



Høgskulen på Vestlandet

SYKH390 Bacheloroppgave

SYKH390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	108
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7857
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	11
Andre medlemmer i gruppen:	174

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Underernæring hos pasienter med
demens på sykehjem

Malnutrition among patients with
dementia in nursing homes

Kandidatnummer: 108 og 174

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Innleveringsdato: 10. mai 2024

Antall ord: 7857

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Underernæring hos pasienter med demens på sykehjem.

Bakgrunn for valg av tema: Pasienter med demens har økt risiko for å utvikle underernæring. Sykepleier velger å prioritere andre oppgaver fremfor ernæring, og kartlegging av ernæringsstatus av pasientene blir ikke utført like ofte som det burde. Vi mener derfor at temaet har manglende fokus og rutiner.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleiere bidra til å forhindre underernæring blant pasienter med demens på sykehjem?»

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleiere kan få mer kunnskap om behovene til pasienter med demens for å forhindre underernæring. I tillegg til hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan bidra til bedre ernæringsstatus hos denne pasientgruppen.

Metode: I denne oppgaven blir litteraturstudie brukt som metode. Vi har inkludert kvantitative og kvalitative forskningsartikler, en systematisk oversiktsartikkel, pensum, offentlige dokumenter og egne erfaringer for å svare på problemstillingen.

Resultater: Det er viktig å bruke skåringsverktøy for å kartlegge om pasienter er i risiko for underernæring eller underernært. Skåringsverktøy skal derimot ikke erstatte en individualisert ernæringsvurdering. Dette tilhører personsentrert omsorg som er en forutsetning for god ernæringspraksis. Det er viktig å kartlegge behovene til hver pasient. For å sikre god ernæringspraksis er det viktig å legge vekt på godt måltidsmiljø, da det kan forbedre appetitten til pasientene. Sansene til eldre svekkes med alderen, derfor trenger de mer konsentrert smak enn før.

Oppsummering: For å forhindre underernæring blant demente pasienter på sykehjem, kan sykepleierne anvende skåringsverktøy for å vurdere ernæringsstatusen, tilrettelegge for personsentrert ernæringspleie, vektlegge ulike miljøfaktorer under måltidet og forbedre måltidet.

Abstract

Title: Malnutrition among patients with dementia in nursing homes.

Background: Patients with dementia have an increased risk of developing malnutrition. Nurses choose to prioritize other tasks over nutrition, and grading the nutritional status of patients is not carried out as often as it should be. We therefore believe that the topic lacks focus and routines.

Issue: «How can nurses prevent malnutrition among patients with dementia in nursing homes?»

Aim: The purpose of the literature study is to shed light on how nurses can gain more knowledge about the needs of patients with dementia in order to prevent malnutrition. In addition to how we as future nurses can contribute to better nutritional status in this patient group.

Method: In this thesis, literature study is used as a method. We have included quantitative and qualitative research articles, a systematic overview article, syllabus, public documents and our own experiences to answer the issue.

Results: It is important to use scoring tools to map whether patients are at risk of malnutrition or malnourished. Scoring tools, on the other hand, should not replace an individualized nutritional assessment. This belongs to person-centered care, which is a prerequisite for good nutritional practice. It is important to assess the needs of each patient. To ensure good nutritional practice, it is important to emphasize a good meal environment, as it can improve the appetite of the patients. The senses of the elderly weaken with age, so they need more concentrated taste than before.

Summary: To prevent malnutrition among patients with dementia in nursing homes, the nurses can use scoring tools to assess the nutritional status, arrange for person-centered nutritional care, emphasize various environmental factors during the meal and improve the meal.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	6
1.1 Innledning.....	6
1.2 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2.1 Demens og underernæring.....	7
1.2.2 Mini Nutritional Assessment (MNA).....	8
1.3 Sykepleie perspektiv	8
1.4 Tidligere forskning	10
1.5 Teoretisk perspektiv	10
1.6 Problemstilling, avgrensning og hensikt	11
1.6.1 Problemstilling	11
1.6.2 Avgrensning	11
1.6.3 Hensikt	12
2. Metode	13
2.1 Hva er metode?.....	13
2.2 Litteraturstudie som metode	13
2.3 Søkeprosess	14
2.3.1 Utdrag fra søkeprosessen	15
2.3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	16
2.3.3 PICO-modellen	16
2.5 Metodekritikk	19
2.6 Kildekritikk	20
2.7 Etske vurdering	22
3. Analyse	23
3.1 Hva er analyse?	23
3.2 Analyseprosessen	23
4. Resultat	25
5. Diskusjon	27
5.1 Anvendelse av skåringsverktøy for å vurdere ernæringsstatus.....	27
5.2. Tilrettelegge for personsentrert ernæringspleie	29

5.3 Vektlegge ulike miljøfaktorer under måltidet	32
5.4 Forbedre måltidet	34
6. Oppsummering	37
6.1. Konklusjon.....	37
6.2 Implikasjoner for videre praksis	37
7. Referanseliste	39
Vedlegg	44
Vedlegg 1: Søkeprosessen	44
Vedlegg 2: Resultat av analyseprosessen.....	46
Vedlegg 3: Sjekkliste for kvalitative studier	50
Vedlegg 4: Sjekkliste kvantitative studie	58
Vedlegg 5: Sjekkliste av den systematiske oversiktsartikkel	60

1. Introduksjon

1.1 Innledning

Helsedirektoratet (2022b) anslo i 2020 at det var rundt 100 000 personer med demens i Norge. I 2040 anslår de at antallet vil bli dobbelt så høyt (Helsedirektoratet, 2022c). Over 80% av de som har langtidsplass på sykehjem har demenssykdom (Helsedirektoratet, 2022b). Rundt 70% av sykehjemsbeboere er underernærte eller i risiko for å bli underernært (Helsedirektoratet, 2019). Pasienter med demens er særlig utsatt for underernæring eller feilernæring grunnet redusert kognitiv funksjon og endringer i evnen til oppmerksomhet (Helsedirektoratet, 2022c; Finnbakk & Heyn, 2022, s.182).

Regjeringen utarbeidet Lev hele livet reformen (Meld. St. 15 (2017-2018), s.10). Reformen går ut på om man enten bor hjemme, på sykehus eller på sykehjem skal man få større matglede. Målet er å sikre god ernæring og redusere underernæring. God mat er grunnleggende for god helse. Eldre skal ha tilgang på næringsrik mat som ser, lukter og smaker godt. Det er viktig at maten er tilpasset den enkeltes behov (Meld. St. 15 (2017-2018), s.10). Pasientene skal ha valgfrihet når det kommer til hva de vil spise, hvor de vil spise og hvem de vil spise med. Hvis pasientene ikke klarer å si hva de vil spise, kan man spørre pårørende om hva pasientene har foretrukket før (Brodtkorb, 2021, s. 305-307).

Vanlige ernæringsutfordringer hos pasienter med demens er endringer i smak- og luktesans og reduserte spiseferdigheter. Dårlig ernæringsstatus kan føre til økt fallfare, nedsatt muskelstyrke og raskere tap av selvstendighet (Helsedirektoratet, 2022c). Derfor er det viktig å opprettholde god ernæringsstatus hos eldre (Brodtkorb, 2021, s. 302). Ifølge Helsedirektoratet (2022c) kan man tilrettelegge måltidsituasjonene. God kvalitet i ernæringsarbeid går ut på å tilpasse den enkeltes behov, noe som tilhører prinsippet personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2022c).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å belyse temaet underernæring hos pasienter med demens på sykehjem. Dette er et aktuelt tema, fordi vi ser et økende problem hos eldre med underernæring i dagens samfunn. Vi har erfaring fra dette gjennom praksis og vår arbeidsplass. Gjennom observasjoner har vi sett at ernæring ikke blir tilstrekkelig vektlagt i institusjoner. Sykepleiere velger å prioritere andre oppgaver fremfor ernæring, og kartlegging av ernæringsstatus blir ikke utført slik det burde. Vi mener derfor at temaet har manglende fokus og rutiner.

1.2.1 Demens og underernæring

Vi vet at sammenhengen mellom demens og vekttap er sammensatt. Årsakene kan være mange. En av årsakene beskrevet av Wyller (2020, s. 77), er at pasienter med demens kan glemme å få i seg nok mat grunnet kognitiv svikt. Det kan bidra til utfordringer med å ivareta god ernæring (Vital ernæring, u.å. a.). Andre årsaker kan være grunnet svekket smak- og luktesans og økt hjelpebehov (Aagaard, 2021, s. 268). I tillegg kan det bli vanskelig å gjenkjenne spiseredskaper og vite hva de brukes til (Brodtkorb, 2021, s. 309), mens andre kan ha problemer med å bruke spiseredskapene grunnet dårlig finmotorikk (Skovdahl, 2021, s. 435). Ifølge Brodtkorb (2021, s. 309) er pasienter med demens en gruppe som ofte trenger spisehjelp. Derfor er det viktig at ernæringsintervensjoner settes inn før ernæringssvikten er kommet for langt (Wyller, 2020, s. 163).

Ved økende alder går appetitten ned, metthetsfølelsen kommer raskere og tørste- og sultfølelsen reduseres (Vital ernæring, u.å. b). Demens er assosiert med vekttap, og er noen ganger mindre påaktet (Wyller, 2020, s. 77). Selv om det er mye informasjon og kunnskap om betydningen av god ernæring blant eldre, ser man et stort gap mellom hva myndighetene anbefaler i forhold til det som blir utøvet i helse- og omsorgstjenesten. Det kan føre til bekymring for om lovpålagte tilbud mangler, og om de faglige retningslinjene blir fulgt (Helsedirektoratet, 2019).

1.2.2 Mini Nutritional Assessment (MNA)

Ernæringsstatus er et resultat av tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer (Brodtkorb, 2021, s. 304). Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer (2022a) skal alle pasienter over 18 år, som er innlagt i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, vurderes for ernæringsmessig risiko. Ved å kartlegge ernæringsstatus får man bekreftet eller avkreftet om pasienten har utviklet eller er i risiko for å utvikle underernæring (Brodtkorb, 2021, s. 304). Til kartleggingen er MNA et skjema som er enkelt å bruke, og som er mye brukt til eldre mennesker over 65 år (Birkeland & Flovik, 2020, s. 140; Helsebiblioteket, 2014). I de Nasjonale faglige retningslinjene for demens, står det spesifisert at pasienter som er innlagt på institusjon skal følges opp med vektkontroll hver måned, men ved risiko for underernæring bør vekten kontrolleres hver uke (Helsedirektoratet, 2022c). MNA-skjemaet består av 18 spørsmål som handler om antropometriske målinger (kroppsmasseindeks, legg- og armomkrets), matinntak, appetitt, generell helse, selvrappert helseoppfatning, tilstedeværelse av akutt sykdom, psykisk stress og demenssykdom, evne til mobilitet og fysisk funksjon (Birkeland & Flovik, 2020, s. 140). Skåren går fra 0 til 30 poeng, der 17 poeng eller lavere indikerer underernæring, fra 17 til 23,5 poeng indikerer risiko for underernæring, og 24 poeng eller mer indikerer normal ernæringsstatus (Birkeland & Flovik, 2020, s. 140).

1.3 Sykepleie perspektiv

Sykepleiere bør kartlegge ernæringsstatusen for å vurdere om behovet for væske og ernæring er tilfredsstillt eller ikke. Da er det viktig at sykepleierne hører på pasientens egne opplysninger og vurdering av egen ernærings situasjon (Aagaard, 2021, s. 270). Det kan være litt mer utfordrende å gjøre dette hos pasienter med langtkommen demens, fordi mange av dem har redusert innsikt i egen helse (Nasjonalforening for folkehelsen, 2023). Hensikten med kartlegging av ernæringsstatusen er å identifisere ernæringsmessig risiko så tidlig som mulig. Det gjør at man fortere kan begynne med riktig ernæringsmessig behandling, og dermed forebygge underernæring (Aagaard, 2021, s. 273).

