenrapporten er en del av en muntlig tradisjon innen sykepleie. Sykepleiere er ofte blitt kritisert for ikke å dokumentere sin kompetanse. Er det da fornuftig å vedlikeholde en muntlig tradisjon? Vi har sett at systematisk bruk av morgenrapporten har utviklet personalets evne til å observere og benytte observasjonene til å planlegge og implementere individuelt tilrettelagt pleie for personer med atferds- og psykiske symptomer ved demens, også på andre områder enn tilrettelegging av måltider. Vi har sett at personalet har utviklet større evne til

å se hvilken tilstand pasienten er i og være fleksible til de planlagte intervensjonene.

I alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste stilles det økende krav om effektiv utredning, behandling og samhandling med førstelinjetjenesten. Forventningene om samarbeid og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fordrer også at ledere og personell kvalitetssikrer tjenestene.

Takksigelser

En stor takk til avdelings sjef Bodil McPherson, Alderspsykiatrisk avdeling Vardåsen, Oslo universitetssykehus, og høgskolelektor Liv Helene Jensen, Høgskolen i Buskerud, samt medarbeidere og studenter ved gjennomføring av denne studien.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
2. White H, Pieper C, Schmader K. The association of weight change in Alzheimer's disease with severity of disease and mortality: a longitudinal analysis. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1223-1227.
3. Rokstad AMM. Ufordrende atferd. I: Rokstad AMM, Smebye KL, redaktører. *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribes; 2008. s. 181-206.
4. Selbæk G, Kirkevold Ø, Sommer O, Engedal K. The reliability and validity of the Norwegian version of the Neuropsychiatric Inventory, Nursing Home Version (NPI-NH). *Int Psychogeriatr* 2008;20(2):375-382.
5. Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(9):843-84.
6. Rekve KH. *Tilrettelegging av måltidssituasjoner for personer med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens* [masteroppgave]. Drammen: Høgskolen i Buskerud; 2007.
7. Kim, S.H. *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. 2. utg. New York: Springer; 2000.



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Bli medlem i NSF's Faggruppe for Sykepleiere i Geriatri og Demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor og send den til vår leder Hilde Fryberg Eilertsen.

I N N M E L D I N G S B L A N K E T T

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 300,- for 2010 (med forbehold om godkjenning av generalforsamlingen).

(Pensjonister, uføre (ikke i aktivt arbeid) og sykepleiestudenter betaler 50% av kontingent).
Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD v/Hilde Fryberg Eilertsen, Vikaveien 21, N-9022 Krokeldalen

HJEMMETJENESTER TIL EKSTREMT FETE EUROPEISKE KVINNER



Liv
Wergeland
Sørbye

Sykepleier, PhD, førsteamanuensis,
Diakonhjemmet Høgskole i Oslo,
Norge

Sammendrag

Denne tverrsnittsstudie undersøkte hvilke helsetilstander og behov for tjenester som er relatert til ekstrem fedme som ledd i Aged in Home Care (AdHOC) prosjektet. Utvalget bestod av 2974 kvinner 65 år og eldre som mottok hjemmetjenester i 11 europeiske land. Ekstrem fedme ble definert som *fedme av en slik grad at den hindrer daglig aktivitet inkludert respirasjon*. Fire prosent av kvinnene var ekstremt fete. De var gjennomsnittlig fem år yngre enn sine tynnere medsøstere og hadde mottatt hjemmesykepleie i 12 måneder lengre. Ekstrem fedme er et problem med økende betydning for hjemmetjenester som ytes overfor eldre kvinner.

Nøkkelord: ekstrem fedme, eldre mennesker, kvinnehelse, hjemmetjenester, Europa/epidemiologi

Innledning

Utbredelsen av fedme har hatt en sterk økning i løpet av de siste tiårene, særlig i land med god økonomi. En amerikansk undersøkelse viste at 37,4 % av kvinner over 18 år ble klassifisert som fete med en kroppsmasseindeks (KMI) på 30 kg/m². Fedme er forbundet med økt risiko for helseproblemer som diabetes, hypertensjon, dyslipidaemia, kortpustethet, søvnapné, galleblære sykdommer, hjerte- karsykdom og slitasjegikt. Fedme er også blitt et økende helseanliggende hos eldre på bakgrunn av økt gjennomsnittlig levetid i den industrialiserte verden og er forbundet med økt krav om helse- og omsorgstjenester. Det foreligger lite forskning om fedmeproblematikk hos eldre i Europa. Hensikten med studien var å undersøke hvilke helsetilstander og behov for tjenester som er relatert til ekstrem fedme hos eldre europeiske kvinner.

