

Kan personer drabbade av demenssjukdom gå upp i vikt med hjälp av majsberikning i kosten?

-En pilotstudie

FÖRFATTARE: Sofia Antonsson

KURS:Omvårdnad, Självständigt
arbete II
HT 2004

OMFATTNING: 10 p

HANDLEDARE: Helle Wijk

Artikeln kommer skickas till Vård i Norden för publicering.

Förord

Jag vill på detta sätt tacka min chef Tua Allebring som under arbetets gång stöttat mig och gjort studien möjlig att genomföra. Ett stort tack till Barbro Robertsson som är examinator för detta arbete och som med stort engagemang stöttat mig under den senare delen av utförandet av uppsatsen och Helle Wijk som varit handledare för arbetet. Tack även till personalen på avdelningen för engagemang och väl utfört arbete med studien.

Titel(svensk): Kan personer med demenssjukdom gå upp i vikt med hjälp av majsberikning i kosten? –En pilotstudie

Titel(engelsk): Can persons with dementia gain weight by getting cornadditives in their food? –A pilot study.

Arbetets art: Eget arbete, fördjupningsnivå II

Kursbeteckning: Omvårdnad- Självständigt arbete II

Arbetets omfattning: 10 p

Sidantal: 20

Författare: Sofia Antonsson

Handledare: Helle Wijk

Sammanfattning

Malnutrition är vanligt förekommande hos personer med demenssjukdom. Det saknas idag tillräckligt med kunskap inom området för att kunna fastställa varför symtomen uppkommer.

Undervikt kan leda till att den sjuke är känsligare för infektioner och följsjukdomar. Syftet med studien var att erhålla ökad kunskap om hur vikten påverkas av extra näringstillskott i form av majsberikning under tre månader till malnutrierade personer med demenssjukdom.

Undersökningen var en pilotstudie vilken beskriver effekterna före och efter en nutritionsintervention. Studien utfördes på en demensavdelning på ett äldreboende.

Majsberikning administrerades dagligen i kosten till deltagarna. Deltagarna i studien var sina egna kontroller. Som utvärderingsinstrument i studien användes MNA-SF och BMI.

Resultatet visar en viktuppgång hos två deltagare. Två personer uppvisade en viktförlust och de resterande två deltagarna hade oförändrad vikt. Detta ger en antydning om att berikning i kosten i form av majsning kan hjälpa personer med demenssjukdom att gå upp i vikt.

Nyckelord: elderly, eating problems, malnutrition, Alzheimer's disease och Mini Nutritional Assessment Scale.

Abstract

Malnutrition is common among persons diagnosed with dementia, but the reason for this is still quite unknown. Low bodyweight is a major risk factor for infections and early death. The aim of the study was to gain more knowledge about if the weight can be affected by corn additives in the food under a three months period to persons with malnutrition who has diagnosed dementia. The study was a pilot study in which the effects before and after a nutritional intervention are described. The study was conducted at a nursing home for patients with dementia. Corn additives were given on a daily basis with the food to the persons in the study. The persons were their own controls. As instrument for evaluation was MNA-SF and BMI used. The result of the study show that two persons gained weight, two persons lost weight and two persons had stable weight. The results give us a notion that additives in the form of corn-nutrition can help people with diagnosed dementia to gain weight.

Keywords: elderly, eatingdisorders, malnutrition, Alzheimer's disease and Mini Nutritional Assessment Scale.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Viktförlust hos personer drabbade av demenssjukdom	1
Definition	3
Malnutrition	3
Extra tillskott i form av majsning	5
Mini Nutritional Assessment Scale	5
BMI	6
Henderssons omvårdnadsteori	6
Klinisk betydelse relaterat till omvårdnad	8
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	13
Konklusion	16
Framtida forskning	17
Litteraturlista	18

Bilagor

I.Vård i Nordens författarhänvisningar

II.MNA-SF

Inledning

Många personer med demenssjukdom får problem med oförklarlig undervikt. Undervikten kan leda till att den sjuke blir känsligare för infektioner och följsjukdomar, varför viktförlust och minskad aptit bör beaktas som ett omvårdnadsproblem vilket sjuksköterskan skall ansvara för och försöka åtgärda. I dagsläget finns ett stort behov av ökad kunskap inom området äldre med demenssjukdom och malnutrition. Trots att internationella studier har visat att personer med demenssjukdom löper risk för viktnedgång finns få studier presenterade som utvärderat behandlingseffekter. Enligt personlig kontakt med sjukhusdietister räcker det med en liten mängd majsberikning regelbundet för att kunna öka eller bibehålla vikt. Denna pilotstudie avser att bidra till ökad kunskap inom området genom utvärdering av tillförsel av näringstillskott till personer drabbade av demenssjukdom. Förhoppningsvis kan kunskapen ligga till grund för riktlinjer för förebyggande av malnutrition inom kommunala demensboenden.