En viktig del av sykepleieroppgavene er å hjelpe eller tilrettelegge for at pasienter får dekket sitt behov for væske og næringsstoffer, og slik har det alltid vært og slik vil det alltid være (Aagaard, 2021, s. 257). Sykepleiernes oppgave er å sørge for at pasienter får i seg nok mat og drikke i forhold til pasientens ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2017). Det kan være vanskelig å oppnå hvis det er manglende kompetanse, tid eller oppfølging av hver enkelt pasients mat- og ernæringsbehov, samt ønsker, dårlige holdninger og lite motivasjon blant sykepleierne. Det kan føre til at ernæringsoppfølgingen blir nedprioritert (Regjeringen, 2021).

Sykepleiere har flere lovverk å forholde seg til, i tillegg til de yrkesetiske retningslinjene fra Norsk Sykepleierforbund. Ifølge helsepersonelloven §4 (1999) skal sykepleiere utføre sitt arbeid i samsvar til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette kommer også frem i de yrkesetiske retningslinjene, både under punkt 1 og punkt 2 (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). For at sykepleiere skal overholde de yrkesetiske retningslinjene er det viktig å vite hvordan man skal ivareta pasienters ernæringsbehov. Det krever at sykepleierne har kunnskap om pasientenes ulike ernæringsbehov, konsekvenser av feil- og underernæring og administrering av ernæringsbehandling (Stubberud, 2022, s. 2).

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1a) har pasienter rett på nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Kommunens oppgave er å vurdere risiko for under- og feilernæring hos mottakere av helse- og omsorgstjenester. I tillegg skal de forebygge og følge opp disse pasientene (Helsedirektoratet, 2022c). Ifølge kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (2003, §3) skal kommunen sikre at pasienter får tilfredsstillt sine grunnleggende behov, som for eksempel tilstrekkelig næring, hjelp ved måltider, nok tid og ro til å spise, variert og helsefremmende kosthold.

1.4 Tidligere forskning

Vi har funnet to tidligere studier som omhandler underernæring blant pasienter med demens på sykehjem. Studiene møter ikke våre inklusjonskriterier fordi de er over 10 år, og dermed ikke inkludert i våre forskningsfunn. Ifølge Bonetti et al. (2012) er underernæring et stort problem på sykehjem. Underernæring var av sekundær betydning sammenlignet med andre aspekter ved omsorgen på sykehjemmene, som var inkludert i studien. Studien fremhever at sykepleierne spiller en viktig rolle i forebyggingen av underernæring. Det ble avdekket manglende kompetanse og rutiner for å vurdere ernæringsstatusen til pasientene. Ifølge sykepleierne som deltok i studien, var det dermed viktig at de visste hvordan de skulle håndtere underernæring (Bonetti et al., 2012).

I forskningen til Chang og Roberts (2011) kom det frem at underernæring er et vanlig problem hos sykehjemsbeboere i Taiwan, men at det ofte kan være ukjent. Pasienter med demens og kognitiv svikt har høyere risiko for underernæring grunnet problemer med å spise. Dårlig tid til å spise var en faktor som førte til dårligere ernæring. Selve måltidsituasjonen kan bli vanskelig hvis det ikke er et bra måltidsmiljø, og hvis de har vanskeligheter med å bruke spiseredskaper og å få maten opp til munnen (Chang & Roberts, 2011).

1.5 Teoretisk perspektiv

For å belyse oppgaven ved hjelp av sykepleieteori, har vi valgt Virginia Henderson sin behovsteori, som handler om menneskets grunnleggende behov (Kristoffersen, 2021, s. 234). Vi har valgt Hendersons teori fordi den understreker at det er sykepleiernes ansvar å ivareta pasientens grunnleggende behov, og er dermed svært aktuell i vår oppgave om underernæring.

Henderson sin definisjon på sykepleierens særegne funksjon:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse, noe han ville ha

gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (Henderson, 1960/1997, s. 9).

Spise og drikke tilstrekkelig anses som et av menneskers grunnleggende behov ifølge sykepleieteoretikeren Henderson. Personer med demens er i risiko for underernæring. De har redusert evne til å ta selvstendige beslutninger og har mangelfull ivaretagelse av grunnleggende behov, og har dermed behov for sykepleie (Henderson, 1960/1997, referert i Kristoffersen, 2021, s. 236). Ifølge Henderson er det sykepleierne sin oppgave å legge til rette for at pasientene skal ha muligheten til å spise selvstendig så lenge som mulig, eller å gjenvinne sin selvstendighet i ivaretagelse av de grunnleggende behovene (Henderson 1960/1997, s. 32; Kristoffersen, 2021, s. 237). Hos pasienter der selvstendighet ikke er et realistisk mål, må sykepleiere hjelpe å dekke de grunnleggende behovene (Henderson, 1961, referert i Kristoffersen, 2021, s. 237).

1.6 Problemstilling, avgrensning og hensikt

1.6.1 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere bidra til å forhindre underernæring blant pasienter med demens på sykehjem?»

1.6.2 Avgrensning

Oppgaven skal ta for seg pasienter med langtkommen demens over 65 år, som bor på sykehjem. Vi inkluderer både pasienter som er undernært og pasienter som er i risiko for underernæring. Vi skal ha fokus på sykepleierens oppgave i kartlegging og tiltak, slik som tilrettelegging av miljøet og måltidet. For å kartlegge pasienter som er i risiko for underernæring skal vi bruke skåringsverktøyet MNA, da dette verktøyet blir mye brukt til eldre personer over 65 år (Birkeland & Flovik, 2020, s. 140). Vi utelukker andre sykdommer som kan ha påvirkning på ernæring hos eldre, og ekskluderer pasienter som har behov for parenteral- og enteralernæring. Vi har også valgt å ikke inkludere en enkelt type demens, men heller å skrive om demens generelt.

1.6.3 Hensikt

Hensikten er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å forhindre underernæring blant pasienter med demens på sykehjem. Målet er at sykepleiere kan få mer kunnskap om behovene til pasienter med demens for å forhindre underernæring. I tillegg til hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan bidra til å forbedre ernæringsstatusen hos denne pasientgruppen.

2. Metode

2.1 Hva er metode?

Ifølge Dalland (2021, s. 54) er metode et redskap som blir brukt når vi skal undersøke noe. Det hjelper oss å samle inn data, som er den informasjonen vi trenger for å svare på problemstillingen (Dalland, 2021, s. 54). Metode sier noe om hvordan man bør gå til verks for å finne eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2021, s. 53).

Det fins både kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, som for eksempel tall som er eksakt faktakunnskap (Dalland, 2021, s. 54; Thidemann, 2015, s. 77). Kvantitative datainnsamlingsmetoder er hensiktsmessig når man ønsker objektive data. Kjennetegnet med denne metoden er breddekunnskap. Det vil si at man får opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78). De kvalitative metodene fanger opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2021, s. 54). Thidemann (2015, s. 78) mener at hensikten med kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskers egenskaper som for eksempel meninger, erfaringer, tanker og holdninger. Kjennetegnet ved denne metoden er dybdekunnskap, det vil si at man samler inn data ved hjelp av intervju, observasjon og feltarbeid (Thidemann, 2015, s. 78).

2.2 Litteraturstudie som metode

Det er viktig at det blir reflektert rundt valg av metode (Dalland, 2021, s. 56). I forhold til vår problemstilling har vi valgt litteraturstudie som den mest hensiktsmessige metoden. Thidemann (2015, s. 79) beskriver en litteraturstudie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Kilder vi har brukt for å belyse vår oppgave er forskning, pensum, lovverk, offentlige dokumenter og andre relevante kilder. Å systematisk samle inn litteratur handler om å kritisk vurdere dem (Thidemann, 2015, s. 79).

Thidemann (2015, s. 80) beskriver seks trinn i en litteraturstudie. Først skal vi formulere en presis og avgrenset problemstilling. Deretter skal vi forberede litteratursøket. Det vil si at vi skal nevne inklusjons- og eksklusjonskriterier, gjøre oss kjent med databasene, se hvilke som kan være relevant og utvikle en søkestrategi. Deretter skal vi gjennomføre litteratursøk. Det vil si at vi skal samle artikler og lage tabell over søkehistorikk. Det er viktig at vi vurderer kvaliteten på artiklene vi skal bruke. Helt til slutt skal vi analysere og tolke resultatene fra artiklene og sammenfatte resultatene (Thidemann, 2015, s. 80). Vi har fulgt de seks trinnene, som blir mer utdypet under 2.3.

2.3 Søkeprosess

Før det systematiske litteratursøket gjorde vi innledende søk på emneordet «underernæring og demens» og «undernutrition and dementia» på Helsedirektoratet, ORIA, Google Scholar, Folkehelseinstituttet og Sykepleien.no. Funnene viser at det er mye forskning på temaet. Ved å gjøre et innledende søk, fikk vi orientert oss om hva som eksisterer av fag- og forskningslitteratur (Thidemann, 2015, s. 60). I tillegg til å bruke fag- og forskningslitteratur for å bli kjent med temaet, ble det brukt pensumlitteratur som Geriatrisk sykepleie (2021), Grunnleggende sykepleie 1 og 2 (2021) og Klinisk sykepleie 2 (2022).

Først utarbeidet vi en relevant problemstilling ved bruk av PICO (tabell 3). Den ble benyttet for å konkretisere informasjonsbehovet vårt, og operasjonalisere problemstillingen slik at den ble mest mulig presis (Thidemann, 2019, s. 82). Deretter begynte vi med det systematiske litteratursøket. Litteratursøkene ble utført ved bruk av søkeordene som er lagt ved i tabell 1. Som det kommer frem av i tabell 1, har vi kombinert søkeordene med en av de boolske operatorene "AND" for å få ønskede sammensetninger av ordene (Thidemann, 2019, s. 87). Vi prøvde å bruke ordet "OR", men da fant vi ikke artikler vi likte så godt. For å finne relevant forskning til vår oppgave gjorde vi søk i databaser som Cinahl og PubMed som er funnet via HVL-biblioteket. PubMed og Cinahl er databaser som inneholder referanser til litteratur og tidsskrifter innen sykepleie (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). For å komme frem til

relevant forskning leste vi flere abstrakter til artikkeltreffene vi fikk ved bruk av ulike søkeord (se tabell 1). Deretter leste vi artikler vi syns var relevante, og som inneholdt våre inklusjonskriterier. Forskningsartiklene vi har valgt blir presentert i tabell 4.

2.3.1 Utdrag fra søkeprosessen

Mer detaljert tabell for søkeprosessen ligger som vedlegg 1.

Tabell 1: søkematrise

Dato	Database	Søkeord	Treff	Inkludert
9. oktober 2023	Cinahl	Nutrition som tittel, kombinerte ordene AND (Dementia) AND (Nursing homes)	1	1
1. desember 2023	PubMed	(Dementia) AND (nutrition intervention) AND (nursing homes)	16	1
1. desember 2023	Cinahl	(MNA or mini nutritional assessment tools) AND (malnutrition) AND (dementia) AND (nursing home residents)	501	1
5. desember 2023	PubMed	(Dementia) AND (interventions) AND (eating assistance) AND (mealtime difficulties) AND (nursing home)	5	1
5. desember 2023	PubMed	(MNA) AND (Dementia) AND (nursing home residents) AND (malnutrition)	13	1

2.3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Tabellen viser våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, for å presisere søkene våre og avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2015, s. 84).