Metoder

I denne artikkelen har vi benyttet data fra the Aged in Home Care-prosjektet (AdHOC) som er en multisenter studie med personer i alderen 65 år eller mer. Pasientene bodde i urbane strøk og var allerede mottakere av hjemmetjenester ved starten av studien: 1036 menn og 2974 kvinner fra 11 europeiske land var involvert. Dette var 87 % av de forespurte.

Deltakerne var vurdert med Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC) versjon 2.0. I tillegg til å snakke med brukerne, ble ytterligere informasjon samlet inn fra skriftlig dokumentasjon, annet helsepersonell eller pårørende. Ekstrem fedme ble definert som *Fedme av en slik grad som å forstyrre normale aktiviteter herunder åndedrett*. Dette svarer til Verdens Helseorganisasjons definisjon på ekstrem fedme (1). Fysisk funksjon ble vurdert ved hjelp av variabler for aktivitet i dagliglivet. Kognitiv fungering ble vurdert ut fra *Cognitive Performance Scale* (CPS) som er bygget opp av ulike variabler i RAI-skjemaet.

Sammenhenger mellom ekstrem fedme og følgende vilkår som: hypertensjon, hjertesvikt, diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), Alzheimers sykdom og andre demens-tilstander, ødem, urin inkontinens, nyresvikt, fall (minst ett fall i løpet av de siste 90 dager) og smerte ble analysert. Bruk av medikamenter ble også undersøkt.

Lovgivning for etisk godkjenning og datainnsamling i hvert land ble fulgt og informert samtykke innhentet. Beskrivende statistikk ble utført med SPSS. Utbredelsen av faktorer hos kvinner med og uten ekstrem fedme ble analysert og sammenlignet. Betingelser signifikant assosiert med ekstrem fedme er angitt med $P < 0,05$.

Resultater

Totalt 2974 kvinner deltok i studien. Av disse var 120 (4,0 %) ekstremt fete (Figur 1). Ekstremt fete kvinner som mottok hjemmetjeneste var yngre enn de ikke-ekstremt fete: median alder 78,3 år mot 83,3 år. De ekstremt fete hadde fått hjemmetjenester lengre enn de ikke-ekstremt fete. En ekstremt fet kvinne på 78 år trengte i gjennomsnitt like mye hjelp som en ikke-ekstremt fet kvinne på 83 år. Ekstremt fete kvinner trengte noe mer hjelp til personlig pleie enn den andre gruppen, og de var mindre kognitivt svekket. På grunn av diabetes trengte de mer hjelp til å få tilpasset en diett; flere var avhengige av insulininjeksjoner. Den ekstremt fete gruppe hadde signifikant mer kortpustethet og hadde ankelødemer, var oftere plaget av urininkontinens, krevde mer spesialiserte hudpleie, trengte mer assistanse når de skulle bevege seg utenfor huset og klaget generelt mer på sin helsetilstand.

Diskusjon

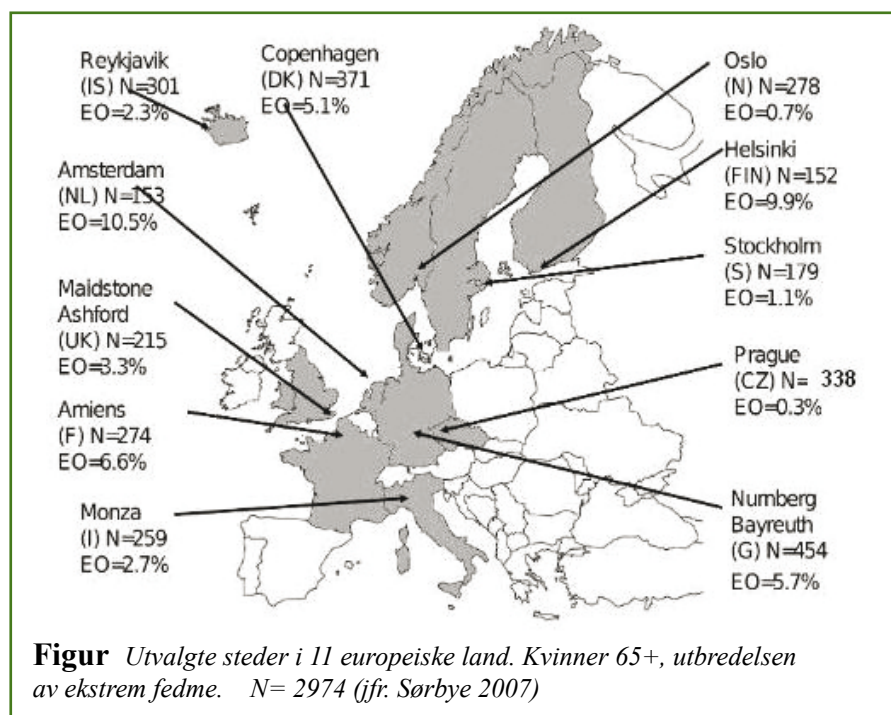
Denne studien undersøkte egenskaper og spesielle behov hos ekstremt fete kvinner og hvilke utfordringer de utgjør for hjemmetjenesten. Vi fant at 4,0 % av kvinnene var ekstremt overvektige, de var 5 år yngre enn ikke-overvektige kvinner; de mottok mer hjemmetjenester, hadde flere helseplager og trengte mer hjelp med mo-

