



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|--|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 26-02-2018 09:00 | Termin: | 2018 VÅR |
| Sluttdato: | 26-04-2018 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave) | Studiepoeng: | 12 |
| SIS-kode: | 203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

Kandidatnr.: 511

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Behov for ernæring

Antall ord *: 8976

Navn på veileder *: Angelina Belova

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Behov for ernæring

Om ernæring til pasienter med demenslidelse.

Bacheloroppgave i sykepleie, avdeling Stord 2018. Kull 2015.

Antall ord: 8976

OM EG VERT GAMAL

Om eg vert gamal
så vil eg være rein når eg skal ete.
Eg vil ha fine fat,
dukar og blomer,
og i mørke dagar vil eg ha levande lys.

Om eg vert gamal
og har ein dårleg dag,
vær ven og by meg noko godt. Ei god suppe- eller rødgule molter frå holmane,
med fløyte på.

Fortel meg når du plukka ho,
så eg kan sjå det inni meg, som eg gjorde
då eg var ei lita jente.

Gje meg noko så eg ikkje føler meg så kraftlaus og arm. Men ikkje spør så
mykje kva eg vil ha-
Eg orkar ikkje svare.

Om eg vert sjuk,
og ikkje i stand til å seie deg noko,
må du hugse kva eg ville, om eg vert gamal.
Kan du gjera stunda god for meg?

(Utdrag av dikt av Ellen Mogård Larsen)

SAMMENDRAG

Tittel: Behov for ernæring.

Bakgrunn: Under min sykepleierutdanning har jeg erfart at pasienter med demenslidelse er en pasientgruppe som er svært utsatt for underernæring. Det engasjerer meg å bruke kunnskap for å hjelpe denne pasientgruppen til å få dekket sine grunnleggende behov. Pasienter som blir rammet av demens, mister gradvis evnen til å planlegge, huske, oppfatte og forstå konsekvenser. Dette kan påvirke evnen til å spise selv, huske at man må spise eller miste ferdighetene som kreves for å spise selv.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å dekke et tilstrekkelig ernæringsbehov for pasienter med demenslidelse som bor på institusjon?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å sette fokus på hvor viktig det er at sykepleier har kunnskap om å identifisere pasientens ernæringsbehov, i møte med pasienter som har demenslidelse. Jeg vil dele kunnskapen jeg får og sette et søkelys på viktigheten av riktig ernæring og forebygging av underernæring.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie hvor databasene CINAHL og sykepleien forskning er brukt for å finne relevante forskningsartikler. For å svare på problemstillingen har jeg brukt 4 forskningsartikler, sammen med faglitteratur.

Resultat: Gjennom artiklene var ulike faktorer avgjørende for matinntaket til pasienter med demenslidelse. Appetittvekkende mat, når på døgnet maten blir servert, aktivitet, besøk av familie og felleskap rundt matbordet økte matinntaket. Personalet må ha kunnskaper om å identifisere pasientens ernæringsbehov og observere om pasienten trenger assistanse. Institusjoner må ha faste rutiner for å identifisere underernæring.

Konklusjon: Sykepleier må ha kunnskaper om ernæring og om hvilke risikofaktorer som må observeres. Sykepleier må ha faste rutiner og bruke kartleggingsverktøy og vekt for å identifisere underernæring. Måltidene må være spredt ut over dagen, og spisemiljøet må være tilrettelagt. Individuelle tiltak og god dokumentasjon er viktig.

Nøkkelord: Demens, måltid, sykehjem, ernæring, dementia, nutrition, undernutrition, nursing home, low feed intake, mealtime.

EXECUTIVE SUMMARY

Title: The need of nutrition.

Background: During my time studying nursing, I experienced that patient groups with dementia related symptoms are highly susceptible to malnutrition. I therefore dedicated to use a clinical perspective to assist this patient group receive their fundamental needs. Patients affected by dementia gradually lose the ability to plan, remember, perceive and understand consequences. This can affect their ability to eat without assistance, remembering to eat or result in losing the skills required to eat.

Issue: How can nurses help to meet adequate nutritional needs for patients with dementia who live at an institution?

Purpose: The purpose of the assignment is to focus on the importance for nurses to develop knowledge in identifying a patient's nutritional requirements when a patient is affected by dementia. I want to share the knowledge I get and highlight the importance of proper nutrition and prevention of malnutrition.

Method: The task is a literature study in which the CINAHL and Nursing databases are used to find relevant research articles. In order to answer the issue, I have used 4 research articles together with professional literature.

Conclusion: The articles revealed different factors that are crucial to food intake in patients with dementia. Appetizing stimulating foods, and when the food is served daily, activity, family visits and community around the dining table increased food intake. The staff must have the ability to identify a patient's nutritional needs and observe whether a patient needs assistance. Institutions must have regular routines to identify malnutrition.

Conclusion: Nursing must have knowledge of nutrition and what risk factors need observation. Nurses must have regular routines and use mapping tools and weight to identify malnutrition. Meals must be spread throughout the day and the dining environment must be organized. Individual measures and good documentation are important.

Keywords: Dementia, nutrition, undernutrition, nursing home, low feed intake, mealtime.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | INNLEDNING | 1 |
| 1.1 | BAKGRUNN | 1 |
| 1.2 | PROBLEMSTILLING | 1 |
| 1.3 | HENSIKT | 2 |
| 1.4 | AVGRENSNING OG PRESISERING | 2 |
| 1.5 | BEGREPSAVKLARING..... | 2 |
| 2. | TEORI | 4 |
| 2.1 | SYKEPLEIERTEORETISK PERSPEKTIV | 4 |
| 2.2 | DEMENS | 5 |
| 2.2.1 | <i>Symptomer som kjennetegner demens.....</i> | <i>5</i> |
| 2.3 | ERNÆRING | 5 |
| 2.3.1 | <i>Eldres ernæringsbehov.....</i> | <i>5</i> |
| 2.3.2 | <i>Konsekvenser av underernæring</i> | <i>6</i> |
| 2.3.3 | <i>Identifisering av underernæring.....</i> | <i>6</i> |
| 2.4 | YRKESETISKE RETNINGSLINJER FOR SYKEPLEIER | 7 |
| 2.5 | LOVER OG FORSKRIFTER | 7 |
| 3. | METODE | 9 |
| 3.1 | LITTERATURSTUDIE..... | 9 |
| 3.2 | FREMGANGSMÅTE | 9 |
| 3.3 | FORSKNINGSETIKK | 9 |
| 3.4 | KILDEKRITIKK..... | 10 |
| 3.5 | METODEKRITIKK..... | 10 |
| 4. | RESULTAT..... | 12 |
| 4.1 | SAMMENDRAG AV HVER ARTIKKEL | 12 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.1.1 | <i>Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse (Heidi Aagaard, 2010)</i> | 12 |
| 4.1.2 | <i>What is associated with low food intake in older people with dementia? (Lin, Watson, & Wu, 2008)</i> | 13 |
| 4.1.3 | <i>Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions (Nell, Neville, Bellew, O'Leary, & Beck, 2016)</i> | 14 |
| 4.1.4 | <i>Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre (Gjerlund, Harviken, Uppsata & Bye, 2016)</i> | 16 |
| 4.2 | OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN | 17 |
| 5. | DRØFTING | 18 |
| 5.1 | SYKEPLEIERS KUNNSKAPER OG KOMPETANSE..... | 18 |
| 5.2 | FASTE RUTINER..... | 19 |
| 5.3 | MATENS UTSEENDE..... | 21 |
| 5.4 | SPISEMILJØET..... | 22 |
| 5.5 | MÅLTIDENES SERVERIGSTIDER | 23 |
| 5.6 | INDIVIDUELLE TILTAK..... | 24 |
| 5.7 | PASIENTENS RESSURSER..... | 25 |
| 6. | KONKLUSJON | 27 |
| 7. | REFERANSELISTE | 28 |
| 8. | VEDLEGG..... | 31 |

Figurliste

| | |
|--|---|
| Figur 1 Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak (Helsedirektoratet, 2016, s.98)..... | 7 |
|--|---|

1. Innledning

I dag lever over 77 000 mennesker i Norge med demens (Nasjonalforeningen, 2018). Nyere forskning viser at 20-25% av personer over 80 år utvikler alvorlig aldersdemens, i så stor grad at de blir avhengig av omsorg store deler av døgnet (Solheim, 2015, s. 17). Fremtiden byr på en enorm eldrebølge hvor hele 500 000 mennesker vil være over 80 år i 2050 (Ingstad, 2013, s. 185). Dette vil med andre ord si at det vil bli et stort behov for sykepleiere med kunnskap og erfaring om demenslidelse, og dens konsekvenser. Et stort problem i demensomsorgen er underernæring, som kan føre med seg alvorlige konsekvenser (Solheim, 2015, s. 245). Derfor er det spesielt viktig at vi retter søkelyset mot hvor viktig det er at sykepleiere som jobber med mennesker med demenslidelse, har god og riktig kunnskap om å identifisere, vurdere og handle for å hjelpe mennesker med demenslidelse til å få dekket et tilstrekkelig ernæringsbehov.

1.1 Bakgrunn

Under min sykepleierutdanning har jeg møtt pasienter med demenslidelse både i deltidsarbeid på sykehjem og i praksis. Noe jeg dessverre har erfart er at mange av pasientene er underernærte eller står i fare for å bli det.

Som fremtidig sykepleier engasjerer det meg å bruke kunnskap og kompetanse for å hjelpe pasientene til å få dekket sine grunnleggende behov, herunder ernæringsbehovet. Pasienter som blir rammet av demens mister gradvis hukommelsen og evnen til å planlegge daglige gjøremål som for eksempel å spise. Samtidig blir evnen til å oppfatte og forstå konsekvenser redusert. Dette kan påvirke evnen til å spise selv, huske at man ikke har spist, eller miste ferdighetene som kreves for å spise selv (Solheim, 2015, s. 21-30).

Jeg har stor interesse av å jobbe innenfor eldreomsorgen, og vil derfor spesifikt fordype meg i viktigheten av at en sykepleier kan bidra til å dekke ernæringsbehovet for pasienter med demenslidelse. Videre vil jeg ta det jeg lærer med meg inn i arbeidslivet for å bruke kunnskapen i praksis.

