

Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere – en pilotstudie

Kjersti Sortland, Førstelektor, Anne Karine Gjerlaug, Høgskolelektor, Gunn Harviken, Høgskolelektor

WEIGHT DOCUMENTATION, BODY MASS INDEX, MEAL FREQUENCY AND OVERNIGHT FAST AMONG ELDERLY IN NURSING HOME – A PILOT STUDY

ABSTRACT

Background: Research shows that there is a high occurrence of malnutrition among elderly residents at nursing homes. In Norwegian nursing homes this is seen in the lack of sufficient routines for weight registration and registration of weight alteration. Furthermore, there is few fixed meals and too long overnight fast. This is why it is important that nurses and nursing students have the necessary competence in this area.

Aim: The aim of this study is to examine weight documentation, weight changes, meal frequency and overnight fast among elderly nursing home residents.

Method: A total of 243 elderly (≥ 70 years) participated in the study. Data collected was; data for last registered weight, former and present weight, weight change, height, body mass index (BMI), age, length of overnight fast, meal frequency, and length of nursing home stay.

Results: Thirty-three percent were weighted according to current guidelines, while 26 % were weighted for between one to twelve months ago. Weight was not registered for 26 %. Forty-two percent had experienced weight loss since last weight registration, 24 % had no weight change and 34 % had increased their weight. The overnight exceeded 11 hours for 98 %.

Conclusion: More than half of the residents were not weighted according to guidelines, weight loss were more frequent than weight gain. The overnight fast was too long. Nearly two thirds of the sample in the group are malnourished or at risk of developing malnutrition.

KEY WORDS: Elderly, nursing home, nutrition, weight documentation, Body Mass Index, meals, night fasting

Introduksjon

Forskning tyder på at forekomsten av underernæring hos pasienter i sykehus, sykehjem og brukere av hjemmetjenesten er høy og varierer mellom 10 og 65 % (1-6). Underernæring defineres som en ernærings-situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og funksjon, samt klinisk resultat (7). Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstanden mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, forsinker rekonvalesensen, gir økt bruk av ressurser, økt liggetid, redusert livskvalitet og medfører økt dødelighet (8-12). Høyest forekomst av underernæring finner en blant eldre over 70 år (2, 13). Selv om fysiologiske aldersforandringer medfører at muskelmassen minsker, noe som gir lavere energibehov, er eldre utsatt for underernæring. Appetitten kan påvirkes av redusert tørste, smaks- og luktoplevelse, tannhelseproblemer, dårlig munhygiene og svelgproblemer (14-16). Endringer i fordøyelsessystemet, kroniske sykdommer og mage-tarmproblemer øker også risiko for underernæring. Eldre som bor alene, er demente, deprimerte eller som bruker flere ulike medikamenter daglig er særlig utsatt for underernæring (6, 17-22).

Studier viser at det ofte går for lang tid mellom kveldsmåltid og frokost påfølgende morgen i sykehjem (3, 23, 24). Det serveres for få faste måltider (24), og det er mangelfulle rutiner for å registrere vekt og følge opp vektendringer (24-26). Helsemyndighetene både i Sve- rige og Norge anbefaler månedlig veiing, at det serveres tre-fire hovedmåltider og minst ett-tre mellommåltider i døgnet, og at nattefasten ikke overstiger 11 timer (7, 27). Det er behov for å utvikle systemer som fanger opp personer som står i fare for å utvikle feil- og underernæring (7). Underernæring er lettere å forebygge enn å behandle, og særlig gjelder dette for eldre (28).

Å se betydningen av mat, måltider og vurdering av ernæringsstatus er en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet overfor beboere i sykehjem (25, 29). Sykepleiere har en sentral rolle med hensyn til å identifisere pasienter som er underernærte eller i risiko for feil- og

underernæring, slik at tiltak kan iverksettes. Det er derfor viktig at sykepleiere dyktiggjør seg innenfor disse områdene, og at dette får økt fokus både i sykepleiestudentenes praksis og utdanning.

Hensikt

Hensikten med pilotstudien var å kartlegge a) vektendring, b) vektdokumentasjon, c) KMI, d) måltidsfrekvens og e) lengde på nattefaste blant eldre (≥ 70 år) sykehjemsbeboere.