RETNINGSLINJER FOR PUBLISERING I GERIATRISK SYKEPLEIE

Geriatrisk Sykepleie er et tidsskrift for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for Geriatri og Demens. Tidsskriftet formidler forskning og fagutvikling innenfor sykepleie, behandling og omsorg for gamle mennesker og mennesker med demens. I tillegg formidler Geriatrisk Sykepleie informasjon til medlemmer fra faggruppens styre og lokalgruppeledere. Både medlemmer og andre kan sende inn fagartikler til Geriatrisk Sykepleie. Fagartikler sendes til redaksjonen.

Følgende retningslinjer gjelder for fagartikler som søkes publisert:

- Et innlegg eller artikkel i Geriatrisk Sykepleie er på maksimalt 15000 tegn eksklusive mellomrom, så det er viktig å skrive konsentrert og så kort som mulig.
- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten. Referanselisten skal angis med Vancouver-modellen som referansesestil.
- Antall referanser skal normalt ikke overstige 50 med mindre annet er avtalt.
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte innsendt materiell/manuskripter.
- Forfattere av artiklene i Geriatrisk Sykepleie står ansvarlig for det faglige innholdet i den enkelte artikkel.
- Innlegg sendes som vedlegg til e-post til redaktøren: karen@nsfgeriatridemens.no.



biliter utenfor hjemmet. Et amerikansk utvalg av personer med en gjennomsnittsalder på 71,7 år (standardavvik 5,7 år) viste en utbredelse av ekstrem fedme på 4 % hos kvinner og 1,4 % hos menn (2). Dette utvalget var ca 10 år yngre enn det europeiske, og bekrefter at utviklingen av fedme er kommet lengre i USA.

Det var liten forskjell mellom ekstremt fete og ikke-ekstremt fete når det gjaldt å utføre ADL-funksjoner. Waaler (3) fant at eldre mennesker med en høy KMI hadde lavere relativ risiko for dødelighet enn yngre mennesker. Elia (4) har gitt ulike mulige forklaringer på dette, en mulighet er at personer som hadde vært utsatt for komplikasjoner ved fedme allerede er døde, mens de som er mer motstandsdyktige mot effektene av fedme fortsatt lever. Must m.fl. (5) fant at sykdomsbyrden knyttet til ekstremt fedme var mindre for personer i alderen ≥ 55 år enn for yngre pasienter. Halvparten av norske 40-45-åringene er overvektige. Forekomsten av fedme hos kvinner har steget jevnt de siste årene (6). I Norge er innflyttere fra Sri Lanka og Pakistan spesielt utsatt (7).

Konklusjon

Ekstremt fedme skaper mange tilleggsplager. Det er forventet at ekstrem fedme hos eldre kvinner er et voksende problem. Det må derfor tas helsepoli-

tiske grep slik at fedme-epidemien kan bli stoppet og forhåpentligvis reversert. Dersom en ikke ser at forebyggende tiltak gir økt livskvalitet på sikt, vil mange få en tung alderdom.

Takksigelser

Vi takker for tillatelse fra "Royal Society of Medicine Press, London" til å trykke denne kortversjonen vederlagsfritt. Originalartikkel: Sorbye LW et al. Home care needs of extremely obese elderly European women. *Menopause International* 2007;13(2):84-87.

