



**BACHELOROPPGAVE
VÅREN 2015**

**UNDERERNÆRING HOS
HJEMMEBOENDE PERSONER MED
MILD GRAD AV DEMENS**

**MALNUTRITION IN PEOPLE WITH
MILD DEGREE OF DEMENTIA LIVING
AT HOME**

Forfattere:
Heidi Schei Haugan
Astri Letnes Janson

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling helse, omsorg og sykepleie
Seksjon for sykepleie

Sammendrag

Tittel:	Underernæring hos hjemmeboende personer med mild grad av demens	Dato : 11.05.15
Deltakere:	Heidi Schei Haugan Astri Letnes Janson	
Veileder:	Tove Karin Vassbø	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Underernæring Demens Hjemmesykepleie	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg:	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell):
52 sider, 12 425 ord	0 vedlegg	Åpen
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Bakgrunn: Underernæring gir alvorlige konsekvenser for allmenntilstand og livskvalitet. Eldre hjemmeboende personer med demens er en særlig utsatt pasientgruppe. Norges politiske utvikling legger føringer for at flere eldre skal bo lenger hjemme. Dette krever tilrettelegging i hjemmet, blant annet i form av hjemmesykepleie.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan hjemmesykepleieren kan bidra til å sikre ernæringsbehovet hos hjemmeboende personer med mild grad av demens.</p> <p>Metode: En litteraturstudie ble brukt som metode, med søk i Ovid Nursing Database, Cinahl Complete, AgeLine og PubMed. I søket brukte vi søkeord gruppert etter pasientgruppe, arena, problem og tiltak. I analysen er Aveyards tematiske analyse (“thematic analysis”) anvendt.</p> <p>Resultat: Seks forskningsartikler ble inkludert, og analyse av resultatene resulterte i en modell, resultatmodellen. Den presenterer fire aspekter som påvirker ernæringsstatusen: pasienten, demensdiagnosen, pårørende og sykepleieren.</p> <p>Konklusjon: Sykepleieren kan bidra til å sikre ernæringsstatusen gjennom kartlegging, samarbeid med og veiledning av pårørende. Demenssykdommen vil kunne endre pasientens kostholdspreferanser, noe sykepleieren må være bevisst. Begrensende faktorer er tidspress i hjemmesykepleien og manglende kunnskap, rutiner, interesse og oppmerksomhet på området.</p>		

Abstract

Title:	Malnutrition in people with mild degree of dementia living at home	Date : 11.05.15
Participants:	Heidi Schei Haugan Astri Letnes Janson	
Supervisors:	Tove Karin Vassbø	
Employer:	_____	
Keywords (3-5)	Malnutrition Dementia Home health care	
Number of pages/words: 52 pages, 12 425 words	Number of appendix: 0 appendixes	Availability (open/confidential): Open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: Malnutrition has severe consequences for a person's quality of life and general well-being. Elderly persons with dementia living at home are a particularly vulnerable group of patients. Political regulations in Norway dictate that the elderly are to live at home for a longer period of time. This requires adaptations at home, including in the form of home health care.</p> <p>Aim: The aim of this literature review is to examine how home health care can help to ensure the nutritional needs of people with mild degree of dementia living at home.</p> <p>Method: Literature study, with searches in Ovid Nursing Database, Cinahl Complete, Ageline and PubMed. We used keywords grouped according to patient, arena, problem and intervention. Aveyard's thematic analysis is used in the analyze process.</p> <p>Results: Six articles were included. The analysis of these articles led to the result model. This model presents four aspects that affect the nutrition status: patient, the dementia diagnosis, next of kin and the nurse.</p> <p>Conclusion: To ensure that the nutritional needs are met, the nurse can map the patient, cooperate with and guide the next of kin. Dementia disease may change the patient's diet, something the nurse has to be conscious of. Limitations in home health care are the lack of time and knowledge, routines, interest and attention for malnutrition.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans	6
1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder	7
2 Bakgrunn	8
2.1 Ernæring	8
2.2 Årsaker til underernæring hos eldre	9
2.3 Demens.....	10
2.4 Hjemmesykepleie	10
2.5 Forebygging	11
2.6 Pårørende.....	11
2.7 Pasientsikkerhet.....	12
2.8 Oppgavens begrensninger	13
2.9 Personsentrert omsorg	13
2.10 Hensikt og problemstilling	14
3 Metode	15
3.1 Litteraturstudie som metode.....	15
3.2 Kritikk av litteraturstudie som metode.....	16
3.3 Litteratursøk	17
3.4 Forskningsetiske vurderinger	21
3.5 Analyse av artikler	22
4 Resultat	23
4.1 Presentasjon av utvalgte artikler	23
4.2 Analyse av resultat	29
4.2.1 Pasient	30
4.2.2 Pårørende.....	30
4.2.3 Demensdiagnose.....	30
4.2.4 Sykepleie	30
4.3 Resultatmodell.....	31
5 Drøfting	32
5.1 Drøfting av resultat.....	32
5.2 Kritisk vurdering av litteratur og metodisk drøfting	40
6 Konklusjon	44
7 Litteraturliste	45

Antall ord: 12 425

1 Innledning

Underernæring er et alvorlig problem blant eldre mennesker. Personer med demens trekkes frem av Helsedirektoratet (2009) som en særlig utsatt pasientgruppe. Med utgangspunkt i nasjonale retningslinjer lagt i stortingsmelding 47, samhandlingsreformen, er det et mål at flest mulig skal bo hjemme lengst mulig (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Kirkevold m fl (2010) hevder at halvparten av de demenssyke er i en tidlig fase av demensutviklingen, og vil dermed bo i sitt eget hjem. Her kan de være i risiko for å utvikle underernæring. Det er derfor interessant å undersøke underernæring som problemområde hos hjemmeboende personer med mild grad av demens.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En studie gjennomført i fire bydeler i Oslo viste at nær halvparten av de hjemmeboende demenssyke var underernærte eller var i risiko for underernæring (Rognstad m fl 2013). En tilsvarende studie fra Ullern og Bærum, publisert i 2003, viste at nærmere 46% av syke hjemmeboende eldre var underernærte (Sørbye 2003). Det er generelt store avvik i statistiske tall om underernæring, da de avhenger av hvilken gruppe som er undersøkt, hvilke metoder som er brukt og hvilke grenseverdier som er satt for å stille diagnosen. I noen studier diagnostiseres underernæring etter BMI-verdi, i andre etter ulike kartleggingsverktøy eller andre kriterier, noe som gir ulikt resultat. Det er også store forskjeller i hvilke pasientgrupper som er undersøkt, både i alder og funksjonsnivå. På bakgrunn av dette er det vanskelig å gi et eksakt tall for prevalensen av underernæring hos hjemmeboende eldre med demens.

For å ivareta pasientsikkerheten hos hjemmeboende personer med demens kreves det fokus på ernæringsarbeidet, da de er i risiko for å bli underernærte. For at pårørende ikke skal stå alene med omsorgsansvaret trekkes ofte hjemmesykepleien inn som en del av demensomsorgen til den hjemmeboende eldre. Dette krever tilstrekkelig kunnskap hos de ansatte for at kvaliteten på tjenesten som utføres skal være god, og for at pasientsikkerheten blir ivaretatt.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Virginia Henderson har gjennom sykepleierutdanningen blitt introdusert som en viktig bidragsyter for en definisjon av hva sykepleie er. Hun hevder at sykepleie har sine røtter i grunnleggende behov, og at en av sykepleiens generelle komponenter er “å hjelpe pasienten med å spise og drikke” (Henderson 1997, s. 27). Hun skriver: “Uansett på hvilken måte pasienten får næring i seg, er det sykepleieren som har ansvar for å bøte på appetittmangel og sørge for at hans næringstilførsel er tilstrekkelig” (s. 33). En annen viktig sykepleieteoretiker, Florence Nightingale (1984), skrev: “den som setter pasientens mat ved siden av ham og håper han vil spise etterhvert, forhindrer ganske enkelt at han får i seg mat i det hele tatt” (s. 68). Dette er spesielt aktuelt i en sykepleiers hverdag preget av tidspres.

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) presenterer syv funksjons- og ansvarsområder for sykepleie, og omfatter det følgende:

- “Helsefremming og forebygging
- Behandling
- Lindring
- Rehabilitering og habilitering
- Undervisning og veiledning
- Organisering, administrasjon og ledelse
- Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning” (s. 17).

Ernæring omfatter flere av de overnevnte funksjonsområdene, hvor fokuset i denne oppgaven ligger på helsefremming og forebygging, undervisning og veiledning og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning.

Det er omtrent 70 000 mennesker med demens i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b). Sykepleieren møter den demenssyke pasienten både i demensomsorgen og i andre deler av helsetjenesten, og tilstrekkelig kunnskap om ernæring vil være viktig. Samtidig vil andelen eldre øke når de store etterkrigskullene passerer pensjonsalderen (Statistisk sentralbyrå 2014). Dette vil igjen kunne føre til at antall eldre med demens øker, og ernæringsutfordringene som følger av dette.

1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder

Innenfor forskning i klinisk sykepleie har Høgskolen i Gjøvik tre fokusområder. Disse er utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet. Denne bacheloroppgaven kan relateres til “kvalitet i sykepleie”. Kvalitet i sykepleie er delt i to hovedområder: “pasienters behov og sikkerhet” og “personalets behov og sikkerhet”. I denne sammenheng er pasienters behov og sikkerhet det aktuelle området. Dette omhandler menneskers grunnleggende behov, kunnskapsutvikling rundt de grunnleggende behovene, samhandling og pasientsikkerhet (Foss 2014).