1.2 Problemstilling

” Hvordan kan sykepleiere bidra til å dekke et tilstrekkelig ernæringsbehov for pasienter med demenslidelse som bor på institusjon?”

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å sette fokus på hvor viktig det er at sykepleier kan bidra til å dekke et tilstrekkelig ernæringsbehov i møte med pasienter som har demenslidelse. Gjennom å skrive denne oppgaven ønsker jeg å få mer kunnskap om tema. Jeg ønsker å spre kunnskap og rette søkelyset mot viktigheten av riktig ernæring og forebygging av underernæring ved å bruke kunnskap til å observere og videre utføre tiltak som kan hjelpe pasienten.

1.4 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven skriver jeg om underernæring og konsekvenser av underernæring, uten å gå inn på de ulike næringsstoffene og vitaminene samt konsekvenser av mangel på dem. På grunn av oppgavens størrelse velger jeg å ikke gå inn på fordøyelsen og nedbrytelsen av næringsstoffer og vitaminer. Når jeg nevner underernæring omfatter dette også for lavt væskeinntak.

Det finnes flere typer av demens, men i denne oppgaven har jeg bevisst valgt å ikke gå inn på de forskjellige typene. Da jeg skriver om utfordringene som er knyttet opp til ernæring avhenger dette ikke av hvilken spesifikk type demenslidelse en pasient har. Jeg skriver derfor om pasienter med demenslidelse generelt. Jeg har valgt å skrive om pasienter med moderat til alvorlig demenslidelse, i hovedsak eldre pasienter over 70 år.

1.5 Begrepsavklaring

Demens:

Demens er en hjerneorganisk sykdom som kommer på grunn av gradvis tap av hjerneceller i hjernebarken (Toverud & Jacobsen, 2009, s. 397). Mennesker som blir rammet av demens får både kognitiv svikt og atferdsmessige forandringer (Solheim, 2015, s. 21).

Ernæring:

Å få i seg nok mat og drikke er et grunnleggende behov. Maten vi spiser er kroppens drivstoff, og er livsnødvendig for å leve. Gjennom maten vi spiser får vi i oss næringsstoffer og mineraler, som igjen blir fordelt til alle kroppens celler, og brukt som drivstoff for alle prosesser som er i kroppen. Disse prosessene omfatter alt fra at man kan bevege seg og bruke muskler, til at hjertet klarer å slå. Kroppen består av hele 60% vann, og resterende er byggestoffer som kommer gjennom inntak av mat. Disse byggestoffene inneholder vitaminer og mineraler som er med på å kontinuerlig bygge opp nye celler i kroppen (Sjøen, 2012, s. 22-23).

Underernæring:

I henhold til helsedirektoratets nasjonale retningslinjer skilles definisjonen av underernæring i moderat og alvorlig underernæring, der minst et av følgende kriterier må oppfylles (Helsedirektoratet, 2009):

Moderat underernæring:

- *Ufrivillig vekttap > 10 % siste 3-6 måneder eller > 5 % siste 2 måneder*
- *KMI < 18.5 kg/m² (> 70 år: KMI < 20)*
- *KMI < 20 kg/m² (> 70 år: KMI < 22) og samtidig ufrivillig vekttap > 5 % siste 6 måneder*
- *Matinntak < halvparten av beregnet behov siste uke*

Alvorlig underernæring:

- *15 % ufrivillig vekttap siste 3-6 måneder eller mer enn 5 % ufrivillig vekttap siste måned*
- *KMI < 16 (> 70 år: KMI < 18.5)*
- *KMI < 18,5 (> 70 år: KMI < 20) og samtidig ufrivillig vekttap > 5 % siste 3 måneder*
- *Matinntak < en fjerdedel av beregnet behov siste uke.*

2. Teori

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for oppgavens teoretiske rammeverk, hvilket skal skape et faglig grunnlag for å svare på oppgavens problemstilling. I kapittel 2.1 presenteres teori om sykepleierteoretiske perspektiv mens kapittel 2.2 tar for seg teori om demenslidelse. I kapittel 2.3 redegjøres for ernæring og i kapittel 2.4 og 2.5 presenterer henholdsvis yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, og lover og forskrifter.

2.1 Sykepleierteoretisk perspektiv

Jeg har valgt å bruke sykepleieteoretikeren Virginia Henderson i oppgaven min. Virginia Henderson (1897-1996) er kjent for å beskrive sykepleiens fagområde, hvor hun har hatt sterk innflytelse på andre teoretikere. Henderson har utarbeidet 14 punkter for å beskrive sykepleierens grunnprinsipper. De 8 første punktene handler om å sørge for at pasienten får: puste normalt, spise og drikke tilstrekkelig, fjernet kroppens avfallsstoffer, opprettholdt riktig kroppstilling, hvile og søvn, av og på kledning og opprettholdt tilstrekkelig hygiene. Mens de 6 neste punktene omtaler å unngå hjelpe pasienten til å unngå farer, få kontakt med andre, utstykke seg selv, drive med noe meningsfullt, hjelpe pasienten med underholdning og hjelpe pasienten til normal utvikling og helse (Kirkevold, 2014, s. 103).

Henderson peker på viktigheten av at sykepleier alltid må ta utgangspunkt i det unike mennesket, da alle pasienter er forskjellig, og har forskjellige ønsker om på hvilken måte de ønsker hjelp til å få dekket behov. (Henderson, 1969, s. 7). Hendersons syn på sykepleien peker på at sykepleier må oppfatte og se pasienten som et menneske som uttrykker behovene sine på sin egen måte. Gjennom å opparbeide et forhold til pasienten og vise forståelse, vil man få en tettere tilnærming, og dermed kunne gi bedre helsehjelp (Henderson, 1969, s. 57).

Henderson omtaler pasienten som et menneske som trenger hjelp til å opprettholde grunnleggende behov på grunn av manglende kunnskaper, mindre styrke eller vilje. Hun påpeker at det er viktig at sykepleier er klar over at pasienten selv hadde utført de oppgaver som trengs hjelp til om sykdommen ikke hadde stått i veien (Holter & Mekki, 2011, s. 155). Henderson mener at sykepleier skal ha kunnskaper nok til å utøve tilpasset profesjonell hjelp etter hvilket behov pasienten har. Hun hevder at sykepleier skal kunne vurdere og observere på en slik måte at hun forstår hva den syke trenger, både av fysisk og psykisk hjelp. Sykepleier skal være stemmen til den som ikke kan snakke, og synet til den som ikke kan se (Holter & Mekki, 2011, s. 163).

2.2 Demens

For å bli diagnostisert med sykdommen brukes WHO sitt diagnosesystem ICD- 10. Her er det en rekke kriterier som må oppfylles for å bli diagnostisert. Svekket hukommelse, svikt i kognitive funksjoner og svikt av emosjonell kontroll, som emosjonell labilitet, irritabilitet, apati eller unysert sosial atferd er kriteriene i dette diagnosesystemet. I tillegg til dette må personen være ved bevissthet, og tilstanden må ha hatt en varighet på over 6 måneder (Solheim, 2015, s. 20).

2.2.1 Symptomer som kjennetegner demens

Fellestrekk ved sykdommen er at det alltid foreligger kognitiv svikt hos den som blir rammet. Sykdommen fører med seg svikt i oppmerksomhet hvor evnen til å fokusere på et gjøremål eller hendelse svekkes. Evnen til å lære, huske eller lagre kunnskap reduseres gradvis. Dette påvirker evnen til å lære seg noe nytt da både konsentrasjon og evnen til å lagre det man lærer blir redusert. Personer med demenslidelse kan mestre relæring, da noe personen har kunnet tidligere kan være mulig å utføre ved hjelp. Evnen til å huske hva som skjedde for minutter eller timer siden blir sterkt redusert, men hukommelsessporene som først er blitt lagret i hjernen er de siste som forsvinner, og er derfor det personen husker best, som for eksempel barndommen. Planlegginshukommelse som innebærer å planlegge et gjøremål etter en bestemt rekkefølge svekkes, og gjenkjenningshukommelse som innebærer å kunne bruke detaljer i omgivelsene for å utføre et gjøremål reduseres. Andre symptomer på sykdommen er svikt i forståelse og produksjon av språk. Atferdsmessige kjennetegn hos en person som lider av demens er depresjon og tilbaketrekning, angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger og personlighetsendring i form av apati, interesseløshet og motorisk atferd (Solheim, 2015, s. 21-29).

2.3 Ernæring

Å få i seg tilstrekkelig væske og ernæring er grunnleggende behov. Det er sykepleier som har ansvar for at pasienten får dekket dette (Sortland, 2015, s. 17).

2.3.1 Eldres ernæringsbehov

Et voksent menneske trenger 1560-1920 kcal pr døgn. Eldre over 70 år har et redusert behov på ca. 10 %. Et normalt kaloribehov er 25 kcal per kilo ønsket kroppsvekt. Syke eldre har et behov på minst 24 kcal per kilo kroppsvekt. Sykehjem skal servere mat som inneholder tilsammen ca. 1800kcal i løpet av et døgn (Sortland, 2015, s. 34).

Et normalt væskebehov for et voksent menneske er 30ml pr kg kroppsvekt. Eldre har redusert kroppsvæske i forhold til fett, og er derfor mer utsatt for dehydrering. Samtidig vil vanlige aldringsprosesser i kroppen føre til redusert tørstefølelse, noe som kan resultere i at eldre går lange perioder uten å drikke. Eldre som går på medikamenter er også i risiko for polyfarmasirelaterte plager; Nyrefunksjonen reduseres med alderen, noe som påvirker utskillelsen av medikamenter gjennom nyrene. Dette kan føre til økt konsentrasjon av legemidler i kroppsvæskene. På grunn av dette er det spesielt viktig at eldre som går på medikamenter har et tilstrekkelig væskeinntak (Sortland, 2015, s. 23-25).

2.3.2 Konsekvenser av underernæring

For lavt væskeinntak vil over tid føre til dehydrering. Videre kan dehydrering føre til forvirring, hodepine, irritabilitet og dårligere matlyst. Når celledøden i kroppen blir påvirket fører dette til slapphet, tretthet, apati, forvirring, paranoid oppførsel, depressiv oppførsel og tilbaketrekning (Sortland, 2015, s. 23).