Utvalg og metode

Design

Pilotstudien var deskriptiv og basert på kvantitativ metode, der innhenting av ernæringsrelaterte data ble gjort gjennom et registrerings-skjema.

Utvalg og utvalgsprosedyre

Målgruppen for pilotstudien var eldre sykehjemsbeboere over 70 år. Datainnsamlingen ble gjennomført ved 27 sykehjem i Norge våren 2008, våren 2009 og våren 2010, under praksisperioden til tre etterfølgende kull med førsteårs sykepleierstudenter. Det totale utvalget besto av 243 sykehjemsbeboere ≥ 70 år med gjennomsnittsalder på 84 år. Den yngste beboeren var 70 år og den eldste 98 år.

Datainnsamlingen ble utført ved at studentene fra kull 2007 (110 studenter), 2008 (108 studenter) og 2009 (118 studenter) utførte registrering av ernæringsrelaterte data hos én beboer hver da de var i sykehjemspraksis, henholdsvis våren 2008 (n=82), 2009 (n=69) og 2010 (n=92). Hver student gjennomførte registreringen hos sin primærpasient som en del av praksisstudiene, og valg av primærpasient ble gjort i samarbeid med kontaktsykepleier. At beboeren skulle ha fylt 70 år var eneste inklusjonskriterium. Potensielle deltakere i studien tilsvarende derfor antall studenter i praksis i disse tre periodene, totalt 336 studenter. Et frafall på 93 deltakere (28 %) skyldtes at 64 registreringsskje-

maer (19 %) ikke ble levert inn, mens 29 av registreringene (9 %) ble forkastet da beboeren ikke oppfylte inklusjonskriteriet.

Fokus for studentens praksisperiode var grunnleggende behov, og valget på primærpatient ble tatt med bakgrunn i at beboeren skulle ha behov for bistand i forhold til å dekke ett eller flere grunnleggende behov. Utvalgsprosedyren tilfredsstillende derfor ikke krav til et tilfeldig utvalg. Studentene på de tre kullene hadde praksis ved de samme sykehjemmene, og det ble ikke gjort forsøk på å hindre at samme beboer ble registrert ved flere av registreringene. De 27 sykehjemmene har et totalt beboerantall på ca. 1400. Hver student registrerte ernæringsdata hos én beboer, og det ble derfor heller ikke forsøkt å få et representativt utvalg i denne pilotstudien.

Datainnsamling

På bakgrunn av hensikten med pilotstudien ble det utarbeidet et registreringsskjema som ble brukt ved registreringene alle de tre årene, med noen mindre tilføyelser ved registreringene i 2009 og 2010. Registreringsskjemaet omfattet beboerens alder og varighet på sykehjemsopphold, om og når beboeren sist var blitt veid, nåværende vekt og vekt ved forrige vektregistrering, beboerens høyde, når beboeren vanligvis får servert dagens første måltid (frokost) og dagens siste måltid (kveldsmåltid), samt antall hoved- og mellommåltider per døgn.

I revideringen av registreringsskjemaet i 2009 ble spørsmålet om antall måltider i døgnet spesifisert til antall hoved- og mellommåltider per døgn, samt at spørsmålet om antall måneder beboeren hadde vært på sykehjem ble tilføyd.

I forkant av praksisperioden gjennomgikk studentene undervisning om ernæring hos eldre og fikk opplæring i vekt- og høydemåling, samt informasjon om utfylling av registreringsskjemaet. Inter-rater reliabilitet ble ikke undersøkt.

Registreringsskjemaene ble utfylt av sykepleiestudentene i samarbeid med deres kontaktsykepleier. Informasjon om alder, lengde på sykehjemsopphold, samt tidspunkt og resultat ved forrige vektregistrering ble innhentet fra beboerens journal. Vekt ble målt om morgenen for frokost, og beboerne hadde kun lett tøy, og ikke sko, på seg (3). Sykehjemmenes egne vekter, for stående eller sittende veing, ble benyttet. Høyde ble målt stående uten sko og godt rettet opp i ryggen eller liggende så utstrakt som mulig. Kontaktsykepleier bisto studentene i målingene. Spørsmål om tidspunkt for frokost og kveldsmåltid, samt antall måltider per døgn ble besvart av beboeren selv, eller i samarbeid med kontaktsykepleier. På bakgrunn av registrering av tidligere og nåværende vekt ble beboerens vektendring beregnet. KMI ble beregnet med utgangspunkt i beboerens høyde og vekt, mens tidspunkt for siste kveldsmåltid og frokost dannet grunnlag for beregning av gjennomsnittlig nattefaste.

