

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgave).

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 27.04. 2017. Kl. 14:00

Kandidatnummer/navn: 370

Veileders navn: Kari Marie Thorkildsen

Ernæring, et glemt behov.

-underernæring hos eldre demente-



Desperate and vulnerable: Many people are unschooled in differences between for-profit nursing homes and non-profit homes for the aged. [Fotografi]. Hentet 2017, 19. April fra Encyclopedia Britannica ImageQuest. http://quest.eb.com/search/182_727840/1/182_727840/cite

Bacheloroppgave i sykepleie,
Høgskulen på Vestlandet, avdeling Stord

2017

Kull 2014

Antall ord: 8994

Sammendrag

Tittel: Ernæring, et glemt behov.

Bakgrunn for valg av tema: Mellom 10% og 60% av pasienter i norske sykehus og sykehjem er underernært. I flere praksiser møtte jeg pasienter som var underernært, temaet fanget interessen min. Ernæring er et grunnleggende behov, derfor ville jeg finne ut hva sykepleiere kan gjøre for å forebygge underernæring hos eldre demente.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre demente i sykehjem?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan sykepleier kan forbygge underernæring hos eldre demente pasienter i sykehjem.

Metode: Metoden som blir brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. For å finne relevante artikler ble det søkt i databasene CINAHL og SveMed+. Fire artikler ble funnet i CINAHL, en gjennom manuell søk i referanselistene til artiklene, og en via relevante artikler i PubMed.

Funn: Funn fra artiklene viser at sykepleierne ikke prioriterer pasientenes ernæringsmessige behov og har manglende kunnskaper om ernæring. Rutiner på kartlegging av ernæringsbehov og bruk av individuell ernæringsplan mangler. Spisevansker, lite eller ingen hjelp fra ansatte i matsituasjonen og lite besøk fra familien er årsaker til lavt matinntak. Følelse av å være alene om ernæringsbehandlingen og liten variasjon i mattilbudene hindrer sykepleiere i å dekke ernæringsmessige behov til eldre på sykehus.

Oppsummering: For å forebygge underernæring må sykepleiere ha riktig kompetanse og kunnskap om ernæringsmessige behov, de må tilby mellommåltider og hjelp til å spise. Bruk av næringsdrikker er forebyggende fordi det øker kroppsvekten, KMI og den kognitive funksjonen. Treningsprogrammer er forebyggende fordi de fører til mindre spisevansker og mer selvstendighet hos pasientene.

Nøkkelord: Eldre demente, underernæring, forebygge, sykehjem, sykepleier.

Summary

Title: Nutrition, a forgotten human need.

Background: Between 10% to 60% of patients in Norwegian hospitals and caring homes are malnourished. During most of my placements I encountered patients that were malnourished and the topic intrigued me. Nutrition is a fundamental human need so I wanted to find out what nurses can do to prevent malnourishment in elderly people with dementia.

Research question: How can nurses prevent malnourishment in nursing homes for elderly people with dementia.

Aim: The purpose of this essay is to acquire more knowledge about how nurses can prevent malnourishment in nursing homes for elderly people with dementia.

Method: Literature study is used as a method. The databases CINAHL and SveMed+, were used to search for relevant articles. Four articles were found in CINAHL, one article was found through a manual search in the reference lists of the articles and one through relevant articles in PubMed.

Findings: In the articles, it is found that nurses do not prioritize the nutritional needs of patients and do not have enough knowledge about nutrition. There are not proper routines for determining the nutritional needs of patients and individual nourishment plans are rarely used. Reasons for patients not eating enough are: eating difficulties, too little or no help from care workers at meal times and rare visits from family members. Loneliness in nutritional care of patients and hardly any variation in the food available, interfere with nurses being able to give elderly people in hospitals the nourishment they need.

Conclusion: To prevent malnourishment, nurses have to have the correct education and knowledge of human nutritional needs. They have to offer snacks between meals and help patients with eating. Nutritional drinks are a preventative measure because it leads to weight gain, higher BMI and cognitive functions. Training programs are a preventative measure because they lead to patients having less eating difficulties and being more independent.

Keywords: Elderly dementia, malnourishment, preventive, nursing homes, nurses.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Problemstilling	2
1.3.1 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen	2
1.4.1 Underernæring.....	2
1.4.2 Eldre.....	2
1.4.3 Demens.....	2
1.4.4 Sykehjem.....	3
2.0 Teori	4
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv.....	4
2.2 Om pasientgruppen.....	4
2.3 Sykepleie til pasienter med demens.....	5
2.4 Underernæring.....	5
2.5 Etikk i sykepleie.....	5
3.0 Metode	7
3.1 Litteraturstudie som metode	7
3.2 Framgangsmåte	7
Tabell 1- Søkeshistorikk for søk i CINAHL.....	9
3.3 Ethiske overveielser	10
3.4 Metodekritikk.....	11
3.4.1. Kritisk vurdering av forskningsartikler	11
4.0 Resultat	13
4.1 Oppsummering av hovedfunnene	13
4.2 <i>Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia</i>	13
4.3 <i>What is associated with low food intake in older people with dementia?</i>	14
4.4 <i>Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes</i>	14
4.5 <i>Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia</i>	15
4.6 <i>Optimizing eating performance for older adults with dementia living in long-term care</i>	16
4.7 <i>Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people</i>	16
5 Drøfting	18
5.1. Bruk av næringsdrikke til eldre med risiko for underernæring	18
5.2. Bruk av treningsprogram for å bedre spisesituasjonen til eldre demente	19
5.3. Hindringer til tilstrekkelig identifisering og kartlegging av underernæring til eldre.	20
5.4. Riktig ernæring til eldre med individuell ernæringsplan.....	22
5.5. Hjelp i matsituasjonen til eldre med demens.....	24
6 Avslutning	27
Referanseliste	28
Vedlegg I - Resultattabell	1

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Denne oppgaven handler om hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos eldre demente mennesker som bor i sykehjem. Ifølge Helsedirektoratet (2013, s. 10) er mellom 10% og 60% av pasienter i sykehjem og sykehus underernært. For å ha et næringsrikt kosthold må inntaket av energi være på minimum 1500 kilokalorier (Kcal) per dag, spiser pasienten mindre, øker risikoen for å bli underernært (Sortland, 2011, s. 215). Sortland (2011, s. 186) mener at kroppsmasseindeksen (KMI) til eldre over 65 år bør være over 24 kg/m². Med alderen minsker energiforbruket og energiinntaket, for å unngå problemer knyttet til ernæringen når matinntaket blir redusert, må næringstettheten økes (Sortland, 2011, s. 187). Ifølge Helsedirektoratet (2013, s. 8) skal: «Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.» Underernæring kan føre til flere konsekvenser som blant annet reduserte mentale og fysiske funksjoner, økt risiko for å få infeksjoner og komplikasjoner, nedsatt livskvalitet, lengre helingsprosess og økt mortalitet (Helsedirektoratet, 2013, s. 11).

Underernæring blant eldre er et tema som har vært skrevet mye om i media med jevne mellomrom. Temaet fanget interessen min i flere av praksisene mine, der flere pasienter var underernærte. Min erfaring er at det er svært vanskelig for eldre å legge på seg igjen, når de først har gått ned i vekt. Derfor er det viktig at sykepleiere kartlegger ernæringsstatusen til de eldre, for å kunne oppdage et eventuelt begynnende vekttap, og for å sette i verk tiltak som hindrer at underernæring oppstår. Ernæringsstatusen til eldre er et tema som i mine øyner burde vært større fokus på i sykehjemmene. Brodtkorb (2014, s. 301) påpeker at ernæring er en av de grunnleggende fysiologiske behovene, og blir regulert av sult- og metthetsfølelsen. Det er mange grunner til at eldre har vansker med å få i seg tilstrekkelig med ernæring, Brodtkorb (2014, s. 308) hevder redusert lukte- og smaksans, depresjon, ensomhet, svelgeproblemer, tannproblemer, demens, alvorlig somatisk sykdom, polyfarmasi, diare og sår er faktorer som kan gi risiko for underernæring.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan man kan forbygge underernæring hos eldre demente pasienter i sykehjem. I en spørreundersøkelse fra 2008 blant kjøkken- og helsepersonell, viste resultatene at det var behov for mer kunnskap om ernæring. 84% av sykehjemmene i Norge hadde ikke skriftlige prosedyrer som dokumenterte og fulgte opp ernæringsstatus. I 2010 kom helsetilsynet med en årsrapport der godt ernæringsarbeid ble vurdert, den viste avvik i to av tre kommuner (Helsedirektoratet, 2012, s. 10). Et mål i sykepleien er å sørge for at pasientene får dekket ernæringsbehovene sine (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 189). Sykepleieren har ifølge Aagaard og Bjerkreim (2011, s. 186) ansvar for at pasienter i institusjon får i seg mat, dersom de ikke kan forsyne seg selv.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre demente i sykehjem?

1.3.1 Avgrensning og presisering av problemstilling

Fokuset i denne oppgaven er sykepleieres funksjon i forebygging av underernæring. Pasientgruppen er eldre demente, avgrenset fra alderen 65 år og oppover, da de utfra erfaring har stor risiko for å bli underernært. Begge kjønn er inkludert, fordi jeg tror ikke problemet er kjønnsbegrenset. Valgt kontekst er sykehjem, her skal beboerne få helse- og omsorgstjenester gitt av de ansatte.

1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen

1.4.1 Underernæring

Helsedirektoratet (2013, s. 14) definerer underernæring 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.»

1.4.2 Eldre

Eldre defineres som mennesker i alderen 65 år og over i denne oppgaven.

1.4.3 Demens

Demens er et samlet navn på sykdommer som rammer flere av funksjonene i hjernen, ingen av demenssykdommene kan helbredes, de er i utvikling hele tiden. Funksjonene til personer med demens vil bli dårligere, tilslutt blir man pleietrengende (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 411). Karakteristiske tegn på demens er gradvis svikt av mentale, fysiske og

nevropsykiatriske symptomer (Rokstad, 2014, s. 10). I institusjon lider 80% av beboerne av en demenssykdom (Hauge, 2014, s. 266).