Referanser

1. World Health Organization (WHO). Obesity: prevention and managing the global epidemic. WHO technical report series: 894. Geneva: WHO; 2004.
2. Friedmann JM, Elasy T, Jensen GL. The relationship between body mass index and self-reported functional limitation among older adults: a gender difference. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(4):398-403.
3. Waaler HT. Hazard of obesity—the Norwegian experience *Acta Med Scand Suppl* 1988; 723:17-21.
4. Elia M. Obesity in the elderly. *Obes Res* 2001;9 Suppl 4:244S-248S.
5. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA* 1999;282(16):1523-1529.
6. Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007;127(1):34-37.
7. Kumar BN, Grøtvedt L, Meyer HE, Søgaard AJ, Strand BH. The Oslo immigrant health profile. Rapport nr.7. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008.

Bedre samhandling må til!

Valg markerer alltid en skillevei i helsepolitikken. Slik vil det også være med Samhandlingsreformen, den viktigste helsepolitiske reformen på mange tiår. Før valget var det mye prating, kartlegging og strategiarbeid. Det er stor enighet om behov for endring. Etter valget er tiden nå moden for konkret handling. Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen er kjent for gjennomføringsevne og handlekraft. Og det trengs NÅ.

En ting er klinkende klart, reformen kan ikke gjennomføres uten sterkt engasjement og medvirkning fra sykepleiere som jobber i geriatri og demensomsorgen. NSF sentralt og Faggruppen har vært sterkt involvert i departementets strategiarbeid, og har kommet med mange innspill. Nå forventer vi handling og systemendring. Vi trenger systemer som utnytter sykepleiernes kompetanse bedre – og sikrer at eldre mennesker får god sykepleie og helsetjenester.

Samhandlingsreformen knytter seg til tre utfordringer. Bedre koordinering av tjenester, økt satsing på forebygging av sykdom og økende antall eldre og kronisk syke. Reformen retter seg spesielt mot kommunehelsetjenesten, men drar også inn spesialisthelsetjenesten.

Hvem samarbeider tettest med pasienten og kjenner pasientens muligheter og behov bedre enn sykepleieren? Samordning og koordinering av tjenester har alltid stått sentralt i sykepleien. Men vi trenger bedre systemer og nye funksjoner for å kunne gjøre dette enda bedre. Kommunesykepleiere og pasientansvarlig sykepleiere med helhetlig ansvar for å følge pasienter opp over tid og koordinere tjenester rundt den enkelte pasient på tvers kan være et viktig bidrag til forbedring. Det er viktig at kommunesykepleier og pasientansvarlig sykepleier settes i system.

Forebygging av sykdom og begrensning av helsesvikt er best for pasienten. Forebygging er også økono-



miske lønnsomt. Fokus på forebygging kan bidra til å holde pasienten hjemme lengst mulig. Økt satsing på forebygging forutsetter kunnskap og kompetanse. Men altfor mange norske kommuner mangler kompetanseplan. Og dagens systemer belønner heller behandling fremfor forebygging. Nye systemer må belønne kommunene som forebygger helsesvikt. Kommunene som satsar på kompetente og bevisste sykepleiere må høste gevinster.

Flere av de eldste eldre betyr økt behov for sykepleie og omsorg. Helsedirektoratet har varslet en mangel på 12000 sykepleiere og 40000 helsefagarbeidere innen 2030. Skal kommunene møte en slik utfordring må eldreomsorgen bli en mer attraktiv arbeidsplass. Det må legges til rette for at sykepleierne kan ta videreutdanning. Og det må legges bedre til rette for at de kan bruke sin kompetanse på arbeidsplassene.

Samhandlingsreformen er omfattende. Sykepleierne i geriatri og demensomsorgen ser frem til å bidra til bedre koordinering, økt forebyggende innsats og bedre pleie og omsorgstjenester for eldre. Vi har store forventninger til at Strøm-Erichsen tar de nødvendige grep for å få nye og bedre systemer på plass – og vi er klare til å bidra.

*En riktig god jul ønskes fra
Hilde Fryberg Eilertsen, leder NSF's
faggruppe for sykepleiere i geriatri
og demens*



NSF FGD utlyser utdannings- stipend - 2010

Styret i NSF FGD lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2010. To tildeles vår og to tildeles høst.