Tabell 2: Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler fra 2014-2024	Artikler eldre enn 2014
Alder på 65 år+	Personer under 65 år
IMRaD struktur	Ikke følger IMRaD struktur
Artikler skrevet på norsk, engelsk, svensk og dansk	Artikler som er skrevet på andre språk enn norsk, engelsk, svensk og dansk
Demente på sykehjem	Demente i hjemmet og sykehus
Sykepleiernes holdninger	Pårørendes holdninger
Etisk godkjent	Ikke etisk godkjent
Sykepleiers relevans	Andre yrkesgrupper
Ernæring peroralt	Parenteral- og enteralernæring
Fagfellevurdert	Fagartikler

2.3.3 PICo-modellen

Ifølge Helsebiblioteket (2021) er PICo et verktøy som kan hjelpe å gjøre problemstillingen tydelig og presis. PICO er godt egnet for spørsmål med kvantitativ forskning, mens PICo er mer egnet til spørsmål som besvares med kvalitativ metode. Vi har funnet forskning som omhandler begge metodene, men vi har valgt å bruke PICo med liten o fordi PICO-modellen med stor o, passer bedre å bruke hvis man ønsker å sammenligne flere tiltak (Helsebiblioteket, 2021). I oppgaven vår kommer vi til å skrive om flere tiltak, men vi kommer ikke til å sammenligne dem og konkludere med hva som er best.

Tabell 3: PICO-modellen

P	I	Co
Population/problem	(Phenomenon of) Interest	Context
Pasienter over 65 år med demens	Underernæring	Forhindre underernæring på sykehjem

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

Tabell 4: kort presentasjon av forskningen

Forfatter/år/land	Metode/informanter	Relevans for problemstillingen/hensikt	Resultat
Tangvik et al., (2021) Norge	Systematisk oversiktsartikkel Ti artikler ble inkludert 407 personer med demens hvor 228 av dem bruker kosttilskudd Alder: 65+	Studien undersøkte om kosttilskudd bedrer ernæringsinntaket og ernæringsstatusen hos personer med demens.	Resultatet i denne systematiske oversikten viser at kosttilskudd, som næringsdrikk forbedret det daglige inntaket av energi og protein. Flere personer med demens oppfylte da det anbefalte næringsinntaket.
Murphy et al., (2017) England	Kvalitativ studie Involverer demente og ansatte	Studien undersøker betydningen av personsentrert pleie, når det kommer til å få tilfredsstilt ernæringsbehovet. I tillegg til å se på	For å få til en god ernæringsomsorg ble det utviklet en modell. Der kom det frem at det er viktig å prioritere personsentrert

	<p>50 deltakere, hvor noen var familiepleiere, logopeder, kostholdseksperter og 30 helsepersonell</p> <p>Alder: 65+</p>	<p>betydningen av miljøet.</p>	<p>ernæringspleie. Det innebærer det psykososiale, kulturelle og generasjonsfaktorer.</p>
<p>Palese et al., (2018) Italia</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>13 sykehjem og 54 helsepersonell deltok</p> <p>Alder: 65+</p>	<p>Målet med studien var å fremheve intervensjoner som har som mål å opprettholde personer med demens sin selvstendighet når det kommer til det å spise.</p>	<p>For å kunne fremme og opprettholde det å kunne spise selv så lenge som mulig, er det viktig å tenke på miljøet, det sosiale og det enkelte individet.</p>
<p>Donini et al., (2016) Italia</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>246 pasienter på sykehjem</p> <p>Alder: 65+</p>	<p>Målet med studien er å sammenligne ulike skåringsverktøy opp mot MNA.</p>	<p>Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) og Nutritional Risk Screening (NRS-2002) hadde mer enn 40% av pasientene feilklassifisert. MNA har høyest spesifisitet og sensitivitet, og er</p>

			den mest brukte og effektive skåringsverktøyet for ernæring hos eldre pasienter.
Park et al., (2018) Korea	Kvantitativ studie 3472 pasienter med demens fordelt på 248 ulike sykehjem Alder: 65+	Studien analyserer en undersøkelse gjort om ernæringsstatusen hos pasienter med demens på langtidssykehjem.	Det kommer frem at eldre pasienter med demens som bor på sykehjem er i stor risiko for å utvikle underernæring. De understreker viktigheten av at skåringsverktøy blir brukt for å avdekke pasienter som er i risiko for underernæring. Sykehjem trenger å øke fokuset sitt mot pasientene sitt individualiserte ernæringsbehov.

2.5 Metodekritikk

Metodekritikk handler om å vurdere hvordan metoden har fungert, sett opp mot mulige alternative metoder (Dalland, 2017, s. 225). Vi har valgt å bruke kvantitative og kvalitative artikler i vår litteraturstudie, i tillegg til en systematisk oversiktsartikkel. Søkene i databasen ga like relevante treff på artikler med kvantitativ metode og

kvalitativ metode. Metodene bidrar på hver sin måte å belyse problemstillingen til oppgaven (Dalland, 2021, s. 54). Ifølge Dalland (2021, s. 54) gir de kvantitative artiklene data i form av målbare enheter, som for eksempel ernæringsstatusen hos pasienter med demens ved bruk av MNA-skår. Gjennom kvalitative artikler får vi inkludert sykepleiernes holdninger til personsentret ernæringsomsorg, og hvordan sykepleierne opplever pasientene under måltidene. Sykepleiernes holdninger er et punkt under våre inklusjonskriterier og er også en del av årsaken til at vi har valgt å inkludere kvalitative artikler.

Vi brukte ikke samme sammensetninger av søkeordene i alle databasene. Ved å bruke ulike sammensetninger av søkeordene, fikk vi flere relevante artikkeltreff. Når vi velger å avgrense litteratursøket vårt er dette et hjelpemiddel for å tydeliggjøre det vi trenger, og begrense mengden artikkeltreff (Thidemann, 2015, s. 84). Avgrensing av søkemethoden kan derimot være med på å utelukke relevant litteratur som vi kunne tatt i bruk. I ett av våre søk fikk vi 501 artikkeltreff, søkeordene inkluderte skåringsverktøy. Vi forsøkte å begrense antall treff ved å legge til flere søkeord og ulike sammensetninger, uten hell. Vi fant derimot en relevant artikkel som vi har valgt å inkludere i oppgaven av de 501 treffene. På bakgrunn av vår tidsbegrensning for oppgaven, var det ikke aktuelt å gjennomgå alle artikkeltreffene. Det utelukkes dermed ikke at det var annen forskning som kunne blitt anvendt.

Forskningsartiklene som ble valgt inneholder ikke alle inklusjonskriteriene. Det har blitt forsøkt å kun inkludere artikler som omhandler eldre pasienter med demens. Dette er derimot en utfordring, fordi MNA ikke var et tema blant forskning på pasienter med demens. Vi har valgt å inkludere MNA fordi det er et skåringsverktøy som er validert og relevant for norske sykehjem (Helsebiblioteket, 2019).

2.6 Kildekritikk

I Dalland (2021, s. 140) blir kilde beskrevet som et opphav til kunnskap. Når man har funnet en kilde må den vurderes når det kommer til kvalitet, og om den er relevant for

arbeidet (Dalland, 2021, s. 140). For å gjøre det er det viktig å være kildekritisk. Ifølge Dalland (2021, s. 143) er det to sider ved kildekritikk. Den ene handler om å finne frem til litteraturen som belyser problemstillingen best. Dette kalles for kildesøking eller litteratursøking. Den andre siden handler om å gjøre rede for litteraturen som er brukt i oppgaven (Dalland, 2021, s. 143).

For å finne relevant forskning til problemstilling har vi gått ut ifra inklusjonskriteriene vi har valgt (tabell 2). Som nevnt i inklusjonskriteriene har vi lagt vekt på at forskningsartiklene skal følge IMRaD-strukturen. Den er mye brukt i oppbygningen av forskningsartikler (Dalland, 2021, s. 157). Artiklene skal inneholde introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Søk og Skriv, 2023). Som nevnt tidligere, har vi valgt å ikke bruke forskning eldre enn 10 år. Det er for å sikre at forskningen vi har funnet er oppdatert. For å kvalitetssikre forskningsartiklene, har vi brukt sjekklister som ligger på Helsebiblioteket (2016) (se vedlegg 3, 4 og 5).

Forskningen vi har funnet er skrevet på engelsk, siden dette ikke er vårt morsmål, kan vi ha oversatt og tolket noe feil. Dette kan være en svakhet i valg av artikler. I tillegg er fire av de fem forskningsartiklene skrevet av forfattere som ikke har engelsk som morsmål. Dette kan skape problemer, hvis de har skrevet eller formulert seg feil. «ICN Sykepleierens grunnprinsipper» er en bok som er utarbeidet av Virginia Henderson som har blitt oversatt fra engelsk til norsk. I denne boken kan det ha oppstått feiltolkninger. I tillegg er boka mer enn 10 år, men vi ser på den som like relevant i dag, fordi Hendersons teori ikke endrer seg.

Fire av forskningsartiklene vi har valgt er primærstudier og en er sekundærstudie. Primærstudier er forskningsartikler som presenterer forskningen for første gang. Artikkelen skal inneholde teori, metodevalg, hva som er materialet, funn og resultater (Dalland, 2021, s. 156). Ifølge Dalland (2021, s. 157) er sekundærstudier der man oppsummerer og setter sammen resultater fra de relevante studiene innenfor et avgrenset område. Ulempen med sekundærstudie er at forfatterne kan bli for

personlige, selv om disse studiene skal være nærmest objektive (Dalland, 2021, s. 157). Flere av pensumbøkene vi har brukt er sekundærkilde, og noen er primærkilde som Dalland og Thidemann sine bøker. Primærkilder er den opprinnelige utgaven av en tekst, mens en sekundærkilde kan være en omtale eller oversatt utgave av primærkilden (Dalland, 2021, s. 156). Boka fra Henderson er en oversatt primærkilde, mens de andre bøkene vi har brukt er en sekundærkilde.

2.7 Etiske vurdering

Ifølge Dalland (2021, s. 168) handler forskningsetikk om å ivareta personvernet til deltakerne i forskningen. Det innebærer å sikre at deltakerne ikke blir påført unødvendige belastninger eller skader (Dalland, 2021, s. 168). For mange er det å være anonym, en forutsetning for å delta i en undersøkelse. Når opplysninger som er oppgitt ikke kan identifisere enkeltpersoner i forskningsarbeidet, verken direkte eller indirekte, er opplysningene anonymiserte (Dalland, 2021, s. 172).

Etiske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger er en forutsetning for et godt samarbeid med de menneskene som bidrar med sine erfaringer og opplevelser. Du må derfor vite hva forskningsetikk innebærer når du skriver oppgave eller deltar i et prosjekt, både som student og som yrkesutøver (Dalland, 2021, s. 169).

Alle fem studiene vi har brukt har blitt etisk godkjent av en komité (se vedlegg 2).

3. Analyse

I dette kapitlet presenterer vi analyseprosessen vår og hvordan vi har kommet frem til de ulike hovedtemaene vi skal diskutere.

3.1 Hva er analyse?

Ifølge Thidemann (2015, s. 91) handler analyse om å undersøke hva teksten forteller, og deretter tolke teksten for å prøve å forstå den. Da er det viktig å lese kritisk og reflektert (Thidemann, 2019, s. 92).

3.2 Analyseprosessen

For å analysere forskningen, har vi fulgt fem av trinnene til Braun og Clarke (2006, s. 87). Trinn en går ut på å sette seg inn i artiklene vi har funnet. Det gjorde vi ved å lese forskningen flere ganger, spesielt resultatet og notere underveis. En av grunnene til at begge leste gjennom artiklene flere ganger, var i tilfelle en av oss hadde oversett noe viktig. Trinn to går ut på å samle relevant data for hver kode for det enkelte forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006, s. 87; Thidemann, 2019, s. 93). Vi markerte med tusj det som var relevant for vår problemstilling (Thidemann, 2019, s. 93). Det som handlet om samme tema, markerte vi i samme farge, for å få en bedre oversikt. Neste steg i Braun og Clarke (2006, s. 87) sin analysemetode er å finne foreløpige tema for hver artikkel. Vi utarbeidet ulike tema som artiklene handlet om, som var relevant for vår problemstilling. Deretter gjennomførte vi trinn fire som er en gjennomgang av temaene vi utarbeidet i trinn tre. Her måtte vi fjerne noen av temaene, fordi det ikke var nok data, mens andre tema slo vi sammen (Braun & Clarke, 2006, s. 91). I trinn fem klarte vi å komme frem til fire hovedtema, som vi vil diskutere videre (se tabell 6).