For lavt inntak av mat over lengre tid fører til underernæring. Konsekvensene av underernæring omfatter alvorlige konsekvenser som; nedsatt livskvalitet, økte komplikasjoner på grunn av nedsatt infeksjonsmotsand, dårligere sårtilheling, nedsatt muskelkraft som fører til nedsatt ventilasjon, hostekraft og nedsatt mobilisering samt større risiko for å få trykksår, slapphet, mistriivsel og økt dødelighet (Sjøen, 2012, s. 254).

2.3.3 Identifisering av underernæring

Sykepleier har hovedansvar for å sørge for at pasienten får dekket sitt ernæringsbehov. Med dette inngår at sykepleier skal registrere hva pasienten spiser, vurdere om ernæringen er tilstrekkelig og videre dokumentere og rapportere til lege eller andre kollegaer. (Sortland, 2015, s. 17). Screeningsverktøy er utviklet for å oppdage pasienter i ernæringsrisiko og inneholder spørsmål som omfatter vekttap, beregning av KMI og pasientens matinntak. De mest brukte kartleggingsverktøyene er NRS 2002, MUST, SGA og MNA (Sjøen, 2012, s. 252). På sykehjem skal pasienter vurderes gjennom månedlig vekt, for å observere og identifisere eventuelle endringer i ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2016). Ernæringstrappen er utarbeidet i formål om at man kan sette i gang tidlig med enkle tiltak (Helsedirektoratet, 2009), se figur 1.



Figur 1 Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak (Helsedirektoratet, 2016, s.98)

2.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier

Helsedirektoratet har utarbeidet faglige nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Retningslinjene omfatter anbefalinger til helsepersonell om:

Identifisering av underernæring, hvor retningslinjene presiserer at pasientens ernæringsstatus skal dokumenteres nøye. Pasienten skal kartlegges ved innkomst, og deretter månedlig. For å vurdere risiko kan kartleggingsverktøyene NRS 2002, MUST og MNA, SGA eller ernæringsjournal benyttes (Helsedirektoratet, 2009).

Forebygging og behandling, med individuelle tiltak som ernæringsplan som inneholder dokumentasjon om pasientens ernæring, pasientens behov, inntak av ernæring og videre tiltak som vurderes etter rekkefølge, se figur 1, (Helsedirektoratet, 2009).

2.5 Lover og forskrifter

Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenestene 2003 § 3 omtaler at pasienter som bor på sykehjem skal få dekket grunnleggende behov, herunder tilstrekkelig mat og drikke samt tilpasset hjelp under måltider. Kommunen er ansvarlig for å utarbeide skriftlige prosedyrer for å sikre at grunnleggende behov blir ivaretatt for pasienter som bor på institusjon.

Helsepersonelloven 2001 § 4 omtaler at helsepersonell har kompetanse, ferdigheter og erfaringer som kreves- for eksempel rettet mot ernæring og imøtekommelse av eventuelle

behov. Helse- og omsorgstjenesteloven 2012 § 4-1 omhandler at tjenester som tilbys skal være koordinert og tilpasset den enkelte pasient og den enkelte situasjon, og tiltak skal tas hensyn til.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7 stiller krav til at helsepersonell er pliktig til å utarbeide individuelle planer til pasienter som har behov for langvarige helsetjenester. Dette for å forsikre at pasienten mottar koordinert, og tilpasset pleie

Helsepersonelloven § 39-40 omtaler at alle som yter helsehjelp skal føre journal, herunder skal nødvendig informasjon som undersøkelser, funn og behandling av ernæringsstatus dokumenteres.

Pasient og brukerrettighetsloven 1999 § 4-3 omhandler at pasienter har rett til å samtykke til helsehjelp. Noen pasienter som har en demens diagnose har dermed ikke samtykkekompetanse, og det er da pasientens nærmeste pårørende som formidler hva pasienten selv ville ønsket. Pasienten har da rett til tilpasset informasjon.

3. Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere oppgavens metode. Kapitlet starter med en presentasjon av litteraturstudie (3.1), og deretter forklares fremgangsmåte (3.2), og avslutningsvis kilde- og metodekritikk (3.3 & 3.4).

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven skal i henhold til HVL sine retningslinjer være en litteraturstudie. Det vil si en studie som samler inn litteratur og foretar en kritisk vurdering for å videre sammenfatte alt. Grunnlaget i denne oppgaven er sykepleierteori og vitenskapelige artikler. Det skal være en systematisk tilnærming gjennom alle trinnene, hvor hensikten er at den som leser lettere skal forstå kunnskap som er knyttet til problemstillingen og hvordan denne kunnskapen er funnet (Thidemann, 2015, s. 79-80). I en litteraturstudie bruker man kunnskap som allerede finnes, og oppsummerer denne for så å trekke egne konklusjoner (Støren, 2013, s.17).

3.2 Fremgangsmåte

Det er søkt etter relevante artikler i databasene CINAHL, Sykepleien forskning, PubMed og SveMed. Søkene ble avgrenset til "full text" og utgivelsesår mellom 2008-2018. CINAHL og sykepleien forskning ble brukt da de andre databasene hadde mange treff på flere av søkeordene, men rettet seg mest mot hjemmeboende pasienter. Se vedlegg 1. I Sykepleien forskning ble det avgrenset til "forskning" og norske søkeord: *Demens, måltid, sykehjem, ernæring*. Dette gav gode relevante treff, hvor det ble funnet to forskningsartikler som ble inkludert i oppgaven. I databasene PubMed, SveMed og CINAHL ble søkeordene: *Dementia, nutrition, undernutrition, nursin home, low feed intake, mealitime* brukt med kombinasjoner ved hjelp av verktøyet "AND".

3.3 Forskningsetikk

Forskningsetikk går ut på å sikre troverdigheten av et forskningsresultat. Dette omhandler planleggingen, gjennomføringen og rapporteringen av forskningen. Forskningsetikken skal også ivareta personvern. Dette vil si at mennesker som blir inkludert i forskningen skal ivaretas, og ikke bli utsatt for skade eller unødvendig belastning for å nå målet om å vinne ny kunnskap. Det er utarbeidet retningslinjer; Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen som skal sikre god og sikker forskning (Dalland, 2012, s. 96-97).

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk omhandler de metodene som brukes for å vurdere om en kilde er valid. Med dette menes det at kilder som brukes må vurderes nøye, og på denne måten vil leseren kunne ta del i hvilken relevans og gyldighet litteraturen har i forhold til problemstillingen som er brukt. Kildekritikk skal altså vise til at man er i stand til å kritisk vurdere hvilke kilder man bruker (Dalland, 2012, s. 67). For å finne gode forskningsartikler er databasene man finner gjennom høyskolens bibliotek og sykepleien forskning brukt. På denne måten er søkemotorene kvalitetsikret av skolen. Videre er det brukt sjekklister fra kunnskapssenteret for å sikre at forskningsartiklene er av god kvalitet. Se vedlegg 3.

I denne oppgaven er det inkludert 4 artikler. Den ene studien er en kvantitativ studie. Det som kan være negativt med en kvantitativ studie, er at det er en studie med stor bredde, den tar for seg hele befolkningen. Dette gir derfor ikke resultater basert på den enkelte pasientens behov for sykepleie, men hele befolkningen som en helhet. Litteraturstudie er en studie som er basert på andres funn. Dette er altså en studie som ikke er forsket på selv. Funn gjennom annen forskning blir samlet og vurdert (Thidemann, 2015, s. 76-77). Dette kan være bra fordi at man får mye forskning samlet på et sted, og vurdert opp mot hverandre, men samtidig kan det være negativt å bruke fordi forfatteren ikke selv har forsket på tema.

3.5 Metodekritikk

Da jeg skulle finne artikler ble det søkt på forskjellige databaser fra skolens bibliotek. Blant disse var SveMed, CINAHL og PubMed. Felles for disse er at alle er rettet mot sykepleierfaglig forskning. Det var vanskelig å finne forskningsartikler som belyste problemstillingen, da de aller fleste forskningsartiklene omhandlet pasienter som var hjemmeboende. Når søkene ble begrenset med årstall fra 2008-2018 fant jeg 1 forskningsartikkel fra 2008 som var relevant, og valgte derfor å bruke den på tross av dens publiseringsdato. Flere av de nyere forskningsartiklene var ikke like relevante, og ville gitt oppgaven et annet utfall. På sykepleien forskning fant jeg en nyere forskningsartikkel fra 2016, og en fra 2010. Begge disse var svært relevant og ble derfor inkludert i oppgaven. Den ene forskningsartikkelen tok for seg mat og måltider på sykehjem, studien tok ikke utgangspunkt i personer med demenslidelse, men eldre som bodde på sykehjem. Funnene i denne forskningsartikkelen var relevant for min problemstilling, og den ble derfor inkludert i oppgaven. Jeg hadde i utgangspunktet sett for meg å finne forskning fra Norden. To av forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven er fra andre land, herunder New Zealand, og

Taiwan. Dette gav allikevel ikke et utfall som ville vært annerledes i den norske kulturen, selv om den ene artikkelen omhandlet helsepersonell og ikke sykepleieryrket i seg selv. Videre i oppgaven er det fulgt retningslinjer for kildevisning for å vise til hvor fagstoff er funnet, dette for å unngå plagiat.

4. Resultat

I dette kapittelet presenteres oppgavens resultater med utgangspunkt i forskningsartiklene som er med på å drøfte oppgavens problemstilling. I kapittel 4.1 presenteres sammendrag av artiklene og i kapittel 4.2 presenteres en oppsummering av hovedfunnene i de valgte artiklene.

4.1 Sammendrag av hver artikkel

4.1.1 Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse (Heidi Aagaard, 2010)

Hensikt

Forfatteren av denne studien har tatt utgangspunkt i flere sykehjem, for å finne ut hva ledelsen gjør for å kvalitetsikre ernæringsarbeidet på de forskjellige sykehjemmene. Herunder hvilken mat som blir gitt, hvor ofte og når på dagen måltidene blir servert.