Stipendene gjelder all utdanning etter fullført bachelor i sykepleie, som er relevant for fagfeltet geriatri og demens.

Alle medlemmer i NSF FGD som er à jour med medlemskontingenten for 2010, kan søke.

Søknaden skal inneholde Navn, Postadresse, e-postadresse og Medlemsnummer i NSF.

I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes for, hvor langt du er kommet i utdanningsløpet og noen ord om bakgrunnen for søknaden.

Fristen for å søke er 1. april for vår og 1. oktober for høst 2010.

Søknad sendes på e-post til leder av faggruppa hilde@nsfgeriatridemens.no eller sendes i 3 eksemplarer til Hilde F. Eilertsen, Vikaveien 21, 9022 Krokeldalen

Søknadene blir behandlet av NSF FGDs styre, og søkere vil få svar innen 1. mai for våren og 1. november for høsten 2010.

GRUNNPILLARENE I FAGGRUPPA – LOKALGRUPPENE



**Hilde
Fryberg
Eilertsen**

Faggruppeleder NSF FGD

Faggruppa for sykepleiere i geriatri og demens har hatt medvind siste året. Spesielt når det gjelder lokal aktivitet, har interessen økt betydelig. Lokalgruppene i NSF FGD er selve grunnpillarene i faggruppen. Oslo lokalgruppe er det nyeste skudd på stammen og ble stiftet 23. september i år. Lokalgruppen i Agder har gjenoppstått, etter flere år med svært lav aktivitet.

I tillegg har Buskerud, Møre og Romsdal, Telemark og Vestfold nå fått kontaktpersoner. Dette er en ny utvikling og viser at faggruppen har engasjerte medlemmer, som er interessert i å bygge ut vårt faglige nettverk for sykepleiere i geriatri og demensomsorg i fylkene.

Fra før av har faggruppen lokale grupper i Troms, Hordaland, Rogaland, og Oppland, mens Finnmark, Nordland, Sør-Trøndelag, Sogn og Fjordane og Hedmark har kontaktpersoner.

Faggruppen har nesten klart å dekke alle fylkene i Norge. Akershus, Nord-Trøndelag og Østfold har behov for en kontaktperson. Faggruppens sentrale styre ønsker å komme i kontakt med medlemmer som kunne tenke seg å være kontaktperson for sitt fylke, eller være med å starte en lokal faggruppe. Det er også mulig å danne lokalgruppe sammen med et annet fylke, for eksempel for Oslo og Akershus.

Hva er en lokalgruppe?

Lokalgruppen er faggruppens representant i fylkene, altså på det lokale planet. NSF har i dag 33 faggrupper. Noen av disse har lokalgrupper i alle fylkene, mens noen har kontaktpersoner. Andre faggrupper har kun et sentralt styre. Det er den enkelte faggruppen som bestemmer dette selv, ut fra antall medlemmer og faggruppens egenart. Faggruppen for sykepleiere i geriatri og demens tar mål av seg å være et landsdekkende faglig nettverk. For å nå dette mål bør det etableres en lokalgruppe for hvert fylke. To fylker kan også danne felles lokalgruppe slik Agder-fylkene har gjort.

Hvordan dannes en lokalgruppe?

Kontaktpersonen i fylket innkaller til et møte for medlemmer i NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Oversikt over medlemmer i fylket, fås av faggruppens leder. På dette møtet blir det vedtatt at det ønskes å danne en lokalgruppe. Det nedsettes da en arbeidsgruppe eller et interimsstyre som skal innkalle til et årsmøte med valg. På dette årsmøtet blir det valgt et styre blant medlemmer av faggruppen. Styret består vanligvis av fire medlemmer og ett medlem til valgkomiteen. Faggruppens vedtekter utdyper dette nærmere. En lokal faggruppens styre må minimum bestå av leder, nestleder,

kasserer, og sekretær, men kan ha flere styremedlemmer og eventuelt vara-medlemmer.

Lokalgruppen må så registrere seg i Brønnøysund-registeret og få tildelt organisasjonsnummer. Med protokoll fra medlemsmøte, vedtekter fra faggruppen og organisasjonsnummer, får den nye lokalgruppens styre opprettet egen bankkonto. Dette kan man få informasjon og hjelp fra faggruppens sentrale styre til å få ordnet.

Hva gjør en lokalgruppe?