Tabell 5 viser hvilken forskning som tar for seg de ulike temaene, som er med på å svare på vår problemstilling, ut ifra et sykepleieperspektiv. Se vedlegg 2 for hele analyseprosessen.

Tabell 5: utdrag fra analyseprosessen

Artikkel (Artikkel nr.)	Skåringsverktøy	Personsentret ernæringspleie	Måltidsmiljø	Måltidet
Tangvik et al., (2021) Artikkel nr. 1				X
Murphy et al., (2017) Artikkel nr. 2		X	X	X
Palese et al., (2018) Artikkel nr. 3		X	X	
Donini et al., (2016) Artikkel nr. 4	X			
Park et al., (2018) Artikkel nr. 5	X	X		

4. Resultat

I dette kapittelet vil vi presentere resultatene etter at vi har utført en analyse av de fem forskningsartiklene.

Tabell 6: sammenligner resultater fra forskningen

Tema	Resultat
Anvendelse av skåringsverktøy for å vurdere ernæringsstatus	<p>Artikkel 4 og 5 fastslår at MNA er et validert og pålitelig skåringsverktøy for eldre personer. Artikkel 5 har brukt skåringsverktøyet MNA for å vurdere ernæringsstatusen hos deltakerne i studien.</p> <p>Artikkel 4 bruker MNA som et referanseverktøy for å sammenligne andre skåringsverktøyene. MUST og NRS-2002 viste lav sensitivitet og negativ prediktiv verdi. Dette resulterte at flere fikk falsk negativ, altså deltakere som var i risiko for underernæring ble vurdert som normal ernæringsstatus gjennom NRS-2002 og MUST.</p>
Tilrettelegge for personsentrert ernæringspleie	<p>Både forskning 2, 3 og 5 sier noe om hvor viktig det er med personsentrert ernæringspleie, som for eksempel å vurdere om pasientene trenger spisehjelp. Det fins ulike måter å gi spise hjelp på. Det kan ifølge alle artiklene være å for eksempel spise med de ansatte eller å sitte over en annen pasient som har gode spiseferdigheter, fordi da kan pasienten bruke de ansatte eller en annen pasient til speiling. Det alle artiklene er enige i, er at det er viktig å fremme selvstendigheten til pasientene så lenge som mulig. Ifølge artikkel 2 og 3 kan det være lettere for pasienten å spise fingermat, fremfor å bruke bestikk, eller å tilby de enklere redskaper. Det er en måte å bevare selvstendigheten til pasientene på. I artikkel 3 og 5 kommer det frem at flere kan ha tygge- og svelgevansker. Å tilby</p>

	<p>disse pasientene tilrettelagt mat, som for eksempel most mat, er en måte man fremmer selvstendigheten til pasientene, i tillegg til at man legger til rette på individnivå.</p>
<p>Vektlegge ulike miljøfaktorer under måltidet</p>	<p>Artikkel 2 og 3 omhandler viktigheten av et godt måltidsmiljø. Det er viktig at det er ro og bruk av innestemme under måltidet. En av faktorene som kan bidra til et bedre måltidsmiljø er ifølge artikkel 2 behagelig musikk, mens artikkel 3 mener at musikk bør unngås for å skape et rolig miljø. Det kommer også frem i de samme artiklene at der de spiser, skal se fint ut, og at det helst skal se ut som en spisestue.</p> <p>I artikkel 3, kommer det frem at det sosiale er viktig for å fremme og opprettholde det å kunne spise selv. For å klare dette er det viktig at sykepleierne observerer forholdet mellom beboerne, og setter de som kommer overens ved siden av hverandre.</p>
<p>Forbedre måltidet</p>	<p>Artikkel 1 og 2 fremhever at oralt kosttilskudd er en effektiv måte å forsterke næringsinntaket hos pasientene. Ifølge artikkel 1 økte inntaket av protein og energi ved bruk av oralt kosttilskudd og ernæringsstatusen til pasientene ble betydelig bedre.</p> <p>Deltakerne i artikkel 2 observerte at smakssansene til pasientene endret seg etter hvert som graden av demens ble mer alvorlig. Pasientene prefererte mat som hadde mer smak, slik som søt, sterk, sterk og sur mat. De legger også vekt på at det er viktig å stimulere sansene med fargerik mat, gode lukter og anrette maten på en god måte. Dette er med på å øke appetitten hos pasientene.</p>

5. Diskusjon

I dette kapitlet skal vi diskutere resultatene fra forskning i henhold til teori, tidligere forskning og egne refleksjoner. Temaene som presenteres er: anvendelse av skåringsverktøy for å vurdere ernæringsstatus, tilrettelegge for personsentrert ernæringspleie, vektlegge ulike miljøfaktorer under måltidet og forbedre måltidet.

5.1 Anvendelse av skåringsverktøy for å vurdere ernæringsstatus

MNA blir presentert som et validert og pålitelig kartleggingsverktøy i forskningsartiklene (Donini et al., 2016; Park et al., 2018). Det er flere verktøy man kan anvende for å kartlegge ernæringsstatusen hos en pasient. MNA er derimot et skjema som er lett å bruke, og som egner seg til eldre mennesker fra 65 år og oppover (Birkeland & Flovik, 2020, s. 140). Det kommer frem i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1a) at pasienter og brukere har rett på nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Ifølge Helsedirektoratet (2022c) har kommunen i oppgave å vurdere risiko for under- og feilernæring hos mottakere av helse- og omsorgstjenester. I tillegg skal de forebygge og følge opp disse pasientene. Hensikten med dette er å identifisere pasienter så tidlig som mulig for å forhindre at de blir underernært (Aagaard, 2021, s. 273).

Donini et al. (2016) fremhever at sykepleiere vektlegger tiden det tar å gjennomføre kartleggingen når de skal velge skåringsverktøy. Administrasjonstiden for de ulike testene varierte fra 2-20 minutter (Donini et al., 2016). Den største ulempen med MNA er at den tar lengst tid å gjennomføre. Den inneholder 18 spørsmål til sammenligning med de andre skåringsverktøyene som er kortere. Den er mest prediktiv ifølge forskning, men Donini et al. (2016) sammenligner også MNA med skjemaet Mini Nutritional Assessment Scale-Short Form (MNA-SF). Den inneholder samme type spørsmål som MNA, men er utformet på seks spørsmål, i stedet for 18 spørsmål. MNA-SF viste også god prediktiv verdi og høy sensitivitet sammenlignet med MNA, i motsetning til de andre skåringsverktøyene. Forekomsten av falsk negativ var betydelig lavere på kun 2,8%, sammenlignet med MUST og NRS-2002

som var på 41,1% og 39% (Donini et al., 2016). MNA-SF er dermed et godt andrevalg dersom man ønsker en pålitelig skår som er mer effektiv og tar kortere tid.

I Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, anbefaler Helsedirektoratet (2022a) skåringsverktøyet Malnutrition Screening Tool (MST). Den inneholder to spørsmål, og man kan derfor stille seg spørrende til hvor god den er for å avdekke underernæring på sykehjem. Gjennom MNA kan man systematisk kartlegge årsaksforhold til underernæring (Brodtkorb, 2021, s. 305). Den egner seg derfor til bruk på sykehjem. De fleste spørsmålene i MNA-skjemaet er utformet slik at sykepleiere og annet helsepersonell skal kunne besvare spørsmålene på bakgrunn av observasjoner og kjennskap til pasienten. Pasienter med demens kan oppleve å ikke finne ord de leter etter, ha redusert forståelse for språk, lite ordforråd og dårlig taleflyt (Helsenorge, 2022). Det er dermed svært viktig at sykepleierne har tilgang til et kartleggingsverktøy som tillater dem å identifisere underernæring, også hos pasienter som har redusert evne til å uttrykke seg selv gjennom språk. Det er derimot ikke valg av skåringsverktøy som avgjør om pasientens ernæringsstatus blir fulgt opp, men at det utarbeides gode rutiner for hvordan ernæringen hos den enkelte pasient skal følges opp (Evju & Lindgren, 2017). Dette støttes i Park et al. (2018) som understreker viktigheten av at skåringsverktøy blir brukt for å avdekke pasienter som er i risiko for underernæring, men at det ikke kan erstatte individualisert ernæringsvurdering. De fremhever i forskningen at sykehjem trenger økt fokus mot pasienters individualiserte ernæringsbehov (Park et al., 2018).

I følge Bonetti et al. (2012) kommer det frem at underernæring fremdeles er et problem på sykehjem og at sykepleierne ikke var flinke nok til å vurdere ernæringsstatusen hos pasientene. For å forbedre problemet er det viktig at sykepleiere vet hvordan de skal håndtere underernæring. Sykepleierne spiller en viktig rolle i forebygging av underernæring og Henderson legger vekt på sykepleieren sin overordnende ansvar i pasientens ernæringsbehov (Henderson, 1997, s. 30). I

Bonetti et al. (2012) bekreftet sykepleierne at underernæring er et stort problem, men erkjente også at det ofte ble sett på som en sekundær betydning. Dette bekrefter det vi har opplevd i praksis når det gjelder underernæring. Vi har møtt pasienter som ikke spiser eller drikker tilstrekkelig, har MNA skår som tilsvarer underernært, men ingen tiltak blir iverksatt. Hos pasienter som er i risiko for underernæring skal vekten kontrolleres hver uke (Helsedirektoratet, 2022c). Vi har observert at dette ikke blir gjort mange steder i praksis. Selv om all informasjon støtter at god ernæring er essensielt, ser man fremdeles store forskjeller mellom det myndighetene anbefaler i forhold til det som blir utøvet i praksis. Dette kan føre til bekymring for om lovpålagte tilbud mangler, og om de faglige retningslinjene blir fulgt opp (Helsedirektoratet, 2019).

5.2. Tilrettelegge for personsentrert ernæringspleie

I artikkelen til Palese et al. (2018) kommer det frem at pasientens måltidspreferanser og matinntak bør være skreddersydd ut ifra de individuelle behovene. Personsentrert omsorg handler om god kvalitet og forsvarlighet i ernæringsarbeidet, og at tiltakene er tilpasset den enkelte (Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet 2022c). Ifølge helsepersonelloven (1999, §4) og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar til faglig forsvarlighet (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). En av sykepleiernes oppgave er å sørge for at pasienter får nok mat og drikke i forhold til egne ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2017). Det som kan være utfordrende ifølge Regjeringen (2021), er manglende kompetanse, tid til kartlegging, oppfølging, samt ønsker. Pasienter har blitt mindre involvert når det kommer til å velge menyen. Det kan føre til at pasientene opplever mindre selvstendighet og valgfrihet, som kan være med på å påvirke appetitten og lysten til å spise (Regjeringen, 2021). I forskningen til Palese et al. (2018) ble pasientene involvert når det kom til måltidsmenyer. De fikk komme med ønsker til mat dagen før, i henhold til menyen de hadde på sykehjemmet. Brodtkorb (2021, s. 311) mener det er lettere for pasienter å velge mat som frister hvis de kan velge middag fra menyer. Dette støttes i Tangvik og Dierkes (2020, s. 188) som understreker viktigheten av valgmuligheter når det kommer til mat. Ulempen var at pasientene ofte glemte hva de hadde ønsket seg til middag (Palese et al., 2018). Ut ifra erfaringer kan det være en

ulempe at pasienter med demens har flere valgalternativer, da vi ser at flere kan bli overveldet. Murphy et al. (2017) tenkte at ved å legge frem noen bilder av ulike retter, gjorde at pasientene fikk være med på å ta beslutninger når det kom til måltidet. De fant senere ut at dette kan være vanskelig å gjennomføre, spesielt hos de med langtkommen demens, grunnet en sensorisk forverring. Det førte til at pasientene med demens glemte hva som var vist, noe som er assosiert med demens. Et annet alternativ var at sykepleierne satt frem to ferdige retter. Pasientene kunne da se og lukte på maten, før de bestemte seg for hva de ville ha (Murphy et al., 2017).