Bakgrund

Viktförlust hos personer drabbade av demenssjukdom

I Sverige bor många äldre personer på äldreboende och sjukhem (1). Många insjuknar i olika former av demenssjukdom. Vid en epidemiologisk undersökning av alla personer i Göteborg över 85 år hade ca 30% av de undersökta någon form av demenssjukdom (2). Med stigande ålder ökar risken att drabbas av demenssjukdom. Från 60 år och uppåt fördubblas risken var femte år att insjukna i demenssjukdom. Vid 65 års ålder är risken cirka 1,5% och för personer över 95 år är risken 45%. Antalet personer med demenssjukdom har under de senaste decennierna ökat vilket också kommer att ske fortsättningsvis. Den största andelen av personer som drabbas av demens är kvinnor. Till viss del beror detta på att kvinnor lever

längre, men andelen personer som insjuknar i demenssjukdom bland kvinnor är också högre än bland män. Den största diagnosgruppen inom demenssjukdomar är Alzheimers sjukdom där antalet personer i Sverige med sjukdomen var 83 000 år 2003 (3). Sjukdomen som är en vanlig dödsorsak hos äldre personer är i dagsläget inte möjlig att bota. Däremot kan man bemöta symtomen med omvårdnadsåtgärder samt farmakologiskt bromsa sjukdomsförloppet under en begränsad tid (4).

Oförklarlig viktförlust och undervikt är två återkommande symtom hos personer med Alzheimers sjukdom (4,5,6). Viktnedgång i senare stadium av demenssjukdom har sedan längre registrerats (7,8). Det är ännu oklart om viktförlust vid Alzheimers sjukdom är ett symtom som ingår i sjukdomsbilden eller är en konsekvens av sjukdomen (6,7,8). Viktförlust kan enligt studier även uppkomma tidigt i sjukdomsförloppet (8,9). Förlust av muskelmassa leder till ökat beroende av andra människors hjälp (5). Förmågan att kunna äta på egen hand påverkar viktförlust (4,5,10). En studie visade på ökad energiförbrukning hos äldre personer med demenssjukdom vilka fick lika stor mängd mat, men med olika mängd kalorier. I bägge fallen förlorade personerna vikt (5). Viktförlust uppkommer även hos personer med ett adekvat kaloriintag (6).

Viktförlust hos den äldre personen skapar oro hos vårdaren eftersom viktnedgång kan ge upphov till trycksår, infektioner och sänkt allmäntillstånd. För låg kroppsvikt kan leda till ökat behov av sjukvårdande insatser, ökad dödlighet och för tidig död (4,5,11). Anmärkningsvärt är att till skillnad från de personer som glömmer av att äta eller äter lite finns det också personer som äter mycket och adekvat men ändå går ned i vikt (8). Enligt tidigare forskning kan patienterna i senare stadier av sjukdomen få svårigheter att svälja, de kan vägra att äta samt uppleva panikkänslor då de blir matade. Många vårdare upplever att de ansvarar för

patientens liv och vill se till att denne får i sig tillräckligt med näring. Flertalet upplever tvetydiga känslor då de samtidigt känner att de orsakar lidande eftersom de försöker ge mat till någon som har svårigheter att ta emot den och i vissa fall inte vill (12).

Lukt och smaksinne förändras med åldern (13). Variationer i luktfunktioner hos personer i samma ålder varierar. Personer med Alzheimers sjukdom har sämre luktförmåga än friska personer i samma åldersgrupp (14). Hos dem som drabbas av nedsatt luktsinne försvinner den luktitierade saliveringsreflexen vilken påverkar matlusten. Till följd av detta kan den som drabbas få försämrat immunförsvar, förvärrat sjukdomstillstånd och viktförlust (15). Ett dåligt tandstatus kan leda till försämrad smakupplevelse, minskad förmåga att tugga mat samt försämrad förmåga till näringsupptag (13). Vissa läkemedel kan också ge viktförlust och inverka på aptiten (1,16).

Definition

Malnutrition definieras på olika sätt och kan definieras både som överkonsumtion av mat och som otillräckligt intag av mat (17). En annan definition är att malnutrition är ett lägre intag av det dagliga rekommenderade näringsintaget (18). En tredje definition relaterar malnutrition till protein-energy malnutrition (PEM), vilket i sin tur ger förlust av kroppsvävnad och kroppsmassa på grund av otillräckligt intag av energi och protein (17).

Malnutrition

Malnutrition är en faktor nära relaterad till inskränkning av rörelseförmåga och för tidig död (13). För 20 år sedan uppmärksammades malnutrition som ett stort problem på sjukhus i USA. Forskare relaterade för låg kroppsvikt till förvärrad sjukdomsbild hos många patienter (19). Detta bekräftades av en annan studie där man fann att 50% av patienterna på en

kirurgavdelning led av malnutrition definierat som PEM (20). Studier beskriver att PEM även är ett problem på sjukhem och hos äldre personer. Studier visar att PEM har förekommit hos personer med trycksår, nedsatt allmäntillstånd och infektioner. Förekomsten av PEM hos äldre personer över 70 år är enligt vissa forskare mellan 2-5%, medan andra anser att förekomsten är 17-65%. Variationerna kan vara stora beroende på skillnader i hur och med vilket instrument forskarna uppmätt PEM (1). Ytterligare andra studier anser att förekomsten av malnutrition hos självständiga äldre personer är mellan 2-10% medan det hos de personer som bor på sjukhem eller vårdas på sjukhus kan ligga mellan 30-60% (13).

Malnutrition kan t.ex. uppkomma på grund av stress, sjukdom, trauma eller kirurgi.

Bedömning av nutritionsanamnes och -status rekommenderas hos äldre personer då misstanke om förändringar i nutritionsstatus finns (11,16). Hos äldre personer kan symtomen på malnutrition vara vaga. I vissa fall uppkommer tecken på malnutrition innan själva demenssjukdomen debuterar (6). Ett varningstecken för malnutrition kan vara viktförlust (16).