Etiske vurderinger

Etiske retningslinjer som konfidensialitet, anonymitet og frivillighet ble ivaretatt. Kontaktsykepleiere og beboere fikk muntlig informasjon om pilotstudien, og et muntlig informert samtykke ble innhentet fra alle deltakerne. Beboerne fikk informasjon om at det var frivillig å delta, at de når som helst kunne velge å trekke seg, og at valg i forhold til deltakelse ikke ville få følger for deres pleie ved sykehjemmet. Studentene hadde underskrevet standard taushetserklæring. Registreringene ble utført anonymt, og skjemaene ble overbrakt fra studentene til prosjektleder. Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). I og med at registreringsskjemaet ikke inneholdt personidentifiserbare opplysninger, medførte ikke studien meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven (30, 31).

Databearbeiding og analyser

Resultatene ble registrert, bearbeidet og analysert ved hjelp av SPSS (Statistical Package for Sosial Science) versjon 17,0-19,0. Datamaterialet ble analysert med deskriptiv statistikk.

Resultater

Tid innlagt i sykehjem

Av utvalget i denne studien hadde tre prosent av beboerne vært innlagt i sykehjem i under en måned, mens 41 % av beboerne hadde vært innlagt i sykehjem mellom én og 12 måneder, 21 % i ett til to år og 35 % i mer enn to år (tabell 1).

Vektdokumentasjon og vektendringer

Kun tretten prosent av beboerne i dette utvalget var veid ved innkomst. Trettitre prosent var veid for én til fire uker siden, 20 % var veid for én til seks måneder siden, 6 % var veid for seks til tolv måneder siden og to prosent var veid for mer enn ett år siden. Hos 26 % var ikke vekt registrert. Der tidligere vekt var dokumentert (74 %), hadde 42 % hatt vekttap, 34 % vektøkning og 24 % ingen vektendring. Av de som var veid for mellom én måned og tolv måneder siden hadde 43 % hatt vekttap, 47 % hadde hatt vektøkning og 10 % hadde ikke hatt vektendring. For de som hadde hatt vekttap totalt sett, var vekttapet mellom 1-4,9 % hos 49 %, mellom 5-9,9 % hos 16 %, mellom 10-19,9 % hos 22 %, mellom 20-29,9 % hos 5 % og ≥ 30 % hos 8 %.

Kroppsmasseindeks (KMI)

Femten prosent av beboerne hadde KMI $< 18,5$ kg/m². Totalt 40 % hadde KMI < 22 kg/m², og hos 25 % lå KMI mellom 22 og 24 kg/m². Hele 61 % av beboerne hadde KMI < 24 kg/m². Hos de beboerne det ikke var dokumentert vekt hos tidligere (n = 63), hadde 48 % KMI < 22 kg/m² og for 18 % var KMI $< 18,5$ kg/m².

Nattefaste og måltider

For hele 98 % av utvalget var nattefasten mer enn 11 timer. Totalt hadde 65 % nattefaste på 15 timer eller mer. Åtte prosent ble servert tre måltider i døgnet, 28 % fire måltider, 51 % fem måltider og 13 % flere enn 5 måltider i døgnet. De fleste beboerne spiste frokost mellom kl. 09:00 og 09:30 (86 %), og siste kveldsmåltid mellom kl. 18:00 og 19:00 (65 %).