Lokalgruppen skal drive seg selv. Utgangspunktet er faggruppens rolle som faglig pådriver innen geriatrisk sykepleie og demensomsorg. Hvordan dette gjøres, er den lokale faggruppens styre som beslutter. De fleste lokale faggrupper arrangerer seminarer en gang i året, noen to ganger. Det kan være dagsseminarer eller fagkvelder. Ellers er det vel bare tiden som begrenser hva en lokalgruppe kan engasjere seg i, så lenge man følger NSF's formål og prinsipper, og faggruppens vedtekter.

Lokalgruppeledersamling

Lokalgruppeledersamling knytter fagnettverket sammen. Faggruppens sentrale styre inviterer til Lokalgruppeledersamling en gang i året, som regel i

Nettverksbygging i pausen på Oslo lokalgruppens etableringsmøte.



GF 2010 = VALG

forbindelse med årets landskonferanse. En hel dag settes av til faglig påfyll, diskusjon, informasjon, meningsutveksling og nettverksbygging mellom alle lokalgruppeledere, kontaktpersoner og faggruppens sentrale styre. Også kontaktpersoner i fylkene som ikke har lokalgruppe, inviteres til deltakelse på lokalgruppeledersamlingene. Dagen avsluttes med felles middag og hygge. Lokalgruppens leder møter i Lokalt fagforum, og/eller Lokalt fagpolitisk forum som arrangeres med hjelp fra NSF's fylkesleder minst en gang pr. år. Møtene foregår som regel på NSF's Fylkeskontor, sammen med lokalgruppelederne for de andre av NSF's faggrupper.

Lokalgruppens årsmøte, regnskap og økonomi

Lokalgruppen skal avholde årsmøte innen utgangen av februar hvert år. Årsmelding, budsjett og regnskap som er godkjent av årsmøtet, sendes faggruppens leder sentralt. Kasserer i faggruppens styre sentralt tilbakefører til lokalgruppen 30 % av medlemskontingenten på grunnlag av medlems-tallet per 1. november året før. Så, jo flere medlemmer i lokalgruppen, jo mer penger. Penger er avgjørende for lokal faggruppes aktivitetsnivå. Alle lokalgrupper får et engangsbeløp fra faggruppens styre ved førstegangs oppstart. Dette er økonomisk hjelp til å komme i gang. Etter dette, må lokalgruppen tjene egne penger. Dette blir gjort ved å arrangere kurs og seminar.

Tusen medlemmer innen 2012

I november 2009 hadde faggruppen 750 medlemmer. Antall medlemmer har økt med 136 på bare 1 1/2 år siden mai 2008. Mye av medlemsvervingen foregår hos lokalgruppene. Ved selv å arrangere møter og seminar, eller stille opp med stand på andres fagaktuelle seminar, blir kunnskapen om faggruppen spredt, og vi får vervet flere medlemmer. De fleste lokalgruppene går aktivt inn for å verve medlemmer. Noen lodder ut premier til den som verver flest medlemmer. Noen lodder ut premier blant de som melder seg inn i faggruppen i løpet av egne kurs og seminar. Lokalgruppen i Oslo vervet

hele 33 nye medlemmer ved NSF Oslo og Akershus fagseminar den 13. november. Alle gjør en fantastisk jobb. Tusen medlemmer innen utgangen av 2012 er faggruppens mål når NSF fyller 100 år, det har faggruppens styre besluttet som ledd i Handlingsplanen for 2010. Lokalgruppene har en svært viktig posisjon for at vi skal klare dette.

Det er bare å stå på alle sammen. Jo flere vi er, desto bedre høres vi!

Oppfølging fra faggruppens styre sentralt

Faggruppens styremedlemmer er aktivt engasjert i å støtte og følge opp lokale faggrupper. Hilde Fryberg Eilertsen er for uten å være faggruppens leder, også leder av lokalgruppen for Troms fylke. Karen Bjøro som er redaktør for faggruppens tidsskrift, har vært med å danne Oslo lokalgruppe og er varamedlem i lokalgruppens styre. Målfrid Schiager er med i lokalgruppen i Oppland, hvor hun er medlem i kurskomiteen. Torhild Warland er varamedlem til styre, og har vært leder av lokalgruppen i Rogaland i mange år. Nestleder Siri E. Meyer har vært på møte med kontaktpersonene i Vestfold og Buskerud med tanke på etablering av lokalgruppe der.