Metode

Denne studien er en kvantitativ tverrsnittstudie. Data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema, som ble tilsendt deltakerne av studien. Lederen på de aktuelle sykehjemmene var målgruppen, og måtte svare på vegne av sitt sykehjem. Spørsmålene var formulert slik at deltakerne måtte svare på hvordan faktiske forhold på sykehjemmet var. Spørreskjemaene var utarbeidet i samarbeid med ekspertgrupper og fagfolk innenfor mat og ernæring hos eldre pasienter. Spørreskjemaet bygget på et litteraturstudium og bestod av 34 hovedspørsmål herav bakgrunnsvariabler, vurdering av maten, antall måltider og rutiner og tiltak knyttet til ernæring. Spørreskjemaet var delt inn i både spørsmål som bestod av å svare på hvor ofte sykehjemmene gav tilbud om måltider, mens andre punkt var bygget opp som påstander hvor deltakeren skulle si seg enig eller uenig i. Spørreskjemaet ble i forkant av studien prøvd ut i en pilotstudie for å bedre validiteten.

Resultat

Hovedfunnene som kom frem i studien viser at de aller fleste lederne var tilfreds med maten som ble servert på deres sykehjem. Grunnlag for dette var at maten så appetittvekkende ut, at beboerne gav gode tilbakemeldinger og at maten var varm når den kom på tallerkenene. Utenom dette skulle flere ønske at beboerne kunne velge mellom flere retter, og at det skulle bli servert mer frukt på sykehjemmene. Flertallet av respondentene opplyste om at beboerne som vanligvis spiste mindre enn andre fikk tilbud om næringstett mat. Det kom frem at

flertallet av respondentene syntes det var lang tid mellom kveldsmat og frokost. Av alle deltagende sykehjemmene (570 sykehjem) var det bare 15% av som veide pasientene ved inntak, og som hadde prosedyrer for å kartlegge pasientens ernæringsstatus.

Konklusjon

Hovedfunnet er at de fleste sykehjemmene er tilfreds med både utseende og kvalitet av måltidene som blir servert. Men hos de fleste sykehjemmene er det for få måltider, samt for langt tidsrom mellom det siste og det første måltidet. Hos nesten alle sykehjemmene var det ikke faste rutiner for å kartlegge ernæringsstatus, men tiltak ble satt i gang om personalet oppdaget at pasienten spiste dårligere. Det kom videre fram at personalet hadde for liten kunnskap om kosthold og ernæring samt ernæringsbehov til eldre, syke og pasienter med demenslidelse. I sistnevnte var det behov for nasjonale retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.

4.1.2 What is associated with low food intake in older people with dementia? (Lin, Watson, & Wu, 2008)

Hensikt

Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke risikofaktorer som er dominerende for at pasienter med demenslidelse er utsatt for underernæring. Problemer med matinntak eller evnen til å spise selv er forbundet med demenslidelse, men i denne studien ville forfatterne finne ut akkurat hvilke risikofaktorer som utgjorde dette.

Metode

Denne studien er en prevalensstudie. I studien ble 477 personer med demens observert under spisesituasjoner, herunder 9 demensavdelinger. For å samle inn data ble det brukt Barthel indeksen, Mini- Mental state Examination (MMSE) og Edinburgh Feeding Evaluation in dementia scale (EdFED) samt KMI, disse er alle kartleggingsverktøy. I studien skulle flere observatører trenes opp til å observere ulike faktorer under måltider. Observatørene skulle etter opplæringen fylle ut et skjema mens de observerte personer med demenslidelse under måltider. Studiet var delt i to; hvor den første delen gikk ut på å lære opp observatører til å observere spiseatferden til beboerne. Observatørene skulle over to dager lære hva de skulle observere i form av spisevansker samt hvordan de skulle vurdere og måle inntak av mat og drikke. Den andre delen gikk ut på å observere beboerne sin grad av sykdom og deres funksjonsevne. Videre skulle observatørene bruke skjemaene for å notere observasjoner om hvilket måltid som ble observert, hvor lang tid beboeren brukte på måltidet, hvor mye

beboeren spiste, hvor mye hjelp beboeren trengte og om beboeren fikk eventuelle spisevansker underveis.

Resultat

I studien kom det frem at det som var mest dominerende for lavt matinntak hos personer med demenslidelse var spisevansker hos personer som har moderat tap i funksjon, og som mottok lite hjelp under måltidene. I tillegg til dette kom det også frem at beboerne som hadde lite eller ingen besøk av familie spiste mindre. Kvinner spiste også generelt mindre enn menn. Utenom dette spilte også alder en vesentlig rolle. Pasientenes funksjonelle evne ble i analytiske formål klassifisert som: total uavhengighet, mild avhengighet, moderat avhengighet, alvorlig avhengighet og total avhengighet.

Konklusjon

I studien konkluderes det med at pasienter med moderat tapt funksjonsevne lettere ignoreres av personalet under måltider. Grunnen til dette er at de pasientene som har høyest nedsatt funksjonsevne er de pasientene som er lettest å observere som hjelpetrequende, og som dermed får mest hjelp. Dette vil si at de pasientene som trenger moderat hjelp er de som ofte får utilstrekkelig eller ingen hjelp, og derfor er mest utsatt for lavt matinntak. Personalet på avdelingene har lite spesifikk opplæring i å kunne identifisere om en pasient har gode eller dårlige spiseevner. Om helsepersonell som jobber på demens avdelinger får bredere kunnskap om hvilke risikofaktorer de skal observere, har pasientene også mindre sannsynlighet for å bli underernært. I studien kommer det frem at hele en tredjedel av pasientene om har lavt matinntak står i fare for å bli underernært. Gode tiltak var å motivere familie og venner til å komme oftere på besøk til de pasientene i risiko for underernæring.

4.1.3 Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions (Nell, Neville, Bellew, O'Leary, & Beck, 2016)

Hensikt

Hensikten med denne studien var å utforske forskjellige faktorer som påvirker dårlig ernæringsstatus hos pasienter som bor på sykehjem og har en demensdiagnose. Samtidig skulle personalets oppfatninger av de forskjellige risikofaktorene belyses.

Metode

Dette er en kvalitativ studie, hvor data ble hentet inn gjennom semistrukturerte intervjuer. Studien er en kvalitativ beskrivende studie, hvor bestemte hverdagslige hendelser blir tolket og beskrevet uten begrensning mot et testet teoretisk rammeverk. Gjennom å bruke denne tilnærmingen med åpne spørsmål, får den som intervjuer en mulighet til å identifisere deltageren sine egne erfaringer og oppfatninger. I studien ble 11 ansatte intervjuet. Alle som ble intervjuet jobbet både dag og kveldsvakter på demensavdelinger på sykehjem, og alle deltakerne var over 18 år. I forkant av studien ble det hentet inn etisk godkjenning fra Massey University Human Ethics Committee Northern.

Resultat

I studien var det spesielt to hovedtemaer som fremkom etter innhenting av data gjennom intervjuene. Det som gikk igjen hos deltakerne var at et lavt matinntak hos pasientene i hovedsak dreide seg om to ting; individet selv, og spise miljøet. Herunder personens appetitt, aktivitet gjennom dagen, og såkalt solnedgangssyndrom. Hvilket miljø pasienten befant seg i under måltidet var det andre som kom frem. Støy i form av samtaler mellom personalet eller andre besøkende kunne ha en negativ effekt for pasienten i form av redusert matinntak. Rolige samtaler og et fint felleskap mellom pasientene kunne ha en positiv effekt på matinntaket. Der det var behov for å ta hensyn til individuelle behov, som for eksempel skjerming, var dette viktig å ta hensyn til.

Konklusjon

Helsepersonell og ansatte ved demensavdelinger må fokusere på både individet og ytre faktorer for å forebygge lavt matinntak hos pasientene. Appetitt hos pasientene spiller en vesentlig rolle, herunder kan aktiviteter på dagtid hjelpe til å få bedre appetitt. Det er også viktig at maten ser og lukter appetittvekkende, samt er lett å spise i form av at den ikke lett detter av gaffelen og er lett å tygge. Når på dagen måltidene blir servert bør også bevisstgjøres. Middagen burde flyttes en time, slik at pasientene får tid til å bli sulten etter forrige måltid. Det er viktig å huske på flere pasienter med demenslidelse kan oppleve økt forvirring og rastløshet mot kvelden. Dette kalles Solnedgangssyndrom og er noe som kan opptre hos pasienter med demenslidelse. Samtidig er det viktig å redusere støy under måltidene. Familiemedlemmer som ikke forstyrrer de andre beboerne kan hjelpe til et større matinntak. Det er viktig å observere pasienter som trenger å skjermes, og har bedre utbytte av en-til-en situasjon under måltidene. Det er også viktig at personalet hjelper pasienter som trenger assistanse, både verbalt og fysisk.

4.1.4 Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre (Gjerlund, Harviken, Uppsata & Bye, 2016)

Hensikt

30-60 % av personer med demens som bor i institusjon eller som mottar hjemmesykepleie er underernærte. Ved å avdekke risiko for underernæring tidlig kan helsepersonell forebygge mange tilfeller av underernæring. Hensikten med denne studien er å gå kritisk gjennom validitet, reliabilitet og anvendbarhet for å identifisere hvilke screeningsverktøy som er egnet til å avdekke risikoen for underernæring hos denne pasientgruppen.

Metode

Denne studien er en systematisk litteraturstudie. Forfatterne har gått gjennom litteratur for å kritisk vurdere. Databasene MEDLINE, CINAHL, Ovid Nursing of Food Science Source, PubMed, Embase og The Cocchranse Cantral Register og Controlled Trials er brukt for å finne aktuell forskning. Heretter er det foretatt gjennomgang av referanselistene I de aktuelle artiklene som ble vurdert. For å vurdere om testene klarte å fange opp pasienter i risikogruppen for underernæring og for å måle samsvar mellom screeningsverktøyet og referansemetoden, ble Negativ og positiv prediktiv verdi brukt. Videre ble det inkludert utfallsmål som areal under kurve, korrelasjonskoeffisient og kapparverdier. For å rapportere publikasjonene ble det brukt Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses.