1.4.4 Sykehjem

Sykehjem er et institusjonstilbud til eldre som tilbyr helse-og omsorgstjenester hele døgnet. De ansatte skal gi omsorgsfull pleie med kvalitet tilpasset den enkelte beboeren sine behov, da kreves det sykepleiere med høy faglig kompetanse og godt organisert sykepleie (Hauge, 2014, s. 265).

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Behovsteorien til Virginia Henderson ble valgt fordi ifølge hennes teori, er målet og hensikten med sykepleien å hjelpe mennesker, enten de er syke eller friske, til å ivareta de grunnleggende behovene (Henderson, 1969, s. 7). Henderson (referert i Kristoffersen, 2011, s. 224) påpeker at dersom det ikke er mulig å bli selvstendig, må sykepleierne hjelpe pasienten til å dekke de grunnleggende behovene.

Henderson (1998, s. 46) mener at i grunnleggende sykepleie er det sykepleierne som er autoriteten. Sykepleierne skal hjelpe pasienten eller legge til rette for at han kan utføre de grunnleggende behovene på egenhånd (Henderson, 1998, s. 46). Det er ikke en enkel prosess å sette seg inn i noen andre sin situasjon, sykepleiere må være flink til å lytte, observere og tolke pasientene sin non-verbale atferd (Henderson, 1998, s. 47). Når sykepleieren uttrykker sine følelser og tanker kan det utvikles en gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleiere (Henderson, 1998, s. 57). For en person med god matlyst er ikke å spise noe problem, men hos en person med lite matlyst kan sykepleieren møte utfordringer med å hjelpe pasienten til å opprettholde en god ernæringsstatus (Henderson, 1969, s. 5). Sykepleiere skal ifølge Henderson (1969, s. 6) hjelpe pasienten med de daglige gjøremålene som pasienten ikke klarer på egenhånd, eksempler kan være hjelp i forflytning, sove, påkledning, med hygiene, spise, puste, lære, mestre fysiske endringer og få en fredfull død. Henderson (1969, s. 7) påpeker at det er viktig å tenke på at selv om de grunnleggende behovene til mennesker er felles, så er det forskjellige måter å dekke behov på. Sykepleieren kan ikke erstatte behovene som pasienten trenger for å føle seg vel, men kan hjelpe pasienten med å dekke behov som kan føre til at pasienten opplever en følelse av god helse (Henderson, 1969, s. 7-8). Henderson (1969, s.13) hevder det må være retningslinjer for grunnleggende pleie, for at sykepleierne er kvalifisert til å vurdere behovet for sykepleiekompetanse og observere pasienten sitt behov for pleie.

2.2 Om pasientgruppen

Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014, s. 412) er det i Norge ca. 71 000 personer som har en demenssykdom. Pasienter med demens kan oppleve kognitive utfordringer med språket, i orientering, få nedsatt hukommelse, samt problemer med praktiske gjøremål i hverdagen (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 412). Forandringer i atferden, vrangforestillinger,

hallusinasjoner, angst og depresjon er nevrologiske symptomer på demens (Rokstad, 2014, s. 10-11). Skovdahl og Berentsen (2014, s. 412) mener at når alderen stiger, øker risikoen for å få demens. 0,9% i alderen 65-69 år har demens, i alderen 80-84 år øker forekomsten med 17,6%, fra 90 års alderen og oppover er forekomsten ca. 40% (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 412).

2.3 Sykepleie til pasienter med demens

Skovdahl og Berentsen (2014, s. 422) mener de fysiske behovene til pasienter med demens er viktig i et sykepleievitenskapelig perspektiv, fordi etter hvert som sykdommen utvikler seg kan disse behovene være vanskelig for pasientene å ivareta selv. Pasienter som har demens har behov for et godt miljø rundt måltidsituasjonene, dette føre til at pasientene trives bedre, den fysiske funksjonen økes og de får i seg mer energirik ernæring. Det er viktig at det er gode rutiner for å kartlegge ernæringsstatus og sette inn tiltak for å hindre og forebygge at underernæring oppstår hos personer med demens (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 422-423).

2.4 Underernæring

Helsedirektoratet (2013, s.15) definerer en person som moderat underernært dersom en av disse faktorene er tilstede. Å ufrivillig ha mistet over 10% av vekten i løpet av 3-6 måneder, eller mer enn 5% på to måneder. Å være under 70 år med KMI lavere en 18,5 kg/m², over 70 år med KMI under 20 kg/m² og halvert matinntak av beregnet behov fra sist uke (Helsedirektoratet, 2013, s. 15). Pasienter som er spesielt utsatt for underernæring ifølge Sortland (2011, s. 215-216) er eldre, demente, eldre med fordøyelsesproblemer, eldre som er enslig og bor alene, personer med nedsatte funksjoner, langtidssyke med psykiske lidelser, rusmisbrukere og pasienter med kroniske lidelser. En person som er underernært har stor risiko for å få infeksjoner, komplikasjoner, nedsatt fysisk og psykisk funksjon, dårligere livskvalitet og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2013, s. 11).

2.5 Etikk i sykepleie

Nortvedt (2012, s. 18) hevder etikk i sykepleien handler om sykepleierens holdninger og fagligforståelse, vedrørende hvordan sykdom og tap av helse blir opplevd av den syke og pårørende. Etikk er viktig i måten sykepleiere bruker sine kunnskaper for å gi den beste pleien (Nortvedt, 2012, s. 18). Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere ansvar å behandle pasienter på en juridisk, etisk og faglig forsvarlig måte, samt gi forebyggende og helsefremmede pleie (NSF, 2016). Å gi omsorgsfull helsehjelp er ifølge Nortvedt (2008, s. 122) å behandle pasienter med omtanke og empati, en må lytte og forstå syke og

pleietrengende sin individuelle oppfattelse av situasjonen de er i. Sykepleiere skal gi upartisk helsehjelp, fokuset skal være pasientenes behov, ikke hvem pasienten er for sykepleieren eller samfunnet, om han er rik eller fattig (Nortvedt, 2012, s. 20). Yrkesetiske retningslinjer hjelper sykepleiere i daglige etiske vurderinger (NSF, 2016). Viktige funksjoner i yrkesetikken er å forebygge sykdom, gi medisinsk hjelp og yte omsorg til syke mennesker. Sykepleieren må kunne sette seg inn i pasientens situasjon og opptre som medfølende, samtidig som at en har en faglig distanse (Nortvedt, 2008, s. 126). Sykepleiere skal gi omsorg til både syke og friske mennesker. Omsorgsfull helsehjelp handler om å være vennlig og empatisk i møte med pasienter (Nortvedt, 2008, s. 122,123,124).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Når vi vil finne ut av noe, er metoden redskapet vi bruker for å samle inn den informasjonen vi trenger (Dalland, 2012, s. 112). Metoden som blir brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. Ifølge Thidemann (2015, s. 79-80) er litteraturstudie basert på systematisk kunnskap fra litterære kilder, metoden handler om å finne relevant litteratur og sette alt sammen tilslutt. Målet er at leseren blir oppdatert med god forståelse av kunnskapen på temaet i problemstillingen, og hvordan man kom frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80). Ifølge Dalland (2012, s. 223) er det metodiske redskapet i en litteræroppgave, å kritisk vurdere de skriftlige kildene. Litteraturstudie på bachelornivå kan inkludere både kvalitative og kvantitative artikler (Thidemann, 2015, s. 97). I kvantitativ metode blir data presentert som målbare enheter i tallform (Dalland, 2012, s. 112), kvalitativ metode brukes ifølge Thidemann (2015, s. 78) når en ønsker å forstå noe og vil ha svar på spørsmål om for eksempel erfaringer, holdninger, meninger og tanker. Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne (2015, s. 62) påpeker at en skal bruke publiserte vitenskapelige artikler fra primærkilder i systematiske litteraturstudier. Den mest brukte formen for struktur og oppbygging av artikler er IMRoD-modellen, artikkelen består da av introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2012, s. 79-80). Det finnes mange måter å gjøre litteraturstudier på, men ifølge Christoffersen et al. (2015, s. 63) bør en ha god flyt i rapporteringen og gjennomføringen og disse kravene bør være innfridd: «Problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet, samt en rapport.»

3.2 Framgangsmåte

Da problemstillingen var klar forberedte jeg en søkestrategi. Ifølge Thidemann (2015, s. 87) velges søkeord og kombinasjoner av ordene som skal brukes i databasesøkene for å få en god søkestrategi. Thidemann (2015, s. 88) mener det er viktig å dokumentere søk i litteratur ved å bruke tabeller. For å kunne dokumentere fremgangsmåten, ble søkene satt inn i en søketabell, med rubrikkene dato, søkenummer, søkeord, treff, leste abstrakt, leste artikler og inkluderte artikler. For å samle inn data til oppgaven, fant jeg oversikt over søkedatabaser på nettsiden til biblioteket på Høgskulen på Vestlandet. Jeg brukte søkedatabasene CINAHL og SveMed+ til søk etter relevante forskningsartikler. Aktuelle søkeord på norsk: Ernæring, underernæring, eldre, sykehjem, sykepleierkunnskap, forebygge, demens, måltid, implementering. Aktuelle

søkeord på engelsk: Nutrition, malnutrition, elderly, nursing home, preventing, nursing knowledge, implementation, dementia. Noen av søkeordene fant jeg ved at det dukket opp ordforslag i søkefeltet.