Diskusjon

Vektdokumentasjon og kroppsmasseindeks

Helsemyndighetene i Norge og Sverige anbefaler at eldre i institusjon skal veies én gang per måned (7, 27). Disse anbefalingene ble fulgt for kun én tredel av beboerne i denne pilotstudien. En relativ stor andel av utvalget (20 %) var veid for et halvt år siden. Dette er noe i samsvar med Aagaard (2005) sin studie som viser at beboere i sykehjem vanligvis veies én gang per halvår (25). Hos 26 % av utvalget var det ikke registrert tidligere vekt. Dette er noe mer positivt enn en tidligere studie som viste at vekt ikke var registrert hos 55 % av beboerne i sykehjem (25). Manglende vektapparat angis som en mulig årsak til manglende vektregistrering i tidligere studier (25, 32, 33). Hva som er hovedårsaken til manglende vektregistrering gir denne studien ingen svar på. Når nærmere halvparten (48 %) av beboerne det ikke var dokumentert tidligere vekt på hadde KMI < 22 kg/m², klassifisert som moderat underernæring (7), bekrefter det at gode rutiner for veing og vektregistrering er viktig for å fange opp personer som er i fare for å utvikle underernæring på et tidlig tidspunkt. Når beboerne ikke blir veid ved innleggelse, eller vekten ikke blir kontrollert regelmessig, har man ikke noe grunnlag for å kunne følge vektutviklingen videre.

KMI-verdien for personer over 65 år bør ikke være under 24 kg/m², og KMI-verdi på under 22 kg/m² er foreslått som tegn på undervekt (2). I denne pilotstudien hadde 22 % KMI-verdier under 22 kg/m², noe som tilsier at de var moderat undervektige eller i risiko for å utvikle underernæring. Femten prosent var alvorlig underernærte (KMI $< 18,5$ kg/m²) og 39 % var normalvektige eller overvektige (KMI ≥ 24 kg/m²). Dette er i samsvar med tidligere studier (2, 3, 5, 34, 35). Funnene i denne pilotstudien indikerer viktigheten av at eldres vekt og vektendringer registreres jevnlig og følges opp over tid, slik at vekttap kan forebygges. Ikke minst er det viktig for å kunne utarbeide individuelle planer. Dersom eldre tar av noen kilo, går de ikke så lett opp i vekt igjen (36).

Det forekom både vekttap, vektøkning og stabil vekt blant beboerne

i denne studien. Andelen med vekttap var større enn andelen med stabil vekt og vektøkning, men det var noe forventet i og med at gjennomsnittsalderen i utvalget var høy (84 år) (2). Om vektøkningen skyldtes økt energiinntak eller begynnende hjertesvikt og ødemer, gir ikke denne studien noe svar på. En tidligere studie viser at pasienter med en diagnose som kan medføre problemer med reguleringen av væskebalansen i større grad ble veid enn når sykepleierne ikke forventet slike problemer (32). Hos én beboer var siste registrerte vekt syv år gammel. Beboeren hadde siden dette hatt et vekttap på 19 %. Nærmere halvparten (42 %) av utvalget som sist var veid for 1-12 måneder siden hadde hatt vekttap. Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg (7). Når en stor andel i utvalget var i risiko for å utvikle underernæring, indikerer resultatene i denne studien at prosedyrer ikke i tilstrekkelig grad er implementert i de sykehjemmene studentene hadde praksis i.

Måltider og nattefaste

Drøyt 1/3 av beboerne (36 %) inntok totalt fire måltider eller færre i døgnet, noe som ikke er tilfredsstillende i henhold til anbefalingene om at det bør serveres fire faste hovedmåltider og minst ett mellommåltid per dag, eller tre hovedmåltider og to mellommåltider per dag (7, 37). Halvparten av utvalget (51 %), spiste tre hovedmåltider og to mellommåltider i døgnet.

Både norske og svenske helsemyndigheter anbefaler at nattefasten ikke overstiger 11 timer (27, 38). Ved bare fem registreringer (2 %) i vår studie var nattefasten 11 timer eller mindre. Nærmere 2/3 av utvalget (65 %) hadde nattefaste på over 15 timer. Dette samsvarer godt med andre studier utført i sykehjem der nattefasten oversteg anbefalt lengde hos > 95 % av beboerne (25, 39) og var på 15 timer hos over halvparten av beboerne (39, 40). En svensk undersøkelse viser at nattefasten gjennomsnittlig er 14,5 timer ved svenske sykehjem (41). Måltidene ved mange sykehjem kommer for tett og de eldre kan være uten mat over halve døgnet (25, 26, 42).