Gjennom egne erfaringer har vi opplevd at pasientene har liten innflytelse på hva som blir servert. Der vi jobber får de velge hvilket pålegg de vil ha til frokost og kvelds, men de får ikke velge middag og lunsj, fordi det kommer ferdig laget. Regjeringen (2021) mener det er manglende individuell tilpasning når det kommer til kosthold. Matomsorgen i kommunene er ofte basert på gruppetenkning hvor det blir utført standardtiltak, uavhengig av hva pasientene ønsker. Det kan føre til at ernæringsproblemene forverres (Regjeringen, 2021). Hadde det vært mer fleksibilitet når det kommer til valg av middag, kunne vi hørt med pasienten hva de liker best, eller brukt pårørende, hvis pasientene ikke husker (Palese et al., 2018; Brodtkorb, 2021, s. 307).

Det er stor enighet i forskningsartiklene at personsentrert ernæringspleie er viktig for å fremme og opprettholde spiseferdighetene (Murphy et al., 2017; Palese et al., 2018; Park et al., 2018). Det som kan være vanskelig for mange med demens er at de har redusert spiseferdighet, som for eksempel å flytte maten fra tallerken og inn i munnen (Helsedirektoratet, 2022c; Park et al., 2018). En måte å løse det på kan være at pasienten får sitte over en ansatt eller en pasient som klarer å spise selvstendig. Det gjør at pasienten som trenger hjelp, kan speile bevegelsene til de som klarer å spise selvstendig, og dermed får et forbedret næringsinntak (Murphy et al., 2017; Palese et al., 2018; Park et al., 2018). Det som kan være utfordrende er at pasienter med spiseproblemer skammer seg overfor andre pasienter. Det kan føre til at pasienter med spiseproblemer ikke vil spise i fellesskap. Hvis vi ser det fra en

annen vinkel, kan det være vanskelig for de som mestrer å spise selvstendig, å sitte sammen med pasienter som sliter med det (Brodtkorb, 2021, s. 311). Ifølge Palese et al. (2018) er det viktig at sykepleiere som hjelper til tar seg tid. Siden sykehjemmet har fokus på å bevare funksjonsevnen til hver pasient, er det viktig at sykepleierne ikke overtar funksjoner som pasientene klare selv, med mindre det er behov for det. Sykepleiere kan oppleve at de har dårlig tid når det kommer til denne pasientgruppen (Palese et al., 2018). Henderson (1960/1997, s. 32) mener det er sykepleierne sin oppgave å legge til rette for at pasientene skal ha muligheten til å spise selvstendig så lenge som mulig. Ulike barrierer for god ernæringspraksis kan være manglende tid, dårlige holdninger og lite motivasjon blant sykepleiere. Det kan føre til at ernæringsoppfølgingen blir nedprioritert (Regjeringen, 2021). Dette kan pasientene legge merke til, noe som kan føre til at de ikke spiser nok, fordi de vil få måltidet overstått. Det er derfor viktig at sykepleierne har fokuset mot spising og tar seg god tid til å hjelpe pasienten (Henderson, 1960/1997, s. 32). Det kommer frem i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (2003, §3) at pasienter skal få hjelp under måltidet hvis det er behov for det, i tillegg skal de ha nok tid til å spise. En måte sykepleiere kan signalisere at de har god tid på kan være ved å sette seg ned (Brodtkorb, 2021, s. 310). Det fører også til at pasientene som trenger spisehjelp slipper å se opp på dem, dermed minker risikoen for å svelge feil (Brodtkorb, 2021, s. 310). I en nasjonal undersøkelse fra 2015 viste det at 1 av 5 ledere på norske sykehjem sa at det ikke var tilstrekkelig med personal under måltidene. Det gjør at de som trenger spisehjelp, ikke får tilstrekkelig hjelp (Aagaard, 2021, s. 289). Ifølge Henderson er det å få i seg tilstrekkelig med mat et av de grunnleggende behovene som sykepleiere skal ivareta hos en pasient hvis det er behov for det (referert i Kristoffersen, 2021, s. 237). Derfor synes vi det er skuffende at ikke alle får den hjelpen de trenger, når ernæring er så viktig.

For pasienter med demens kan det bli vanskelig å gjenkjenne spiseredskaper og vite hva de brukes til (Brodtkorb, 2021, s. 309), mens andre kan ha problemer med å bruke spiseredskapene grunnet dårlig finmotorikk (Skovdahl, 2021, s. 435). Det kan føre til at pasientene med demens blir sittende å se på maten, uten å klare å begynne å spise. Det kan feiltolkes som at pasienten er mett (Brodtkorb, 2021, s.

309). Sykepleier må dermed observere pasientene i spisesituasjoner, for å kartlegge hva de mestrer og hva de trenger veiledning eller hjelp til (Palese et al., 2018). En måte å gjøre det på er å tilpasse spiseredskaper, ta i bruk mer fingermat eller bruke kjøkkenredskaper som er så like som mulig de pasienten har hatt hjemme (Murphy et al., 2017; Palese et al., 2018; Skovdahl, 2021, s. 435). Det gjør at pasienter med demens kan opprettholde selvstendigheten så lenge som mulig (Murphy et al., 2017). Vi har opplevd at pasienter med demens har problemer med å spise suppe uten å søle. Da tilbyr vi suppe i en kopp med håndtak. Det gjør at de kan drikke suppen, og dermed få økt selvstendighet under måltidene. Vi har også god erfaring med tallerkenkant. Den gjør at pasientene lettere kan få maten på enten gaffelen eller skjeen sin.

5.3 Vektlegge ulike miljøfaktorer under måltidet

Miljøfaktorer har en spesiell rolle når det kommer til matinntaket. Noen av de viktigste miljøfaktorene for å fremme spiselysten hos pasienter med demens, kan være å forberede pasientene på at det snart er mat, hvordan spisestuen ser ut og skape og opprettholde et fredelig, rolig og sosialt miljø under måltidet (Murphy et al., 2017; Palese et al., 2018). Tidligere forskning fra Chang og Roberts (2011) mener måltidsituasjonen kan bli vanskelig hvis det ikke er et bra måltidsmiljø. Hvis man skaper et godt måltidsmiljø, kan pasientene på sykehjem få økt matlyst (Regjeringen, 2021). Vi tenker det kan være lurt å iverksette implikasjonene som Murphy et al. (2017) og Palese et al. (2018) kommer med. For å forberede pasienten på at det snart er mat, kan man ringe i en bjelle. Det gjør at de som klarer å gå selv kan gå til spisestuen, mens de som sitter i for eksempel rullestol får følge til bordet (Palese et al., 2018). Der vi jobber pleier vi å si høyt i stuen at det er mat, også hjelper vi de som trenger følge. En annen måte man kan forberede pasientene på at det snart er mat er at de får tilbud om håndvask før alle måltider (Aagaard, 2021, s. 287). Ifølge Tangvik og Dierkes (2020, s. 188) er det en selvfølge at pasientene skal få vaske hendene sine før hvert måltid. Dette er noe vi vil ta med oss videre, da dette sjeldent blir gjort hvor vi jobber.

Ifølge Murphy et al. (2017) og Palese et al. (2018) er det viktig at rommet hvor det spises, ser ut som en spisestue og at det er en viss ro under måltidet. Det er sykepleierne sitt ansvar å legge til rette for dette, fordi mange eldre på sykehjem ikke er i stand til å skape det på egenhånd (Brodtkorb, 2021, s. 310). For å få en spisestue til å se ut som en spisestue kan man begynne å dekke bordet til hvert måltid (Murphy et al., 2017). Når man dekker bordet kan man gjerne bruke blomster, servietter og duk. Det er med på å gjøre omgivelsene mer trivelige (Melheim, 2009). Det er viktig for appetitten at bestikk, servise og glass er hele og fine, og at de byttes ut når de er slitt. Ifølge Brodtkorb (2021, s. 310) er det viktig at man prøver å unngå bruken av mønstret duk og servise. Det kan føre til mistolkning av sanseintrykket, og pasientene kan ha vanskeligheter med å skille duken og servise fra hverandre. Vi tenker derfor det kan være lurt å bruke hvitt servise. Det kan gjøre at pasientene føler seg velkommen til bords når det er rent og fint dekket på. Det kan være med på å styrke måltidsopplevelsene hos pasientene i en positiv retning (Aagaard, 2021, s. 287).

Ifølge Palese et al. (2018) er det viktig å skape et rolig miljø rundt måltidet, i tillegg skal det være en sosial sammenkomst for pasientene (Murphy et al., 2017). Et rolig miljø kan man oppnå ved bruk av innestemme, distraherende lyder bør unngås under måltider som for eksempel bruk av TV og musikk, i tillegg skal man unngå medisiner under måltidet (Palese et al., 2018; Tangvik og Dierkes, 2020, s. 188). Ut ifra egne erfaringen har vi opplevd at utlevering av medikamenter under måltidet kan virke forstyrrende. Det kan føre til at pasientene mister fokuset fra måltidet. Som nevnt tidligere mener Palese et al. (2018) at man kan skape et rolig måltidsmiljø ved å unngå å høre på musikk. De mener at det er nok støy fra samtalen mellom beboerne, og fra oppvasken. Murphy et al. (2017) mener derimot at rolig bakgrunnsmusikk kan skape en avslappet atmosfære, og forbedre matinntaket hos pasientene. De mener at musikk kan være en av faktorene som bidrar til å redusere stress og angst under måltidet. Det vil si det er delte meninger om bruken av musikk bidrar til økt næringsinntak eller ikke.

I forskningen til Murphy et al. (2017) kommer det frem at forholdet til andre pasienter under måltidet kan påvirke ernæringsstatusen hos pasientene som er på sykehjem. For at det skal ha en positiv påvirkning er det viktig at relasjonene mellom pasientene blir vurdert, slik at de sitter med noen de kommer overens med (Palese et al. 2018). Det er viktig at det kontinuerlig blir satt fokus på og at det blir tilpasset stadiet av demens, fordi humøret og personligheten til pasienter med demens forverres med tiden (Murphy et al., 2017). Pasientene skal få komme med egne ønsker til hvem de vil sitte med, fordi noen av pasientene kan kjenne hverandre fra før (Brodtkorb, 2021, s. 311). I rapporten til Helsedirektoratet *Mer enn mat* kommer det frem at et godt selskap under måltidet har betydning for appetitten (Helsedirektoratet, 2019). Det kan være med på å gi eldre mer lyst til å spise (Melby & Ambugo, 2020). Appetitten kan reduseres hvis man spiser med fremmede grunnet ubehag (Aagaard, 2021, s. 272). Gjennom tidligere forskning fra Melheim (2009) setter eldre pris på å sitte sammen med andre pasienter under måltidet. Å sitte sammen med andre kan minne om slik de gjorde hjemme med familien. På mange sykehjem er det gjerne et ønske fra personalet om at alle skal spise sammen, fordi det kan være en mulighet for pasientene å bli kjent med hverandre. Det kan være vanskelig for enkelte av pasientene på grunn av mentale forandringer og reduserte sanser, som kan føre til at det er vanskelig for pasientene å huske hverandre. Det kan føre til at fellesskapet får et tvunget preg (Melheim, 2009).