Lokalgruppeledere og kontaktpersoner har gitt uttrykk for behov for mer kontakt med faggruppens sentrale styre. Derfor har faggruppens leder søkt om prosjektmidler fra NSF for å få dette til. Lokalgruppene og kontaktpersonene er så viktige for faggruppen, at leder ønsker mer kontakt med dem, også på det lokale plan. Søknaden avgjøres rett før jul. Vi får bare krysse fingrene og håpe på økonomisk tilskudd til å besøke, i første omgang, de aller ferskeste av våre lokale representanter, - så kommer resten etter hvert.

Faggruppens generalforsamling holdes 18. mars 2010 i Bergen. Det betyr valg av nytt styre. Nominasjonskomiteen har trådt i funksjon, forteller komiteens leder, Viviane Mellbye. Flere av styremedlemmene i det sittende styret har meddelt oss, at de ønsker å tre ut av styret i mars. Vi har derfor mye arbeid foran oss for å finne aktuelle kandidater. Faggruppen har vokst i medlems-tall de siste to år og aktivitetsnivået varsler om stort engasjement.

Vi tror det er mange medlemmer som kunne tenke seg å være med på å lede faggruppen videre. Derfor ber nominasjonskomiteen om at interesserte tar kontakt. Alle medlemmer kan foreslå aktuelle kandidater – sier hun.

I følge faggruppens vedtekter skal det velges leder, nestleder og tre styremedlemmer samt to varamedlemmer. Alle som stiller til valg må sende inn villighetserklæring. Denne finnes på faggruppens nettside: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere

Etterhvert vil kandidatene bli presentert på faggruppens nettsider. Så det er viktig å følge med. Alle medlemmer i faggruppen har stemmerett på GF.

Nominasjonskomiteens medlemmer kan kontaktes med tips eller med spørsmål knyttet til styreverv:

- Viviane Mellbye, leder, Gjøvik, mobil: 90090821, e-post: tomellb@online.no
- Kristin Aas Nordin, medlem, Stavanger, mobil: 90777057, e-post: kristin.aas.nordin@stavanger.kommune.no
- Oddbjørn Hagen, medlem, Stavanger, mobil: 93405431, e-post: oddbj_hage_@msn.com (dvs: oddbj_hage_)

Leder av
nominasjons-
komiteen,
Viviane
Mellbye



NYHET

Ny løsning ved fekal inkontinens

Abri-San Special

■ Optimal beskyttelse mot lekkasje

■ Skånsom mot huden

Abri-San Special er utviklet med fokus på fekal inkontinens. Derfor har vi utviklet et produkt med et unikt barrieresystem.



Barrieresystemet er så effektivt, at det selv ved eksplosiv diarrè vil være optimal beskyttelse mot lekkasje.

Abri-San Special har Air-Plus teknologi, som innebærer en pustende bakside som reduserer hudirritasjon.

Abri-San Special har en sugeevne som gjør produktet velegnet til dobbelinkontinens.



Abena Hygiene AS · Per Krohgs vei 4 B · N-1065 Oslo · Tlf.: 22 80 43 10 · Fax: 22 80 43 20
info@abena.no · www.abena.no

ABENA®



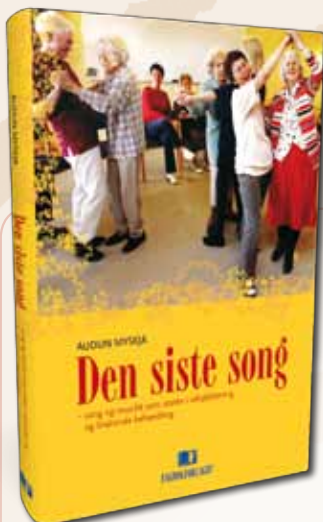
Rita Jakobsen

IKKE ALLE VIL SPILLE BINGO

OM TEORI
OG PRAKSIS
I DEMENSORSORGEN
PÅ SYKEHJEM

Demensomsorgen står overfor store utfordringer i tråd med den forventede økningen av antall eldre i befolkningen. Det utvikles stadig ny kunnskap i forhold til denne pasientgruppen, kunnskap det ofte er vanskelig å implementere i praksis. Hensikten med boken, *Ikke alle vil spille bingo*, er å bidra til en slik implementering gjennom å knytte fagkunnskap til utfordringer i praksis, og gjennom å fokusere på faglig ledelse og organisering.