For å sikre både et tilstrekkelig energi-, vitamin- og mineralinntak kan det være nødvendig å forandre både måltidsrytme og antall hoved- og mellommåltider. Hvis frokostmåltidet serveres for tett oppunder middagen kan det gå utover appetitten til middag. Studier viser gunstige effekter hos personer som spiser fire hovedmåltider om dagen. Det har vist seg at to mellommåltider for dagen kan øke det daglige energiinntaket med ca. 600 kcal i døgnet (16). En økt måltidsfrekvens fører til redusert totalutskillelse av insulin, forbedret insulinresistens og bedre blodsukkerkontroll (43). Det finnes eksempler på sykehjem som har gode erfaringer med å servere lunsj midt på dagen, middag noe senere og kveldsmat mellom klokken 19.00 og 21.00 (44).

Metodiske betraktninger

Hver student registrerte ernæringsdata hos sin ene primærpatient. Valg av primærpatient ble gjort i samarbeid med kontaktsykepleiere på de ulike sykehjemmene og i tråd med praksisperiodens fokus på grunnleggende behov. Dette kan ha medført at utvalget i denne studien er mer pleietrengende enn gjennomsnittet blant sykehjemsbeboere. Utvalget er derfor ikke tilfeldig eller representativt for gruppen eldre sykehjemsbeboere. Men hensikten med denne pilotstudien var å beskrive sykehjemmenes rutiner rundt vektregistrering og måltidsfrekvens og ikke å kartlegge eksakte forekomster av underernæring. Likevel gir resultatene en indikasjon på omfanget av eldre i ernæringsmessig risiko, og funnene samsvarer godt med tidligere studier. Beboerens sykdomsbilde ble ikke registrert, for eksempel kan noen ha hatt vektøkning på grunn av ødemer. Dette kunne med fordel vært registrert.

Det ble ikke tatt hensyn til beboerens alder ved valg av primærpatient, og 28 % av registreringene ble derfor forkastet da de ikke oppfylte inklusjonskriteriet.

Registreringene ble foretatt på tre ulike tidspunkt. Vi kan derfor ikke se helt bort fra at noen av beboerne har blitt inkludert ved flere av registreringene, da studentene hadde praksis ved mange av de samme sykehjemmene disse tre årene. Men kun 35 % av beboerne hadde vært

Tabell 1: Utvalgte ernæringsvariabler som karakteriserer beboere i sykehjem (N=243). Angitt i prosent der ikke annet er oppgitt.

Alder, år (gjennomsnitt (min-max))	84 (70-98)
Vekt og KMI:	
Vekt, kg (gj.snitt (min-max))	62 (30-103)
KMI, kg/m ² (gj.snitt (min-max))	22,6 (12-50)
KMI < 18,5 kg/m ²	15
18,6-21,9 kg/m ²	25
22,0-23,9 kg/m ²	21
24,0-29,9 kg/m ²	32
> 30 kg/m ²	7
Dokumentasjon tidligere vekt:	
Ikke dokumentert tidl. vekt	26
Ved innleggelse	13
1 uke-4 uker siden	33
1 mnd-12 mndr. siden	26
> 1 år siden (%)	2
Vektendring (n=180):	
Vekttap	42
Ingen vektendring	24
Vektøkning	34
Tid innlagt i sykehjem:	
1-4 uker	3
1-12 mndr	41
1-2 år	21
> 2 år	35
Antall måltider per døgn:	
3 måltider	8
4 måltider	28
5 måltider	51
> 5 måltider	13
Nattefaste:	
> 11 timer	98
> 15 timer	65

lenger enn to år på sykehjemmet, og ved hver registrering ble ca. 80 beboere inkludert av en total populasjon på ca. 1400 beboere. Praksisstedene er opptatt av at ulike beboere velges som studenters primærpatienter hvert år, slik at vi anser sannsynligheten for at samme beboer ble inkludert mer enn én gang for liten.