5.4 Forbedre måltidet

Ifølge Murphy et al. (2017) observerte sykepleierne, at smakssansene til pasientene endret seg etter hvert som graden av demens ble mer alvorlig. Pasientene prefererte gradvis mat som hadde mer smak, slik som søtt, salt, sterk og sur smak. Dette støttes i Aagaard (2021, s. 271) som fremhever at eldre trenger mer konsentrert smak for å få samme smaksopplevelse som da de var yngre. Evnen til å smake salt blir gradvis dårligere, og det kan føre til at bitter og sur smak forsterkes (Aagaard, 2021, s. 271). Sykepleierne på sykehjemmet kan lett forsterke smakene i maten, ved å tilføye krydder i maten (Murphy et al., 2017). I praksis ser man ofte mye syltetøy på brødiskivene til pasientene til frokost og kvelds. Man velger gjerne å gi dette hos pasienter som ikke får i seg tilstrekkelig mat, fordi vi har observert at de spiser

brødiskiver med søtt pålegg, og velger vekk det andre. Dette kan forklares med at smakssansene endres.

Regjeringen (2017-2018) har utarbeidet *Lev hele livet* reformen. Her kommer det frem at god mat er grunnleggende for god helse, og at eldre skal få næringsrik mat som både ser, lukter og smaker godt. I Murphy et al. (2017) legger de vekt på viktigheten av å stimulere sansene til pasientene for å øke appetitten. Det inkluderer fargerik mat, god lukt og at man anretter maten på en fin måte. I retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2010 [2013], referert i Melby & Ambugo, 2020) kommer det frem at delikat mat i et hyggelig måltidsmiljø er grunnleggende faktorer for trivsel og god matlyst. Luktcellene hos eldre svekkes med tiden og gjør at appetitten ikke stimuleres på samme måte når det kommer god lukt fra maten (Aagaard, 2021, s 271). I tillegg har eldre nedsatt evne til å føle tørst, som gjør dem til en utsatt gruppe for dehydrering. Demens påvirker pasientens væskeinntak da de ofte kan glemme å drikke. Ifølge Murphy et al. (2017) er det dermed viktig at drikke er lett tilgjengelig for pasientene for å forhindre dehydrering, i tillegg til at sykepleierne jevnlig oppmuntrer pasientene til å drikke.

Tangvik et al. (2021) og Murphy et al. (2017) fremhever at orale kosttilskudd er en effektiv måte å forsterke næringsinntaket hos pasientene. Ifølge Tangvik et al. (2021) økte inntaket av protein og energi ved bruk av oralt kosttilskudd og ernæringsstatusen til pasientene ble betydelig bedre. Næringsdrikker er et oralt kosttilskudd som vi har observert blir mye brukt på sykehjem. Det er et godt hjelpemiddel som øker næringsinntaket (Wyller, 2020, s. 207). I Murphy et al. (2017) nevnte derimot deltakerne at de merket en reduksjon av antall næringsdrikker som blir ordinert til pasientene. De forklarer videre at det skyldes kostnader, fordi næringsdrikker ikke er billig. Dette kan føre til at pasienter som har vanskelig med å få i seg tilstrekkelig næring ikke får administrert næringsdrikker til tross for behovet. I Norge trenger man derimot ikke å tenke på dette, da HELFO kan dekke utgifter til næringsdrikk (Wyller, 2020, s. 207). Næringsdrikker skal ikke være en erstatning for måltidet, men kan komme i tillegg (Aagaard, 2021, s. 292). Måltidene bør fordeles

jevnt utover døgnet, og det bør ikke gå mer enn 11 timer mellom kveldsmaten og frokosten (Helsedirektoratet, 2012). Vi har derimot opplevd i praksis at nattfasten er en god del lengre enn dette, gjerne opptil 15 timer. Næringsdrikke kan derfor fungere som et godt mellommåltid, spesielt når nattfasten er lang. Tangvik et al. (2021) rapporterte derimot om redusert inntak av «vanlig mat» hos pasientene etter innførelse av næringsdrikk. Dette førte dermed til at KMI ble lavere og ga et uønsket resultat.

6. Oppsummering

6.1. Konklusjon

Litteraturstudiets hovedmål var å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å forhindre underernæring hos pasienter med demens. For å forhindre underernæring, må sykepleier identifisere hvilke pasienter som er i ernæringsmessig risiko. Til dette kan kartleggingsverktøyet MNA være et godt hjelpemiddel. Når pasienter med ernæringsmessig risiko er avdekket, er det viktig at ernæringsstatusen blir fulgt opp, og at tiltakene er tilpasset den enkelte. Det er viktig at ernæringspleien er av god kvalitet og forsvarlighet. Gjennom personsentret omsorg kan sykepleier sikre at pasientene får i seg nok mat og drikke, ut ifra egne ønsker og behov. Det kan være vanskelig for pasienter med demens å ta egne beslutninger når det kommer til valg av mat, fordi de har nedsatt innsikt i egen helsetilstand. Det gjør at maten mange steder kommer ferdiglaget. Personsentret ernæringspleie handler om at sykepleiere skal fremme og opprettholde det å spise selvstendig så lenge som mulig. Da er det viktig at sykepleierne observerer pasientene under måltidet for å kartlegge deres ressurser, hva de trenger hjelp eller veiledning til, før man iverksetter tiltak som for eksempel speiling eller tilpassede spiseredskaper. Måltidsmiljø spiller en stor rolle i ernæringspleien. Noen av de viktigste miljøfaktorene som kan være med på å fremme matlysten hos pasienter med demens er å forberede de på at det snart er mat, utseende på spisestuen og å skape et rolig og sosialt miljø under måltidet. Disse tre faktorene kan bidra til at pasientene får et bedre næringsinntak. Eldre pasienter sin lukte- og smaksans svekkes etter hvert som graden av demens blir mer alvorlig. Maten smaker og lukter dermed ikke det samme som tidligere og dette kan bidra til at appetitten reduseres. Det er dermed viktig å stimulere sansene til pasientene for å øke appetitten. Dette kan gjøres gjennom å krydre maten, ha fargerik mat og anrette maten på en god måte.

6.2 Implikasjoner for videre praksis

Med denne litteraturstudien har vi funnet noen utfordringer som gjør det vanskelig å gjennomføre god ernæringspraksis. Først og fremst trenger ansatte på sykehjem bedre kunnskap og opplæring når det kommer til underernæring. Vi har observert

gjennom praksis at ernæring ikke blir prioritert nok. En måte å løse det på kan være gjennom E-læringskurs eller fagdager for ansatte. Tilstrekkelig med personal under måltidet er også essensielt for god ernæringspleie. Det å øke fokuset på individualiserte behov er viktig for gjennomføring av god ernæringspraksis. En måte å gjøre det på kan være å utarbeide gode rutiner for hvordan ernæringen hos den enkelte pasienten skal følges opp.

7. Referanseliste

- Aagaard, H. (2021). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 255-308). Gyldendal.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2020). Ernæring. I A. Birkeland & A. M. Flovik (Red.), *Sykepleie i hjemmet* (3. utg., s. 135-143). Cappelen Damm Akademisk.
- Bjørk, I. T., Breievne, G. & Skaug, E. A. (2021). Grunnleggende behov, kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., bind 2, s. 17-37). Gyldendal.
- Bonetti, L., Bagnasco, A., Aleo, G. & Sasso, L. (2012). The transit of the food trolley – malnutrition in older people and nurses' perception of the problem. *Scand J Caring Sci*. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2012.01043.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01043.x)
- Braun, V. og Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s. 77-101, DOI: [10.1191/1478088706qp0630a](https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a)
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*, (3. utg., s. 301-315). Gyldendal.
- Chang, C.-C. og Roberts, B. L. (2011). Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia. *Journal of clinical nursing*, 20(15-16):2153-61 [doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2702.2010.03686.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03686.x)
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Donini, L. M., Poggiogalle, E., Molfino, A., Rosano, A., Lenzi, A., Fanelli, F. R. & Muscaritoli, M. (2016). Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the Nutritional Evaluation of Older Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Director Association*, 17(10). <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.06.028>
- Evju, A. S. & Lindgren, S. J. (2017, 28. februar). *Hvorfor svikter ernæringsoppfølgingen?* Sykepleien. <https://sykepleien.no/en/node/60346>

- Finnbakk, E. & Heyn, L. G. (2022). Kommunikasjon med eldre personer og pasienter i ulike situasjoner. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utg., s. 161-195). Gyldendal.
- Han, S. Y. og Kim, C. S. (2016). Does denture-wearing status in edentulous South Korean elderly persons affect their nutritional intakes? *Gerodontology*, 33(2): 169-176. [10.1111/ger.12125](https://doi.org/10.1111/ger.12125)
- Helsebiblioteket. (2014, 27. mai). *MNA: Mini Nutritional Assessment*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/ernaering/verktoy/mna-mini-nutritional-assessment-pdf>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *4.1. Sjekklist*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>
- Helsebiblioteket. (2019, 19. februar). *Underernæring og pasientsikkerhet*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/omsorgsbiblioteket/oppsummeringer/underernaering-og-pasientsikkerhet>
- Helsebiblioteket. (2021, 30. september). *PICO*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#>
- Helsedirektoratet. (2012, juni). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken>
- Helsedirektoratet. (2017). *Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper*.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetansebehov-innen-ernaering-hos-nokkelgrupper/Kompetansebehov%20innen%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper.pdf/_attachment/inline/68873d29-bbfa-4885-bdb5-6f40ba5adc11:4c55424910454ddfaeb1358169326aad593ba2ff/Kompetansebehov%20innen%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper.pdf
- Helsedirektoratet. (2019, 18. desember). *Mer enn mat – innspill til nasjonal ernæringsstrategi for eldre*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/mer-enn-mat-innspill-til-nasjonal-ernaeringsstrategi-for-eldre>

- Helsedirektoratet. (2022a, 14. mars). *Vurdering av risiko for underernæring*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
- Helsedirektoratet. (2022b, 27. april). *Om demens*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helsedirektoratet. (2022c, 3. mai). *Ernæring og oral helse ved demens*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/ernaering-og-oral-helse-ved-demens>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64).
Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. (1997). *ICN: sykepleierens grunnprinsipper* (I. Mørland, Overs.).
Norsk Sykepleierforbund. (Opprinnelig utgitt 1960).
- Høgskulen på Vestlandet (u.å.). *Fagressurser* <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I
N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.),
Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon (4. utg., s. 225-287).
Gyldendal.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjeneste (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. November 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. Desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792/%C2%A73#%C2%A73>
- Melby, L. & Ambugo, E. A. (2020). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområde. Mat og måltider*. https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2654404/Leve%20hele%20livet_3_Mat%20og%20ma%CC%8Altider-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Melheim, B. G. (2009). Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem.
Sykepleien, 3(4). [10.4220/sykepleienf.2008.0049](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0049)

- Murphy, J. L., Holmes, J. & Brooks, C. (2017). Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 17(55). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0443-2>
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2023, 25. oktober). *Frontotemporal demens*. <https://nasjonalforeningen.no/demens/ulike typer demens/>
- Norsk Sykepleieforbund (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 4. desember fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Palese, A., Bressan, V., Kasa, T., Meri, M., Hayter, M. og Watson, R. (2018). Interventions maintaining eating Independence in nursing home residents: a multicentre qualitative study. *BMC Geriatrics* 18, 292. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0985-y>
- Park, M., Song, J.-A., Lee, M., Jeong, H., Lim, S., Lee, H., Kim, C.-G., Kim, J. S., Lee, Y. W., Lim, Y. M., Park, Y. S., Yoon, J. C., Kim, K. W. & Hong, G.- R. S. (2018). National study of the nutritional status of Korean older adults with dementia who are living in long-term care settings. *Japan journal of nursing science*, 15(4), 318-329. <https://doi.org/10.1111/jjns.12203>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regjeringen (2017-2018). Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Regjeringen (6. mai, 2021). *God og riktig mat hele livet: Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-hele-livet/id2849251/>
- Rugås, L. og Martinsen, K. (2009, 6. mars). *Underernæring er vanlig på sykehjem*. Sykepleien. [10.4220/sykepleiens.2003.0015](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0015)
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*, (3. utg., s. 416-439). Gyldendal.