Undersökningar har visat att malnutrition förekommer såväl vid vaskulär demens som vid Alzheimers sjukdom (6). Trots att malnutrition anses vara en av dödsorsakerna på sjukhus finns få undersökningarna gjorda beträffande riskidentifiering av patienterna respektive om malnutrition kan vara ett skäl till att patienterna återkommer till sjukhuset efter utskrivning (21,22). Detta trots att studier exempelvis från Storbritannien visar att ett ökat antal dödsfall kanske kan relateras till malnutrition. De personer som är malnutrierade har mindre kroppsfett och har sämre förmåga att hålla kroppstemperaturen vilket kan leda till ökad risk för infektioner (22).

Extra tillskott i form av majsning

Majsning är ett milt och icke allergiframkallande födoämne. En berikning med majsning torde inte ge några negativa effekter förutom möjligen övervikt. Det är ett lösligt pulver vilket ger extra protein, fett, kolhydrater, vitaminer och mineraler. Majsningen kan administreras i drycker, soppa eller sås samt strös över maten eller blandas i denna. Det är fritt från gluten. Sjukhusdietister har rekommenderat majsning vid undervikt hos äldre personer, men menar att också en liten mängd berikning regelbundet i kosten kan ge resultat.

Mini Nutritional Assessment Scale

Studier visar att många av de fall där patienterna är malnutrierade hade kunnat åtgärdas om de upptäckts i tid (23). En viktig utmaning för vårdpersonal är att identifiera de personer som lider av undervikt utan att behöva genomföra blodprovstagning och -analyser. Undernäring startar ofta med lågt intag av vitaminer och mineraler vilket kan leda till metabola förändringar (13). Många har använt sig av Mini Nutritional Assessment Scale (MNA) som är ett instrument för att bedöma om äldre personer lider av undervikt. MNA identifierar riskpersoner och ger data som kan användas i förebyggande syfte. MNA består av ett frågeformulär vilket används som ett mått på risk för malnutrition respektive manifest malnutrition. Svaren ger olika poäng vilket gör att en bedömning kan ske för att se om patienten är en riskpatient eller om patienten kan vara malnutrierad. MNA tar ca 10-15 minuter att genomföra. MNA finns i förenklad form, Mini Nutritional Assessment Scale Short Form (MNA-SF), se bilaga II, med färre frågor som tar ca fem minuter att besvara. Maxpoäng är 14 poäng. Personer som får 10 poäng eller lägre anses malnutrierade. Forskarna menar att frågeformuläret i förkortad version också ger tillförlitliga uppgifter avseende om personen är malnutrierad eller ej (23), och att MNA-SF är det bästa instrumentet av dem som finns tillgängliga för tillfället. Samtidigt anser forskarna att instrumentet inte helt klart kan

differentiera malnutrition utan de menar att de flesta boende på sjukhem skulle klassificeras som malnutrierade trots att en del personer har en grundsjukdom som ger upphov till irreversibel malnutrition medan andra kan bli bättre med behandling. Om behandling kan normalisera nutritionsstatus hos de som har reversibel malnutrition är denna grupp tillräckligt stor för att motivera en systematisk screeningsprocess (24).

BMI

Body Mass Index (BMI) är ett annat instrument som kan vägleda i fråga om undervikt eller inte. För att kunna beräkna BMI behövs längd- och viktuppgifter. Forskare menar att det bör vara sjuksköterskans ansvar att samla in dessa uppgifter om patienterna. Man har dock upptäckt att detta ofta inte ingår i sjuksköterskans rutiner på sjukhus (22).

BMI räknas enligt formeln, $BMI = \frac{\text{Vikt}}{\text{Längd}^2}$. Vikten mäts i kilogram och längden i meter (22).

Ett BMI värde under 22 brukar betraktas som tecken på malnutrition.

Henderssons omvårdnadsteori

Omvårdnadsteoretikern Virginia Hendersson ansåg att man måste utgå från grundläggande mänskliga behov för att bestämma vårdens utformning (25). Detta gäller såväl inom förebyggande sjukvård som vid basal omvårdnad. Hendersson ansåg att ingen uppgift var viktigare för sjuksköterskan än att förvärva kunskaper inom näringsfysiologi. Enligt Hendersson är sjuksköterskans arbetsuppgifter att hjälpa den enskilde som inte har kapacitet att kunna utföra dagliga uppgifter på egen hand på grund av sjukdom. I dessa arbetsuppgifter ingår att hjälpa den sjuke att uppnå hälsa, tillfrisknande eller en värdig död. Samtidigt ska sjuksköterskan hjälpa till med sådant som den sjuke själv skulle ha gjort om han/hon hade styrka, kunskap och vilja att kunna göra det. Uppgifterna skall utföras på ett sätt som hjälper den som är sjuk att så snart det är möjligt återfå självständighet. Sjuksköterskan kan utföra

preventiva åtgärder för att förebygga malnutrition. Hon bör kunna informera och ge råd angående vikt, näringsbehov, normallängd samt uppfylla den enskildes önskan om tillagning av mat. Den sjukes kulturella och sociala situation skall tas i beaktande då sjuksköterskan informerar för att hon skall kunna ge råd angående matvanor på bästa möjliga sätt.