ISBN 978-82-450-0327-7 | Kr 282,- | 188 sider



Audun Myskja

DEN SISTE SONG

- SANG OG MUSIKK
SOM STØTTE I
REHABILITERING
OG LINDRENDE
BEHANDLING

Musikk har vært del av menneskenes helbredende ritualer i uminnelige tider. Vi merker at musikk gjør noe med oss - men hva? I denne boken forklarer Myskja hvorfor og hvordan musikk kan øke livskvaliteten i alderdommen og i livets siste fase. Ved hjelp av denne boken kan helsearbeidere og andre terapeuter uten musikkfaglig bakgrunn ta i bruk sang og musikk som metode på en trygg, systematisk og evaluerbar måte. Forfatteren gir en fylldig oversikt over aktuell musikk og over sanger og utøvere. Boken er vitenskapelig og forskningsbasert, samtidig som den er krydret med anekdoter og situasjonsrapporter fra hverdagen for mange eldre.

ISBN 978-82-7674-951-9 | Kr 368,- | 254 sider



FAGBOKFORLAGET

www.fagbokforlaget.no
e-post: ordre@fagbokforlaget.no
ordrettelefon: 55 38 88 38

Lokale Faggrupper – Kurs og møter

AKERSHUS

Akershus medlemmer inviteres til å delta på NSF FGD Oslo sitt årsmøte 18. februar 2010 på Diakonhjemmet. Det vil bli fremmet forslag om å danne felles lokale faggruppe med Oslo og Akershus.

HORDALAND

NSF FGD Hordaland Lokalgruppe har fagkveld og årsmøte torsdag, 11 februar 2010 på Clarion Hotel Bergen Airport

Fagkveld starter kl 17.00 med tema: *Den nye veilederen om begrensning til livsforlengende behandling*
Med innlegg fra Marie Aakre

Årsmøte for NSF FGD Hordaland fra kl.19.45.-20.30:
Påmelding innen 1. febr 2010 pr. SMS: 913 63 227
e-mail: bentelouise.floisand@bergen.kommune.no

OPPLAND

NSF FGD Oppland Lokalgruppe arrangerer Fagernes-seminaret onsdag og torsdag, 10.-11. mars 2010 på Quality Hotel & Resort Fagernes

Med tema: *Alzheimer og Demens*

Påmelding til Monja Dammen, Camilla Collets veg 21, 2818 Gjøvik eller e-post: monj-da@online.no
Fullstendig program: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere

OSLO

NSF FGD Oslo Lokalgruppe har fagmøte og årsmøte Torsdag 18. februar 2010 på Diakonhjemmet sykehus. Fagmøte starter kl 16.30 med tema:

Hva skjer med geriatri-tilbudet i Oslo og Akershus?

Årsmøtet for NSF FGD Oslo fra 18.30-19.30

På årsmøtet vil det bli fremmet forslag om å danne felles Oslo/Akershus lokal faggruppe
Ingen påmelding. Deltakeravgift: kr. 100

ROGALAND

NSF FGD Rogaland Lokalgruppe har årsmøte Mandag 25. januar 2010, kl.19:00 på Sunde sykehjem. Alle medlemmer er hjertelig velkomne!

TROMS

NSF FGD Troms har dagsseminar torsdag 11. februar 2010 kl 9.30-15.00 med tema: *Ernæring til eldre mennesker*

Eurest Sydspissen Hotell, Tromsø

Bindende påmelding innen mandag 11. januar 2010
Deltakeravgift:

Medlemmer av faggruppa: kr. 650,- ; Andre: kr. 950,-
Påmeldingen sendes:

Ragnhild Listad Sveinsen, Borgensvingen 102, 9100 Kvaløysletta, eller via epost: listsvei@online.no
Ved spørsmål, ta kontakt via e-post eller mobil: 478 46 883.

RETURADRESSE:
Hilde Fryberg Eilertsen
Vikveien 21
9022 Krokeldalen

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE



NYHET

Nutridrink Compact

Mindre volum, mer næring



www.konstis.no November 2009



Volum kan være en barriere for å oppnå fullt utbytte av næringsdrikker. Nye Nutridrink Compact komprimerer all næringen du får fra en 200 ml Nutridrink i en ny 125 ml flaske. Det betyr 300 kcal og 12 g protein i 40 % mindre volum.

Gi dine pasienter Nutridrink Compact og hjelp dem til å få den næringen de trenger i et volum de kan takle.

NUTRICIA
Nutridrink
Compact