- Stubberud, D.-G. (2022). Ernæringsbehandling ved sykdom og skade. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (6. utg., s. 1-31). Gyldendal.
- Søk og Skriv. (2023, 3. november). *IMRaD-modellen*. <https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html#diskusjon>
- Tangvik, R. J., Bruvik, F. K., Drageset, J., Kyte, K. & Hunskår, I. (2021). Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 1(42), 117- 123.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.12.005>
- Tangvik, R. J. & Dierkes, J. (2020). Kosthold og ernæring. I B. S. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboen: Diagnoser og behandling* (1. utg., s. 179-189). Fagforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Vital ernæring (u.å. a). *Appetitten blir ofte redusert ved alderdom – om kroppens fysiologiske endringer*. Hentet 3. desember 2023 fra <https://vitalernaering.no/arsak-til-darlig-appetitt/>
- Vital ernæring (u.å. b). *Utvikling av demens og betydningen av en sunn livsstil*. Hentet 3. desember 2023 fra <https://vitalernaering.no/demens-og-mat/>
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatrici – en medisinsk lærebok* (3. utg.). Gyldendal.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkeprosessen

Dato	Database	Søkeord	Avgrensning	Treff	Leste abstrakt	Lest	Inkludert
09.10.23	Cinahl	Nutrition som tittel, kombinerte ordene AND (Dementia) AND (Nursing homes)	2014-2024	11	3	2	Nutrition and dementia care: developing an evidence- based model for nutritional care in nursing homes
01.12.23	PubMed	(Dementia) AND (nutrition intervention) AND (nursing homes)	2014-2024	16	6	3	Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review.
01.12.23	Cinahl	(MNA or mini nutritional as sessment tools) AND (malnutrition) AND (dementia) AND (nursing	2014-2024	501	20	6	Mini- Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening

		homeresiden ts)					Tool for the Nutritional Evaluation of Older Nursing Home Residents.
05.12.23	PubMed	(Dementia) AND (interventions) AND (eating assistance) AND (mealtime difficulties) AND (nursing home)	2014-2024	5	2	1	Interventions maintaining eating Independence in nursing home residents: a multicentre qualitative study
05.12.23	PubMed	(MNA) AND (Dementia) AND (nursing home residents) AND (malnutrition)	2014-2024	13	4	1	National study of the nutritional status of Korean older adults with dementia who are living in long-term care settings.

Vedlegg 2: Resultat av analyseprosessen

Artikkel 1	Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review. Tangvik et al., (2021)
Resultat	Tre av studiene som ble inkludert i denne systematiske oversiktsartikkelen fant ut at det ble et bedre inntak av energi og proteiner ved bruk av kosttilskudd. To andre studier som også ble inkludert fant ut at inntaket av "vanlig mat" ble redusert ved bruk av kosttilskudd, noe som førte til en lavere BMI hos pasientene. I åtte andre studier kom det frem at det ble en betydelig bedring i ernæringsstatusen til pasientene ved bruk av kosttilskudd. Den gjennomsnittlige kroppsvekten økte alt i fra 0,3 kg til 6,7 kg i motsetning til -2,2 kg – 0,97 kg før det ble gjennomført forskning. I tillegg økte MNA skåren hos deltakerne med 1,4 poeng.
Etisk godkjent	Alle de ulike forskningene som ble inkludert i denne systematiske oversiktsartikkelen har blitt godkjent av the Committee of The Ethics of Medical Research. Alle som deltok i undersøkelsen, untatt en hadde signert et samtykkeskjema.

Artikkel 2	Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. Murphy et al., (2017)
Resultat	Det ble gjennomført ni fokusgrupper og fem semistrukturerte intervjuer med 50 deltakere. 30 av disse var helsepersonell, åtte familiepleiere, tre ernæringsfysiologer og ni logopeder. Denne artikkelen presenterer ulike tiltak som skal være til hjelp for helsepersonell å forbedre ernæringsstatusen hos pasienter på sykehjem. De delte opp resultatet i sju temaer: personsentret ernæringspleie, tilgjengelighet av mat og drikke, verktøy, ressurser og miljø, forhold til andre i matsituasjoner, deltakelse i aktiviteter, kvalitet av pleien og formidling av informasjon.

	Deltakere rapporterte at grad av demens spilte en stor rolle i ernæringsstatusen hos pasientene. Etter hvert som demens utviklet seg ble gjenkjenningen av bestikk, mat og matmiljøet redusert og forståelse av et måltid svekkes. Det ble vanskeligere for personalet å overtale pasientene til å spise etter hvert som demenssykdommen utviklet seg.
Etisk godkjent	Etisk godkjenning for studien har blitt innhentet fra Bournemouth University Research Ethics Committee. De ble informert om studien og måtte gi samtykke til å delta. Deltakerne var ikke forpliktet til å delta, og de hadde muligheten til å stille spørsmål.

Artikkel 3	Interventions maintaining eating Independence in nursing home residents: a multicentre qualitative study. Palese et al., (2018)
Resultat	<p>For å kunne fremme og opprettholde det å kunne spise selv så lenge som mulig, er det viktig å tenke på miljøet, det sosiale og det enkelte individet.</p> <p>For å skape et godt måltidsmiljø er det viktig at sykepleierne forbereder pasienten på at det snart er mat, slik at de er forberedt på at de snart skal spise. Det er viktig at rommet der det spises, ser ut som en spisestue. Å skape et rolig miljø er også viktig. Det innebærer blant annet at man skal snakke med innestemme og at TV og andre distraherende lyder/elektronikk er skrudd av.</p> <p>For å kunne skape en sosial sammenkomst, er det viktig at forholdet mellom beboerne og deres grad av selvstendighet blir observert og gjennomført. De ansatte skal observere og se hvem av pasientene som går godt overens med hverandre, og deretter setter de de med hverandre når de skal spise. Hvis det er en pasient som har problemer med å spise, blir pasienten gjerne satt over en pasient eller en ansatt som klarer å spise selvstendig, slik at pasienten kan speile bevegelsene til den over.</p>

	<p>På individnivå blir pasientens vaner og måltidspreferanser vurdert, samt endringer i spiseferdigheter observert. Når det å spise selvstendig blir vanskeligere, ble det spurt motiverende, atferdsmessige og verbale oppfordringer. Helsepersonell kan føle at de har dårlig tid når det kommer til slike pasienter, men når sykehjemmet har fokus på å bevare funksjonsevnen til hver pasient er det viktig at man ikke gjør alt for pasienten, men mindre det virkelig trengs. Hos noen av pasientene kan det være vanskelig å tygge eller fordøye visse typer mat, og noen kan ha vanskeligheter for å bruke bestikk. Da skal helsepersonell tilby tilrettelagt mat, som f.eks. most eller mykere mat. Det kan også hjelpe å gi pasienter enklere redskaper, som f.eks. skjeer eller fingermat.</p>
Etisk godkjent	<p>Forskningen har blitt etisk godkjent av The Review Board.</p> <p>Deltakerne ble informert om studiens formål, og de stod fritt til å delta eller å trekke seg fra studien når som helst. De ble bedt om å signere et samtykkeskjema, hvor de også samtykket til lydopptak.</p> <p>Forskerne anonymiserte navnene til både deltakerne og sykehjemmene.</p>

Artikkel 4	<p>Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the Nutritional Evaluation of Older Nursing Home Residents. Donini et al., (2016)</p>
Resultat	<p>Studien inkluderer 246 deltakere, av disse er 164 kvinner og 82 menn. Gjennom MNA skår var 22,6% kvinner 17% menn klassifisert som underernært, og 56,7% av kvinner og 61% av menn ble klassifisert som risiko for underernæring.</p> <p>MUST og NRS-2002 viste en lav prediktiv verdi og lav sensitivitet sammenlignet med MNA-testen. En høy prosentandel av</p>

	<p>deltakerne fikk falsk negativ ved bruk av MUST og NRS- 2002. Mer detaljert ble 101 av deltakere som hadde mindre enn 24 poeng i MNA score, vurdert til å ha en lav risiko for underernæring ved bruk av MUST. Tilsvarende ble 96 av deltakerne klassifisert som underernært, eller i risiko for underernæring ved bruk av MNA, mens de samme deltakerne ble vurdert som lav risiko for underernæring ved bruk av NRS-2002. MNA-SF viste en god prediktiv verdi sammenlignet med MNA. Dødeligheten har en sammenheng til underernæring, den ble også bedre forutsett ved bruk av MNA sammenlignet med de andre målevertkøyene. Administrasjonstiden for de ulike testene varierte fra 10-20 minutter hvor MNA var den som tok lengst tid.</p>
Etisk godkjent?	<p>Studien har blitt godkjent av en etisk komite på universitetet i Roma. De ble både muntlig og skriftlig informert. I tillegg ble det også innhentet samtykke.</p>

Artikkel 5	<p>National study of the nutritional status of Korean older adults with dementia who are living in long-term care settings. Park et al., (2018)</p>
Resultat	<p>Ernæringsstatusen til pasientene på langtidssykehjem ble vurdert ved bruk av MNA. Den gjennomsnittlige MNA-scoren var på 17,90. 38,4% av deltakerne lider av underernæring, mens omtrent halvparten, 54,7%, er i fare for å bli underernært. Gjennomsnittsalderen til deltakerne som var underernært var litt høyere enn hos de som er i fare for å bli underernært. I tillegg var det flere kvinner som var underernærte enn menn i denne studien. En av studiene som ble inkludert i denne studien fant ut at de med kognitiv svikt hadde dårligere ernæringsstatus enn hos de som hadde normal kognisjon. Redusert kognitiv funksjon påvirket ADL, spesielt når det kom til spising, som f.eks. evnen til å bringe mat til munnen og evnen til å tygge. I tillegg bør matinntaket være skreddersydd til de individuelle behovene og fremme selvstendighet</p>

	så mye som mulig ved måltidet. Noen intervensjoner som har vært effektive for å forbedre næringsinntaket er måltidshjelp, oppfordringer, ros, oppmuntring, og at sykepleierne tar seg tid til å hjelpe under måltidet, enten verbalt eller fysisk. Det er viktig at sykepleierne har fokus på å opprettholde de fysiske og kognitive funksjonene som er nødvendig for å spise så lenge som mulig.
Etisk godkjent?	Studien har blitt godkjent av Institutional Research Review Committee (Seoul National University Bundang Hospital). Alle som deltok i studien, både av personer og sykehjem har gitt samtykke etter å ha blitt informert om hva formålet med studien var.

Vedlegg 3: Sjekkliste for kvalitative studier

Vi har brukt sjekklister til studiene vi har funnet. Her er en sjekkliste for en av de kvalitative studiene vi har brukt

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Palese, A., Bressan, V., Kasa, T., Meri, M., Hayter, M. og Watson, R. (2018). Interventions maintaining eating Independence in nursing home residents: a multicentre qualitative study. *BMC Geriatrics* 18, 292. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0985-y>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
 - Målet med studien var å fremheve ulike intervensjoner, som var hentet fra erfaringer som tilbys daglig for at helsepersonell skal tilrettelegge måltidet for eldre på sykehjem.
- Hvorfor ville de finne svar på det?