2 Bakgrunn

2.1 Ernæring

Helsedirektoratet (2012a) definerer ernæring som “Sammenhengen mellom mat, næringsstoffer og helse. [Ernæring] omfatter behovet for energi og hvordan næringsstoffene fordøyes og omsettes i kroppen” (s. 256). Henderson (1997) hevder at sykepleie handler om å hjelpe pasienten med å tilfredsstille de grunnleggende behovene når han eller hun ikke klarer dette selv. Dette gjelder dermed også ernæring. Helsedirektoratet (2012a) definerer underernæring som en “ernæringssituasjon der mangel på energi, proteiner og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og -funksjon samt klinisk resultat” (s. 257). I en veileder fra Sosial- og Helsedirektoratet(2006) hevdes det at “underernæring kan få alvorlige konsekvenser for pasientens allmentilstand og livskvalitet” (s. 13). Konsekvensene kan sees i den kliniske praksis, der pasienten selv ikke klarer å ivareta ernæring som et grunnleggende behov. Dette gjelder i all hovedsak den eldre pasienten. Mowé og Böhmer (1996) hevder i en eldre studie at de ser en sammenheng mellom innleggelse i sykehus og kostvaner hos eldre som appetitt, tannstatus, handling og tilberedning av mat. De viste at 43 % av eldre har dårlige kostvaner ved innleggelse i sykehus, sammenliknet med 15 % hos de hjemmeboende som ikke ble lagt inn i undersøkt periode. Mowé og Böhmer (1996) bekrefter dermed Sosial- og Helsedirektoratets (2006) påstand om at underernæring gir alvorlige konsekvenser for pasienten.

Chima m fl (1997) viser at underernærte pasienter har lengre sykehusopphold og koster dermed mer enn pasienter som ikke er underernærte. De underernærte pasientene hadde i mye høyere grad behov for hjemmesykepleie etter utskrivelse, og risikoen for gjeninnleggelse var betydelig større. Sosial- og helsedirektoratet (2008) utredet i 2008 potensialet for kostnadsbesparelser i forhold til forebygging og behandling av underernæring. De viste at staten vil kunne spare 242 millioner kroner per år ved å forebygge og behandle underernæring. Disse besparelsene gjelder hvis en ser bort fra de positive helseeffektene hos den enkelte pasient over tid. Dette er indisier for å fokusere på forebygging av underernæring i den kliniske praksis.

2.2 Årsaker til underernæring hos eldre

Underernæring kan være et symptom på en underliggende tilstand som påvirker appetitt, opptaket av næring og energiomsetning. Laake (2006) hevder at årsaker til vekttap og underernæring hos eldre er forankret i somatiske, alderspsykiatriske og sosiale forhold. Somatiske årsaker kan være gastrointestinale, betennelsestilstander, kreftsykdommer, tilstander med økt energibehov og andre tilstander som påvirker matinntaket eller energiomsetningen. Alderspsykiatriske forhold som kan påvirke ernæringstilstanden er demens, depresjon, psykoser og spiseforstyrrelser. “Mange symptomer som kan oppfattes som uttrykk for demens, kan være uttrykk for en depressiv lidelse og må møtes som det” (Mjørud m fl 2011, s. 185). Etter diagnosekriteriene for depressiv episode i ICD-10 (Helsedirektoratet 2011), vil en pasient med en depresjon vanligvis ha redusert appetitt. En depressiv episode sent i livet vil også øke risikoen for demens (Barnes m fl 2012). Depresjon som differensialdiagnose eller tilleggsdiagnose til demens kan komplisere vurderingen av den eldre pasienten. Sosiale forhold som kan føre til underernæring er sorgreaksjoner, praktiske problemer i hverdagen, dårlig økonomi, ensomhet, understimulering og mistriivsel (Laake 2006, Rocchiccioli og Sanford 2009). Mistriivsel som begrep (geriatric failure to thrive) beskriver en tilstand der de eldre er ute av stand til å trives i sine omgivelser. Hovedsymptomene er uforklarlig og ikke-planlagt vekttap, nedsatt appetitt, dårlig ernæringstilstand, depresjon og reduksjon i fysisk og/eller kognitiv funksjon (Rocchiccioli og Sanford 2009).

En del av aldringsprosessen er at smaks- og luktesansen minskes. Ikke bare vil den normale aldringsprosessen hemme smak- og luktesansen, men blant annet medisiner og spesielle sykdommer vil bidra til ytterligere svekkelse. Alzheimers sykdom trekkes spesielt frem, på grunn av sin påvirkning av nervesystemet. De eldre som har en begynnende demenssykdom vil i utgangspunktet ha en svekket smaks- og luktesans på grunn av alder, samt at de eldre med Alzheimers sykdom vil være ytterligere eksponert for underernæring gjennom de overnevnte prosessene (Schiffman 1997).

2.3 Demens

Demens er etter ICD-10 “et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis kronisk eller progressivt, der flere høyere kortikale funksjoner blir forstyrret, herunder hukommelse, tankeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læringskapasitet, språk og dømmekraft” (Helsedirektoratet 2011, s. 308). I det følgende omtales mild grad av demens som at sykdommen virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet, men det er ikke nødvendig med kontinuerlig tilsyn og pleie. Personer med demens har generelt problemer med å ivareta sin egenomsorg, og spesielt med tanke på ernæring. Pasientgruppen blir sterkt påvirket av samhandlingsreformen, da det fra nasjonale hold er ønsket at pasientene med mild grad av demens skal bo hjemme med tilsyn fra hjemmetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

2.4 Hjemmesykepleie

Etter at demensdiagnosen er stilt kobles ofte kommunehelsetjenesten inn i form av hjemmetjenesten. Innholdet i tjenestene som tilbys blir spesifisert i individuelle enkeltvedtak. Dette omfatter både praktisk bistand og hjemmesykepleie etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011), hos mennesker som bor i eget hjem eller i tilpassede boliger. Et fattet vedtak innebærer en forpliktelse overfor brukeren (Moland 1997). Enkeltvedtakene som utsendes kan påklages til den aktuelle kommunen. Vedtaket innebærer ofte at helsepersonell kommer inn i brukernes hjem og da blir hjemmet automatisk den ansattes arbeidsplass når brukere av hjemmetjenesten mottar hjelp. Dette omfattes av arbeidsmiljøloven (2005) §1-5, Arbeid i arbeidstakers og arbeidsgiver hjem. Ved å arbeide i andres hjem skal brukernes behov stå i sentrum samtidig som en skal ivareta sitt eget arbeidsmiljø. Hjemmetjenesten kommer inn i brukerens private hjem i de tilfellene enkeltpersoner og familier selv ikke kan utføre nødvendige oppgaver. Et eksempel kan være når brukeren ikke får oppfylt ernæring som grunnleggende behov. De som yter disse tjenestene er primært kommunalt ansatte. Undersøkelser viser at tidspress er en stor belastende faktor for de ansatte i hjemmetjenesten (Opinion AS 2003). Det er interessant å undersøke på hvilken måte pasientens ernæringsstatus vil kunne påvirkes som en konsekvens av at de ansatte i hjemmesykepleien opplever tidspress (Eek og Nygård 2009) (Arbeidstilsynet 2006).

2.5 Forebygging

Lee m fl (2013) forsøkte gjennom sin studie å undersøke effekten av å kartlegge pasienter for underernæring. Deretter ble eventuelt næringsdrikke satt inn som tiltak for å behandle de som er underernærte og i risiko for utvikling av underernæring. Resultatene av studien viste at mennesker som etter deres definisjon er underernærte, ikke hadde noen effekt av en intervensjon med nærings supplement. Derimot hadde pasientene i risikozonen for underernæring positive resultater av intervensjonen. Vi har allerede vist at det er en stor risiko for underernæring hos den eldre og demenssyke pasienten. Derfor vil det være naturlig og viktig å sette inn ressurser før underernæringen oppstår, i stedet for å behandle en allerede oppstått ernæringsvikt. Antonovsky (1996) hevder at en i all hovedsak skal fokusere på at god helse gir livskvalitet, og at en derfor skal drive forebyggende helsearbeid. Han mener at en er mer opptatt av å behandle sykdom og konsekvenser av livsstil, enn å forebygge de aktuelle sykdommene.

2.6 Pårørende

I arbeidet med mennesker med en demenssykdom er pårørende viktige bidragsytere. Da over 70 000 mennesker i Norge er rammet av demens, vil cirka 300 000 nære pårørende være berørt (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2014). Flere stortingsmeldinger (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a, Helse- og omsorgsdepartementet 2013a) legger opp til at pårørende skal møtes som ressurspersoner og at det skal legges til rette for et godt samarbeid med helsetjenesten. Jakobsen og Homelien (2011) skriver at “det er gjerne pårørende som representerer kontinuitet i livet til den syke” (s.108). Derfor er det viktig for sykepleieren å ivareta pårørende som en del av omsorgen til den syke. “Pårørende har behov for hjelp og støtte for å mestre de psykiske, fysiske og sosiale belastningene som demenssykdom hos nære familiemedlemmer fører med seg” (Jakobsen og Homelien 2011, s. 109). En del av sykepleien til personer med demens blir å ivareta de pårørende, slik at de føler at de blir sett og ikke står alene med omsorgsansvaret. Pasienter som ikke har pårørende eller tilstedeværende pårørende vil gi en ekstra utfordring for helsevesenet når det gjelder å skape kontinuitet. Dette kan gi utslag i grunnleggende behov, for eksempel ernæring.