Resultat

Ni artikler ble tilslutt vurdert. Herunder ble 4 forskjellige screeningsverktøy vurdert ut i fra validering. MNA, SNAQ, MST og GNRI. Resultatene her viste at screeningsverktøyet MNA var det verktøyet som flest ganger var validert og funnene viste at screeningsverktøyet hadde høy validitet ved bruk av pasienter i langtidsinstitusjon, og moderat validitet ved bruk av hjemmeboende pasienter. SNAQ var på lik linje som MNA vurdert som høy senilitet ved bruk av personer på langtidsinstitusjoner, men vurderte en stor andel i risikogruppen for underernæring som midlertidig ikke var det. Både MST og GNIR ble vurdert som var moderat valid i bruk til pasienter på langtidsinstitusjoner

Konklusjon

MNA er vel egnet for bruk av å identifisere risiko til underernæring, både til pasienter boende i langtidsinstitusjon og til hjemmeboende pasienter. For å fastslå om screeningsverktøyene SNAQ, MST og GNRI er vel egnet trengs det mer forskning, da det var gjennomført få valideringsstudier med fokus på disse. Gjennom å bruke screeningsverktøy kan helsepersonell

tidlig sette i verk tiltak som forhindrer underernæring hos pasienter som både bor i institusjon, men også hjemmeboende pasienter.

4.2 Oppsummering av hovedfunn

Oppsummert underbygger artiklene hverandre i stor grad. Det kommer gjentagende frem at flere faktorer er avgjørende for at matinntaket hos pasienter som har demens er lavt. Det første som ofte er avgjørende er om maten er appetittvekkende. Maten må både se god ut, smake godt, lukte godt og videre være lett å spise i form av tygging/svelging. Når på døgnet måltidene blir servert er også en avgjørende faktor. Flere pasienter blir rastløse og forvirret på kvelden, og kan derfor ha større utbytte av det varme måltidet tidligere på dagen. Aktivitet kan være med på å øke appetitt. Studiene viser også at besøk av familie har en positiv effekt for et større matinntak, samt felleskap rundt matbordet. I tillegg til dette er det viktig at personalet på institusjonene får mer kunnskap om å identifisere pasientenes ernærings behov, og når pasienten trenger assistanse. Pasienter med moderat nedsatt funksjonsevne er vanskeligere å identifisere, og er derfor mer utsatt for underernæring, da de mottar mindre hjelp enn pasienter med større nedsatt funksjonsevne. Assistanse i form av verbal og fysisk hjelp, samt skjerming for de pasientene som har effekt av dette er viktige tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter med demenslidelse. Det er viktig at avdelingene har faste rutiner for å identifisere underernæring, herunder kan Screeningsverktøyet MNA kan brukes til å avdekke ernæringsmessig risiko for pasientene.

5. Drøfting

I dette kapittelet presenteres drøftingen av oppgavens problemstilling. Drøftingen er delt inn i følgende temaer: Sykepleiers kunnskap og kompetanse (5.1), faste rutiner (5.2), matens utseende (5.3), spisemiljøet (5.4), måltidenes serveringstider (5.5), individuelle tiltak (5.6) og pasientens ressurser (5.7).

5.1 Sykepleiers kunnskaper og kompetanse

I følge studien til Aagaard (2010) har personalet på sykehjem for liten kunnskap om eldre sitt ernæringsbehov og kunnskap om å bedømme ernæringsstatus. Studien påpeker at det må stilles krav til sykepleiere om gode teoretiske og praktiske kunnskaper om ernæring. Henderson mener at sykepleier skal ha kunnskaper nok til å utøve tilpasset profesjonell hjelp etter hvilket behov pasienten har. Hun hevder at sykepleier skal kunne observere på en slik måte at hun forstår hva den syke trenger, både av fysisk og psykisk hjelp (Holter & Mekki, 2011, s. 163).

Sykepleier har ansvar for egen kunnskapsutvikling. Det vil si at sykepleier selv har ansvar for å både definere, fremme og beskytte et faglig og forsvarlig kvalitetsnivå. Manglende kunnskaper kan føre til at sykepleier ikke observerer eller gjør vurderinger som må til for å sette i gang tiltak når pasienten har behov for hjelp til å ivareta grunnleggende behov (Holter & Mekki, 2011, s. 145). I studien til Lin et al. (2008) påpekes det at personalet har for liten kunnskap om hvilke risikofaktorer som må observeres i forhold til demenslidelse, for å kunne vurdere om pasienten trenger assistanse under måltider. Studien hevder at pasienter med stor nedsatt funksjonsevne er lettere å identifisere som hjelpetrequende, mens pasienter med moderat nedsatt funksjonsevne er vanskeligere å identifisere. Studien hevder at for å kunne identifisere denne pasientgruppen kreves det gode kunnskaper om hvilke risikofaktorer som skal observeres i forhold til om pasienten trenger verbal eller fysisk hjelp under måltider.

Henderson uttrykker videre at sykepleier må ha gode kunnskaper om den enkelte pasientens symptomer, diagnose og behandling for å kunne observere, vurdere og utføre riktige tiltak (Holter & Mekki, 2011, s. 157-158). Personer med moderat grad av demens mister evnen til å bruke sine lærte evner, som for eksempel å bruke bestikket riktig (Berentsen, 2016, s. 26). Apraksi rammer pasienter med moderat demens, og reduserer evnen til klare målrettede bevegelser som å bruke et bestikk i riktig rekkefølge. I situasjoner hvor pasienten må løse

enkle oppgaver, som for eksempel å finne ut hvordan maten skal spises, eller hvordan bestikket skal brukes, kan oppgaven altså bli for krevende (Berentsen, 2016, s. 26).

Av egen erfaring har jeg opplevd at det er viktig å ha kunnskaper om sykdommen, da pasienter med moderat demens kan ha god selvinnsikt, og skjemmer seg i situasjoner hvor de for eksempel ikke klarer å bruke bestikk, søler eller ikke klarer å spise maten selv. De unnskylder seg med at de nettopp har spist, eller at de har det travelt og må være et annet sted. Jeg har erfart at det kan være nødvendig å skjerme noen pasienter, for å hjelpe de til å bevare selvfølelse. På denne måten har jeg sett at ved å sette seg ned og bruke tid og spise sammen med pasienten, kan pasienten klare å speile seg i handlingene. På denne måten har jeg erfart at pasienten mestrer oppgaven bedre selv. Modellæring handler om å vise hvordan en bestemt handling skal utføres, som gir pasienten hjelp ved bruk av gjenkjennelseshukommelsen (Solheim, 2015, s. 131). Henderson påpeker at alle mennesker ønsker å mestre, uten hjelp fra andre (Holter & Mekki, 2011, s. 156). Sykepleier må ha kunnskaper om at mennesker med demens kan være bevisst over at de begynner å bli glemsk og ikke mestrer enkle gjøremål, noe som kan resultere i følelsen av avmakt, som igjen kan føre til depresjon og angst. Personer som har selvinnsikt i egen sykdom kan trekke seg unna enkelte situasjoner som en mestringsstrategi for å ikke ydmyke seg selv (Berentsen, 2016, s. 35-36).

Samtidig må sykepleier ha kunnskap om at rot og mange ting rundt pasienten er med på å forsterke handlingssvikt og øker forvirring (Berg, 2002, s. 46). Gode tiltak kan være å gi et og et pålegg av gangen, ikke dandere med mye pynt på maten, ikke gi servietten før det er behov og ikke gi både kaffe og melk samtidig. Om pasienten har det rydding rundt seg vil det dermed bli færre inntrykk å forholde seg til under måltidet. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 støtter dette og peker på at helsehjelpen skal være tilpasset den enkelte pasient og den enkelte situasjon, og tiltak skal tas hensyn til heretter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, §4). Helsepersonelloven § 4 omtaler at helsepersonell skal ha kompetanse, ferdigheter og erfaringer og gi forsvarlig og omsorgsfull pleie (Helsepersonelloven, 2001, §4).

5.2 Faste rutiner

For at sykepleier skal kunne bidra til å dekke et tilstrekkelig ernæringsbehov for pasienter, er det viktig at sykepleier har faste rutiner for å identifisere pasienter som står i fare for underernæring. Underernæring er ikke synlig før det har gått lang tid, og pasienten kan da være kraftig underernært (Sjøen, 2012, s. 249). Studien til Gjerlund et. al (2016) hevder at ved å bruke diagnoseverktøyet MNA kan sykepleier identifisere underernæring på et tidlig stadie

og dermed sette i verk tiltak som forhindrer alvorlig underernæring hos pasienter. Videre er rutinemessig veiing nødvendig for å oppdage vektnedgang. Herav bør veiing skje minst en gang i måneden, og hyppigere for pasienter som er utsatt for underernæring (Kirkevold, 2014, s. 303).

Henderson omtaler viktigheten av at sykepleier setter i gang tiltak for å hjelpe pasienten, når pasienten ikke klarer det selv. Hun påpeker at sykepleier må huske at pasientens sykdom eller manglende kunnskaper hindrer pasienten i å selv dekke sine grunnleggende behov, noe som gjør at sykepleier må ta dette ansvaret for pasienten (Holter & Mekki, 2011, s. 155). I følge retningslinjer for forebygging av underernæring utarbeidet av Helsedirektoratet (2009) skal alle pasienters ernæringsstatus vurderes ved innleggelse i sykehjem, og der etter månedlig. Av egen erfaring har jeg opplevd at disse rutinene ikke blir fulgt opp i praksis. På sykehjemmet jeg var i praksis på skulle pasientene veies en gang i uken, samme dag de hadde dusj. Som regel fant ikke pleiepersonalet vekten, eller så glemte de det. Herav er det sykepleier sitt ansvar å følge opp gjennom ulike tiltak at pasientene får dekket sitt ernæringsbehov. Sykepleier må derfor ta ansvar gjennom å veilede og koordinere andre kollegaer for å opprette et tverrfaglig samarbeid på sykehjemmet under matsituasjoner eller andre tiltak som kartlegger ernæringsstatus. Om kartleggingen viser at pasienten er i risiko for underernæring, eller er underernært må funnene dokumenteres for å videre evalueres (Kirkevold, 2014, s. 304).