Hendersson ansåg att intravenös näringstillförsel och sondnäring skulle kunna minskas hos flertalet patienter om sjuksköterskorna hade tillräcklig kunskap i kostlära, vetskap om matens betydelse för välbefinnande och medvetenhet om ätandets psykologi. Undervisning är en viktig del av omvårdnadsarbetet och utformandet av omvårdnadsplanen. Den sjuke skall ha det bekvämt då han/hon äter. Då den sjuke behöver hjälp med matning är det viktigt att vårdaren kan sitta ned och att situationen är lugn. Den som behöver hjälp skall uppmuntras att försöka själv, samtidigt som vårdaren finns där om det inte skulle fungera. Det åligger sjuksköterskan att se till att patienten får i sig tillräckligt med näring. Innan patienten skrivs ut från sjukhem eller sjukhus till sin hemmiljö skall sjuksköterskan ta reda på om det finns möjlighet för patienten att få näringsriktig kost då han/hon kommer hem, sjuksköterskan kan i samarbete med en dietist sammanställa rätt kost för patienten innan hemgång (25).

En litteratursammanställning om nutrition för personer med demenssjukdom poängterar att sjuksköterskan bör ansvara för nutritionsstatus hos de patienter hon är omvårdnadsansvarig för (26). Eftersom sjuksköterskan inte ansvarar för att förbereda maten vid patientmåltiderna menar man att många fall av malnutrierade patienter missas. Man anser att viktförlust och svårigheter att äta är direkt relaterat till demenssjukdomen, eftersom problemet inte framkommer vid andra kognitiva sjukdomar. Den patientgrupp som är i störst behov av matning är personer med demenssjukdom. Det har visat sig vara extra viktigt med regelbunden kontakt av sjuksköterskor hos dessa patienter då det kan vara mycket svårt att få dem att äta. Måltidsmiljön för personer med demenssjukdom visade sig vara mycket viktig.

Mängden mat på tallriken är inte avgörande för ett bra nutritionsstatus hos patienten. En liten mängd mat kan vara likvärdig en stor portion om antalet kalorier kan komprimeras i den portion som ges till patienten (26).

Problemformulering

Om majsberikning visar sig leda till viktuppgång för personer med demenssjukdom skulle sådan berikning kunna användas redan i ett tidigt stadium i sjukdomen för att förebygga malnutrition. Risken för infektioner, sår och dödlighet skulle kunna minskas samtidigt som resultatet skulle kunna ge oss ett redskap att använda i det preventiva arbetet mot undervikt.

Syfte

Syftet med studien är att erhålla ökad kunskap om hur vikten påverkas av extra näringstillskott i form av majsberikning under tre månader till malnutrierade personer med demenssjukdom.

Metod

Undersökningen är en pilotstudie som beskriver effekterna av en nutritionsintervention. Studien utfördes på en demensavdelningen på ett äldreboende i Västsverige med både permanentboende och boende på korttidsplatser. Deltagarna i studien var sina egna kontroller. Patienterna och deras anhöriga fick muntlig och skriftlig information om studien och gav ett skriftligt informerat samtycke till att delta i studien. Viktuppgifter sex månader innan studiens start hämtades ur journalen. Vid studiens start vägdes deltagarna enligt standardiserade rutiner med samma våg, dock inte alltid av samma personal. Nutritionsstatus bedömdes med hjälp av MNA-SF och dokumenterades av författaren. Beräkning av längd och vikt för BMI utfördes av ansvarig personal. Ordinarie personal berikade kosten på avdelningen i samband med måltiderna två gånger per dag. Deltagarna i studien fick en

matsked majsberikning morgon och kväll under tre månader. Näringsvärde per 100g pulver är 450 kcal. En matsked motsvarar 5g majsberikning och 22.5kcal. Enligt sjukhusdietister skall det räcka med en liten mängd majsberikning regelbundet för att kunna öka eller bibehålla vikt. Majsnäringen ströddes över maten matskedsvis eller administrerades med sockerströare för att undvika sammanklumpning. Effekten av interventionen följdes med hjälp av BMI, MNA-SF och viktkontroller.

Urval

Studien omfattar en demensavdelning med 21 patienter. Inklusionskriterier var att patienterna var malnutrierade (= MNA-SF under 10 och BMI under 22). Deltagarna skulle ha bott på avdelningen i minst sex månader och själva eller genom anhöriga lämnat informerat samtycke att delta. Etiskt tillstånd erhöles hos Göteborgs Forskningsetikkomité, S753-03.

Etiska överväganden

Vid demenssjukdom förekommer kognitiv svikt vilket kan medföra att personen själv inte upplever sig som underviktig eller förstår värdet av extra tillskott i kosten. Av detta skäl fick också anhöriga ge sitt medgivande till personens medverkande i studien. Det obehag som skulle kunna uppkomma vore om deltagarna inte tyckte om smak och konsistens på berikningen. Att delta i studien var frivilligt och deltagandet kunde när som helst avbrytas. Patienterna vägdes med kläderna på vid studiestart vilket ansågs mest etiskt korrekt eftersom deltagarna inte alltid till fullo förstod händelsen och inte alltid kunde uttrycka om de kände obehag. För att kontrollera att ingen av deltagarna blev överviktig kontrollerades deltagarnas vikt en gång per månad vilket inte redovisas i resultatet.

Resultat

Av avdelningens 21 boende uppfyllde åtta inklusionskriterierna. Samtliga var kvinnor och medelåldern var 86 år, med en variationsvidd mellan 64-96 år. Två deltagare avled under studiens gång. Under juni månad, sex månader före studiens start, utfördes kontrollvägning av deltagarna vilken visade en medelvikt på 51,4kg. Viktuppgift för juni månad saknades hos en deltagare. Då studien startade den första december var medelvikten 46,7 kg med en variation hos deltagarna mellan 32,7-60,7 kg. MNA-SF utfördes och visade ett medelvärde på 5,4 poäng med en variationsvidd på 2-8 poäng. BMI genomfördes samtidigt och resultatet blev ett medelvärde på 19,4 med en variationsvidd på 17,2-21,8.