På bakgrunn av at det var nytt at sykepleiestudentene skulle gjennomføre en slik registrering, var man opptatt av å anvende et så enkelt registreringsskjema som mulig. Analysen etter første registrering viste at skjemaet hadde forbedringspotensiale, men for å kunne sammenligne og oppsummere dataene, ble det bare gjort små justeringer i skjemaet. I første registrering ble det registrert hvor mange måltider beboeren fikk servert i løpet av et døgn. Ved andre og tredje registrering ble spørsmålet utdypet til antall hoved- og mellommåltider i døgnet. Det kan være noe ulik oppfatning av hva som defineres som hovedmåltid og hva som defineres som mellommåltid. Noen spiser kanskje en vaffel og drikker et glass melk eller en kopp kaffe i løpet av formiddagen uten at det er registrert som et måltid. Når «sen kveldsmat» ikke er definert som et fast måltid kan det medføre at ikke alle beboerne får tilbud om dette måltidet. Her kan det ha oppstått feilregistreringer, men det er grunn til å tro at det totale antall måltider er riktig. Ved andre og tredje registrering ble det lagt til et spørsmål om hvor mange måneder beboeren hadde vært innlagt i sykehjemmet, for blant annet å undersøke om det var en sammenheng mellom vektendringer og lengde på sykehjemsopphold. Dette burde med fordel vært gjort ved første registrering også.

Studentene utførte vekt- og høydemaalinger i tråd med retningslinjer (3) og i samarbeid med sin kontaktsykepleier. Manglende erfaring med å måle høyde hos eldre personer kan likevel ha gitt feilmålinger.

Denne studien kan anses som nybrottsarbeid med tanke på at registreringen ble utført av sykepleierstudenter før Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (7) ble utgitt. Vi ønsket at denne studien kunne gi positive effekter hos studentene når det gjelder kunnskap om og fokus på oppfølging av sykehjemsbeboeres ernæringsstilstand. Hvorvidt studien bidro til dette er imidlertid ikke undersøkt.

Konklusjon

Studien viste at både vekttap og vektøkning forekommer i sykehjem. Over halvparten av vektregistreringene i dette utvalget var ikke i samsvar med dagens retningslinjer. Det kan virke som om det ikke var innarbeidet faste rutiner for veiing og vektregistrering. I denne studien var ca. 60 % av beboerne i gruppen underernærte eller i risiko for å utvikle underernæring (KMI < 24 kg/m²). Dette indikerer at det er viktig å sette fokus på ernæring både i utdanning og praksis for å sikre faglig forsvarlig ivaretagelse av Eldres ernæringsbehov i sykehjem. Gode rutiner for veiing og vektregistrering er nødvendig for tidlig å identifisere beboere som er i risiko for underernæring. Antall måltider som serveres samsvarte i stor grad med gjeldende retningslinjer, men nattefasten var altfor lang. For å sikre et tilstrekkelig inntak av energi og næring kan det være nødvendig å endre både måltidsrytme og antall hoved- og mellommåltider. Sent kveldsmåltid bør innarbeides som fast rutine til alle beboerne.

Videre forskning

På bakgrunn av denne pilotstudien ble det søkt om forskningsmidler til et doktorgradsprosjekt. I doktorgradsprosjektet pågår det nå en tverrsnittstudie der sykepleiestudenter i sykehuspraksis samler inn data vedrørende ernæringsmessig risiko hos eldre innlagt i sykehus.

Takk

Vi vil takke studenter og kollegaer ved Høgskolen i Oslo og Akershus og stipendiat Helene Dahl Eide for deres bidrag i studien.

Bidrag

Studiedesign: KS, Datainnsamling: KS, GH, AKG, Dataanalyse: KS, AKG, Manuskript: KS, AKG, GH

Godkjent for publisering 29.12.2012

Førstelektor Kjersti Sortland, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for helse, ernæring og ledelse, Postboks 4, St. Olavs plass, NO – 0130 Oslo e-post: kjersti.sortland@hioa.no

Høgskolelektor Anne Karine Gjerlaug, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for helse, ernæring og ledelse, Postboks 4, St. Olavs plass, NO – 0130 Oslo e-post: annekarine.gjerlaug@hioa.no

Høgskolelektor Gunn Harviken, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for helse, ernæring og ledelse, Postboks 4, St. Olavs plass, NO – 0130 Oslo e-post: gunn.harviken@hioa.no

Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet. Når matinntaket blir for lite. Forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt råd for ernæring; 2006.
2. Mové M. Behandling av underernæring hos eldre pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002;8(122):815-8.
3. Rugås L, Martinsen K. Underernæring er vanlig på sykehjem. Tidsskriftet Sykepleien. 2003;6(109):34-7.