Jeg startet å søke på malnutrition og fikk over 6000 treff, deretter på preventing og fikk over 20 000 treff, kombinerte disse søkene med AND og smalnet søket til under 100. Thidemann (2015, s. 88) mener bruk av AND gir treff på artikler med både søkeord 1 og 2 samtidig. Jeg prøvde andre søkeord alene og kombinert med andre for å spisse resultatet. Artikkelen til Eide, Halvorsen og Almendingen (2014) ble funnet med bruk av søkeordene malnutrition AND elderly AND nursing knowledge. Artikkelen ble inkludert fordi den gav svar på hva sykepleiere mente hindret dem i å gi ernæringsmessig pleie til eldre underernærte, noe som var relevant til min problemstilling. Wikby, Ek og Christensson (2009) sin artikkel fant jeg ved å bruke søkeordene implementation AND elderly AND nutrition. Søkeordet mealtime ble brukt for å finne artikkelen til Lin, Watson og Wu (2010). Ved å søke med ordene dementia AND nutrition, fant jeg artikkelen til Liu, Galik, Boltz, Nahm og Resnick (2015), denne ble inkludert fordi den handlet om å finne ut hva som bedret måltidsituasjonene til eldre demente. I manuelle litteratursøk i referanselistene til artiklene, fant jeg flere artikler som forfatteren Liu tidligere hadde skrevet, noe som tyder på at hun er godt kjent innenfor ernæringstemaet. Liu, Cheon og Thomas (2014) sin artikkel ble funnet i det manuelle søket. Etter å ha skrevet artikkeltittelen i Google sin søkemonitor, kom jeg inn på siden til PubMed og fikk tilgang til hele teksten. Videre lette jeg igjennom artikler som PubMed mente var relevante, og fant artikkelen til Allen, Methven og Gosney (2013). Ingen artikler fra søk i databasen SveMed+ ble inkludert. Artikler som handlet om parenteral-og intravenøsernæring og med intervensjoner fra akutte settinger og i sykehus, bortsett fra Eide et al. (2014) sin artikkel, ble valgt bort. Jeg ønsket å bruke nyere forskning og valgte bort artikler publiserte før 2009. De inkluderte artiklene ble valgt ut i fra relevansen til problemstillingen og relabiliteten på artikkelen.

Tabell 1- Søkehistorikk for søk i CINAHL

Dato	Nr. søk	Søkeord/kombinasjoner	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
10.01.17	1	Malnutrition	6102			
	2	Preventing	21386			
	3	S1 and S2	98			
	4	Nursing home	38326			
	5	S3 and S4	4			
	6	Elderly	50271			
	7	S6 and S3	14	3		
	8	S1 and S4	311			
	9	S8 (Limitation Full text, publisheddate 20070101-20161231, europa)	60	6	2	
	10	Nursing knowledge	11572			
	11	S1 and S6 and S10	6	1	1	Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people (Eide et al.,2015).
11.01.17	1	Implementation and elderly and nutrition.	30	1	1	Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes (Wikby et al., 2009)

Dato	Nr. søk	Søkeord/kombinasjoner	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
06.03.17	1	dementia	33262			
	2	malnutrition	6178			
	3	S1 and S2 (Limiters: Full text, published date 20100101-20171231, age 65+)	24	7	3	
	4	Nutrition (Limiters: Full text, published date 20100101-20171231, age 65+)	623			
	5	S1 and S4	51	4	2	Optimizing eating performance for older adults with dementia living in long-term care (Liu et al. 2015).
08.03.17	1	Mealtime (Limiters: Full text, published date 20100101-20171231, age 65+)	38	2	2	What is associated with low food intake in older people with dementia? (Lin et al., 2010).

3.3 Etiske overveielser

I forskningsetikk er det viktig å skape tillitt med deltakerne i studien, og sikre at personvernet blir ivaretatt (Dalland, 2012, s. 95). I oppgaven er taushetsplikten overholdt, da det ikke er mulig å identifisere pasienter eller praksisplasser utfra mine egne erfaringer i drøftingen. Etikk skal ifølge Dalland (2012, s. 96) veilede i vanskelige handlinger og avgjørelser. Forskningsetiske komiteer hjelper forskerne med å følge etiske verdier og normer, samt godkjenne studier som omhandler mennesker, helseopplysninger og biologisk materiale fra mennesker på forhånd (Dalland, 2012, s. 98). Personopplysningsloven sier ifølge Dalland (2012, s. 100) noe om hvordan en skal behandle personopplysninger, gjelder også for forskende studenter. Artiklene til Eide et al. (2014) og Wikby et al. (2009) opplyste om at deltakerne var informert om studien, og at de når som helst kunne trekke seg, ifølge Dalland (2012, s. 105) bør dette gjøres skriftlig. Lin et al. (2010) fikk skriftlig samtykke fra deltakerne, pårørende eller vergen før de deltok i studien.

Thidemann (2015, s. 28) hevder at kravene til kildehenvisning og sitering i akademisk skriving er strenge. I oppgaven henviser jeg til kildene mine etter American Psychological Association (APA), forfatter og utgivelsesår blir satt inn i parenteser i teksten, med mer utfyllende i alfabetisk rekkefølge i referanselisten (Kildekompasset.no). Ifølge Dalland (2012, s. 83) blir akademiske verdier som vitenskapelig redelighet, åpenhet, kritisk diskusjon og etterprøvnbarhet fulgt ved å henvide riktig, det blir også vanskelig å bli beskylt for plagiering.

3.4 Metodekritikk

3.4.1. Kritisk vurdering av forskningsartikler

De inkluderte artiklene ble kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister funnet på Kunnskapssenteret.no (2014). Christoffersen et al. (2015, s. 26-17) mener forskningen må bygges på systematiske framgangsmåter, i sykepleieforskning er målet å finne løsninger på yrkesfaglige problemstillinger, eller å få svar på spørsmål. Forskning innen helsefagene skal være etisk forsvarlig og reguleres gjennom Helsinkideklarasjonen. I forskningsetiske retningslinjer for medisin og helse må forskeren vise hensyn til at deltakerne i en undersøkelse har rett til selvbestemmelse, forskeren skal respektere deltakernes privatliv og ikke gjøre skade (Christoffersen et al., 2015, s. 43, 45). Utfra sjekklistene vurderte jeg alle de inkluderte artiklene som sykepleiefaglige og relevante for problemstillingen. Alle artiklene er fagfellevurdert. Ifølge Dalland (2012, s. 78) betyr fagfellevurdert at fageksperter har vurdert og godkjent artiklene etter strenge krav til form og innhold. Feiltolking kan ha oppstått i de seks artiklene som er oversatt fra engelsk til norsk av meg. Det er mulig at resultatet hadde vært annerledes dersom jeg hadde brukt andre søkeord, eller søkt i andre databaser etter artikler.

Allen et al. (2013) beskriver utfyllende hvilke metoder som ble brukt, søkekriterier for relevante artikler og kvalitetsvurdering av disse, dataene ble metaanalysert. 66,7% av artiklene randomiserte deltakerne i eksperiment-og kontrollgruppen, men partiskhet kan ha oppstått fordi 75% av artiklene ikke blindet forskerne eller deltakerne, det kan ha vært vanskelig å blinde. Flertallet av studiene kom frem til det samme resultatet, på bakgrunn av disse opplysningene, innholdet i artikkelen og kvalitetsvurdering basert på sjekklisten, vurderte jeg denne artikkelen som god.

Studien til Lin et al. (2010) foregikk på ni langtidsspesialavdelinger i Taiwan, forskerne mente at det ikke gav et representativt bilde av alle Taiwanske langtidsavdelinger. Studien gir en bra beskrivelse av hvordan framgangsmåten foregikk og hvilke måleinstrumenter som ble brukt. Basert på kvalitetssjekk og relevante funn valgte jeg å inkludere artikkelen.

Wikby et al. (2009) kunne ikke blinde randomiseringen, fordi deltakerne ble plassert etter tilbud og etterspørsel. Forskerne gir en god beskrivelse av deltakerne i både eksperiment-og kontrollgruppen, samt intervensjonene som ble utført. Flere programmer ble brukt for å finne forskjellene og lage en statistikk over resultatene. Resultatene i kontrollgruppen kan ha blitt påvirket, fordi det ikke var mulig å isolere begge gruppene fra hverandre, da de var i samme kommune. De ansattes atferd kan også ha blitt påvirket av at de visste om studien. Strengere kriterier og bedre tilslutning blant pleierne ville ha styrket funnene. Utfra sjekklisten og relevans til problemstillingen ble artikkelen vurdert som god.

Studien til Liu et al. (2014) gir grundig beskrivelser av søkemetoder og kriterier. God beskrivelse av framgangsmåten og dataanalysefunn på vurdering av kvalitet og forskningsstyrke av artiklene er gitt. Artiklene ble vurdert til moderat kvalitet, selv om metodiske begrensinger og svakhet i studiedesignet ble funnet. Metaanalyse ble ikke gjennomført fordi det var mangel på standardiserte intervensjoner og utfall blant studiene. Partiskhet kan ha oppstått i vurdering av forskningstyrken. Utfra funn og kvalitetssjekk anser jeg artikkelen som relevant for oppgaven min.

Liu et al. (2015) gir et godt overblikk på søk og inkluderingskriterier av relevante artikler til studien. I vurdering av kvaliteten på artiklene ble fire regnet som sterke, fire moderat og tre med svak kvalitet. Mangel på blinding, svakt studiedesign og utilstrekkelig måling av validitet og reliabilitet var hovedtrekkene i artiklene med svak studiekvalitet. Kvaliteten av artikkelen ble vurdert som god utfra sjekklisten og relevansen for problemstillingen.

Erfaringene og meningene til sykepleierne i studien til Eide et al. (2014) ble analysert og kodet inn i fem temaer, resultatene ble diskutert med prosjektlederen. Det er få deltakere i studien, men forskerne hevder resultatene er gyldige fordi sykehuset er stort og reflekterer ti prosent av den norske befolkningen, samt lignende resultater fra andre studier i Europa. Mitt fokus i oppgaven er demente pasienter på sykehjem, men jeg vurderte denne studien som relevant fordi jeg mener de opplevde hindringene også kan oppstå på sykehjem.