Efter interventionen registrerades en viktuppgång hos två av deltagarna med 4,3kg respektive 3,8kg. Två deltagare uppvisade en viktförlust på 3,2 respektive 8 kg. De resterande två deltagarna visade oförändrad vikt $\pm 0,1$ kg och 0,3kg. Medelvärdet För MNA-SF efter studiens slut var 6,3 poäng med en variation på 0-10 poäng och BMI hade ett medelvärde på 19,4 med en variation från 16-21,9. Se tabell I.

Förändringar i vikt, BMI och MNA-SF sex månader före studiestart och under studiens utförande.

pat	VIKT			BMI		MNA-SF	
	jun	nov	feb	nov	feb	nov	feb
1	47,7 kg	49,5 kg	41,5 kg	20,08	16,84	4	0
2	44,7 kg	43,1 kg	47,4 kg	19,16	21,07	7	8
3	49,7 kg	51,2 kg	51,3 kg	21,87	21,91	8	10
4	-	49,6 kg	49,2 kg	20,65	20,48	7	8
5	68,5 kg	45,2 kg	42,0 kg	17,22	16,00	3	5
6	67,5 kg	60,7 kg	64,5 kg	18,73	19,91	5	7
7	48,7 kg	41,6 kg	-	17,77	-	2	-
8	32,8 kg	32,7 kg	-	19,96	-	7	-
\bar{x}	51,4 kg*	46,7 kg	49,3 kg*	19,4	13,2*	5,4	6,3*

(*ej fullständig mätgrupp)

Tabell I

Sammanfattande resultat

BMI och MNA-SF utfördes både i samband med studiens påbörjande och vid avslutandet av studien. BMI hade förbättrats hos tre deltagare. MNA-SF hade förbättrats hos fem deltagare och försämrats hos en person. Fyra deltagare visade viktuppgång eller oförändrad vikt. Två personer förlorade vikt. Deltagare nummer ett hade efter åtta dagars inläggning på sjukhus utan majsberikning en viktförlust på 2,1 kg. Deltagare nummer fem hade efter en sjukdomsperiod i början av studien påverkad aptit, minskat näringsintag och viktförlust.

Diskussion

Metoddiskussion

Pilotstudie valdes som design i syfte att testa effekterna av majsning i liten skala då det var osäkert hur majsningen skulle påverka deltagarna. Fördelarna med majsberikning är att det är ett mildt och icke allergiframkallande födoämne fritt från gluten, vilket kan ges till alla patienter oavsett diagnos. En annan fördel är att det är ett lösligt pulver som ger extra protein, fett, kolhydrater, vitaminer och mineraler. Det är också lätt att administrera då det kan ges på den vanliga kosten, och i små mängder vilket gör att berikningen inte ger mättnadskänsla eller påverkar personens normala portionsstorlek. Deltagarna i studien uttryckte heller inget obehag över berikningen vid måltiderna. Utseendet på maten påverkades inte i de fall då berikningen blandades i kosten. Det fanns svårigheter att blanda berikningen i dryck då klara drycker kunde ändra färg och berikningen var svår att lösa upp. I den senare delen av studien blandades av misstag light socker med majsningen i ströaren vilket kan ha påverkat resultatet. De som ej var malnutrierade tillfrågades inte trots att majsning är ett skonsamt näringstillskott, då det fanns risk att också dessa personer kunde gå upp i vikt vilket inte ansågs vara etiskt försvarbart. Författaren fick hjälp av personal på avdelningen i att utföra studien, där vissa moment inom studiens ram utgjorde extra arbetsuppgifter, såsom längdmätning en gång under studiens utförande och daglig berikning av maten. MNA-SF och BMI användes som instrument vid utförandet av studien för att kunna urskilja de malnutrierade patienterna vid studiens start och senare för att kunna följa deltagarnas vikt.

Resultatdiskussion

Fyra av de deltagande i studien gick upp i vikt respektive hade oförändrad vikt efter studiens genomförande. Hos fem av de personer som medverkat i den här studien blev MNA-SF bättre efter studiens genomförande. BMI förbättrades eller var oförändrat hos fyra personer. Då viktförlust är vanligt i senare stadium av demenssjukdom (4,5,6) är även oförändrad vikt att betrakta som ett positivt resultat och man kan antaga att patienterna hade förlorat vikt om de inte hade fått berikning i kosten. Allt för stor betydelse skall inte läggas vid de redovisade medelvärden som presenteras i tabell I då det finns deltagarbortfall och studien är i ett mycket litet format. För att kunna bedöma resultat skall i första hand den enskildes värden beaktas. Andra studier har visat att det inte är endast mängden mat den sjuke kan få i sig som avgör om patienten får ett bra nutritionsstatus, utan också naturligtvis vad maten innehåller (26). Den berikning som givits till patienterna i studien var liten vilket väcker frågan om deltagarnas viktuppgång kan relateras till berikningen eller om viktuppgången är ett resultat av något annat. Vi vet inte om det var uppmärksamheten kring patienterna och deras måltider som gjorde att studiedeltagarna ökade i vikt. Man kan dock inte utesluta ett det var just den regelbundet tillförda majsberikningen som gett det goda resultatet. Studien började i november och patienterna kan också ha gått upp i vikt på grund av god julmat och extra mycket godis. För att vara säker på att det just var berikningen som gav ett positivt viktresultat hade man behövt ha en kontrollgrupp med patienter vilka skulle fått placebo i stället för majsberikning. Varje enskild deltagare skulle haft en egen burk med pulver och personalen skulle inte vetat vem som fick placebopreparat. En kontrollerad studie kräver mer resurser och därför valde vi att först göra en öppen pilotundersökning.