2.7 Pasientsikkerhet

Etter helsepersonelloven § 4, første ledd, (1999) skal helsepersonell "(...) utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig." Dette handler om pasientsikkerhet i form av at helsepersonell skal gi faglig forsvarlig hjelp. I møte med den demenssyke med svekket egenomsorg og ernæringsstatus, vil en forebyggende holdning i forhold til ernæring være lik faglig forsvarlig hjelp. Forebygging handler om pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet. Fra nasjonale retningslinjer sier Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) at "Kunnskaps- og kompetanseheving skal være en kontinuerlig prosess for å sikre forsvarlighet i pasientbehandlingen" (s. 117). Helse- og omsorgsdepartementet anerkjenner altså at pasientsikkerheten styrkes av økt kunnskap. I helse- og omsorgstjenesteloven § 4 - 1 (2011) står det at "Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige." Videre skal kommunen tilrettelegge slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. Videre står det i Helse- og omsorgstjenesteloven § 4 - 2 (2011) at "enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet." Det er altså hjemlet i lov at helsepersonell ansatt i kommunehelsetjenesten skal jobbe for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

I stortingsmelding 10, god kvalitet - trygge tjenester, skriver helse- og omsorgsdepartementet (2013b) at kvalitet er verdiladet og subjektivt og er derfor vanskelig å måle. Videre hevdes det at "kvalitet handler ikke bare om effekten av behandlingen, men om verdighet, syn på livet, nærhet til hjem og pårørende, risiko for skade og andre utilsiktede virkninger, og ulike behandlingsmuligheter" (s. 11). De presenterer norsk standards definisjon på kvalitet, og det er også definisjonen som vil bli brukt i denne bacheloroppgaven. Norsk Standardiseringsforbund (2007) definerer kvalitet som "i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav" (s. 4). Vi ser en sammenheng mellom kvalitet og pasientsikkerhet, da det er lovpålagt at helsepersonell skal utøve helsehjelp som er faglig forsvarlig. Økt kunnskap styrker kvaliteten gjennom økt faglig forsvarlighet, og pasientsikkerheten styrkes som en konsekvens av faglig forsvarlig utøvelse av sykepleie.

2.8 Oppgavens begrensninger

Vi ønsker ikke i denne bacheloroppgaven å skille på de ulike årsakene til demens. Det blir ikke lagt vekt på religiøse og kulturelle kostholdshensyn som kan påvirke den eldres ernæringsstatus. Vi har ikke tatt hensyn til andre tilleggssykdommer med kostholdsrestriksjoner, eksempelvis diabetes, matintoleranser samt sykdommer med drikkerestriksjoner. Fysiske funksjonsvansker, medisiner og annen behandling som påvirker matinntaket, nedsatt syn eller håndmotorikk, nedsatt munn- og tannhelse, tygge- eller svelgevansker er også tilstander vi vil se bort fra. Vi velger også å se bort fra enteral- og parenteral ernæring som livsforlengende behandling, da dette ikke vil være relevant for oppgaven. Det blir fokusert på begynnelsen av demenssykdommen, og det vil ikke være aktuelt å diskutere den terminale fasen. Oppgaven vil ikke ta for seg alvorlig demens eller personer med demens i andre arenaer enn sitt eget hjem. Relasjonen mellom den enkelte sykepleier og pasient vil ikke legges vekt på. Dette gjelder også sykepleierens kommunikative ferdigheter.

2.9 Personsentrert omsorg

En viktig bidragsyter for å etablere en personsentrert demensomsorg er den engelske psykologen Tom Kitwood. Perspektivet formuleres av Rokstad (2009) på følgende måte: “Gjennom bevisst og kritisk vurdering av den omsorgskulturen vi er en del av, har vi mulighet til å utvikle en alternativ holdning til personer med demens som setter den enkeltes behov i forgrunnen” (s. 70). Kitwood ønsket å endre demensomsorgen ved at det skal legges vekt på den enkeltes opplevelse og håndtering av sitt liv med demens, og at fokuset ikke skal være på sykdommen. Det vil her være viktig at sykepleieren ser personens identitet og ikke diagnosen for å kunne ivareta pasientens ernæringsstatus. For å utvide synet på demens, trekkes fem hovedelementer frem som et resultat av demensbildet hos den enkelte person; en kombinasjon mellom personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi (Kitwood 1997).

For at en skal kunne møte de utfordringen demenssykdommen medfører innebærer dette at:

- “vi ser hele mennesket
- vi legger til rette for at pasienten skal kunne bruke sine ressurser maksimalt
- vi legger til rette for at pasienter skal kunne opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig
- vi respekterer pasientens identitet på ethvert tidspunkt i demensforløpet” (Rokstad 2009).

2.10 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse hvorvidt sykepleieren kan forebygge, bidra til å redusere og risikovurdere underernæring hos mennesker med mild grad av demens. Vi vil ved å se på forskningsartikler som belyser temaet, undersøke hvilke faktorer som påvirker og som kan hindre nedsatt livskvalitet og helsemessige utfordringer på grunn av underernæring. Det ble et viktig argument å legge vårt fokus mot hjemmesituasjonen og personer med mild grad av demens, med bakgrunn i Lee m fl (2013) sin studie. Dette er bakgrunnen for følgende problemstilling:

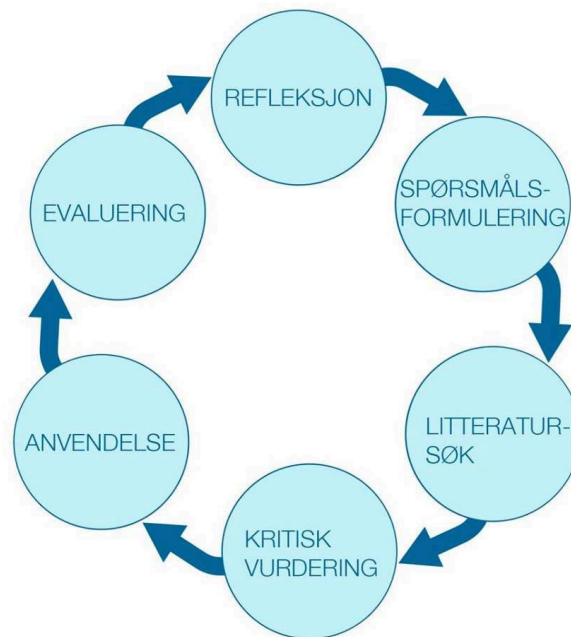
Hvordan kan hjemmesykepleieren bidra til å sikre ernæringsbehovet hos hjemmeboende personer med mild grad av demens?

3 Metode

Aubert (1985) definerer metode som “en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med til arsenalet av metoder” (s. 196). Ut fra bacheloroppgavens rammer skal en litteraturstudie brukes som metode.

3.1 Litteraturstudie som metode

Aveyard (2014) definerer en litteraturstudie som en omfattende studie og tolkning av litteratur relatert til et tema. Litteraturstudien har et definert forskningsspørsmål som besvares gjennom en forhåndsdefinert metodikk: søk etter relevant litteratur, vurdering og evaluering av litteraturen, samt sammenfatting av resultatene (Aveyard 2014). En litteraturstudie gjøres altså for å systematisere kunnskap og for å få en oversikt over et tema. Litteraturstudien kan også være starten på et forskningsprosjekt (Støren 2010). En tar ikke sikte på å fremskaffe ny kunnskap, men nye erkjennelser kan komme frem når kunnskap som er beskrevet bitvis, sammenfattes (Magnus og Bakketeig 2000). Innen helsefagene er det spesielt aktuelt å sammenfatte forskning da sammenfatningen av en gruppe studier kan føre til mer overbevisende og bruksnyttige resultater enn en enkelt studie alene (Aveyard 2014). Helsefagene skal være kunnskapsbaserte, det vil si at pålitelig og aktuell forskning skal ligge til grunn for avgjørelser i pleien av den enkelte pasient (Aveyard 2014). Kunnskapsbasert praksis defineres av Nortvedt m fl (2012) som “å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen” (s. 17). Følgende modell er laget etter inspirasjon fra Nortvedt m fl (2012) sine trinn mot kunnskapsbasert praksis. Undervisningsplanen gir retningslinjer for denne bacheloroppgaven, og modellen følger dens oppbygning mot kunnskapsutvikling. På veien mot kunnskapsbasert praksis blir denne oppgaven en del av en forskningsbaserte kunnskapen.



Figur 1

I den kliniske praksis vil sykepleierens erfaringer kunne føre til en refleksjon rundt fagkunnskapen en har. Et spørsmål utarbeides der kunnskapen er manglende. Forskningsspørsmålet besvares gjennom et litteratursøk med kritisk vurdering av kildene, og vurdering av relevans for anvendelse i praksis. Deretter evalueres den nye fagkunnskapen, og en vil igjen reflektere over flere aspekter ved det originale forskningsspørsmålet. Dette er en kontinuerlig prosess og “resultatet blir utvikling av personlig kunnskap og økt klinisk kompetanse som sykepleier” (Kristoffersen 2011).