Helsepersonelloven § 39-40 sier at alle som yter helsehjelp skal føre journal hvor nødvendige undersøkelser, funn og behandling av ernæringsstatus skal dokumenteres (Helsepersonelloven, 2001, §39-40). Henderson påpeker at sykepleie må dokumentere slik at andre kan lære av det som er gjort (Holter & Mekki, 2011, s. 165) Herav er det viktig at det kommer tydelig frem i dokumentasjonen hva pasienten har spist. Av egen erfaring har jeg opplevd at dokumentasjon kan være lite tydelig. For eksempel: pasienten har spist godt til frokost. Dette forteller lite av hva pasienten har spist, eller hva den som har dokumentert mener er ”bra”. Om den som skriver dokumentasjon beskriver at pasienten spiste 2 syltetøyskiver og uttrykte at det var godt- kan dette i tillegg til å være vesentlig informasjon, også være nyttig for den som skal hjelpe med frokosten neste gang. Sjøen (2012, s. 110) støtter dette og påpeker viktigheten av at dokumentasjon må fremkomme tydelig da den som leser ikke vet om pasienten har drukket lett eller hel melk, eller om det har vært smør eller rosiner på grøten, da dette er viktige detaljer for å kunne regne ut næringen pasienten har spist (Sjøen, 2012, s. 110).

5.3 Matens utseende

I studien til Nell et. al (2010) påpekes det at appetitt hos pasientene spiller en vesentlig rolle for om pasientene spiser godt. At maten er appetittvekkende i form av at den ser god ut, har forskjellige farger, lukter godt og videre ikke lett faller av bestikket kan føre til at pasienter med demenslidelse spiser mer. På en annen side hevder studien til Brunk & Møller (2017) at pasienter som er rammet av demens, og som spiser lite, ikke nødvendigvis vil spise mer hvis maten er appetittvekkende. Studien hevder at det trengs flere tiltak til for å vekke appetitten, som for eksempel fargekontrast på fatet maten blir servert på. Herav skiller blå farge på tallerkenen og rød farge på drikkeglass seg ut som en farger som vil øke oppmerksomheten til pasienter som for eksempel har nedsatt syn og luktesans og samtidig har redusert oppmerksomhet på grunn av demenslidelse. Faglitteratur støtter denne forskningen, da sterke farger og kontraster fanger oppmerksomheten til mennesker med demenslidelse, og gjør det lettere å oppfatte eller forstå det de har foran seg (Solheim, 2015, s. 166). For noen kan hjelpemidler som friksjonsbrikke under tallerkenen, ekstra plastkant på tallerkenen, tilpasset bestikk og tutekopp være gode tiltak (Solheim, 2015, s. 247-248). Henderson hevder at sykepleier har spesielle kunnskaper som skal til for å forstå ulike situasjoner og hvilke behov pasienten har i de ulike situasjonene. Gjennom å tilrettelegge på sykehjem kan pasientene motta den hjelpen som er nødvendig for å leve med sykdom (Holter & Mekki, 2011, s. 162).

I Studien til Aagaard (2010) kom det frem at maten som ble servert på de ulike sykehjemmene var tilfredsstillende, da maten både var appetittvekkende, smakte godt og var varm når den kom på fatene. Disse funnene blir på en annen side motsagt av Fagejord (2017) som hevder at menyen, kvaliteten og variasjonen på norske sykehjem er for dårlig. Han peker på flere eksempler hvor måltidene som blir servert består av lite fiber og raskekarbohydrater. Han hevder også at maten som serveres bør bestå av retter som har betydning for den eldre generasjonen.

Av egen erfaring har jeg opplevd at middagene som har blitt servert på sykehjem både har vært uappetittlige samt at næringsinnholdet ikke har vært optimalt. Men på en annen side har jeg også erfart at eldre pasienter kan ha problemer med å tygge maten. Dette gjør at maten må moses, og dermed ser mindre appetittlig ut. Mange har vondt i munnen, og klarer å gi uttrykk for problemene. Dette kan komme av at elders spyttsekresjon reduseres, noe som bidrar til tannråte og skader på tennene. Videre fører munntørrehet og samtidig reduksjon i muskulaturen i munnen- på grunn av aldring til vanskeligheter med å tygge maten (Kirkevold, 2014, s.309).

For øvrig har Forbrukerrådet og kost og ernæringsforbundet utfordret alle kommuner i Norge til å lage maten selv (Forbrukerrådet, 2017). Dette gjør at sykepleier, sammen med andre yrkesgrupper kan være med å bestemme hvilken mat som skal lages og bli servert til pasientene.

5.4 Spisemiljøet

Gjennom egen erfaring har jeg opplevd at måltider på sykehjem fort kan bli preget av stress og uro. På demensavdelinger kan det være vanskelig å få alle til å sette seg rundt bordet. Samtidig blir personalet som skal servere maten stresset, noe som fort utvikler seg til uro blant pasientene. Dette kan være svært uheldig da pasienter med demenslidelse har svekket evne til oppmerksomhet, og evnen til å fokusere på flere ting samtidig er redusert (Solheim, 2015, s. 21). Med andre ord vil dette si at om pasientens oppmerksomhet er rettet mot å spise en brødskive, og andre faktorer som for eksempel samtaler mellom personalet, støy eller rot stjeler pasientens oppmerksomhet kan dette bli så distraherende for pasienten at spisingen blir glemt (Solheim, 2015, s. 22). Studien til Nell et. al (2016) konkluderer med at pasienter med demenslidelse spiser mer i et stille og rolig spisemiljø. I studien hevdes det at pasienter som befinner seg i et rolig miljø, med samtaler og et fint felleskap har et høyere matinntak, da støy og uro kunne ha negativ effekt på pasientenes matinntak.

Henderson mener at sykepleier skal kunne vurdere og observere på en slik måte at hun forstår hva pasienten har behov for, og videre tilrettelegge for pasienten (Holter & Mekki, 2011, s. 163). På sykehjemmet jeg var i praksis, var det helsefagarbeider eller annet personell som deltok under måltidene. Dette var for å hindre at det ble for mange mennesker under måltidet. På denne måten fikk sykepleier tid til å gjøre andre oppgaver i mellomtiden, men mister da muligheten til å observere pasientene i ernæringsituasjoner. Gjennom å delta under måltider får sykepleier en god mulighet til å gjøre viktige observasjoner og kartlegge hvordan pasientene mestrer spisesituasjonen (Berg, 2002, s. 44). Videre kan sykepleier bruke sine observasjoner gjennom å diskutere pasientenes ressurser, funksjonsevne og omsorgsbehov med lege eller annet personell og videre bruke disse funnene som nødvendig supplement til andre undersøkelser for å videre planlegge riktige tiltak og behandling (Berg, 2002, s. 44).

Henderson uttaler at gode observasjoner krever kunnskap i bunn. Kunnskap om sykdomslære gir grunnlag for riktige vurderinger og observasjoner for å sette i gang riktige tiltak (Holter & Mekki, 2011, s. 158). Berg (2002, s. 58) hevder at de forskjellige yrkesgruppene på et sykehjem er avhengig av hverandres kompetanse og kunnskaper. Gjennom tverrfaglig

deltakelse under måltider kan dette bygge på felles erfaringer og opplevelser, og videre gi muligheter til drøfting av observasjoner for å sette i gang tiltak for hver enkelt pasient (Berg, 2002, s. 45). Et godt tiltak sykepleier kan utføre er å dele pasientene opp i mindre grupper etter funksjonsnivå, herav er en gruppe på 6-8 personer nok. På denne måten kan personalet fordele seg på gruppene, og lettere gjøre observasjoner og hjelpe pasientene med enkle tiltak, når det er færre pasienter å hjelpe. Dette kan føre til et bedre spisemiljø og økt trivsel hos pasientene (Berg, 2002, s. 60). Med andre ord kan sykepleier bidra til at pasientene får et godt spisemiljø, som igjen kan føre til større matinntak. På en annen side kan en ugunstig sammensetning av pasienter gi motsatt effekt, og føre til støy og uro. Sykepleier må derfor bevisst plassere, og gjerne omplassere pasienter, slik at sammensetningen blir så bra som mulig. Det er også viktig å ta hensyn til pasienter som ikke fungerer i en slik sammensetning kan ha behov for skjerming (Berg, 2002, s 63).

5.5 Måltidenes serveringstider

Studien til Nell et. al (2016) hevder at på grunn av for tette måltider får ikke pasientene tid til å bli sulten igjen før neste måltid, noe som resulterer i lavt matinntak under neste måltid. Studien påpeker at aktiviteter på dagtid kan øke appetitten, og videre resultere i økt matinntak. Herunder nevnes det at middag kl. 16 er for tidlig, og ved å flytte middagen til kl. 17, vil pasientene få tid til å bli sulten etter lunsj. I en nyhetsartikkel om Bjørkelia bokollektiv ble middagsserveringen flyttet to timer. Dette gjorde at pasientene rakk å bli sulten etter forrige måltid, og spiste dermed mer. Samtidig fikk sykepleier mer tid til å aktivisere pasientene mellom måltidene, noe som også kunne være en avgjørende faktor for det økte matinntaket (Bergsagel, 2015).

Henderson påpeker at når pasienter flytter inn på en institusjon mister de muligheten til å kunne spise når de ønsker. Hun mener at det er sykepleier sitt ansvar å endre rutiner og tilby spredte måltider til pasientene (Henderson, 1969, s. 24). I studien til Jonvik, Sørland & Wibe (2011) påpekes det at pasienter som er underernærte ofte er de pasientene som takker ja til ekstra måltider. I studien ble det gitt tilbud om senkvelds og tidlig frokost. Det viste det seg at flere eldre som var underernærte ikke kjenner sult, men tilbudet om mat kan trigge matlysten. Ved å tilby ekstra måltider kan sykepleier redusere nattfasten til pasienter som ikke ber om mat (Jonvik et. al., 2011). Samtidig gjør normale aldringsprosesser at eldre har svakere luktesans og dårligere smaksløker, noe som kan resultere i dårligere matlyst og sulthetsfølelse (Kirkevold, 2014, s. 308). I følge Helsedirektoratet (2009) anbefales det at beboere på

sykehjem tilbys 5-6 måltider om dagen, hvor 3 er hovedmåltider og 2-3 er mellommåltider. I tillegg skal måltidene som serveres på sykehjem inneholde omtrent 1800 kcal i døgnet, med maksimalt 12 timer mellom siste og første måltid (Sortland, 2015, s. 34). På sykehjemmet jeg var i praksis ble det servert det nok antall måltider, men kveldsmaten var kl. 18.00, og frokost rundt 09.30, dette vil si et tidsrom på ca. 15 timer. Med andre ord kan tilbudet om senkvelds og tidlig frokost være et godt tiltak for å redusere nattfasten. Samtidig påpeker studien til Nell et al. (2016) at mange med demenslidelse har et såkalt solnedgangssyndrom. Dette vil si at pasientene blir rastløs og irritabel på kveldstid, noe som kan gjøre at det blir utfordrende å få til senkvelds i praksis.