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):481-8.
5. Sørbye LW, Schrøll M, Finne SH, Jonsson PV, Topinkova E, Ljunggren G, et al. Unintended Weight Loss in the Elderly Living at Home: the Aged in Home Care Project (AdHOC). Journal Nutrition Health Aging. 2008;12(1):10-6.
6. Suominen MH, Sandelin E, Soini H, Pitkala KH. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? Eur J Clin Nutr. 2009;63(2):292-6.
7. Guttormsen AB. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet, Avdeling for ernæring, 2009.
8. Cheryl Chia-Hui Chen, Lynne S. Schilling, Courtney H. Lyder. A concept analysis of malnutrition in the elderly. Journal of Advanced Nursing. 2001(36):131-42.
9. Stratton RJ, Elia M. A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. Clinical Nutrition Supplement. 2007;2:5-23.
10. Stratton RJ, Elia M, Green CJ. Disease related malnutrition: An evidence base approach to treatment. Wallingford, United Kingdom: CABI publishing, 2003; 2003.
11. Council of Europe Publishing. Food and Nutritional Care in Hospitals. How to prevent undernutrition. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2002.
12. Mowé M, Diep L, Böhmer T. Greater seven-year survival in very aged patients with body mass index between 24 and 26 kg/m² J American Geriatric Soc. 2008;56(2):359-60.
13. Amaral, TF. Matos, LC. Tavares, MM. et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. Clin Nutr. 2007;26:778-84.
14. Westergren A. Aptit.2006. Available from: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/18777/2/gupea_2077_18777_2.pdf, Lest 08.03.2012.
15. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? International Journal of Nursing Practice. 2008(12):110-8.
16. Nieuwenhuizen W, Weenen F, Rigby P, Heterington MM. Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. Clinical Nutrition Supplement. 2009(29):160-9.
17. Allison SP, Stanga Z. Basics in clinical nutrition: Organization and legal aspects of Nutritional care. e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism. 2009;4:14-6.
18. Mamhidir AG, Karlsson I, Norberg A, Mona K. Weight increase in - patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care. Journal Clinical Nursing. 2007;16(5):987-96.
19. Sørbye LW, Grave C. Ernæringsstatus i sykehjem – Er det en sammenheng mellom underernæring og kognitiv svikt? Rapport, Nasjonalforeningen for folkehelsen. 2010.
20. Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten. Diakonhjemmet høgskole. 2009; Rapport 2009/5.
21. Morley J. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. Am J Clin Nutr. 1997(66):760-73.
22. Sullivan D, Martin W, Flaxman N, Hagen J. Oral health problems and involuntary weights loss in a population of frail elderly. J Am Geriatr Soc. 1993(41):725-31.
23. Ebrahimi Z, Wijk H. En hypotesegenererende studie av nattefastens längd, undernäring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre. Vård i Norden. 2009;29(1):45-8.
24. Aagaard H. Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. Sykepleien Forskning. 2010;5(1):36-43.
25. Aagaard H. Ernæring nedprioriteres ofte. Sykepleiestudenter har satt søkelys på pasientens ernæringsstilstand. Sykepleien. 2005;17(93):68-9.
26. Aagaard H. Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet. Halden: Høgskolen i Østfold; 2008. p. 96 s.
27. Sosialstyrelsen. Kost og næring på äldreboenden. Näringsvården behöver bli mer systematisk. 2005.