Under tiden studien pågick fick fyra av deltagarna förändrad farmakologisk behandling i form av antibiotika, antidepressiva läkemedel, medel mot svampinfektion och antikoagulantia.

Detta kan ha påverkat resultat såväl positivt som negativt eftersom dessa läkemedel kan ge såväl minskad som ökad aptit. För de deltagare som förutom sina grundsjukdomar insjuknade i andra åkommor under studiens gång påverkades vikten negativt. Vi vet inte om den person som var sjuk i början av studien skulle ha förlorat ytterligare vikt om hon inte hade fått majsberikning. Vi vet inte heller om deltagare nummer ett som var inlagd på sjukhus skulle ha förlorat mindre i vikt om hon hade fått berikning under sjukhusvistelsen. Personen var inlagd på sjukhus under åtta dagar och under denna tid förlorade hon 2,1kg i vikt. Två av deltagarna dog under studiens gång. Bägge deltagarna avled av infektioner och deras död ansågs inte vara relaterad till studien.

Personer boende på sjukhem och äldreboende har en allt högre medelålder och många lider av demens (1) det är därför sannolikt att en stor andel av dessa personer är malnutrierade. Vi behöver veta mer om nutrition hos äldre eftersom det inte ännu finns tillräckligt med omvårdnadskunskap inom detta område.

Säkerligen behövs mer kunskaper också inom akutsjukvården för att kunna möta den äldre personen med demenssjukdom. Studier visar att malnutrition är en av dödsorsakerna inom akutsjukvården där också många äldre med demenssjukdom vårdas. Man har också visat att undervikt kan vara ett skäl till att vissa patienter återkommer till sjukhuset efter utskrivning (21,22).

Virginia Hendersson (25) ansåg att sjuksköterskan skulle hjälpa den enskilde att utföra de uppgifter denne inte kunde utföra på egen hand. Sjuksköterskan skall utföra preventiva åtgärder för att förhindra malnutrition, sjuksköterskan skall ge råd och hjälp till den som är sjuk och dennes närstående. Hendersson (25) ansåg att den som är sjuk behöver lugn och ro

vid måltiden. Hon ansåg att det åligger sjuksköterskan att se till att patienten får i sig tillräcklig och adekvat näring. De tankar och råd som hon hade kan användas i dagens sjukvård. Hendersson (25) menade att sjuksköterskan är den som skall vara med och hjälpa till vid måltider. Detta är tyvärr inte verkligheten på många ställen i dag. Studier visar på att trots att sjuksköterskan är nutritionsansvarig är hon/han inte med och serverar maten vilket leder till att flertalet av de malnutrierade patienterna missas (26). Detta är en skrämmande verklighet, sjuksköterskan behövs i större utsträckning i omvårdnadsarbetet för att kunna undervisa, stötta och övervaka patienterna. Personer med demenssjukdom är en patientgrupp som är i stort behov av matning (26). Därför är det av vikt att sjuksköterskan utbildar omvårdnadspersonalen i kostlära och stöttar dem under måltidssituationerna då möjlighet ges.

Lukt och smaksinne förändras med åldern, försämrad tandstatus kan leda till svårighet att tillgodogöra sig maten (13). Det är därför av betydelse att maten ser god ut och smakar gott. Miljön kring matbordet är en viktig faktor. Lugn miljö skapar bättre förutsättningar till att kunna äta bättre. Ingen av deltagarna i studien uttryckte obehag över smak eller konsistens av majsnaeringen. Flertalet i personalgruppen verkade väl medvetna om vikten av rätt kost samt att viktförlust kan påverka allmäntillståndet.

Viktförlust skapar oro hos anhöriga samtidigt som risk för infektioner och trycksår ökar (4,5,11). I denna studie engagerade anhöriga sig mer i viktfrågan än tidigare, också de såg vikten som en indikator på allmäntillståndet hos deras närstående. Ökad förståelse för att viktförlust kan påverka på många sätt har gjort att man vågade fråga mer än tidigare.

Information om sjukdomens förlopp kontinuerligt under vistelsen på boendet gör att många frågor och mycket oro kan dämpas.

För att viktförlust inte skall uppkomma och man skall kunna stabilisera den vikt patienten har bör man kanske påbörja berikning med majsning mycket tidigare innan malnutritionen är manifest. BMI och MNA är instrument som inte använts på boendet tidigare. Andra studier visar att många fall av malnutrition kan åtgärdas om de upptäcks i tid (23). MNA-SF och BMI är då två verktyg som kan användas för att identifiera riskpersoner. MNA-SF är ett instrument som tar ca fem minuter att utföra. Fördelarna med att använda instrumentet är att identifiera riskpatienterna i de fall BMI visar ett värde över gränsen för malnutrition.