4.0 Resultat

4.1 Oppsummering av hovedfunnene

Funn i artiklene peker på flere faktorer til lavt matinntak hos eldre med demens, noen av de er spisevaner, lite eller ingen hjelp fra ansatte i matsituasjonene og lite besøk fra familien. Forskningen viser at ved å gi næringsdrikker til eldre pasienter med demens, øker kroppsvekten, KMI og det kognitive utfallet. Ved bruk av treningsprogrammene «Montessori-based activities» og «Space retrieval» ble pasientene mer selvstendig ved måltidene og hadde mindre spisevaner. Opplæring av ansatte innen ernæringsbehov og individuelle ernæringsmessige tiltak reduserte antallet pasienter som var protein energi underernært (PEU), samt økning av kognitive funksjoner og motorisk aktivitet. Sykepleiere mente faktorer som at de var alene om ernæringsbehandlingen, behov for mer kompetanse innen ernæring, liten variasjon i mattilbudene, mangel på systematisk kartlegging av ernæringen og forsømmelse av ernæringsmessige behov, hindret dem i å dekke ernæringsmessige behov hos underernærte eldre på sykehus. Næringstilskudd førte til økning i vekt og KMI, ved opplæring/treningsprogram ble spisevaner redusert.

4.2 *Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia*

Hensikten i studien til Allen et al. (2013) var å finne ut om næringsdrikker kan forbedre de kliniske utfallene hos personer med demens. **Metoden** som ble brukt var systematisk oversiktsstudie, det ble søkt etter relevante artikler i tre databaser og manuelle søk i referanselistene. Kvalitetssjekk av artiklene ble gjort i «Downs and Black scoring system» og utført av to uavhengige lesere. Tolv artikler ble inkludert, eksperimenttiden i studiene gikk fra 3 uker til 1 år. 66% av artiklene sammenliknet næringsdrikker med vanlig mat og pleie, i to studier ble det gitt drikke med likt innhold av protein og Kcal, men uten mikronæringsstoffer. En annen studie gav en placebodrikke uten mikronæringsstoffer med lite Kcal, og en gav tabletter med mikronæringsstoffer til kontrollgruppen. 75% av deltakerne i studiene var demente med langtidsopphold, i tre studier var det med deltakere fra dagsenter og andre i samfunnet, de fleste hadde en risiko for å bli underernært.

Resultatet fra denne studien viste at næringsdrikkene hadde en positiv innvirkning på KMI, vekten og det kognitive utfallet, men drikken gav ikke noe økning av tykkelsen på hudfold, armmuskelomkretsen eller økt matinntak .

Konklusjonen er at næringsdrikker bør gis til eldre med demens som er i fare for å bli underernært.

4.3 What is associated with low food intake in older people with dementia?

I studien til Lin et al. (2010) var **hensikten** å finne risikofaktorer til at eldre demente i institusjon får for lite mat i seg. **Metoden** som ble brukt var prevalensstudie, og ble delt i to deler. Den ene delen var opplæring av observatører, der det ble laget et opplæringsprogram for å samle inn data basert på litteratur. Opplæringsprogrammet omhandlet spiseatferden til personer med demens, hvordan observasjonene under måltidene skulle foregå, hvilke spisevansker de skulle se etter og hvordan mat-og væskeinntak skulle måles. Opplæringen gikk over to dager. Den andre delen var observasjon av måltidene, beboerne sin grad av demens og den funksjonelle statusen ble kartlagt. Observatørene fikk et skjema der de skulle notere dato, hvilket måltid det var og tidsbruken, hvor mye som ble spist, bruken av hjelp, hvor ofte noen satt i halsen og eventuelle spisevansker. Observatørene satt minst to meter fra beboerne for å ikke forstyrre, observasjonene foregikk ved lunsj og middag i løpet av to dager. Det ble samlet inn data om spiseatferden ved hjelp av kartleggingsprogrammer som Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia scale, Mini-Mental State Examination, KMI og Barthel index. **Resultat:** Faktorer som spilte inn på for lite matinntak var, spisevansker, moderat funksjonskapasitet, ingen eller lite hjelp i matsituasjonen, alder, å være kvinne og få lite besøk fra familien. **Konklusjonen** i studien var at nesten en tredjedel av pasientene hadde for lite matinntak, pleierne bør derfor observere matsituasjonene til beboere med moderat funksjonskapasitet, samt gi fysisk eller verbal hjelp. Det ble anbefalt å sette i verk tiltak for å motivere til familiebesøk, da dette kunne redusere spisevansker og forbedre spiseatferden til beboere med demens.

4.4 Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes

Hensikten med studien til Wikby et al. (2009) var å se om opplæring av ansattes kunnskaper om ernæringsbehov og individuelle ernæringsmessige tiltak, kan forbedre ernæringsstatus og funksjonene til eldre som nylig har kommet på sykehjem. **Metoden** er kvasiekseptimentell med en undersøkelse to uker etter ankomst, og etter to og fire måneder. Testene omfattet kartlegging av ernæringsstatus ved å måle vekt, høyde, serum albumin og transthyretin,

hudtykkelsen av triceps og armmuskelomkretsen. For å kartlegge funksjonskapasiteten ble «Activity Index» og «Mini-Mental State Examination» brukt for å kartlegge den kognitive funksjonen. Åtte sykehjem deltok. Deltagerne ble plassert på ledige plasser ved sykehjemmene. En pleier fra hvert sykehjem fikk ansvar for ernæring og opplæring i ernæringsmessige tiltak fire ganger i året. Alle ansatte i eksperimentgruppen fikk informasjon om ernæringsprogrammet i studien, samt bok om problemer og muligheter i ernæring til eldre. Sykepleierne lærte å håndtere en studiesirkel, regne energibehov, samt kartlegging av ernæringsproblemer og individuelle behov. Ernæringsproblemer ble diskutert i studiegruppene, for at den ernæringsansvarlige best kunne forbedre de daglige måltidene. Alle nye beboere skulle få kartlagt ernæringsstatusen og ernæringsbehovet. I kontrollgruppen var det ingen endringer, ansatte fikk ikke ny ernæringskunnskap. **Resultat:** Kostregistrering førte til at energiinntaket økte, samt økning i gjennomsnittsvekten til de underernærte og de i fare for å bli det. Beboere i eksperimentgruppen viste en forbedring i kognitive-og fysiske funksjoner etter fire måneder, PEU ble redusert og gjennomsnittsvekten gikk opp. **Konklusjonen** var at bruk av kartleggingsverktøy og opplæring av ansattes ernæringskunnskaper reduserte antall beboere med underernæring.

4.5 Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia

Studien til Liu et al. (2014) sin **hensikt** var å vurdere om forskjellige tiltak for måltidsproblemer hos eldre med demens har effekt. **Metoden** som ble brukt var en systematisk oversiktsstudie. Søk i fem databaser, litteraturlister og Google Scholar ble gjort for å finne relevante artikler. Resultatene i artiklene ble sammenliknet og sortert etter intervensjonstypene trening/opplæringsprogram, hjelp til mating, næringstilskudd, endringer i rutiner og miljø og forskjellige tiltak. **Resultat:** Næringstilskudd hadde en moderat effekt på økning av KMI, vekt og matinntak. Forandringer i rutiner og miljø, samt hjelp til mating viste ingen økning av matinntaket. Trening/opplærings programmer kunne forbedre spisevanskene og forlenge måltidsituasjonen til demente, ved at personalet fikk mer kunnskap og holdninger i å assistere ved måltider. Musikk reduserte ikke agitasjon knyttet til måltidene.

Konklusjonen var at eldre demente fortsatt hadde problemer i matsituasjonen. For å redusere uheldige utfall, burde flere typer effektive tiltak settes i verk. Fremtidig forskning burde rettes mot ulike grader av demens og spisevansker.

4.6 Optimizing eating performance for older adults with dementia living in long-term care

Hensikten med studien til Liu et al. (2015) var å vurdere om tiltak for å bedre spiseytelse hos eldre demente med langtidspleie var effektiv. **Metode:** Studien er en systematisk oversiktsstudie. Fem databaser ble brukt i søk etter relevante artikler, i tillegg til Google Scholar og manuelt søk i referanselister. Artiklene ble vurdert som relevante dersom de var intervensjonsstudier med fokus på å evaluere forandringer av hvordan eldre demente over 65 år inntar måltider, og forbedringer av spiseytelser. Kvaliteten på studiene og av forskningsresultatene ble evaluert ved bruk av Quality Assessment Tool for Quantitative Studies og Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Artiklene ble delt inn i kategoriene, hjelp fra pleiere i måltidsituasjoner, treningsprogram for pleiere og beboere, flere intervensjoner med fokus på spiseytelser og miljømessige endringer. **Resultat:** Bruk av «Space retrieval» og «Montessori-based activities» gav mindre spisevansker og økte selvstendigheten i matsituasjonen. Ved å få muntlig veiledning og hjelp ved måltidene ble deltakerne mer selvstendige til å spise både flytende og fast mat. Ved å dekke bordet i kontraster og øke belysningen trengte deltakerne mindre hjelp, og ble mer deltagende i samtaler rundt bordet. **Konklusjon:** Bruk av individuell hjelp ved måltider og treningsprogrammer gav en økning i spiseytelsen hos eldre demente og ble anbefalt å brukes i praksis ved langtidsinstitusjoner.