3.2 Kritikk av litteraturstudie som metode

Ved sammenfatning av allerede eksisterende forskning kan selve utvelgelsen av forskningsstudier være en utfordring. En god litteraturstudie gir en systematisk oversikt over temaet, og underbygger dermed ikke kun ens eget synpunkt (Aveyard 2014). Siden den eksisterende forskningen tolkes og bearbeides må en være kritisk i lesingen av en litteraturstudie, da forfatteren kan prioritere eller nedprioritere forskning avhengig av resultat.

3.3 Litteratursøk

Polit og Beck (2012) viser til tre fremgangsmåter for et litteratursøk til en litteraturstudie. Den første er å benytte relevante søkeord i databaser for å finne artikler som er publisert innenfor et ønsket emne. Den andre strategien handler om å finne sitert litteratur i den litteraturen som leses, for å finne primærkilden. Primærkilder er førstehåndsrapporter om fakta eller funn. Innen forskning menes artikler publisert av forfatteren som opprinnelig utførte studien. Sekundærkilde er en beskrivelse av en studie som er gjennomført av noen andre enn forfatteren (Polit og Beck 2014). Den tredje strategien handler om å finne tidligere studier som er sitert i nyere studier og dernest lese disse. Polit og Beck (2012) hevder at de første to strategiene er tilstrekkelige i de fleste situasjoner, noe som også er tilfellet i vårt litteratursøk.

Polit og Beck (2012) sin andre strategi ble en del av vårt ustrukturerte søk som dannet grunnlaget for bakgrunnskapittelet. Etter ustrukturerte søk til bakgrunnskapittelet begynte vi et strukturert søk med Polit og Beck (2012) sin første strategi, å identifisere og benytte relevante søkeord i aktuelle databaser. Det ble funnet relevante søkeord ved å identifisere kjerneord, samt funnet inspirasjon til søkeord i sekundærlitteratur. Søkeordene ble gruppert etter pasient, arena, problem og tiltak:

PASIENT	ARENA	PROBLEM	TILTAK
Dementia, Cognitive impairment, Alzheimers disease, Aged	Home health care, Community home nursing, Home nursing, Nursing home	Nutrition, Nutritional routines, Malnutrition, Nutrition disorder	Intervention, Screening

Vi brukte databasene Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL Complete), Ovid Nursing Database, Ageline og PubMed. Søket foregikk mellom januar og april 2015. Aveyard (2014) hevder at CINAHL er en god start for å søke til en litteraturstudie. CINAHL dekker en stort rekke internasjonale publiserte tidsskriftsartikler om sykepleie. Etter søk i CINAHL flyttet vi søket til andre sykepleiefaglige databaser, Ovid Nursing Database, Ageline og PubMed.

Med problemstillingen som grunnlag utarbeidet vi inklusjons- og eksklusjonskriterier for å begrense søkingen. Ved å identifisere inklusjons- og eksklusjonskriterier vil en klare å holde fokus i litteraturstudien og holde seg innenfor det aktuelle temaet (Aveyard 2014). Fordi mengden informasjon på internett gir nesten ubegrensede muligheter er det viktig å ha inklusjons- og eksklusjonskriterier (Dalland 2012).

Vi valgte følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier for vårt søk:

INKLUSJONSKRITERIE	EKSKLUSJONSKRITERIE
Empirisk forskning	Litteraturstudie
Utgitt etter 2005	Utgitt før 2005
Studien omhandler minst to av de følgende: pasient, arena, problem, tiltak	Studien omhandler færre enn to av de følgende: pasient, arena, problem, tiltak
Utgitt på engelsk eller et skandinavisk språk	Utgitt på andre språk
Har IMRaD-struktur	Har ikke IMRaD-struktur
Er fagfellevurdert	Er ikke fagfellevurdert
Er utgitt i et tidsskrift med nivå 1 eller 2	Er utgitt i et tidsskrift uten nivåpoeng
Resultatene er overførbare til norske kulturgeografiske og sosioøkonomiske forhold	Resultatene er ikke overførbare
Tilgjengelig gjennom bibliotekets databaser	Ikke tilgjengelig gjennom bibliotekets databaser

I den følgende litteraturstudien har fokuset vært på empirisk forskning. Empirisk forskning er det motsatte av teoretisk forskning. Forskningen er basert på observasjon eller et eksperiment (Aveyard 2014). Det var ikke relevant å inkludere andre litteraturstudier som et ledd i denne litteraturstudien. Søkeordene omhandlet i hovedsak pasient og problem, og det ble lagt lite fokus på arena. Dette til tross for at vår problemstilling foregår i hjemmet. Der studiene ikke foregår i hjemmet ble resultatenes overføringsverdi lagt vekt på. I noen av søkene ble det brukt søkeord som omhandler tiltak, for å få flere perspektiver på temaet.

Det ble viktig å velge studier fra land hvor de kulturgeografiske og sosioøkonomiske forholdene er overførbare til et norsk helsevesen, eller at studien hadde resultater der dette har liten relevans. Valgt forskning er fra de siste 10 årene, da dette gir oppdaterte resultater. Mange forskningsartikler følger en konvensjonell organisering kalt IMRaD format. Dette formatet innebærer et organisert materiale delt inn i fire hoveddeler; Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon (Polit og Beck 2014). For å sikre gode artikler med troverdig forskning ble kun studier med IMRaD-struktur inkludert, som er fagfellevurdert og utgitt i et tidsskrift med nivå 1 eller 2. At en forskningsartikkel er fagfellevurdert betyr at de blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet før de publiseres i et vitenskapelig tidsskrift (Dalland 2012).

I det følgende presenteres et søkedokumentasjonsskjema som viser søkeordene og databasene som ble brukt for å finne utvalgte artikler.

CINAHL COMPLETE			
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt artikkel
1. Nutritional routines 2. Screening	1 AND 2	3	Mowé m fl (2006) Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in scandinavia: a questionnaire based survey. I: <i>Clinical Nutrition</i> , 25 (3), s. 524 - 532.

OVID NURSING DATABASE			
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt artikkel
1. Aged 2. Dementia 3. Nutrition disorders 4. Nursing home	1 AND 2 AND 3 AND 4	32	Allen V.J., L. Methven, M. Gosney (2014) Impact of serving method on the consumption of nutritional supplement drinks: randomized trial in older adults with impairment. I: <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 70 (6). S. 1323-33

AGELINE

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt artikkel
1. Dementia 2. Cognitive impairment 3. Alzheimers disease 4. Nutrition 5. Malnutrition 6. Intervention 7. Home health care 8. Community home nursing 9. Home nursing	(1 OR 2 OR 3) AND (4 OR 5) AND 6	40	Irving, F. I. m fl (2009) Omega-3 Fatty Acid Supplementation Effects on Weight and Appetite in Patients with Alzheimer's Disease: The Omega-3 Alzheimer's Disease Study. I: <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> . 57 (1). S. 11-17
	(1 OR 2 OR 3) AND 4 AND (7 OR 8 OR 9)	35	Lopez, R. P. Og E. J. Amella (2011) Time travel: the lived experience of providing feeding assistance to a family member with dementia. I: <i>Research in Gerontological Nursing</i> . 4 (2). S. 127-134. Greenwood, C. E. m fl (2005) Behavioral Disturbances, Not Cognitive Deterioration, Are Associated With Altered Food Selection in Seniors With Alzheimer's Disease. I: <i>Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences</i> . 60 (4). S. 499-505

PUBMED

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt artikkel
1. Dementia 2. Aged 3. Malnutrition 4. Home health care	1 AND 2 AND 3 AND 4	30	Isaia m fl (2011) malnutrition in an elderly demented population living at home. I: <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 53 (3), s. 249-251

3.4 Forskningsetiske vurderinger

Brinchmann (2012) definerer etikk som “teori om moral” (s. 17), hvor moral defineres etter Tranøys definisjon som “regler eller retningslinjer for hva som er rett og galt, godt eller dårlig i det praktiske liv, og særlig i forhold til andre mennesker” (s. 16). Etske overveielser handler ikke bare om å følge regler, men om å tenke gjennom hvilke etske utfordringer arbeidet vårt medfører og hvordan dette kan håndteres (Dalland 2012). Etske spørsmål reises i møte med sårbare grupper, deriblant personer med demens, for eksempel når det gjelder krav om samtykke.

Forskning i Norge reguleres av lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven 2008). I § 22 står det at “før forskning på mennesker gjennomføres skal det gjøres en grundig vurdering av risiko og belastning for deltakerne.” I helseforskningsloven (2008) står det at et informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart samtykke skal foreligge før forskningen gjennomføres. I møte med personer uten samtykkekompetanse (for eksempel mange personer med demens) skal følgende vilkår etter § 18 være oppfylt:

- a. “Eventuell risiko eller ulempe for personen er ubetydelig,
- b. Personen selv ikke motsetter seg det, og
- c. Det er grunn til å anta at resultatene av forskningen kan være til nytte for den aktuelle personen eller for andre personer med samme aldersspesifikke lidelse, sykdom, skade eller tilstand” (Helseforskningsloven 2008).