28. Roberts, TF, Foss, P, Heyman, MB, et al. Control of food intake in older men. *Jama*. 1994(272):1601-6.
29. Helse- og omsorgsdepartementet. St. meld. nr. 25. Mestring, muligheter og mining. 2005.
30. Lov om helsepersonell m.v. av 2.7.1999 nr 64. 1999.
31. Lov om pasientrettigheter av 2.7.1999 nr 63. 1999.
32. Mortensen AH. Å veie eller ikke veie? Det er spørsmålet. Hovedoppgave. Institutt for sykepleievitenskap UiO, editor. Oslo: 2006.
33. Ribu L, Trollebø E, Alstad E, Bratlie S, Husby GH, Landfald G, et al. Er det samsvar i registreringene når sykepleiere og studenter screener pasienter for ernæringsstatus? *Forskning*. 2010;2(5):120-8.
34. Brantervik ÅM, Jacobsson IE, Grimby A, Wallén TCE, Bosaeus IG. Older hospitalised patients at risk of malnutrition: correlation with quality of life, aid from the social welfare system and length of stay. *Oxford Journals, Age and Ageing*. 2005;34(5):444-9.
35. Suominen MH, Sandelin E, Soini H, Pitkala KH. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition*. 2009(63):292-6.
36. Hesselov I. *Klinisk ernæring*, 4. utg. København, Danmark: Munksgaard; 2008.
37. Statens ernæringsråd. Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner. Oslo: Universitetsforlaget; 1995.
38. Nordic Nutrition Recommendations. Nordic Nutrition Recommendations. Integrating nutrition and physical activity. København: Nordic Council of Ministers; 2004. 22 p.
39. Dahl Eide H. Lengde på nattefaste og ernæringsstatus blant eldre sykehjemsbeboere. En observasjonsstudie ved kommunale sykehjem i Oslo. Masteroppgave Universitetet i Oslo. 2011.
40. Skulberg V. Måltider i alders- og sykehjem; oppsummering av kartlegging våren 2001. Oslo Kommune, helsevernetaten. 2001.
41. Persson M, Stefanovic-Andersson, K, Ulander, K. Kost- og nutritionsrutiner inom äldreomsorgen i Malmö.: Rapport 2004.
42. Sortland K, Skjeggstad, Grete, Jansen, Lisbeth, Berglund, Anna-Lena. Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie. *Vård i Norden*. 2009;29(4):25-9.
43. Mikkelsen PB. Måltidsfrekvens i Skandinavia – den helsemessige betydningen av måltidsfrekvens og mellommåltider. Brøndby: LU Nordic AS; 2001.
44. Olsen UK. Bedre trivsel med fire måltider. *Kjøkkenskriveren*. 2008;3:14-6.

Pressetekst

Helle Ploug Hansen
Kvindestemmer
 Liv og kræft
 77 sider, vejl kr. 149,95

KVINDESTEMMER – LIV OG KRÆFT af Helle Ploug Hansen består af en række, korte prosatekster om kvinders erfaringer, oplevelser og tanker om kræft, sex, børn, død, mænd og livet.

Bogen er blevet til på baggrund af forfatterens forskningsprojekt "Kvinder, kræft og rehabilitering – en antropologisk undersøgelse".

Efter en intens tid med etnografisk feltarbejde, deltagerobservation, samtaler og interviews med kvinder, der havde eller havde haft kræft, begyndte forfatteren at høre stemmer – kvindestemmer. De kom fra hendes projekt. Stemmerne invaderede hendes krop og talte til hende uafbrudt og i munden på hinanden. Hun blev nødt til at skrive.

Teksterne i bogen tager afsæt i interviews, samtaler og samvær med de kvinder, hun mødte i deres hjem, i et rådgivningscenter og på nogle kurser, de deltog i for at forstå, overkomme og leve med en kræftsygdom.

Det er forfatterens ønske at formidle disse kvindestemmer ud til et bredt publikum. Det kan være kvinder, der har eller har haft kræft, deres familie, deres venner og omgangskreds, deres kolleger og mange andre.

Bogen henvender sig også til fagfolk og studerende inden for de sundhedsfaglige uddannelser, der gerne vil have indblik i, hvordan kvinder med kræft fortæller om deres liv og sygdom.

Helle Ploug Hansen, er sygeplejerske med en magister- og ph.d.-grad i antropologi. Hun er ansat som professor i humanistisk rehabiliteringsforskning ved Syddansk Universitet, Institut for Sundhedstjenesteforskning og er forfatter til en lang række videnskabelige artikler.

Helle Ploug Hansen kan kontaktes for yderligere information og interviews på:
hphansen@health.sdu.dk,

<http://www.sdu.dk/staff/HPHansen.aspx>

Se introduktionsvideo på: http://youtu.be/Mrw99_tc2h4