4.7 Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people

Eide et al. (2014) sin studie har som **hensikt** å finne ut hva sykepleierne opplever som hinder for å dekke ernæringsmessige behov hos eldre på sykehus. **Metoden** er kvalitativ og baseres på hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, med fokusgrupper for å finne ut og tolke sykepleiernes egne erfaringer. For å delta måtte sykepleierne ha jobbet på den samme avdelingen i tre måneder før studien, i en femti prosentstilling eller høyere. For å få et bredt perspektiv i diskusjonene ble sykepleiere fra forskjellige avdelinger satt sammen i fire fokusgrupper. Den samlede informasjonen ble analysert i kritisk fornuftforståelse, teoretiskforståelse og selvforståelse. **Resultatet** viste fem faktorer som hindret sykepleierne å gi tilstrekkelig med ernæringsmessig pleie til underernærte eldre pasienter. Disse faktorene var følelse av å jobbe alene med ernæringsbehov, sykepleierne opplevde det som vanskelig å gi individuelt tilpasset måltid, fordi det var lite variasjon i mattilbudet. Behov for mer kunnskap og kompetanse i å avdekke underernæring, hvordan man kartlegger næringsbehov,

samt energi-og næringsinntak. Ernæringsmessige behov ble ikke prioritert, fordi fokuset var på den akutte sykdommen, og den hektiske hverdagen gav sykepleierne liten tid til å dekke ernæringsbehovene til pasientene. Sykepleierne mente det var en svikt i systemet, kartlegging av ernæringsmessige behov var ikke en del av den daglige rutinen. **Konklusjonen** i denne studien er at deknningen av ernæringsmessige behov hos eldre underernærte på sykehus er manglende. Dette er bekymringsverdig fordi kartlegging og behandling av underernæring kan være kostnadsbesparende og forbedre pasientenes utfall.

5 Drøfting

For å finne svar på problemstillingen, skal jeg i denne delen drøfte funn fra forskningsartiklene opp mot aktuell teori og sykepleieteoretiker Virginia Henderson sin behovsteori. Jeg skal drøfte bruk av næringsdrikke til eldre med risiko for underernæring, bruk av treningsprogrammer for å bedre spisesituasjonen til eldre demente, hindringer til utilstrekkelig identifisering og kartlegging av underernæring til eldre, riktig ernæring til eldre og hjelp i matsituasjonen til eldre med demens.

5.1. Bruk av næringsdrikke til eldre med risiko for underernæring

Allen et al. (2013, s. 953) fant at bruk av næringsdrikker som tilskudd i normal kost gav økning i vekt og KMI. Funn i studien til Liu et al. (2014, s. 24) viser likheter med at tilførsel av næringstilskudd gav økning i matinntak, KMI og vekt. Sortland (2011, s. 236) støtter disse funnene da hun hevder at energi-og proteininntaket hos eldre og underernærte øker ved bruk av næringsdrikker, der pasienter med lav KMI har den største økningen. Videre mener Sortland (2011, s. 236) at næringsdrikker ikke påvirker det normale matinntaket, derfor kan næringsdrikker alene være en tilstrekkelig næringskilde til vanlig kost. Brodtkorb (2014, s. 312) hevder på sin side at ernæringsstatusen til eldre i institusjon ikke blir bedre ved å bruke næringstilskudd, fordi det delvis erstatter annen mat. På en annen side mener Brodtkorb (2014, s. 312) næringstilskudd kan ha positiv effekt hos syke og pasienter med dårlig appetitt. Forskning viser at det ikke var forskjeller i matinntaket mellom eksperiment- og kontrollgruppen, noe som tyder på at matinntaket ikke blir påvirket av næringsdrikker (Allen et al., 2013, s. 952-953). Henderson (1969, s. 23) påpeker sykepleierne sitt ansvar for at pasientene får tilstrekkelig med ernæring, de må observere og sette i verk tiltak dersom det er behov for næringstilskudd eller andre endringer i kosten. Helsedirektoratet (2013, s. 20) anbefaler at pasienter som har et lavt matinntak bør få næringsdrikker som mellommåltider, fordi det kan gi en økning av energi-og næringsinntaket. Ifølge Sortland (2011, s. 237) kan det være lettere å innta næring i flytendeform, kontra fastform hos pasienter med dårlig appetitt. Sykepleieren må finne ut hvilke smaker pasienten foretrekker og velge næringsdrikker med riktig energiinnhold, da dette kan være avgjørende for inntaket (Sortland, 2011, s. 237). Min erfaring fra flere praksisplasser er at pasienter som var underernærte eller i fare for det, fikk proteinrike shottet på 30 ml fire ganger daglig, disse påvirket tilsynelatende ikke matinntaket. Shottene ble gitt sammen med medisinerne, og ble dokumentert i medisinerarket. Jeg erfarte

verken dokumentasjon på at næringsdrikker var gitt, eller hvor mye pasienten hadde inntatt. Uten dokumentasjon kan det være vanskelig å vite om pasienten får i seg nok næring. Erfaring tilsier at mellommåltid kan øke appetitten til pasientene, men dette er individuelt og situasjonsbetinget.

I studien til Allen et al. (2013, s. 953) kom det frem at næringsdrikker ikke har noe effekt på hudfoldtykkelse og overarmens omkrets. Allen et al. (2013, s. 954) mener målinger av hudfoldtykkelse og overarmsomkrets ikke gir et riktig bilde av endringer i kroppen, da målingene ofte blir tatt av ulike personer til ulike tider, med vansker for å måle på de samme stedene. Sortland (2011, s. 227) hevder likevel at disse målingene indirekte kan si noe om energi-og proteinlagrene, ved å måle endringer i tykkelsen av huden i tillegg til forandringer i vekt kan en finne ut om endringene er i muskelmassen eller i fettvevet. Ifølge Helsedirektoratet (2013, s.14) må en vurdere matinntak og vektutvikling i tillegg til KMI og antropometriske målinger, for å indentifisere ernæringsmessig risiko hos pasienter.

5.2. Bruk av treningsprogram for å bedre spisesituasjonen til eldre demente

Liu et al. (2015) anbefaler bruk av treningsprogrammene «Montessori based activities» og «Spaced retrieval» for å forbedre spisesituasjonene til eldre demente. Ifølge Liu et al. (2015) styrker treningsprogrammene selvstendigheten og spisekunnskapene til pasientene, samt reduserer spisevanskene. «Montessori based activities» deler aktiviteter knyttet til spising inn i prosedyrer. Aktivt og repeterende, øver pasientene på disse prosedyrene. «Spaced retrieval» programmet handler om å gi oppgaver eller informasjon til pasientene relatert til spising, ved å be dem gjenta etter hvert som tidsintervallet øker, dette skal styrke hukommelsen knytt til spising (Liu et al., 2015). Skovdahl og Berentsen (2014, s. 416) hevder derimot at personer med demens har vansker med å lære, også ved å repetere fordi langtidshukommelsen blir tidlig svekket. Dersom korttidshukommelsen er redusert, kan beskjeder som er gitt for 20 sekunder siden bli glemt (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 416). På en annen side mener Liu et al. (2015) at bruk av treningsprogrammene kan redusere frustrasjon, samt øke mestringsfølelsen. Muntlige beskjeder og positive oppfordringer, kan føre til at pasientene behersker å spise fast og flytene kost bedre (Liu et al., 2015).

Forskningen til Liu et al. (2014, s. 24) hevder imidlertid at trening/opplæringsprogrammer basert på økt kunnskap og bedre holdninger hos personalet, kan redusere spisevansker og øke

tidsbruk på måltidene. For at sykepleierne skal kunne hjelpe pasienter, trenger de kontinuerlig med kunnskap og ferdigheter innen sosiale og biologiske fagområder (Henderson, 1998, s. 47). Jeg har ikke funnet informasjon om disse treningsprogrammene blir brukt til demente i Norge. Det kan tenkes at treningsprogrammene er gode hjelpemidler, fordi ifølge Liu et al. (2015) styrker de selvstendigheten ved å kunne spise selv, noe som er jeg mener er viktig hos et voksent menneske for å kunne bevare verdigheten og mestringsfølelsen. Henderson (1969, s. 10) mener sykepleierne som skal vurdere pasientens behov for hjelp, må se pasientene utfra personlige aspekter som fysisk og kognitiv kapasitet, kultur, emosjonell balanse og alder. Utfra min erfaring kan det være utfordrende å få demente til å utføre oppgaver som blir gitt muntlig, enten fordi de ikke skjønner det som blir sagt, eller at kroppen ikke lystre. Brodtkorb (2014, s. 310) påpeker dessuten at eldre demente kan bli stresset av for mye stimuli på en gang, noe som kan føre til vansker med å skille ting fra hverandre. Riktig kommunikasjon med demente mener Rokstad (2014, s. 41) er å ha øyekontakt og bruke enkle ord med klar og direkte mening for å unngå misforståelser. Tegn på at pasienten ikke har forstått det som ble sagt kan være rastløshet eller forvirring, motsatt gir pasienten et svar eller nikker om beskjeden er mottatt. En kan også kommunisere uten ord ved bruk av kroppsspråk og ansiktuttrykk, for å vise at alt er greit kan en smile til pasienten (Rokstad, 2014, s. 41).

5.3. Hindringer til utilstrekkelig identifisering og kartlegging av underernæring til eldre.

Sykepleierne i studien til Eide et al. (2014, s. 700) oppgir at de føler seg alene om ernæringsansvaret, noe som hindrer de i å dekke pasienters ernæringsmessige behov. Ifølge Henderson (1969, s. 22) er det sykepleierens ansvar å videreføre legene sine ernæringsmessige krav til annet personell, samt organisere måltider og matserveringer (Brodtkorb, 2014, s. 304). Derimot kan dette være vanskelig når sykepleierne ifølge Eide et al. (2014, s. 700) er frustrert over den manglende deltakelsen fra legene, sykepleierne mener det er lettere å prioritere ernæringsmessige behov dersom legene deltar. På en annen side hevder Brodtkorb (2014, s. 304) sykepleierens rolle i å kartlegge og fremme ernæringstausen til de eldre er sentral og selvstendig, men det kreves et tverrfaglig samarbeid for å løse ernæringsproblemer. Helsedirektoratet (2013, s. 9) påpeker at ernæring er en del av helse- og omsorgstjenesten sitt behandlingstilbud, for å sikre framgang og kvalitet i ernæringsbehandlingen skal det være definert en ansvarsfordeling. Jeg forstår at sykepleierne synes det er lettere å ha fokus på ernæring når legene også er opptatt av det, men på en annen

side er jeg enig i Hendersons (1969, s. 22) påstand om at sykepleierne har en viktig rolle i pasientens ernæring, fordi sykepleierne er tilstede hos pasientene hele døgnet. Sykepleierne kan kartlegge hva pasientene liker og ikke liker, samt manglende matinntak gjennom observasjon og rapportering (Henderson, 1969, s. 22).