I mange land er det utnevnt komiteer for å sikre at forskningen som utøves er forsvarlig. I Norge drives regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) etter oppnevning fra Kunnskapsdepartementet. Deres arbeidsoppgaver består i å vurdere forsvarlighet i forskning, vurdere nytte og risiko opp mot hverandre og vurdere om personvernet er siket (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk 2015). Internasjonalt er Helsinkideklarasjonen av stor betydning, og ifølge Førde (2014) kan ingen som arbeider med forskningsetikk unngå å forholde seg til den. Den inneholder anbefalte etske retningslinjer for forskning som omfatter mennesker. Et viktig prinsipp som Helsinkideklarasjonen fremmer er at “hensynet til individet skal alltid gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnytt” (Brinchmann 2012, s. 210).

3.5 Analyse av artikler

Aveyard (2014) beskriver tre typer analyser som kan brukes i en litteraturstudie: metaanalyse, metaantografi og metastudie. Disse metodene har sin begrensning i at alle utvalgte studier som skal analyseres enten må være kvalitative eller kvantitative. Kvantitativ metode innebærer bruk av tall i datasamlingen. Tradisjonelt er det ingen innblanding mellom forsker og deltaker, og forskeren kan i prinsippet sitte bak en glassvegg. Kvantitative studier har en tendens til å involvere mange deltakere, og resultatene kan derfor ofte være overførbare i større grad enn resultatene fra kvalitative studier. Kvalitative studier forsøker å finne en inngående forståelse av årsakene til og betydninger av menneskelig atferd. Det er svært lite bruk av statistikk, og resultatene er beskrivende og fortolkende (Aveyard 2014). De overnevnte analyseverktøyene blir derfor ikke relevant i denne bacheloroppgaven, da våre inklusjons- og eksklusjonskriterier ikke gir retningslinjer for studienes metode. Aveyard (2014) beskriver en metode som kan brukes når metoden i utvalgte studier er ulik, kalt tematisk analyse. Denne fremgangsmåten tar utgangspunkt i å sammenfatte utvalgte studier ved hjelp av temaer. Disse temaene identifiseres ved at studienes resultater grupperes, og deretter sammenliknes og sammenfattes. Temaene skal kunne kobles til problemstillingen, og dermed vise en bredere forståelse for hovedtemaet. Aveyard (2014) foreslår å identifisere temaene ved hjelp av en gitt matrise og et gitt skjema. Vi vil gjøre dette ved hjelp av tankekart, da vi foretrekker å samle temaene slik at vi ser det visuelt. Tankekartet vil ikke presenteres i bacheloroppgaven, men resultatet av tankekartet vil gi overskriftene som presenteres i analysedelen. Videre foreslår Aveyard (2014) å sammenfatte studienes informasjon kort i et skjema med følgende kolonner: referanse, hensikt, design, resultat og kritisk vurdering. Deretter skal studienes resultater utdypes i analysedelen. I denne bacheloroppgaven blir et liknende skjema brukt, men hver artikkel vil bli nøyere gjennomgått, og derfor vil det presenteres lite av resultatene i analysedelen. Denne fremgangsmåten er valgt, da dette gir en tydelig analyse. Det er enklere for leser å sette seg grundig inn i hver artikkel, samt å følge den påfølgende analysen. Det vil presenteres en metodetabell for å gi en oversiktlig framstilling av de ulike metodene som er brukt.

4 Resultat

I det følgende vil de seks utvalgte forskningsartiklene presenteres i en oversiktlig matrise. Her presenteres referanse, hensikt, metode, resultat og egne kommentarer beskrives. Etter presentasjon av forskningsartiklene vil en metodetabell presenteres og resultatene grupperes og analyseres.

4.1 Presentasjon av utvalgte artikler

Referanse	Isaia, G. m fl (2011) malnutrition in an elderly demented population living at home. I: <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 53 (3), s. 249-251
Hensikt	Studiens hensikt er å belyse risiko for underernæring hos 130 hjemmeboende personer med demens.
Metode	<p>Inklusjonskriterier: pasienten har en kognitiv svikt, fravær av komatøse tilstander og fravær av systemiske sykdommer som kan føre til demens.</p> <p>Eksklusjonskriterier: pasienter med under 800 dollar inntekt pr måned, pasienter med svelgevansker og som får parenteral ernæring.</p> <p>Deltakerne ble valgt ut gjennom et opphold på en demensklinikk. I løpet av fem måneder ble 177 pasienter med ulik grad av kognitiv svikt spurt om å delta i studien. 130 deltakere aksepterte deltakelse. De utvalgte deltakerne ble kartlagt i forhold til demografi, tidligere og aktuelle kliniske data og sosioøkonomisk status. Deltakernes ernæringsstatus ble kartlagt etter Mini Nutritional Assessment (MNA). Den kognitive statusen ble evaluert etter Neuropsychiatric Inventory (NPI) og Mini-mental State Examination (MMSE). Resultatet av disse kartleggingsverktøyene ble sammenfattet gjennom en statistisk analyse.</p>
Resultat	Pasienter med mild kognitiv svikt hadde høyest MNA score, og pasienter med adferdsforstyrrelser, hallusinasjoner og med depresjon var mer utsatt for underernæring. Pasientene med betalt hjelp (hjemmesykepleie) hadde lavere ernæringsstatus enn pasienter med primært hjelp fra pårørende.
Egne kommentarer	<p>Studien viser at betalt hjelp forsømmer pasientene i større grad enn pårørende med tanke på ernæring. Dette kan relateres til det norske systemet hvor betalt hjelp henviser til tjenestene kommunen kjøper til sine borgere, ikke hjemmesykepleie organisert av det private næringsliv. Dette kan være påvirket av pasientens relasjon til vedkommende og at pårørende kjenner pasientens ernæringsrutiner.</p> <p>Studien er relevant for vår problemstilling da den bekrefter at pårørende er en viktig bidragsyter for god ernæringsstatus hos den hjemmeboende pasienten med demens. Studien identifiserer også et symptombilde som gir ytterligere risiko for underernæring.</p>

Referanse	Irving, G. F. m fl (2009) Omega-3 fatty acid supplementation effects on weight and appetite in patients with alzheimer's disease: the omega-3 alzheimer's disease study. I: <i>The American Geriatrics Society</i> , 57 (1), s. 11 - 17
Hensikt	Hensikten med studien er å evaluere effekten av omega-3-fettsyre-tilskudd på vekt, appetitt og andre ernæringsparametre hos pasienter med mild til moderat Alzheimers sykdom. I tillegg blir viktigheten av inflammasjon og APOE e4-genet på pasientens vekt evaluert.
Metode	<p>Inklusjonskriterier: pasientene har en Alzheimers diagnose med Mini Mental Status (MMS) score mellom 15 og 30, de bor hjemme, de har blitt behandlet med antikolinesterase (AChEIs) i minst tre måneder før studien startet og fortsetter med disse under studien.</p> <p>Eksklusjonskriterier: pasientene blir behandlet med NSAIDS, antikoagulantia, allerede eksisterende omega-3-behandling, de misbruker alkohol, lider av en annen alvorlig diagnose eller at de ikke har pårørende.</p> <p>204 pasienter med mild til moderat Alzheimers sykdom ble inkludert og 174 fullførte studien. Deltagerene ble delt inn i to grupper; en intervensjonsgruppe og en placebogruppe. Intervensjonsgruppen ble gitt dokosaheksaensyre (DHA, en omega-3 fettsyre) og Eikosapentaensyre (EPA, en omega 3-fettsyre) i 12 måneder. Placebogruppen fikk linolsyre (en omega-6 fettsyre) i 6 måneder, og deretter DHA og EPA i 6 måneder.</p>
Resultat	Deltakerne i intervensjonsgruppen viste vektøkning ved både 6 mnd. og 12 mnd. Placebogruppen hadde ingen vektøkning ved 6 mnd. (etter å ha blitt gitt omega-6-tilskudd) men vektøkning ved 12 mnd. (etter å ha blitt gitt omega-3-tilskudd). Appetitten syntes å øke, men dette kunne ikke måles. Studien bekrefter tidligere antakelser om at DHA har betydning for kognitiv funksjon. Å ikke bære Apolipoprotein E og høy plasmakonsentrasjon av DHA var assosiert med vektøkning.
Egne kommentarer	<p>Studien viser at omega-3-tilskudd kan ha en positiv effekt på pasientens ernæringsstatus. En begrensning med studien er at kostvaner ikke er registrert. Det ble likevel presisert overfor pårørende at kostvaner ikke skulle endres. Styrken er at det er mange deltakere over lang tid, og at etter innføring av omega-3-tilskudd hos placebogruppen endret resultatene seg.</p> <p>Til vår problemstilling er studien relevant da den viser hvordan tilskudd av omega-3 kan påvirke ernæringsstatus og appetitt hos pasienter med Alzheimers sykdom. I hjemmesykepleien er dette et enkelt og billig tiltak for å fremme ernæringsstatusen til denne pasientgruppen. Studien er gjennomført i Sverige. Ut fra dette kan vi si at pasientene har overførbare kostvaner.</p>