Trots att malnutrition hos äldre är ett stort problem finns inte mycket forskning inom området och den litteratur som finns tillgänglig är till största delen medicinskt inriktad. Ett skäl till varför det tagit så lång tid att uppmärksamma malnutrition kan vara att det i huvudsak tidigare har betecknats som ett omvårdnadsproblem och inte ett medicinskt problem eftersom sjuksköterskan är den som ansvar för nutritionsstatus. Studien kan ge en fingervisning om att man med små medel kan hjälpa personer drabbade av demenssjukdom att antingen bibehålla den vikt de har eller gå upp i vikt. Många frågor kvarstår, men min förhoppning är att denna pilotstudie kan ge inspiration till fortsatta interventioner och nya erfarenheter inom omvårdnadsvetenskapen.

Konklusion

Resultatet av denna pilotstudie visar att berikning i kosten i form av majsning troligen kan hjälpa personer med demenssjukdom att gå upp i vikt. Det tycks som att även en liten mängd berikning i kosten kan ge positiva resultat i form av viktuppgång eller utebliven viktnedgång.

Framtida forskning

Eftersom det inte finns mycket omvårdnadsforskning kring malnutrition hos personer med demenssjukdom trots att problemet har varit uppmärksammat sedan länge finns det anledning att fördjupa sig ytterligare inom detta område. Framtida studier behöver göras i större format både avseende antalet deltagare och med hjälp av kontrollgrupper, där personer med demenssjukdom i ett tidigt skede av demenssjukdom följs under en längre tidsperiod. Med kontroll av bakgrundsfaktorer såsom sjukdomsprocess och årsvariationer kan tillförlitligare resultat erhållas avseende om den oförändrade vikten och viktuppgången är ett resultat av berikningen eller om viktuppgången beror på något annat.

Litteraturlista

1. Christensson L, Unosson M, EK A-C. Malnutrition in elderly people newly admitted to a community resident home. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 1999 3(3):133-39.
2. Skoog I, Nilsson L, Palmertz B, Andreasson B, Andreasson LA, Svanborg A. A population based study of dementia in 85-year-olds. *New England J Med.* 1993; 328(3):153-58.
3. Socialstyrelsen. På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga. Stockholm:Socialstyrelsen;2003.(Ds 2003:47).
4. Poehlman E.T, Dvorak R.V. Energy expenditure in Alzheimers disease. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 1998 2(2):115-8.
5. Poehlman E.T, Dvorak R.V. Energy expenditure, energy intake, and weight loss in Alzheimers disease. *Am J Clin Nutr* 2000;71(suppl):650S-5S.
6. Magri F, Borza A, Del Vecchio S, Chytiris S, Cuzzoni G et all. Nutritional assesment of demented patients: A descriptive study. *Aging Clin Exp Res* 2003 15(2):148-53
7. Finbarr M. Malnutrition in older people. *Journal of Community Nursing* 2001. Aug;15(8):18,20.
8. Gisele P,Wolf-Klein A, Felix A,Silverstone. Weight loss in Alzheimers disease:An International review of the literature. *International Psychogeriatrics* 1994 Fall:6(2):135-42.
9. Manthorpe J, Watsson R. Poorly served? Eating and dementia. *Journal of Advanced Nursing* 2003. Jan;41(2):162-9.
10. Du W, DiLuca C,Growdon J-H. Weight loss in Alzheimers disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 1993. Jan-March 6(1):34-8.

11. Guynnet S, Nourhashemi F, Ousset P-J, Micas M, Ghisolfi A, et al. Factors associated with weight loss in Alzheimers disease. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 1998 2(2):107-9.
12. Biernacki C, Baratt J. Improving the nutritional status of people with dementia. *British Journal of Nursing* 2001 10;10(17):1104-14.
13. Guigoz Y, Lauque S, Vellas B.J. Identifying the elderly at risk for malnutrition, *The Mini Nutritional Assessment*. *Clinics in Geriatric Medicine* 2002 18:737-57.
14. Devanend D.P, Michaels –Marstons K.S, Liu X, Pelton G.H, Padilla M et al. Olfactory deficits in patients with mild cognitive impairment predict Alzheimers disease at follow up. *Am J Psychiatry* 2000 157, 1399-405
15. Schiffman S.S. Perception of taste and smell in elderly people. *Crit Rev Food Sci Nutrition* 1993 33, 17-26.
16. Ennis B,W. Malnutrition in the elderly:What nurses need to know. *Dimens Crit Care Nurs* 2001 Nov-Dec;20(6):28-34.
17. Redfern SJ, Ross FM,ed. *Nursing older people*. 3rd ed. London:Churchill Livingstone; 1999.
18. Chia-Hui Chen C, Shillinger L, Lyder C. A concept analysis of malnutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing* 2001 36:131-42.
19. Butterworth C.E. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today* 1974 9:4-8.
20. Bistrrian B.R, Blackburn G.L, Hallowell E, et al. Protein status of general surgical patients. *Journal of the American Medical Association* 1974 230:858-60.
21. Sullivan D.H. Risk factors for early hospital readmission in a select population of geriatric rehabilitation patients: the significance of nutritional status. *Journal American Geriatrik Society* 1992 40:792-98.

22. Alison J, Tierney BSc(Soc Sc)PhD RGN. Undernutrition and elderly hospital patients: a review. *Journal of Advanced Nursing* 1996 23:228-36.
23. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice:developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment(MNA-SF).*Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2001 56A(6):M366-72.
24. Brask Anna-Karin. MNA-SF-ett tillförlitligt instrument i bedömning av nutritionsstatus hos äldre med diagnosen hjärtsvikt/KOL? D-uppsats, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet 2003.
25. Hendersson V. Grundprinciper för patientvårdande verksamhet. Tredje upplagan. Borås:Almqvist & Wiksell Förlag AB;1982.
26. Watson R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: perspectives and problems. *Journal of Advanced Nursing* 199318:25-31.