Ifølge Eide et al. (2014, s. 701) er manglende rutiner på kartlegging av ernæringsrisiko et hinder i å dekke ernæringsmessige behov. Nortvedt (2008, s. 122-123) mener sykepleieoppgaver som krever oppfølging blir nedprioritert i forhold til daglige og ukentlige vitale målinger, det fører blant annet til at oppfølging av ernæring ikke blir prioritert. Sykepleiere må være bevisst på følelser som kan forstyrre konsentrasjonen, fordi det kan føre til at pasienten sine behov ikke blir tilstrekkelig dekket (Henderson, 1998, s. 57). Skovdahl og Berentsen (2014, s. 423) mener gode rutiner på dokumentering av ernæringsstatus til eldre er nødvendig, for å tidlig sette i verk tiltak som kan forebygge og forhindre komplikasjoner som følge av underernæring. Min erfaring er at vektmåling, ofte blir glemt eller nedprioritert fordi tiden ikke strekker til, noen ganger var vekten forsvunnet. Pasienters ernæringstaus og behov ble ikke dokumentert der jeg var i praksis.

Helsedirektoratet (2013, s. 27) hevder underernæring utvikler seg gradvis ved at pasienten får i seg for lite næring og væske. Pasienter i fare for underernæring skal derfor følges opp av kvalifisert personell med daglig kartlegging av ernæringsstatus og nærings- og væskeinntak (Helsedirektoratet, 2013, s. 27). Skovdahl og Berentsen (2014, s. 423) mener kartlegging av drikke- og matinntak er viktig hos pasienter med demens, fordi følelsen av sult og tørste kan bli redusert og de glemmer å spise og drikke. På en side vil kartlegging være vanskelig når sykepleierne ifølge Eide et al. (2014, s. 700) mangler ferdigheter og kunnskaper i å kartlegge og behandle underernærte. Sykepleierne er usikre på hvordan de skal finne ut pasientenes ernæringsbehov, måle inntaket av energi og næringsstoff, samt hvilke negative konsekvenser underernæring har på sykdom (Eide et al. 2014, s. 700). På en annen side påpeker Helsedirektoratet (2013, s. 9) at kommunene og helseforetakene er ansvarlig for at opplæringen i ernæring er tilstrekkelig hos helsepersonellet. Ledere i sykepleieforetak skal ifølge yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016) sørge for fagutvikling og etisk refleksjon, sykepleierne skal være faglig oppdatert og søke etter faglig kunnskap der kompetansen ikke strekker til.

Vanskeligheter med å individuelt tilpasse måltider, lite variasjon av mat og få valg av mellommåltider er ifølge Eide et al. (2014, s. 700-701) et hinder for å tilstrekkelig dekke ernæringsmessige behov hos eldre. Utfra egen erfaring opplevde jeg ikke at underernærte pasienter fikk individuelt tilpasset måltider, men maten ble derimot «fetet» opp med å for eksempel tilføre mer fløte eller smør i sausen. Det ble gitt puddinger med ekstra næringstilskudd til dessert, i stede for desserten som ble servert til middagen. Den strenge tidsbegrensingen på oppbevaring av mat, og et vanskelig bestillingssystem, gikk negativt utover pasienter som var til behandling når det var matservering (Eide et al., 2014, s. 701). Brodtkorb (2014, s. 304) påpeker derimot at sykepleiere skal sørge for at rutiner og systemer kan tilpasses pasientene sine individuelle ernæringsbehov, da kreves godt samarbeid med kjøkkenpersonalet. Henderson (1969, s. 22) mener at dersom de som lager maten mangler kunnskaper om pasientenes ernæringsbehov, skal sykepleierne hjelpe til for å sørge for at pasientene får den kosten de trenger. Helsedirektoratet (2013, s. 30) mener at kjøkkenpersonalet skal ha «kunnskaper om og rutiner for mat og måltider som er i tråd med gjeldene anbefalinger.» Henderson (1969, s. 24) hevder at pasientene som er på institusjon har mistet friheten til å spise når de er sulten, sykepleiere bør derfor endre rutinene og tilby mer spredte måltider. Ifølge Brodtkorb (2014, s. 311) bør det på dagtid ikke gå lengre en tre timer mellom måltidene dersom målet er å øke næringsinntaket, disse pasientene bør også få spise utenom faste måltider når de har god matlyst. På den ene praksisplassen min var de i gang med å endre måltidsrutinene, planen var å flytte middagen fra klokken ett til halv fire, for at middagen ikke skulle komme så tett på frokost/lunsj, dette har nå blitt innført. I et nyhetsinnslag fra et annet sykehjem i Norge, var antall underernærte pasienter redusert og hadde tilsynelatende bedre på søvn på natten, etter at måltidsrutinene ble endret.

5.4. Riktig ernæring til eldre med individuell ernæringsplan.

Intervensjonen i studien til Wikby et al. (2009, s. 425) førte til en reduksjon av PEU fra tjue pasienter til syv i eksperimentgruppen. Ved å dokumentere matinntaket til pasientene som var PEU, fikk pasientene 90% eller mer av det anbefalte behovet for energiinntak, og gikk opp i vekt (Wikby et al. 2009, s. 427). På en annen side mener Wikby et al. (2009, s. 426) en av grunnene til vektøkningen kunne være at pasientene var nyankomne på sykehjemmet, og at de kom fra levevilkår som ikke var fungerende. Henderson (referert i Kristoffersen, 2011, s. 225) påpeker at selvstendigheten til pasienter med kronisk funksjonssvikt ikke kan gjenopptas, men sykepleiere kan bidra til at pasienten opplever optimal helse. Ifølge Helsedirektoratet (2013, s.

9) skal ernæringsstatus til personer i ernæringsmessig risiko for det første dokumentere næringsbehov, matinntak og tiltak i en individuell ernæringsplan. For det andre bør spisesituasjon og miljø være i fokus, og en bør gi nærings-og energirik kost med næringsdrikker som tillegg. For det tredje må vurderinger av ernæringsbehandling ivareta etiske, juridiske og faglige aspekter (Helsedirektoratet, 2013, s. 9). Sykepleieren må ikke glemme at mennesker også har psykososiale behov, Henderson (referert i Kristoffersen, 2011, s. 226) mener en må tilegne seg kjennskap til pasientens egen opplevelse av behov og den beste måten å ivareta behovene på. Nortvedt (2012, s. 20-21) påpeker at sykepleiere må se pasienten som en helhet og vise forståelse for hvordan pasienten opplever å være syk.

Forskningen til Wikby et al. (2009, s. 426) viser at den kognitive funksjonen og motoriske aktiviteten til pasientene økte i eksperimentgruppen, ved å tilpasse ernæringen til den enkelte pasient sitt individuelle behov. I kontrollgruppen ble den motoriske aktiviteten hos pasientene redusert (Wikby et al., 2009, s. 426). Helsedirektoratet (2013, s. 17) påpeker at det ikke er tilstrekkelig å vurdere ernæringsmessig risiko i behandling og forebygging av underernæring. For å tilrettelegge ernæringsbehandling, må det lages en ernæringsplan der pasientens evner til å tygge, svelge, spise selv, matlyst og vaner er kartlagt. I planen skal det stå individuelle væske-og energibehov, tiltak og mål som beskriver ernæringsbehandlingen fra start til eventuell avslutning (Helsedirektoratet, 2013, s. 17). En skriftlig plan forteller ifølge Henderson (1969, s. 14) hvordan sykepleierne skal utføre pleien til pasienten, det er viktig at planen blir revurdert ved endringer i tilstanden til pasienten. Jeg erfarte ikke bruk av skriftlig plan i mine praksiser, men en avdeling brukte individuelle matkort, der det sto hva pasientene likte å spise, eventuelle matallergier og om maten måtte deles opp eller lignende. Matkortene var til god hjelp for meg når jeg som ny skulle tilberede mat til pasientene, men det stod ingenting om pasienten hadde noen spisevansker eller trengte hjelp til å spise. Nortvedt (2008, s. 67) påpeker at sykepleieres kliniske blikk kan oppdage forandringer hos pasienten, men empatiske holdninger og kliniske erfaring er viktige aspekter, fordi pasienten kan være preget av ubehag, engstelse og smerte. Henderson (1969, s. 9, 14) mener at selv om grunnleggende sykepleie består av like elementer, bør behovene for pleie tilpasses hver enkelt person, pleieplanen til hver enkelt pasient bør være ulik noen andres plan. Wikby et al. (2009, s. 427) hevder tiden en bruker på å lage ernæringsplan, er verdt de positive fordelene. Tilrettelagt ernæringsbehandling i primærhelsetjenesten kan ifølge Helsedirektoratet (2013, s. 13), gi store helse-og økonomiske gevinster fordi det er billigere å behandles der enn i spesialisthelsetjenesten.