Referanse	Allen, V. J., L. Methven og M. Gosney (2013) Impact of serving method on the consumption of nutritional supplement drinks: randomized trial in older adults with cognitive impairment. I: <i>Journal of Advanced Nursing</i> 70(6), s. 1323-1233
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke i hvilken grad serveringsmetode av næringsdrikke påvirker hvor mye pasienter med demens drikker.
Metode	<p>Inklusjonskriterier: pasientene har en demenssykdom og er over 65 år.</p> <p>Eksklusjonskriterier: ustabil diabetes mellitus, i utredning for diabetes mellitus, har svelgevansker som krever fortykningsmidler, er laktoseintolerant, har cøliaki, har allergi for noen av innholdstoffene i drikkene, er i dellir eller har væskebegrensning på mindre enn 1 liter per dag.</p> <p>31 deltakere med demens og mild kognitiv svikt ble rekruttert fra sykehjem og 14 fra sykehus. Alle deltakerne i studien var underernærte eller i fare for å bli underernærte. Informasjon om studien ble sendt til avdelingsleder, som introduserte den til pasienter og pårørende. Deltakerne fikk næringsdrikke servert i glass eller fra originalforpakning, med gjennomgående lik serveringsmetode mens studien foregikk. Servering i originalforpakning innebar at deltagerene måtte drikke fra sugerør. De som drakk av glass skulle drikke på samme måte som de var vant med fra tidligere, enten med sugerør eller ikke. De ansatte skulle servere næringsdrikker tre ganger daglig på vekslende dager i en uke. Mengden næringsdrikke som var igjen etter at pasienten hadde drukket ble veid og registrert.</p>
Resultat	Det ble vist at pasienter som fikk servert drikken i glass drakk mer enn de som drakk næringsdrikken fra sugerør i originalforpakningen. Dette har sammenheng med at dagens eldre ofte ikke er vant til å drikke med sugerør og bruker leppemuskler som er uvant. Det ble vist at næringsdrikke gitt på formiddagen førte til at pasientene spiste mindre til lunsj, spesielt de med lav BMI.
Egne kommentarer	<p>Assosiasjoner kan ha stor betydning for demenspasienter. Studien viste at pasientene som fikk drikken servert på samme måte som de var vant til, drakk mer. Denne studien viser at kjente rutiner også har stor innvirkning på næringsinntaket.</p> <p>Til vår problemstilling er studien relevant da den viser at det er viktig å tilrettelegge måltider slik personen med demens er kjent med. Dette øker næringsinntaket og blir dermed en billig investering for pasientens helse og livskvalitet.</p>

Referanse	Mowé, M. m fl (2006) Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in scandinavia: a questionnaire based survey. I: <i>Clinical Nutrition</i> , 25 (3), s. 524 - 532.
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke hvorvidt European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPENs) standard for ernæring blir gjennomført i den kliniske praksis i Skandinaviske sykehus. Dette innebærer blant annet ernæringskartlegging av alle pasienter og tiltak for pasienter i risikogruppen.
Metode	Et flervalgsspørreskjema om ernæring, holdninger og rutiner ble sent til 6000 sykepleiere og 6000 leger, i tillegg til alle kliniske ernæringsfysiologer som var ansatt ved sykehus i Danmark, Sverige og Norge. Deltagerene jobber i avdelinger der underernæring er et vanlig problem (indremedisin, medisinsk gastroavdeling, kreftavdeling, generell kirurgi, gastrokirurgi, ortopedi og anestesi). Flervalgsørreskjemaet inneholdt 61 spørsmål, 68 påstander og seks demografiske spørsmål. 4512 (1753 leger og 2759 sykepleiere) besvarte spørreskjemaet. Responsraten var 37%.
Resultat	<p>Studien viste følgende resultater om ernæring, holdninger og rutiner blant helsepersonell i Skandinavia:</p> <p>Viktigheten av ernæringskartlegging:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Danmark: 92 % • Sverige: 88 % • Norge: 88 % <p>Utført ernæringskartlegging:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Danmark: 40 % • Sverige: 21 % • Norge: 16 % <p>Viktigheten av dokumentasjon av næringsinntak hos pasienter i risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Danmark: 97 % • Sverige: 95 % • Norge: 97 % <p>Utført dokumentasjon av næringsinntak hos pasienter i risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Danmark: 46 % • Sverige: 37 % • Norge: 22 %
Egne kommentarer	Studien har en relativt lav responsrate, og sykepleierne og legene som er spurt jobber i avdelinger hvor underernæring er en forventet problemstilling. En kan anta at de spurte deltakerne er mer interessert i ernæring enn de som ikke ble spurt, eller de som ikke svarte. I Sverige og Danmark er det et større akademisk fokus på ernæring. Dette gir ernæring et tydeligere fokus i utdanningsinstitusjonene, og er dermed mer fokusert på hos utdannede sykepleiere/leger. Til vår problemstilling er studien relevant da den tar opp at sykepleiere og leger synes ernæring er viktig, men setter ikke i gang tilstrekkelige tiltak i den kliniske praksis.

Referanse	Greenwood, C. E. m fl (2005) Behavioral Disturbances, not cognitive deterioration, are associated with altered food selection in seniors with alzheimer's disease. I: <i>Journal of Gerontology: Medical Sciences</i> , 60 (4), s. 499 - 505.
Hensikt	Studien forsøker å undersøke endrede kostvaner hos pasienter med Alzheimers sykdom og sammenhengen mellom innholdet av næringsstoffer i maten (proteiner, karbohydrater og fett) med mål på funksjonelle og atferdsmessige tap.
Metode	<p>Inklusjonskriterier: Trolig Alzheimers sykdom, evnen til å spise selv eller med minimal assistanse og får all næring oralt.</p> <p>Eksklusjonskriterier: sykdom som påvirker ernærings situasjonen, ernæringsrestriksjoner, svelgevansker og akutt sykdom. Pasienter med depresjon som tilleggsdiagnose ble ikke ekskludert.</p> <p>Matinntaket til deltakerne ble observert i 91 dager, inndelt i fem faser. Disse resultatene ble sammenfattet med kartlegging av kognitiv og atferdsmessig funksjon gjennom ulike verktøy. Deltakernes kognitive funksjon ble kartlagt etter Global Deterioration Scale (GDS) og Severe Impairment Battery (SIB). Eventuelle atferdsforstyrrelser ble kartlagt etter Neuropsychiatric Inventory (NPI) og London Psychogeriatric Rating Scale (LPRS)</p>
Resultat	<p>Pasientene hadde endret næringsinntak i forhold til friske, med større inntak av karbohydrater og lavere inntak av proteiner. Dette var spesielt aktuelt hos pasienter med symptomene irritabilitet, agitasjon og lav impuls kontroll.</p> <p>Pasientene med dette symptombildet blir dermed ekstra utsatt for proteinunderernæring. Apetitthemmende eller appetittfremmende medisiner hadde ingen påvirkning.</p>
Egne kommentarer	<p>Studien viser at pasienter med spesielle symptombilder har større risiko for proteinunderernæring, og konsekvensene som følger av dette. Pasienter med depresjon som tilleggsdiagnose ble ikke ekskludert fra studien. Som nevnt tidligere kan redusert matlyst komme som en konsekvens av depresjon. Det vil derfor være vanskelig å skille underernæring som følge av demenssykdommen eller som følge av depresjon.</p> <p>Studien er relevant for vår problemstilling fordi sykepleieren må ha et bevisst forhold til at kostvanene til pasienter med Alzheimers sykdom endres, og at de er spesielt utsatt for proteinunderernæring. Enkelte symptombilder må en være oppmerksom på da pasientene statistisk sett spiser for lite proteiner.</p>

Referanse	Lopez, R. P. og E. J. Amella (2011) The Lived Experience of Providing Feeding Assistance to a Family Member with Dementia. I: <i>Research in Gerontological Nursing</i> , 4 (2), s. 127 - 134.
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke erfaringene til pårørende som assisterer pasienter med alvorlig demens i matsituasjonen.
Metode	<p>Pårørende til personer med demens som bodde både på sykehjem og i sitt eget hjem, ble inkludert.</p> <p>Inklusjonskriterier for pårørende til hjemmeboende personer med demens: Deltakeren er primærpårørende til pasienten og tilbringer minst 4 timer med pasienten hver dag, pasienten bor hjemme, men kan delta på dagsenter, pasienten har MMS score lavere enn 12 og pårørende snakker godt nok engelsk til å delta i intervjuet.</p> <p>Inklusjonskriterier for pårørende til personer med demens i sykehjem: pårørende deltar i matsituasjonen, beboerne har alvorlig grad av demens med Minimum Data Set cognitive performance (MDSCP) under fem, pårørende snakker godt nok engelsk til å delta i intervjuene.</p> <p>En målrettet rekrutteringsstrategi i pårørendegrupper ble brukt til å skaffe informanter som kunne gi gode beskrivelser av å assistere den demenssyke i matsituasjonen. Intervjuer av primærpårørende til pasienten ble gjort ved å bruke åpne spørsmål. Deltagerene ble spurt om å beskrive deres opplevelse av måltidene og av å mate en person med demens. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert og analysert. 16 primærpårørende ble intervjuet, hvorav åtte av pasientene var hjemmeboende og åtte var fra sykehjem.</p>
Resultat	<p>Studien strukturerte sine funn etter tre kategorier:</p> <p>Fortid: Pårørende ble påminnet gode minner rundt matsituasjonen sammen med pasienten og pasientens identitet ble på den måten fremmet</p> <p>Nåtid: Pårørende ble påminnet alvorligheten av dagens situasjon i forhold til sykdomsutvikling og bekymring rundt tilstrekkelig næringsinntak.</p> <p>Fremtid: Måltidssituasjonen minnet pårørende på en illevarslende og bekymringsverdig fremtid, for eksempel avgjørelser om livsforlengende behandling</p>
Egne kommentarer	<p>Studien viser tydelig pårørendes rolle som deltaker i pasientens liv. Studien viser at pårørende bekymrer seg mye for flere aspekter ved fremtiden og sykdommens negative utvikling. Måltidene handler om mer enn konsumpsjon av ernæring, det er også en sterk sosial komponent.</p> <p>Studien er relevant for vår problemstilling da den tydelig viser at pårørende legger mye energi i tanker og bekymringer rundt pasientens situasjon. Disse tankene blir gjeldende og påminnet under matsituasjonen. Studien viser at å være pårørende til noen med en demenssykdom er en tyngende oppgave. En god relasjonen til sykepleieren er viktig for pårørendes ivaretagelse i en vanskelig livssituasjon.</p>

4.2 Analyse av resultat

Følgende tabell sammenlikner metode, deltakere, grad av demens undersøkt og arena i de ulike forskningsartiklene.