Manusveileder

Innledning: Alle har adgang til å publisere i Vård i Norden dersom manuskriptets innhold er relevant for Vård i Nordens formål.

Vård i Norden publiserer to typer artikler.

- Vitenskapelige artikler som sendes til referee-bedømmelse
- Utviklingsartikler som vurderes av redaksjonskomitéen.

Vanlig struktur for begge typer artikler er:

1. Resymé på engelsk m/key words
2. Introduksjon/bakgrunn
3. Problemstilling/hensikt med arbeidet
4. Beskrivelse av anvendte metoder
5. Funn
6. Diskusjon
7. Litteraturoversikt

Alle artikler sendes redaksjonen i to eksemplarer. Først når artikkelen er endelig godkjent for publisering oversendes teksten på diskett eller e-mail. De fleste språk kan benyttes, men unngå rene MAC-versjoner. Artikkelen skal innsendes som ett dokument på mail/diskett.

Ved innsending skal forfatter opplyse om

- *artikkelen er å betrakte som en vitenskapelig artikkel eller en utviklingsartikkel*
- *antall ord totalt*

I tillegg til adresse skal forfatter oppgi telefonnummer, faksnummer og mailadresse.

Vitenskapelige artikler skal referee-bedømmes anonymt. Slike artikler må derfor ikke inneholde informasjon som kan identifisere forfatter(ne). Slik informasjon skrives på separat ark.

Medforfatterskap: Vård i Norden følger Vancouver-reglene som har tre hovedkrav til medforfatterskap.

Medforfattere bør ha bidratt til:

- a) idé og design, eller analyse og tolkning av data
- b) utarbeidelse av tekst eller revisjon av tekst med hensyn til viktig intellektuelt innhold
- c) endelig godkjenning av artikkel for publisering.

Eksklusivitet: Manuskripter som innsendes skal ikke være publisert tidligere eller være sendt til publisering i annet tidsskrift. Oversettelse av en artikkel ansees ikke som en ny artikkel.

Eierskap: Dersom artikkelen er akseptert for publisering/publisert i Vård i Norden anses artikkelen som eiet av Vård i Norden. Senere publisering av artikkelen i annet tidsskrift må derfor godkjennes av Vård i Norden.

Lengde og lay out

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride plass for 5.000 ord inkludert plass for abstract, referanser, figurer og tabeller

Utviklingsartikler skal ikke overskride plass for 3.000 ord inkludert plass for abstract, referanser, figurer og tabeller.

Bruk dobbelt linjeavstand. Tabeller bør markeres i "roman numerals", figurer i "arabic numerals". Dersom figurer/tabeller vedlegges på separate ark skal plassering i artikkelen angis. Bruk bare tvungen linjeskift ved avsnitt/rubrik og mellom litteraturreferansene. Bruk ikke ordskiller for å skape avstand eller

andre effekter. Ved eventuelle innrykk av avsnitt eksempelvis ved sitater bruk tabulator på første linje og Ctrl + t eller tilsvarende på resten av avsnittet. Unngå orddeling.

Resymé: Engelskspråklig resymé skal foreligge. Dette bør ikke overstige ca. 200 ord. Det skal også angis 3-5 søkeord (key words).

Overskrifter: Artikkelen hovedtittel bør være kort i uthevet skrift. Undertitler skal angis med mindre skrift. Dersom tittelen er på et skandinavisk språk skal engelsk tittel angis.

Referanser: Referanser angis etter Vancouver-systemet, d.v.s. de gis fortløpende nummer i parentes og føres fortløpende i litteraturhenvielsen.

Forkortelser: Forkortelser som brukes må enten være generelt kjente i nordisk sammenheng (eks. WHO) eller angis i full tekst med forkortelse i parentes, denne kan da anvendes i resten av artikkelen (eks. Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS)).

Korrektur: Artikkelen vil etter å være satt i trykkeriet bli sendt til forfatter til korrektur. Som en hovedregel vil korrekturen bli sendt via redaksjonen for gjennomgang og for å sikre at de oppsatte retningslinjer overholdes, men det er forfatteren selv som er endelig ansvarlig for at de nødvendige rettelser er foretatt av trykkeriet.

Kopier: Forfatteren mottar gratis to eksemplarer av det nummer av Vård i Norden hvor artikkelen er publisert. Medforfattere får tilsendt 1-2 eksemplarer.

**MNA: MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT
KORTVERSION-Nestle**

BMI: BODY MASSINDEX

0=BMI<19 2=BMI 21- <23
1=BMI 19- <21 3=BMI =el >23

A. Har patientens matintag minskat under de tre senaste månaderna p.g.a. nedsatt aptit, matsmältningsproblem, tugg- el sväljsvårigheter?

0=svårt nedsatt aptit
1=moderat nedsatt aptit
2=ej nedsatt aptit

B. Viktförlust under senaste tre månaderna?

0=Viktförlust >3kg

1=Vet ej
2=Viktförlust mellan 1 och 3 kg
3=Ingen viktförlust

C. Mobilitet

0=säng el stolbunden
1=förmåga att ta sig ur säng eller stol men går ej ut
2=går ut

D. Har pat. under de tre senaste tre månaderna lidit av psykologisk stress eller akut sjukdom?

0=ja 2=nej

E. Neuropsykologiska problem

0=svår demens el depression
1=mild demens
2=inga psykologiska problem