- Hensikten med studien var å fremheve intervensjoner som ble implementert på daglig basis. Intervensjonene ble utformet av helsepersonell som de synes virket effektivt for å opprettholde selvstendighet under måltidet hos eldre mennesker med demens på sykehjem. De som har vært i fagfeltet lenge har utarbeidet seg kunnskap og erfaring gjennom praksis, og er en viktig ressurs for videre forskning i et felt der det er mangel på forskning.
- Er problemstillingen relevant?
 - Vår problemstilling er **“Hvordan kan sykepleiere bidra til å forhindre underernæring blant pasienter med demens på sykehjem?”** Artikkelen er relevant for vår problemstilling fordi den legger vekt på sykepleierens oppgave i å fremme og opprettholde det å kunne spise selv så lenge som mulig. Da er det viktig å tenke på miljøet, det sosiale og det enkelte individet.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?
 - Ja, studien belyser hvordan intervensjonene som er blitt implementert i den daglige rutinen på sykehjemmene er effektive for å opprettholde spiseuavhengighet hos pasienter med demens.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?
 - Forskningen har brukt et kvalitativt design som er basert på en fokusgruppe, som i dette tilfelle er demente på sykehjem som har moderat til alvorlig funksjonsavhengighet under måltidet. De som ble intervjuet under denne studien er helsepersonell som til daglig er

involvert i å assistere pasientene under måltidet. Forskerne sin metode for å samle inn data var gjennom to trinn. Først skulle de observere og senere skulle forskerne intervju helsepersonellet som de observerte. Forskerne begynte med å observere måltidet til pasientene, både hos de som spiste i spisestue og hos de som spiste på rommet. Under observasjonen noterte forskerne hvordan helsepersonellens oppførsel og interaksjoner var mot beboerne. I trinn to ble det gjennomført intervjuer med helsepersonell for å samle inn data gjennom deres erfaringer, kunnskap og intuisjoner.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
 - Alle offentlige og private sykehjem som er regulert av den regionale helsetjenesten i nordøst Italia ble kontaktet og ble enig om å delta. Pasientene som er innlagt i disse sykehjemmene med moderat til alvorlig funksjonsnedsettelse har behov for assistanse under måltidet, og ble derfor inkludert i studien.
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
 - De gjorde et målrettet utvalg av helsepersonell i hvert sykehjem gjennom ledelsen på sykehjemmene og hovedetterforskeren i prosjektet. Utvalget ble gjort i henhold til inklusjonskriteriene: helsepersonell som til daglig er involvert i å assistere pasientene under måltidet, de med seks måneders erfaring fra sykehjem og de som var villige til å delta i studien.

- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
 - Alle helsepersonell takket ja til å delta i studien.
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
 - Ikke noe utover det som allerede er nevnt.
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?
 - Alle helsepersonell takket ja til å delta i studien. De har lagt inn helsepersonellet som deltok i studien sine karakteristika (kjønn, alder og yrkeserfaring) (se tabell 1 i forskningsartikkelen).

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
 - De skulle innhente data da pasientene spiste lunsj, enten i en spisestue eller på rommet, da dette var mest relevant for å få svar på problemstillingen.
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
 - Forskerne sin metode for å samle inn data var gjennom to trinn. Først skulle de observere måltidet til pasientene og se hvordan helsepersonellets oppførsel og interaksjoner var mot beboerne. Deretter deltok alle helsepersonell fra hvert sykehjem i en fokusgruppe.

- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
 - Det ble samlet inn data gjennom to trinn. I første trinn samlet fire utdannede forskere inn data gjennom observasjoner. De observerte et lunsjmåltid hos alle sykehjemmene. De satt i bakgrunnen og noterte ned observasjoner de gjorde underveis. I andre trinn av datasamlingen brukte forskerne observasjonen som var blitt notert til å utforme spørsmål for intervjuene. De har beskrevet intervjuguiden i en tabell (se tabell 2 i forskningsartikkelen).

- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
 - Nei

- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
 - Det blitt tatt notater av observasjoner og lydopptak av intervjuene.

- Har forskerne diskutert metning av data?
 - Nei

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - utforming av problemstilling
 - Nei
 - datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - Nei
 - analyse og hvilke funn som presenteres
 - Nei

- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

- Det har ikke blitt gjort noen endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen. Det ble gjort slik forskerne hadde planlagt.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – **Nei** – **Uklart**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
 - Alle intervjuene ble holdt av en seniorforsker med støtte av en juniorforsker. Deltakerne ble informert om studien sitt formål. Deltakerne måtte signere samtykkeskjema, hvor de også samtykket til at det ble gjennomført lydopptak. De stod fritt til å delta eller å trekke seg fra studien når som helst. Forskerne anonymiserte navnet på helsepersonellet og på sykehjemmene.
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
 - Det ble spurt om deltakerne hadde noe forhold til hverandre før studien, noe ingen hadde.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?
 - Forskningen har blitt etisk godkjent av The Review Board.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
 - Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt.

- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
 - De har brukt fire ulike trinn i analyseprosessen. De begynte med å lese det som hadde blitt sagt, deretter ble hver uttalelse kodet i ulike undertemaet. Etter det ble de ulike kodene kategorisert i temaer og undertemaet. Til slutt organiserte de temaene og undertemaene i kronologisk rekkefølge ut ifra når de ulike hendelsene skjedde.

- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
 - Ja, på bakgrunn av deres innsamlende data har forskerne utformet tre hovedtemaer og flere undertemaer. Samtidig er sitater av det deltakerne i studien har sagt under intervjuet blitt sitert i forskningsartikkelen.

- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?
 - Ja, tilstrekkelig data er presentert. Forskerne har derimot valgt å kun inkludere intervensjoner som ble identifisert som effektive av deltakerne, og har valgt å ekskludere de som ikke var suksessfulle.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
 - I resultat delen er det kun tatt inn observasjoner og hva som ble sagt i fokusgruppen. I diskusjonsdelen har det blitt trekt inn mange troverdige kilder som er med på å styrke oppgavens diskusjonsdel.

- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
 - Ja, i deres funn ble det observert at pasientene opplevde det positivt å bli servert maten for dem slik at det ga en følelse av å sitte på resturante. Andre studier sier at pasientene må delta aktiv i matsituasjoner for å øke selvstendighet i spising. I studien er det sagt at det er effektivt å la fire pasienter sitte sammen på et bord på bakgrunn av deres forhold, selvstendighet i spising og adferd rundt bordet. I en annen forskning er det derimot sagt at 8 til 10 pasienter på et bord er preferert.

- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
 - Flere enn en forsker har deltatt i analyseprosessen. For å sikre triangulering gjennomførte tre forskere hele dataanalysen, deretter ble de gjennomgått av to forskere. På hvert trinn ble de enige om funnene. For å gi funnene troverdighet, ble dirkete sitater skrevet.

- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?
 - Ja

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
 - Ja. De støttet opp intervensjonene på sykehjemmet med forskningsbasert litteratur.

- Har studien avdekket behov for ny forskning?
 - Ja.

- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?
 - Nei, ikke ut ifra hva vi klarer å lese oss frem til

[Vedlegg 4: Sjekkliste kvantitative studie](#)

Sjekkliste for analytiske tverrsnittstudier

Artikkel: National study of the nutritional status of Korean older adults with dementia who are living in long- term care settings **Dato:** januar 17, 2018

Forfatter: Park, M., Song, J.-A., Lee, M., Jeong, H., Lim, S., Lee, H., Kim, C.-G., Kim, J. S., Lee, Y. W., Lim, Y. M., Park, Y. S., Yoon, J. C., Kim, K. W., Hong, G.- R. S. **År:** 2018

	Ja	Nei	Uklar	Ikke aktuelt
1. Var kriteriene for inklusjon i utvalget klart definert?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Var forsøkspersonene og settingen beskrevet i detalj?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ble eksponeringen målt på en gyldig og pålitelig måte?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ble objektive, standardkriterier brukt for måling av tilstanden?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ble konfunderende faktorer identifisert?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ble strategier for å håndtere konfunderende faktorer oppgitt?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ble resultatene målt på en gyldig og pålitelig måte?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ble passende statistisk analyse brukt?

Samlet vurdering: Inkludere: Utelukke Søk mer info

Vedlegg 5: Sjekkliste av den systematiske oversiktsartikkel

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Kritisk vurdering av:

Tangvik, R. J., Bruvik, F. K., Drageset, J., Kyte, K. & Hunskår, I. (2021). Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review. *Geriatric Nursing* 1(42), 117- 123. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.12.005>

Del A: Kan du stole på resultatene?

Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Målet med oversikten var å undersøke effekten oralt kosttilskudd har på ernæringsinntaket og det kliniske utfallet hos eldre personer med demens. Det ble inkludert 407 deltakere med demens.

Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Oversikten inkluderer 10 artikler. Forskningsspørsmålene som ble tatt opp var “Hvilke effekter har oralt kosttilskudd på det totale kostinntaket og det firvillige matinntaket”, “Hvilke effekter har oralt kosttilskudd på ernæringsstatus?” og “Hvilke effekter har oralt kosttilskudd på det kognitive og funksjonelle utfallet”. Det er inkludert 407 deltakere, hvor alle er 60 år og eldre med demenssykdom, bor enten hjemme, på sykehjem eller på geriatrisk sykehus.

Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Et av inklusjonskriteriene som er brukt er at studiene skal være enten på engelsk eller på skandinavisk. Studien har ikke hatt noen begrensninger på årstall. Artikkene som har blitt inkludert i oversikten er utgitt fra 1995 til 2017. Det kan gi en skjevhet i funnene, da noen av artiklene er over 10 år gamle, og gjerne ikke like aktuelt nå som da. Litteratursøkene ble gjort i PubMed, medline, Embase, Cinahl og Cochrane Central Register of Controlled Trials, hvor de kombinerte ulike søkeord. De kombinerte begrepene "Alzheimers sykdom" eller "Demens", og kombinerte de søkeordene med ("underernæring" eller "kroppsvekt" eller "vekttap" eller "tynnhet" eller "endring av kroppsvekt") og ("dieterapi" eller "kosttilskudd" eller "ernæringsstøtte" eller "mat, beriket" eller "spise).

Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forfatterne har kvalitetssjekket studiene ved å bruke "the Critical Appraisal Skills Program" sjekkliste for deres valgte artikler. To anmeldere kvalitetssjekket artiklene uavhengig av hverandre.

Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forfatterne brukte sjekklisten "The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses" for å identifisere, undersøke, evaluere og inkludere artikler i oversikten. Artikkene ble vurdert hvis de presenterte eksprementrielle kliniske studier som brukte orale kosttilskudd til personer som har diagnosen demens, inkludert Alzheimers og annen mildere kognitiv svikt, og som bor hjemme, på sykehjem eller på geriatrisk sykehus.

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?

Hva er resultatene?

Kommentar: Resultatene i de ulike studiene som er blitt inkludert rapporterte funn om matinntak, ernæringsstatus og kognitiv- eller funksjonellstatus. Forfatterne konkluderer i studien at orale kosttilskudd økte deltakerne sitt energi og protein inntak. Alle deltakerne nådde derimot ikke deres individuelle ernæringsbehov. Ernæringsstatusen forbedret seg hos deltakerne, men det var ingen effekt på kognitiv eller funksjonell status.

Hvor presise er resultatene?

Forfatterne presenterer resultatene i tabell 3 i oversikten. Det nevnes ikke konfidensintervall og interkvartilbredde.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Kan resultatene overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Pasienter med demens er en risikogruppe for underernæring. Orale kosttilskudd, slik som næringsdrikke blir mye brukt på institusjoner for eldre med demens. Resultatet i oversikten er at orale kosttilskudd forbedrer ernæringsstatusen og støtter dermed bruken av orale kosttilskudd i praksis.

Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Orale kosttilskudd kan være kostbare, men det øker næringsinntaket, kroppsvekt og muskelmasse. Det har lite til ingen bivirkninger. Det er praktisk da det kan serveres som et mellommåltid eller som drikke til maten. Fordelene veier derfor opp for ulemper.