Forfatter(e)	Metode	Hvem er deltakere i studien?	Grad av demens undersøkt	På hvilken arena foregikk studien?
Irving m fl (2009)	Kvantitativ	204 pasienter med demens	Mild til moderat Alzheimers sykdom	Hjemme hos pasienten, poliklinisk oppfølging. Sverige.
Allen, Methven og Gosney (2013)	Kvantitativ	45 pasienter med demens	Mild kognitiv svikt og demens	Sykehjem og sykehus i Storbritannia.
Mowé m fl (2006)	Kvantitativ	Ernæringsfysiologer, 1753 leger og 2759 sykepleiere		Sykehus i Norge, Sverige og Danmark, avdelinger hvor underernæring er et sentralt problem.
Isaia m fl (2011)	Kvantitativ	177 pasienter med demens	Udefinert kognitiv svikt	Hjemme hos pasienten. Italia.
Greenwood m fl (2005)	Kvantitativ	32 pasienter med demens	Pasienter som var vurdert til å ha en trolig Alzheimers sykdom av en lege	På sykehjem. Canada.
Lopez og Amella (2011)	Kvalitativ	16 pårørende til pasienter med demens	Alvorlig demens med MMS-skår lavere enn 12	Hjemme hos pasienten. USA.

4.2.1 Pasient

Studiene til Allen, Methven og Gosney (2013), Isaia m fl (2011) og Lopez og Amella (2011) peker på viktigheten av å beholde tidligere kostholdsvaner hos pasienter med demens. Når pasienten er i kjente omgivelser eller har kjente elementer rundt seg vil matinntaket øke. Allen, Methven og Gosney (2013) viser at et enkelt tiltak som å servere næringsdrikke i glass istedenfor i originalforpakning øker konsumet hos personer med demens. Isaia m fl (2011) og Lopez og Amella (2011) viser viktigheten av å bruke pårørende som kunnskapskanal til å finne ut av hvilke ernæringsvaner pasienten vanligvis har. Begge studiene diskuterer om næringsinntaket hos den demenssyke kan øke som en konsekvens av positive assosiasjoner til pårørende og at pårørende kjenner pasientens preferanser i matsituasjonen.

4.2.2 Pårørende

Isaia m fl (2011) og Lopez og Amella (2011) viser til, som tidligere nevnt, pårørende som en kilde til kunnskap, og på grunn av pasientens positive assosiasjoner til vedkommende. Lopez og Amella (2011) peker på belastningen av å være pårørende til pasienter med demens som har behov for assistanse i matsituasjonen. I matsituasjonen blir pårørende påminnet alvorligheten av dagens situasjon og bekymret for sykdommens negative utvikling.

4.2.3 Demensdiagnose

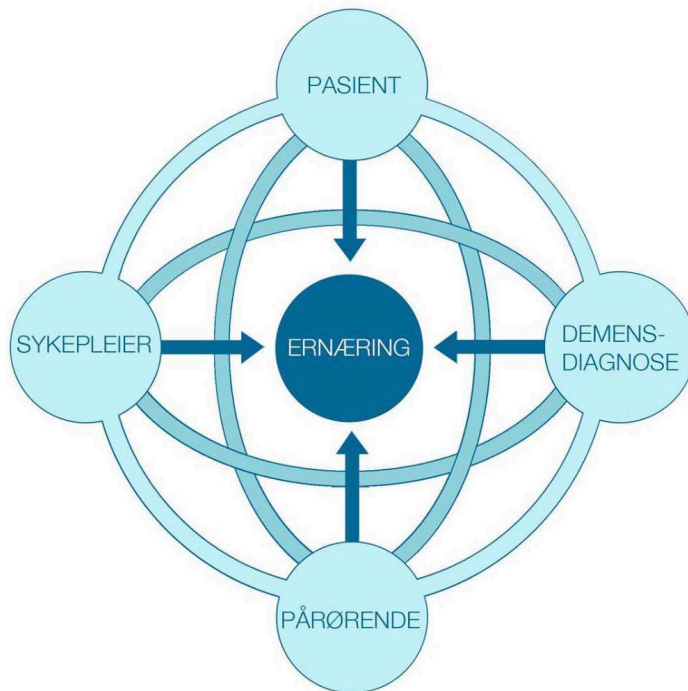
Isaia m fl (2011) og Greenwood m fl (2005) peker begge på konkrete symptombilder som gir risiko for underernæring. Studien gjennomført av Isaia m fl (2011) hevder at pasienter med atferdsforstyrrelser, hallusinasjoner og depresjon er i større grad utsatt for underernæring. Greenwood m fl (2005) viste i sin studie at pasientene med et symptom bilde som i større grad var preget av irritabilitet, agitasjon og lav impuls kontroll tenderte til mer karbohydrat rik kost med lavere proteininnhold.

4.2.4 Sykepleie

To av studiene (Allen Methven og Gosney 2013, Irving m fl 2009) viser konkrete tiltak som kan settes i gang for å øke pasientens appetitt, i omega-3-tilskudd og serveringsmetode av næringsdrikke. Ernæringskartlegging er også et viktig tiltak for å forebygge underernæring, slik det er påpekt av Isaia m fl (2011). Mowé m fl (2005) viser gjennom sin studie at selv om sykepleiere hevder ernæring er viktig, kartlegges pasienter i liten utstrekning. Dette gjelder spesielt i norske sykehus.

4.3 Resultatmodell

Med bakgrunn i analyse av resultat presenteres følgende modell, som vi har valgt å kalle resultatmodellen, videre omtalt som figur 2. Modellen er i tråd med Tom Kitwoods tenkning hvor personens levde liv kan påvirke ernæringsproblemet, uavhengig av sin demensdiagnose. Samtidig kan demensdiagnosen påvirke ernæringstilstanden ytterligere.



Figur 2

Modellen over beskriver aspekter som påvirker ernæringsstatusen. Pasientens ernæringsstatus vises midt i modellen og leses herfra. Alle aspektene påvirker ernæringsstatusen på hver sin måte. De ulike aspektene påvirker hverandre som variabler i møte med ernæringsstatusen, noe som kan styrke eller svekke ernæringstilstanden ytterligere. For eksempel er sykepleieren avhengig av å sette i gang gode tiltak, og å ha en god relasjon til pasient og pårørende for å påvirke ernæringsstatusen positivt. Med pasient menes pasientens levde liv, med sykepleier menes i denne sammenheng sykepleieren ansatt i hjemmesykepleien, med demensdiagnose menes sykdommens påvirkning på dagliglivet og med pårørende menes omgivelsene rundt pasienten.

5 Drøfting

I det følgende vil studiens seks resultater drøftes opp mot hverandre og relevant fag- og forskningslitteratur, samt oppgavens problemstilling. Avslutningsvis vil det gjøres en kritisk vurdering av litteratur og metodisk drøfting.

5.1 Drøfting av resultat

Organiseringen i miljøet rundt sykepleieren vil påvirke hvorvidt pasientens ernæringsstatus blir ivaretatt, både i forhold til kartlegging og oppgaven som blir utført.