Før øvrig har Helsedirektoratet (2009) utarbeidet retningslinjer som sier at pasienter som spiser lite til hvert måltid skal tilbys mellommåltider og næringsdrikker for å øke det totale kaloriinntaket under måltider. Av egen erfaring vet jeg at det er lettere for noen pasienter å drikke enn å spise. Jeg tror derfor at å tilby næringsdrikker, senkvelds og tidlig frokost i tillegg til de faste måltidene kan være gode tiltak for sykepleier for å kunne bidra til å dekke pasientens ernæringsbehov. Samtidig er det viktig å ha kunnskaper om at næringsdrikker er plassert høyt på ernæringstrappen, etter tilrettelagt spisemiljø og tilpasset kost (Sjøen, 2012, s. 283).

5.6 Individuelle tiltak

I følge Helsedirektoratet (2009) skal pasienter som er i risiko for underernæring ha individuelle ernæringsplaner, hvor dokumentasjon om pasientens ernæringsstatus, pasientens behov og hvor mye og når pasienten har inntatt mat skal komme tydelig frem. Helsedirektoratets retningslinjer sier at sykepleier skal utføre tiltak som tilrettelegging av spisemiljø, skjerming til pasienter som har behov for det, tilpasset næringstett mat og næringsdrikker og sonde eller intravenøs behandling til pasienter som vurderes av lege til dette (Helsedirektoratet, 2009). Ut fra egen erfaring har jeg opplevd at det kan bli roligere i spisemiljøet hvis pasienter som er forvirret og lager mye støy skjermes. Da får pasienten som er igjen i spisemiljøet et mer behagelig miljø, mens pasienten som har behov for skjerming og en-til-en situasjon, også får en tilsynelatende bedre opplevelse av måltidet.

Henderson hevder at individuell sykepleie er viktig for å ta hensyn til pasienten som et enkeltmenneske med spesielle behov og ønsker (Holter & Mekki, 2011, s. 158). Helse-og omsorgstjenesteloven § 7 støtter dette og stiller krav til at helsepersonell er pliktig til å utarbeide individuelle planer til pasienter som har behov for langvarige helsetjenester, dette

for å sikre at pasienten får koordinert og tilpasset pleie (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, §7). I studien til Nell et. Al (2016) hevdes det at helsepersonell må fokusere på individet og enkeltmennesket behov for å forebygge underernæring. I følge retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er ernæringstappen utarbeidet for at ernæringstiltak skal vurderes i prioritert rekkefølge, se figur 1, (Helsedirektoratet, 2009).

5.7 Pasientens ressurser

Henderson (1969) påpeker at det er sykepleier som må observerer hvordan pasienten ønsker å motta hjelp, og hvilken hjelp pasienten trenger. Dette er fordi at alle pasienter er unike og vil ha egne behov og ønsker for hvordan de ønsker å motta helsehjelpen (Henderson, 1969, s. 57). Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenestene § 3, omtaler at pasienter som bor på sykehjem skal få dekket grunnleggende behov, herunder tilstrekkelig mat og drikke samt tilpasset hjelp under måltider (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). Ut i fra egne erfaringer vet jeg at gjennom å skape relasjoner og lære å kjenne pasienten, er det lettere å kunne tilpasse hjelpen man gir ut i fra personens personlighet, ønsker og ressurser. Det er viktig å være bevisst på at en pasient med demenslidelse kan ha mange ressurser intakt, mens en annen pasient har færre. Sykdommen vil etterhvert sette begrensninger, men hvor lang tid dette tar er individuelt fra pasient til pasient. At sykepleier både observerer pasientens svikt og gjenværende ressurser er derfor helt nødvendig (Solheim, 2015, s.29).

Når dette er sagt så har pasientens dagsform også mye å si, og spiller betydning for hvor mye pasienten klarer selv. Under spisesituasjoner har det mye å si på hvordan sykepleier gir instruksjoner og hjelp, for at pasienten skal forstå og mestre situasjonen (Berentsen, 2016, s. 307). Berg (2002, s. 27) støtter dette og påpeker at sykepleier kan observere pasientens ferdigheter og ressurser for å videre kunne hjelpe pasienten til å bevare de funksjonsnivåene som pasienten allerede har. Dette for å forebygge større tap av funksjonsnivå, som igjen vil føre til større vanskeligheter med å spise. Videre hevder han at gjennom å legge til rette for at pasientene skal få bruke de spiseferdighetene som fortsatt er igjen, vil pasienten oppleve mestring og samtidig bevare funksjonsnivået over lengre tid. Henderson hevder at de fleste mennesker har et behov for å mestre dagligdagse gjøremål, uten andres hjelp (Holter & Mekki, 2011, s. 156).

Samtidig er det viktig at sykepleier legger til rette for at pasienten settes i gang, da det er vanlig for en pasient med demenslidelse å ta mindre initiativ selv; pasienten kommer ikke til å be om å få sendt osten under frokosten, men blir heller sittende uten å si de har lyst på noe (Berg, 2002, s. 49). I studien til Lin et. Al (2010) hevdes det videre at besøk av familie og pårørende

kunne føre til økt matinntak for pasienter som var underernærte. Pårørende er samtidig resurser da de oppdager forverring i funksjonsnivå eller spisevansker som personalet kan overse. På samme tid vet jeg av egen erfaring at flertallet av pasientene ikke husker at besøket har vært der kort tid etter besøket er gått. Et vanlig symptom med demenslidelse er at pasientens korttidshukommelse om hva som skjedde for minutter og timer siden er sterkt redusert (Berg, 2002, s. 12). Men samtidig har jeg sett at pårørende er flinke til å ta pasientene med seg ut av sykehjemmet. I Studien til Nell et. al (2016) hevdes det at aktivitet kunne være med på å øke pasientenes appetitt. I følge Kirkevold (2014, s. 309) gjør normale aldringsprosesser i kroppen at eldre fordøyer maten som blir spist tregere enn tidligere, noe som kan føre til obstipasjon og redusert matlyst. Fiberrik mat og aktivitet kan forebygge obstipasjon og plager i fordøyelsessystemet hos eldre mennesker.

6. Konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å belyse problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier bidra til å dekke et tilstrekkelig ernæringsbehov for pasienter med demenslidelse som bor på institusjon?*

Avslutningsvis har jeg konkludert med flere faktorer for hvordan sykepleier kan bidra til å dekke et tilstrekkelig ernæringsbehov for denne pasientgruppen. For det første er det viktig at sykepleier har kunnskap og kompetanse om eldre sitt ernæringsbehov. Samtidig er kunnskap om hvordan demenssykdommen reduserer pasientens evne til å selv ivareta et tilstrekkelig ernæringsbehov, og hvilke risikofaktorer som må observeres i forhold til dette viktig. Det er sykepleier sitt ansvar å lede et tverrfaglig samarbeid på sykehjem og veilede medarbeidere slik at gode rutiner blir utarbeidet for å kunne identifisere pasienter som står i fare for underernæring. Ved hjelp av screeningsverktøy og vekt, sammen med gode observasjoner kan underernæring forebygges eller oppdages tidlig.

Sykepleier må sørge for et tilrettelagt og hyggelig spisemiljø med appetittvekkende mat, og passe på at pasientene får tid og ro til å spise. Sykepleier må observere behov for fysisk eller verbal hjelp- i tillegg til hjelpemidler og andre spiseredskaper, eller annen konsistens på maten. Det er viktig at sykepleier gir tilbud om ekstra måltider i form av mellommåltider, senkvelds og tidlig frokost. Sykepleier har ansvar for å lage individuelle ernæringsplaner tilpasset hver enkelt pasient, hvor god og tydelig dokumentasjon fremkommer. Sykepleier må også være bevisst på pasientens gjenværende ressurser, og videre tilrettelegge på en slik måte at pasienten opplever mestring, og bevarer gjenværende funksjonsnivå lengst mulig.

7. Referanseliste

- Aagaard, H. (2010). *Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Hentet fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/343773/mat-og-maltider-i-sykehjem.-en-nasjonal-kartleggingsundersokelse>. Lastet ned: 28.02.18.
- Berg, G. (2002). *Til dekket bord: mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Bergsagel, I. (2015). *Her serveres middagen sent, men godt*. Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/10/her-serveres-middagen-sent-men-godt>. Lastet ned: 17.03.18
- Brunk, P., & Møller, L. (2017). *Farvede tallerkner får demente til at spise mere*. Videnskab.dk. Hentet fra <https://videnskab.dk/krop-sundhed/farvede-tallerkner-faar-demente-til-at-spise-mere>. Lastet ned: 15.03.18
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fagejord, N. (2017). *Eldre fortjener bedre mat*. Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2017/11/eldre-fortjener-bedre-mat>. Lastet ned: 10.03.18
- Forbrukerrådet (2015). *Appetitt på livet: Rapporten fra Forbrukerrådet i samarbeid med Kost- og ernæringsforbundet*. Hentet fra <https://www.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2015/10/Sykehjemsrapport-appetitt-pa-livet.pdf>. Lastet ned: 10.04.18
- Gjerlaug, A.K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A., (2016). *Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/05/egnet-verktoy-ved-screening-av-risiko-underernaering-hos-eldre>. Lastet ned: 28.02.18.
- 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>. Lastet ned: 04.03.18
- Henderson, V. (1969). *Basic Principles of Nursing Care*. Geneva: International Council of Nurses.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jonvik, K. L., Sørland, R., & Wibe, T. (2011). *Spiste flere måltider*. Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2011/06/spiste-flere-maltider>. Lastet ned: 20.03.18
- Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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. Lastet ned: 01.03.18
- Mekki, T. E., Holter, I. M., Nilsen, L., Pedersen, S., Stamsø, M. B., Thorbjørnsen, K. M., & Kjerland, L. E. (2011). *Sykepleieboken :1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg). Oslo: Akribe.
- Nasjonalforeningen. (2018). *Hva er demens?* Hentet fra:
<http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>. Lastet ned: 4. Mars 2018
- Nell, D., Neville, S., Bellew, R., O'Leary, C., & Beck, K. L. (2016). *Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions*. *Australasian Journal on Ageing*, 35(4), E1- E6. doi:10.1111/ajag.12307. Lastet ned: 01.03.18
- Sjøen, R. J. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Solheim, K. (2015). *Demensguiden: holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Sortland, K. (2015). *Ernæring: mer enn mat og drikke* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Støren, I. (2010). *Bare søk!: praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Toverud, K. C., & Jacobsen, D. (2009). *Sykdomslære : indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Tretteteig, S., & Berentsen, V. D. (2016). *Demensboka : lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forl. Aldring og helse.