5.5. Hjelp i matsituasjonen til eldre med demens.

Ifølge Lin et al. (2010, s. 57) har pasienter som er avhengig av mye hjelp til å spise, mindre risiko for å få i seg for lite næring, fordi de er første prioritert til å få hjelp av pleierne. Nortvedt (2012, s. 85) mener sykepleierne må tenke konsekvensetikk når de må velge å bruke mye tid på pasienter som trenger hjelp til å spise, eller sørge for at de fleste pasientene får i seg mat. På en annen side må sykepleieren tenke på ressursbruk og gi en balansert pleie etter pasientenes individuelle behov (Nortvedt, 2012, s. 99). Brodtkorb (2014, s. 306) hevder derimot at en bør bruke minst en halvtime på å hjelpe pasienter med spisevansker, og sykepleiere bør ha ansvar for maks to til tre pasienter ved måltidene. Min erfaring av tidsbruken i måltidene er at det ofte tar veldig lang tid å hjelpe pasienter som ikke klarer å spise selv. Maten blir fort kald og en må gå i fra for å varme maten opp igjen, dette gjør en kanskje flere ganger i løpet av måltidet, da blir det ikke mye tid til å hjelpe andre pasienter.

Sortland (2011, s. 245) mener sykepleiere må være oppmerksom på at noen av pasientene kan oppleve å bli matet som nedverdiggende, om mulig bør en legge til rette for at pasienten kan spise selv. Forskningen til Liu et al. (2014, s. 24) hevder eldre demente har lettere for å spise selv og bruke tilpasset spiseteknikker, når pleierne har mer kunnskap, bedre holdning og atferd i å assistere. Henderson (1969, s. 23) mener sykepleieren skal motivere pasienten til å gjøre det han kan selv, for å bli selvstendig så fort så mulig. Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014, s. 423) kan en servere mat der en ikke trenger å bruke bestikk, til pasienter som ikke klarer eller har glemt hvordan de bruker bestikk. Rokstad (2014, s. 28) mener pasientenes trivsel og velvære styrkes dersom omsorgskvaliteten og støtten fra omgivelsene er god. Min erfaring med tilrettelagte hjelpemidler i måltider er bruk av ekstra kant rundt tallerkenen som hindrer maten i å gli av fatet, og bestikk med tykkere skaft som gjør det enklere å holde rundt. Pasienter som før trengte hjelp til å spise, klarte å spise selv ved bruk av disse hjelpemidlene.

I studien til Lin et al. (2010, s. 57) fikk pasienter som var moderat avhengig av hjelp, i seg for lite næring. Årsaken til dette var at de ble ignorert av pleierne og fikk derfor ikke hjelp til å få i seg maten (Lin et al., 2010, s. 57). Lignende funn kom frem i studien til Eide et al. (2014, s. 701) der sykepleierne ikke prioriterte ernæringsmessige behov fordi det var travelt, og fokuset var på den akutte sykdommen. Sykepleierne oppga også at de ble lettet når pasienten ikke ville ha mat, fordi da sparte de tid (Eide et al. 2014, s. 701). Sortland (2011, s. 188) påpeker at

sykepleiernes mangel på interesse, oppmerksomhet og kunnskap om ernæringsstatus og ernæringsbehov er årsaken til at ernæringsmessige behov ikke blir prioritert. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2016) står det derimot at sykepleiere skal gi omsorgsfull hjelp og ivareta behovet for helhetlig omsorg til den enkelte pasient. Ifølge Nortvedt (2008, s. 123) handler omsorgsfull hjelp om å vise vennlighet og empati, samt forståelse for situasjonen til pasienten, men at den omsorgsfulle hjelpen blir nedprioritert av den nødvendige lovpålagte helsehjelpen på grunn av tidspress. Henderson (1969, s. 13) påpeker at en ikke må undervurdere verdien av den fysiske kontakten mellom pasient og sykepleier, en bør derfor være forsiktig med å måle pleien i tid og gi kvalifisert sykepleie etter retningslinjene. I forbindelse med et måltid observerte jeg at en pasient gråt, det viste seg at munnen var full i mat, men pasienten klarte ikke å svelge ned. Det kan tenkes hvor forferdelig det er for pasienten å verken klare å få maten ned eller ut, og ingen reagerer før tårene triller. Nortvedt (2008, s. 63) mener sykepleiere må være observant og klar over at mestringssvikt kan føre til at pasienten ikke har krefter til å spise for egen hjelp. Sykepleieren må se hvordan pasienten uttrykker spisevanskene fysisk og emosjonelt, og hvilken måte det krenker verdigheten på (Nortvedt, 2008, s. 63). Rokstad (2014, s. 28) hevder at dersom personverdet til pasienter med demens blir krenket, kan det føre til utagerende atferd, apati og nedstemthet. På en annen side kan relasjonskompetanse føre til bedre holdninger hos sykepleieren, som gjør at en kan forstå den dementes situasjon og oppførsel (Rokstad, 2014, s. 28). Funn i studiene til Wikby et al. (2009) og Eide et al. (2014) viser at pasientene ikke får den hjelpen og omsorgen som de har behov for. I studien til Wikby et al. (2009, s. 427) kom det frem at en tredjedel av pasientene ikke fikk kartlagt ernæringsmessige behov, eller individuell ernæringsplan selv om sykepleierne hadde fått innføring og opplæring i ernæring. Forskningen viser at kartlegging av ernæringsmessige behov og behandling av underernæring hos eldre ikke blir prioritert blant sykepleiere og leger (Wikby et al., 2009, s. 428). Dette er et paradoks, da ivaretagelse av grunnleggende behov er en sentral del av sykepleieres særegne funksjon.

Ifølge forskningen til Lin et al. (2010, s. 58) kan sykepleierne øke matinntaket til pasientene ved å observere og kartlegge spiseevnene til pasienter som er middels avhengig av hjelp, samt gi muntlig og fysisk hjelp. Henderson (1969, s. 22-23) hevder at dersom pasientene ikke har fysiske plager, ikke er følelsesmessig stresset og måltidet er tilrettelagt pasientens ønsker, spiser pasientene mer enn dersom en av disse faktorene ikke hadde vært tilstede. Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014, s. 423) kan sosiale sammenkomster og gode måltidsmiljø føre til økning av trivsel, fysisk funksjon og energiinntak hos personer med demens. Rokstad

(2014, s. 56) hevder på sin side det alltid bør sitte et personal ved matbordet for å skape samhandling mellom pasientene og unngå uenighet og misforståelse. Sortland (2011, s. 246) hevder på en annen side at det er utfordrende for sykepleiere å hjelpe pasienter i matsituasjonen, fordi det er mye å tenke på i forhold til hva pasienten selv klarer, fokuset må være på pasienten og ikke på andre oppgaver. Ifølge Brodtkorb (2014, s. 310) bør sykepleierne vise at en har tid og sette seg ned når en skal hjelpe demente med å spise, bruke adekvat kommunikasjon og gi hjelp på en omtenksom måte. Henderson (1969, s. 23) påpeker at måltid skal bestå av glede, den som hjelper pasienten med å spise skal hjelpe av glede, fordi pasienten kan spise mindre bare for å få måltidet overstått, dersom han opplever situasjonen som ukomfortabel. Ifølge Lin et al. (2010, s. 57) må sykepleiere kontinuerlig vurdere demente pasienter sin evne til å spise selv, fordi sykdommen er i utvikling både mentalt og fysisk.

Grunnen til at lite familiebesøk var en av årsakene til lavt matinntak, kan ifølge Lin et al. (2010, s. 57) være at personalet ikke oppdaget spisevansker som familiemedlemmer kunne ha observert dersom de var ofte på besøk. I studien til Eide et al. (2014, s. 701) ble pårørende sett på som en ressurs i matsituasjonen fordi sykepleierne hadde liten tid til mating. Sortland (2011, s. 193) påpeker at å spise med bekjente kan bringe frem gode minner som kan øke appetitten og matinntaket. Brodtkorb (2014, s. 304) hevder på sin side at ved å være til stede eller hjelpe til i måltidet, kan pårørende skape et godt spisemiljø som kan føre til økt matlyst hos de eldre. Nortvedt (2012, s. 71) påstår at mennesker ikke kan leve uten relasjoner. Rokstad (2014, s. 53) påpeker at demente har et stort behov for å være sammen med kjente, fordi sykdommen fører til at sosiale sammensetninger kan oppleves som fremmede. Erfaringsmessig kan det være vanskelig for pårørende å være tilstede ved måltidene, spesielt på dagtid. De fleste pårørende kommer på besøk på ettermiddagen og går før det blir servert kvelds, dette er individuelt ikke alle får besøk av pårørende. Rokstad (2014, s. 55) mener demente har vansker med å holde den sosiale kontakten og for at de ikke skal bli sosialt isolert, bør sykepleier sørge for at demente føler seg velkommen og inkludert rundt måltider. Henderson (1969, s. 40) påpeker at å være borte fra familie og venner kan gi lidelse i tillegg til sykdommen. Mennesker er avhengig av relasjoner med andre for å føle en tilhørighet, motta og gi kjærlighet, samt godkjennelse (Henderson, referert i Kristoffersen, 2011, s. 224). Sykepleiere kan ifølge Lin et al. (2010, s. 58) motivere familiemedlemmer til å besøke oftere for å forbedre matinntaket til pasientene. Brodtkorb (2014, s. 306) mener sykepleierne bør se på pårørende som en samarbeidspartner og vise at en setter pris på deres ressurser, ved å tilby de noe lett å spise og drikke når de kommer på besøk.