Lover:

Helsepersonellloven. Lov 02. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonellloven)

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 02. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Forskrifter:

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Søketablell

| Dato | Søkeord | Database | Begrensninger | Antall | Leste artikler | Inkludert i oppgaven |
|----------|---|---------------|--|--------|----------------|----------------------|
| 28.02.18 | Måltider i sykehjem | Sykepleien.no | Utgivelsesår 2008-2018 | 65 | 1 | 1 |
| 28.02.18 | Demens + Ernæring | SveMed | | 4495 | 4 | 0 |
| 28.02.18 | Demens+ Ernæring+ sykehjem | SveMed | | 6 | 2 | 0 |
| 28.02.18 | Dementia + Low food intake | CINAHL | Utgivelsesår 2008-2018 | 2187 | 6 | 0 |
| 28.02.18 | Feeding assistance + low food intake + dementia | CINAHL | Utgivelsesår 2008-2018 Fagfellevurdert | 3 | 1 | 1 |
| 28.02.18 | Nursing home + low food intake+ dementia | CINAHL | Utgivelsesår 208-2018 Fagfellefurdert + full text | 3556 | 8 | 0 |
| 28.02.18 | Dementia + Nutrition | CINALH | Fagfellesvurdert, fulltekst, utgivelsesår 2008-2018 | 803 | 10 | 1 |
| 28.02.18 | Mealtime + dementia | CINAHL | Utgivelsesår 2008-2018. Full text | 23 106 | 3 | 0 |
| 28.02.18 | Nutrition+ mealtime + dementia | CINAHL | Utgivelsesår 2008-2018 + full text | 38 408 | 8 | 0 |
| 29.02.18 | Undernutrition + dementia + nursing home | CINAHL | Utgivelsesår 2008-2018 | 3 | 2 | 0 |
| 29.02.18 | Screening +undernutrition | CINAHL | Utgivelsesår 2008-2018 | 89 | 9 | 0 |
| 29.02.18 | Dementia + undernutrition | PubMed | Publication date 10 years | 726 | 5 | 0 |
| 29.02.18 | Screening + dementia + undernutrition | PubMed | Publication date 10 years | 243 | 3 | 0 |
| 29.02.18 | Mealtime + dementia | CINAHL | Utgivelsesår 2008-2018 | 117 | 3 | 0 |
| 29.02.18 | Ernæring + demens | Sykepleien.no | Forskning | 5 | 3 | 1 |

Vedlegg 2: Resultattabell

| Artikkel | Hensikt | Metode og datainnsamling | Utvalg | Resultat |
|--|--|--|---|---|
| Aagard, H (2010). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse . Vitenskapelig artikkel i sykepleien forskning. | Finne ut hva ledelsen på sykehjem gjør for å kvalitets sikre måltider og rutiner knyttet til ernæringsarbeid. Samt undersøke hvor ofte måltider blir servert og når på dagen. | Kvantitativ tverrsnittundersøkelse. Data er innhentet ved hjelp av spørreskjema. | Det ble hentet inn data gjennom spørreskjema. Lederen på hvert sykehjem svarte for sin avdeling. Herunder deltok | Lederene mener at maten er appetittvekkende og god. Men det kan serveres mer frukt. Tidsrommet mellom det siste og første måltidet er for stort. Det er dårlige rutiner knyttet til å bedømme ernæringsstatus hos pasientene. |
| Lin, Watson, & Wu, (2010) | Finne risikofaktorer som er dominerende for at pasienter med demens er utsatt for underernæring. | Prevalensstudie. 477 personer med demens ble observert under spisesituasjoner. Observatører ble opplært til å observere ulike faktorer under måltider. | Det ble hentet inn data gjennom Barthel indeksen, MMSE, EdFED og KMI. Observatørene skulle fylle ut et skjema mens de observerte. | To faktorer er avgjørende for lavt matinntak; Pasienter med moderat demenslidelse er vanskelig å observere som hjelpetrengende, og lite besøk av pårørende. |
| Nell, Neville, Bellew, O'Leary & Beck (2016) | Utforske forskjellige faktorer som påvirker dårlig ernæringsstatus hos pasienter med demenslidelse som bor på sykehjem. | Kvalitativ beskrivende studie | Data ble hentet inn gjennom semistrukturelle intervjuer. 11 ansatte som både jobbet dag og kveldsvakter på demensavdeling på sykehjem ble intervjuet. | Helsepersonell og ansatte ved demensavdelinger må fokusere på både individet og ytre faktorer for å forebygge lavt matinntak hos pasientene |
| Gjerlund, Harviken, Uppsata & Bye (2016) | Gå kritisk gjennom validitet, reliabilitet og anvendbarhet for å identifisere hvilke screeningsverktøy som er egnet til å avdekke risikoen for underernæring hos denne pasientgruppen. | Systematisk litteraturstudie | Databasene MEDLINE, CINAHL, Ovid Nursing of Food Science Source, PubMed, Embase og The Cocchrane Central Register og Controlled Trials er brukt for å finne aktuell forskning | MNA er egnet for å identifisere risiko for underernæring til pasienter i langtidsinstitusjon og hjemmeboende. Det trengs mer forskning på de andre verktøyene. |

Vedlegg 3: Eksempel på kildekritikk

Kritisk vurdering - prevalensstudie

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

EKSEMPEL PÅ KILDEKRITIKK

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

¹ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

INNLEDENDE SPØRSMÅL

| | | | |
|---|--|---------------------------------|------------------------------|
| 1. Er problemstillingen i studien klart formulert? | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |
| 2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet? | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

| | |
|--|--|
| <p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? | <p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Utvalget er beskrevet godt. Lederne på sykehjem i Norge svarte på spm angående sitt sykehjems måltider</p> |
| <p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? | <p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Alle sykehjem registrert i kommunekalenderen 2007 (866 sykehjem) fikk forespørsel. 570 sykehjem deltok. Målggruppen var lederne av sykehjemmet.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p>TIPS: Ikke-responderer er frafall i utvalget.</p> | <p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>av 886 var det 570 sykehjem (Leder) som svarte på spørreskjema. Pga. ferieavvikling ble ikke resterende retullet.</p> |
| <p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-responderer har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p> | <p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>svarprosent 64% anses som god, da undersøkelsen startet like ved ferieavvikling.</p> |
| <p>7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p> | <p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Spørreskjema utviklet for denne studien. Ble tatt kontakt m. ekspertgrupper. Ble tilatt å bruke spørsmål fra Dansk studie</p> |
| <p>8. Er datainnsamlingen standardisert?</p> <p>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p> | <p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>34 Hovedspørsmål, noen av disse hadde underspørsmål, strukturert etter hovedområder som bakgrunns variables, vurdering, antall måltider og rutiner/tiltak. Påstander m. svaralternativ.</p> |
| <p>9. Er dataanalysen standardisert?</p> <p>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p> | <p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> |

HVA FORTELLER RESULTATENE?

| | |
|--|---|
| <p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p> | <p>De fleste var fornøyd med maten, men for store mellomrom mellom måttidene og dårlige rutiner og tiltak hos de fleste sykehjemmene.</p> |
|--|---|

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p> | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> |
| <p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p> | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> |

Vedlegg 4: MNA screeningskjema



Mini Nutritional Assessment MNA®

| | | | | |
|------------|--------|-----------|------------|-------|
| Etternavn: | | Fornavn: | | |
| Kjønn: | Alder: | Vekt, kg: | Høyde, cm: | Dato: |

Besvar undersøkelsen (screeningen) ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre, fortsett med del II for å få en samlet vurdering av ernæringsstilstanden.

| Screening, del I | |
|--|--|
| A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge? 0 = betydelig redusert matinntak 1 = noe redusert matinntak 2 = ingen endring i matinntaket | <input type="checkbox"/> |
| B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap | <input type="checkbox"/> |
| C Mobilitet 0 = seneliggende / sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute 2 = går ute | <input type="checkbox"/> |
| D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene? 0 = ja 2 = nei | <input type="checkbox"/> |
| E Neuropsykologiske problemer 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser | <input type="checkbox"/> |
| F Body Mass Index (BMI) (vekt kg) / (høyde x høyde) 0 = BMI mindre enn 19 1 = BMI 19 til mindre enn 21 2 = BMI 21 til mindre enn 23 3 = BMI 23 eller større | <input type="checkbox"/> |
| Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II 11 poeng eller mindre: Mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II | |
| Screening, del II | |
| G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei | <input type="checkbox"/> |
| H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei | <input type="checkbox"/> |
| I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei | <input type="checkbox"/> |
| J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider | <input type="checkbox"/> |
| K Utvalgte markører for proteininntak <input type="checkbox"/> Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 0 = nei 1 = ja | <input type="checkbox"/> |
| M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag? 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter | <input type="checkbox"/> |
| O Eget syn på ernæringsmessig status 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært | <input type="checkbox"/> |
| P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q Overarmens omkrets (OO) i cm 0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| R Leggomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større | <input type="checkbox"/> |
| Screening, del II (maks. 16 poeng) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Screening, del I | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| MNA resultat | |
| 17 til 23.5 poeng | <input type="checkbox"/> i fare for underernæring |
| Mindre enn 17 poeng | <input type="checkbox"/> underernært |

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of MNA® - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Se mer info på: www.mna-elderly.com