6 Avslutning

Hensikten med oppgaven er å finne ut hva sykepleiere kan gjøre for å forebygge underernæring hos eldre demente på sykehjem. Avsluttende har jeg komnt fram til flere faktorer som sykepleierne kan utføre for å forebygge underernæring. For å forebygge underernæring bør sykepleiere prioritere ernæringsmessige behov hos eldre demente, og sørge for å få opplæring i å kartlegge og vurdere ernæringsstatus, slik at de har tilstrekkelig med kompetanse i å dekke ernæringsmessige behov. Sykepleierne har ansvar for og bør lage individuelle ernæringsplaner til pasienter som er underernærte eller i risiko for å bli det, samt dokumentere mat-og/eller drikkeinntak, noe som er forebyggende. Et godt samarbeid mellom kjøkkenpersonalet og sykepleiere kreves for å best kunne gi individuell tilpasset kost til pasienter som trenger det. Sykepleierne bør sørge for at måltidene er spredt utover dagen og gi mellommåltider ved behov. Sykepleiere kan gi næringsdrikker eller næringsstilkudd for å øke vekten til pasientene og forebygge at underernæring oppstår. Spisesituasjonen til eldre demente kan forbedres ved å bruke treningsprogrammer med repeterende muntlig veiledning, og aktivitet øvelser knytt til spisesituasjonen. Sykepleiere som hjelper pasienter med å spise bør sette seg ned og bruke tid, samt vise empati og forståelse for at pasienten mangler krefter til å spise selv og kan oppleve matingen som nedverdiggende. Sykepleiere kan oppfordre pårørende til å delta i måltidsituasjonene for å øke trivselen og matinntaket til pasientene. Endringer av måltidsrutinene kan være enkle tiltak for å forebygge underernæring på.

Referanseliste

- Aagaard, H. & Bjerkreim, T. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende sykepleie*. (2. utg., s. 161-202). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Allen, V. J., Methven, L., & Gosney, M. A. (2013). Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia: Systematic review and meta-analysis of clinical outcomes. *Clinical Nutrition*, 32(6), 950-957. doi:10.1016/j.clnu.2013.03.015
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 301- 314). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 696-706. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1111/jocn.12562>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 265-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse-og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- Henderson, V. (1969). *Basic Principles of Nursing Care*. Geneva: International Council of Nurses.
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur: Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kildekompasset.no. (2017, 27. mars). *APA 6th*. Hentet fra <http://kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>

- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg. s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapssenteret.no (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 27.03.2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lin, L., Watson, R., & Wu, S. (2010). What is associated with low food intake in older people with dementia?. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(1/2), 53-59. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02962.x
- Liu, W., Cheon, J., & Thomas, S. A. (2014). Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia: A systematic review. *International Journal Of Nursing Studies*, 51(1), 14-27. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.12.021
- Liu, W., Galik, E., Boltz, M., Nahm, E., & Resnick, B. (2015). Optimizing Eating Performance for Older Adults With Dementia Living in Long-term Care: A Systematic Review. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 12(4), 228-235. doi:10.1111/wvn.12100
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: Historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleier forbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 2017,13. April. fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 408-434). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sortland, K. (2011). *Ernæring: Mer enn mat og drikke*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wikby, K., Ek, A-C. & Christensson, L. (2009). Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 421-430. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00632.x

Vedlegg I - Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<i>Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia.</i> Allen, Methven & Gosney (2013)	Finne ut om næringsdrikker kan forbedre kliniske utfall hos eldre personer med demens.	Metode var systematisk oversikt. Søk ble gjort i referanselister og i databasene Medline, CINAHL og EMBASE. Søkekriteriene var studier som omhandlet en populasjon med kognitiv svikt og bruk av næringsdrikker sammenlignet med kontrollgrupper som gav placebodrikker eller hadde vanlig kosthold.	12 artikler ble inkludert med til sammen 1076 deltakere i eksperiment gruppene og 748 i kontrollgruppene.	Inntaket av Kcal økte med 39,5 Kcal/dag, protein inntaket økte fra 16g/dag til 32g/dag. Metaanalyse viste ingen forskjell av matinntak mellom eksperiment- og kontrollgruppen. Næringsdrikkene gav en gjennomsnittts vektøkning på 3,54 kg. Økning av KMI ble også funnet, men det var ikke noe forskjell i tykkelse på hudfold eller i armmuskelomkretsen. Positiv effekt på det kognitive målt med MMSE ble også funnet.
<i>What is associated with low food intake in older people with dementia?</i> Lin, Watson & Wu (2010)	Å finne risikofaktorer som fører til at eldre mennesker i institusjon får et lavt matinntak.	I denne prevalensstudien deltok ni demensavdelinger fra Taiwan. Studien ble delt i to deler: opplæring av observatører og observasjon av måltidene som ble dokumentert i et skjema.	477 beboere med demens deltok i studien, 323 menn og 154 kvinner.	293 deltakere hadde problemer med å spise, 142 hadde for lavt matinntak. Det var en sammenheng mellom lavt matinntak og faktorer som: lite familiebesøk, ingen eller lite hjelp i matsituasjoner, spisevansker, funksjonskapasitet, kjønn og alder.
<i>Implementation of a nutritional programme in</i>	Å finne ut om opplæring av ansatte innen	Studien er kvasiekperimentell. Åtte sykehjem var	62 beboere og 71 pleiere deltok i eksperimentgruppen	42 beboere ble kartlagt med «Mini Nutritional Assessment.» Ti var i

<p><i>elderly people admitted to resident homes.</i> Wikby, Ek & Christensson (2009)</p>	<p>ernæringsbehov og individuelle ernæringsmessige tiltak, kan forbedre ernæringsstatusen og funksjonene til eldre som nylig har kompt på sykehjem.</p>	<p>med i studien. Tre i eksperimentgruppen og fem i kontrollgruppen, fra samme kommune i Sverige. Alle deltakerne deltok i studien i en fire måneders periode.</p>	<p>og 53 beboere og 102 pleiere i kontrollgruppen.</p>	<p>risiko for underernæring og åtte var underernært. 17 av disse fikk individuell ernæringsplan med registrering av matinntak. Etter 4 måneder var gjennomsnittsvekten gått opp med 2,3 kg. 20 beboere i eksperimentgruppen og 17 i kontrollgruppen ble vurdert som protein energi underernært ved første måling, etter fire måneder var det bare syv i eksperimentgruppen og 10 i kontrollgruppen. Det viste ingen forskjell i de antropometriske og biokjemiske målingene blant gruppene etter 2 og 4 måneder, men gjennomsnittsvekten gikk opp 1,4 kg i eksperimentgruppen og 1,2 kg i kontrollgruppen. Deltakerne i eksperimentgruppen viste en økning i kognitive funksjoner og den motoriske aktiviteten.</p>
<p><i>Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia.</i> Liu, Cheon & Thomas (2014)</p>	<p>Å vurdere effektene av tiltak for måltidsproblemer hos eldre med demens.</p>	<p>Metoden som ble brukt er systematisk oversikt. Søk ble gjort i databasene EBM Reviews, CINAHL, Pubmed, PsychINFO og Medline, samt manuelle søk i</p>	<p>23 artikler (2 artikler fra den samme studien hadde ulike utfall) ble inkludert og delt inn i fem typer tiltak. 2082 personer over 65 år med demens og 95</p>	<p>I fem studier ble kroppsvekten økt etter 3 uker til 6 måneder med næringstilskudd. I fire studier økte KMI etter 5 uker til 6 måneder med næringstilskudd. Tre studier med trening/opplærings</p>

		referanselister og i Google Scholar. Søkene kriterier var artikler med mennesker, engelsk språk og peer reviewed artikler. «Quality Assessment Tool for Quantitative Studies» ble brukt for å sjekke kvaliteten på studiene.	pleiere fra 85 langtidsavdelinger deltok i studien. Disse er fra Canada, Taiwan, USA, Nederland, Spania, New Zealand, Sveits og Frankrike.	program fant økning av tidsbruk på måltidet og reduksjon av spisevansker etter 8 uker. Tre studier som gikk på forbedring av rutiner og miljø viste at agitasjon var tilstede etter dag fire og etter fire uker. 6 studier fant forandringer i matinntaket ved bruk av næringstilskudd. Tilsammen 6 studier om trening/opplæringsprogram og forbedring av rutiner og miljø viste ingen økning av matinntaket.
<i>Optimizing eating performance for older adults with dementia living in long-term care.</i> Liu, Galik, Boltz, Nahm & Resnick (2015)	Å evaluere hvor effektive tiltak for å forbedre spiseytelsen til eldre med demens på et langtidshjem er.	Studien er systematisk oversikt. Det ble søkt etter artikler i fem databaser, samt Google Scholar og i litteraturlister. De relevante artiklene ble vurdert etter kvalitet og funn.	11 studier ble inkludert, med 530 eldre med demens og 86 pleiere fra 21 langtidsinstitusjoner. Studiene er fra USA, Taiwan og Canada og varierte mellom å ha under 30 til over 100 eldre demente deltagere.	Treningsprogram som «Montessori-based activities og spaced retrieval training» var effektive hjelpemiddel i å forbedre spiseytelser. Ved å få hjelp av pleierne i måltidsituasjonene økte også ytelsene ved spising. Miljø og forbedring av rutiner, med og uten opplæring i å hjelpe til i måltidsituasjoner, forbedret noe av spiseytelsene.
<i>Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people.</i> Eide, Halvorsen & Almendingen (2014)	Å finne ut hva sykepleierne opplever som hinder for å dekke ernæringsmessige behov hos underernærte eldre på sykehus.	Studien er kvalitativ, basert på fire fokusgrupper med til sammen 16 sykepleiere fra 7 avdelinger på et stort Universitets sykehus i Norge. Data ble samlet og	15 kvinnelige og en mannlig sykepleier fra syv avdelinger, med høyt antall eldre pasienter, fra et stort universitetssykehus i Norge deltok i studien. Alderen var	forskerne fant frem til fem erfarte faktorer som hindret sykepleierne i å dekke ernæringsmessige behov til underernærte eldre: at de var alene om ernæringsbehandlingen, behov for mer kompetanse innen ernæring, liten

		analysert inn i tre fortolkningskontekster: selvforståelse, teoretisk forståelse og kritisk fornuftsforståelse.	i fra 23 til 47 år med arbeidserfaring fra 1 til 21 år.	variasjon i mat tilbudene, mangel på systematisk kartlegging av ernæringen og forsømmelse av ernæringsmessige behov.
--	--	---	---	--