Kommunehelsetjenesten, i form av hjemmesykepleie, trekkes ofte inn etter at en demensdiagnose er stilt. I startfasen skal de ansatte bli kjent med pasienten, pasientens rutiner i dagliglivet og kartlegge hvor ressurser må settes inn for at tjenesten som ytes blir tilpasset pasienten i størst mulig grad. Gjennom en god kartlegging av pasientens ressurser og behov, vil en kunne tilrettelegge for vedkommende, slik at næringsinntaket øker. Kartlegging er en gjennomgang og vurdering av det som har betydning for personens grunnleggende behov og hvordan disse behovene kan møtes (Kristoffersen 2011). Gjennom kartlegging vil hjemmesykepleieren bli bevisst svikt i grunnleggende behov hos den aktuelle pasienten. En god kartlegging av den demenssyke og omgivelsene følger Kitwoods teori (1997) om å tilrettelegge tjenestetilbudet rundt enkeltindividet. Av resultatmodellen, figur 2, kan en lese at kartlegging av behov for sykepleie kjennetegnes av at tre aspekter er ivaretatt: pasient, demensdiagnose og pårørende. Innenfor pasientperspektivet ligger kartlegging av grunnleggende behov, innenfor demensdiagnosen ligger kartlegging av sykdommens påvirkning på dagliglivet, og fra pårørende kommer alle elementene i miljøet rundt pasienten inn. En kan anta at ernæringsstatusen til personer med demens som bor i eget hjem vil påvirkes av hjemmesykepleiens rutiner og organisering. Mange ansatte i hjemmesykepleien opplever tidspress i hverdagen, og ser på dette som en stor belastning (Opinion AS 2003). En fjerdedel av en spurt ansattgruppe opplevde at tiden hos hver bruker er “alt for liten” (Moland 1997), og dette kan antas å påvirke tiden brukt på hver arbeidsoppgave. Tre av fem må ofte eller av og til forlate pasienten før oppgaven er fullført (Moland 1997), og en kan tenke at en ofte nedprioriterer ernæringsarbeidet under et slikt tidspress. Ni av ti ansatte i hjemmetjenesten rapporterer at arbeidet er preget av tidspress, noe en kan anta vil gå ut over kvaliteten på oppgaven som blir utført hos den enkelte bruker (Helset 1998). En tjeneste med nedsatt kvalitet går ut over pasientsikkerheten, og det at helsepersonell må forlate pasienten før oppgavene er fullført vil gå på bekostning av den lovfestede faglige forsvarligheten. Etter

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) ble iverksatt, legges det mye ressurser i å ha mennesker boende nært sitt eget hjem. Dermed legges det også ressurser i tjenester som gjør at mennesker har mulighet til å bo hjemme, deriblant hjemmesykepleie. Slik de overnevnte studiene viser er tidspress en belastende faktor for de ansatte, noe som viser at hjemmesykepleien nødvendigvis ikke har tilstrekkelige økonomiske ressurser, eller en god organisering. I et samfunnsperspektiv vil en ressursfordeling kunne føles skjevfordelt. Det er likevel bekymringsverdig at tidspress oppleves såpass belastende som det gjør for de ansatte i hjemmesykepleien. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) legger føringer for forebyggende arbeid i kommunene. En har slik Antonovsky (1996) mener, gått bort fra å skulle behandle allerede oppstått problem, og flyttet midler mot forebyggende helsearbeid. Rollen som hjemmesykepleieren innehar vil også endres som en konsekvens av disse prioriteringene. En kan tenke seg at ernæring kan anses som forebyggende helsearbeid, samtidig som det i noen tilfeller er behandling og alltid er et grunnleggende behov.

Et viktig funn i vår litteraturstudie er viktigheten av ernæringskartlegging (Isaia m fl 2011, Mowé 2005). Litteraturstudien har vist at norske sykehus kartlegger risiko for underernæring i svært liten grad (Mowé 2005). Kartlegging anses som vesentlig for å ivareta ernæringsbehovet hos mennesker med risiko for underernæring. Underernæring utvikles ofte fordi det oppdages for sent. En tidlig identifisering av pasienter med ernæringsmessig risiko gjør det mulig å iverksette tiltak, og innføring av verktøy for kartlegging har vist at flere pasienter i risiko for underernæring blir fanget opp (Kubrak og Jensen 2007). Dette resultatet kommer frem i en studie gjennomført i sykehus i Nederland som viser at 30 % flere pasienter i risiko blir fanget opp når kartleggingsverktøy blir brukt (Kruizenga m fl 2005).

Helsedirektoratet (2012b) hevder at Norge kan spare mange millioner kroner per år på at ernæringsrisiko oppdages og at underernæring forebygges. De hevder at for å spare ytterligere, må en indentifisere og behandle underernæring i primærhelsetjenesten. Det er dermed et sterkt samfunnsøkonomisk argument for å drive kartlegging av risiko for underernæring hos kommunehelsetjenestens brukere. En måte å definere over- og undervekt på, er å bruke Body mass index (BMI) som angir forholdet mellom høyde og vekt. BMI beregnes ved å dividere vekt (kg) med kvadratet av høyden. Kroppsmasseindeks (KMI) er den norske betegnelsen på BMI (Helsedirektoratet 2012a). Ved kartlegging av underernæring hos eldre, må en ta andre hensyn enn hos yngre voksne. Etter ICD-10 (Helsedirektoratet 2011) diagnostiseres alvorlig underernæring hos eldre over 70 år som har BMI under 18,5 kg/m²

eller har BMI under 20 kg/m² og samtidig ufrivillig vekttap over 5 % de siste 3 månedene. Moderat underernæring brukes om mennesker med BMI under 20 kg/m² eller som har BMI under 22 og samtidig ufrivillig vekttap over 5 % de siste seks måneder. Beck og Ovesen (1998) hevder at underernæring hos eldre forekommer ved BMI under 24 kg/m² og vekttap uavhengig av utstrekning. Etter at kroppsvekten har vært på sitt høyeste ved 50-70 års alder, vil den synke med cirka en halv kilo per år som en del av den fysiologiske aldringsprosessen (Laake 2006). Fra omtrent 30 års alder vil menneskers høyde synke med cirka en centimeter per tiår, frem til fylte 70 år. Fra da vil mennesket gjennomsnittlig miste en halv centimeter i høyde per år. Samtidig vil kroppssammensetningen endre seg ved at kroppsvann og muskelmasse tapes ved økende alder (Mowé 2002). Selv om denne litteraturstudiens resultater ikke diskuterer ulike kartleggingsverktøy, er det interessant å undersøke disse. Kartleggingsverktøyet Mini Nutritional Assessment (MNA) er enkelt og spesielt godt for tidlig å oppdage risiko for underernæring hos de svake eldre. European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) har plukket ut tre kartleggingsverktøy som anbefales til bruk av kartlegging av risiko for underernæring. I kommunehelsetjenesten anbefales bruk av Mini Undernutrition Screening Tool (MUST), på sykehus Nutritional risk screening (NRS-2002) og blant eldre Mini Nutritional Assessment (MNA). MNA inneholder spørsmål om fysiske og mentale aspekter som ofte påvirker ernæringsstatusen hos de eldre, er enkelt å bruke og tar under 10 minutter å gjennomføre (Kondrup m fl 2003). Som tidligere diskutert vil tidspress påvirke utførelsen av arbeidsoppgaver i hjemmesykepleien i stor grad. At en grundig kartlegging kan gjennomføres på 10 minutter, kan ses som en positiv innvirkning på både sykepleier og pasient. Et annet alternativ for ernæringskartlegging er helsedirektoratets ernæringsjournal. Ernæringsjournalen ble utviklet for norske sykehjem og i hjemmetjenesten (Helsedirektoratet 2009). Med den måles høyde, vekt og vektutvikling, samt BMI. I tillegg kartlegges det og tas hensyn til ernæringsrelaterte data som har en relevant innvirkning på pasientens ernæringsstatus (Helsedirektoratet 2012a). Underernæring forårsakes oftest av sykdom, men en viktig pådrivende faktor er at helsepersonell har manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet rettet mot ernæring. Våre funn viser at bare 16 % av innlagte pasienter i norske sykehus blir kartlagt i forhold til ernæring, selv om 88 % av de ansatte (leger, sykepleiere og ernæringsfysiologer) anser det for å være svært viktig (Mowé 2005). Dette viser en bekymringsverdig virkelighet hvor helsepersonell mener ernæringskartlegging er viktig, men hvor kartleggingen ikke gjennomføres i praksis. En liknende studie fra sykehus og kommunehelsetjeneste viste at ernæring og pleie nedprioriteres for medisinske

kjerneoppgaver ved mangel på tid, for lite medisinsk kvalifisert personell og for trange budsjetterammer (Førde m fl 2006). I de tilfeller kartleggingen blir gjennomført er hensikten at kartleggingen skal føre til igangsetting av forebyggende tiltak. Kartleggingen er ikke et forebyggende tiltak i seg selv, men utfallet av kartleggingen og samtidig utførelse av videre oppfølging fungerer forebyggende. I kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) står det at kommunen skal etablere system og prosedyrer som sikrer brukerens fysiologiske behov, eksempelvis mat og drikke, og et variert og helsefremmende kosthold med rimelig valgfrihet i forhold til mat. Videre skal kommunen tilrettelegge for personer med demens, og det skal gis tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise. Forskriften legger dermed føringer for at demensomsorgen skal være preget av god ernæringspraksis. For en god ernæringspraksis kreves det kompetanse innenfor faget, men de fleste norske helseinstitusjoner og kommuner mangler kompetanse på ernæring. Det er cirka 100 årsverk for ernæringsfysiologer primært fordelt i spesialisthelsetjenesten i Norge, og dette er betraktelig lavere enn andre sammenliknbare land (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Funnene våre tilsier at det er et større akademisk fokus på ernæring i både Sverige og i Danmark, med et større antall doktorgradsstudier på ernæring og tydeligere nasjonale retningslinjer for ernæring (Mowé 2005). Med utgangspunkt i viktigheten av kartlegging av risiko for underernæring innebærer kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (2003) at pasientene må kartlegges for et tilstrekkelig helsefremmende kosthold. Funnene våre viser at dette ikke bli gjort, og en kan dermed ikke tilby dette helsefremmende kostholdet (Mowé 2005).

Våre funn viser flere konkrete symptombilder som er viktig å identifisere i ernæringsarbeidet. Personer med demens foretrekker og spiser mat med større innhold karbohydrater og mindre innhold proteiner enn personer uten en demenssykdom (Greenwood m fl 2005). Hos pasientene med et symptombilde som preges av irritabilitet, agitasjon og lav impuls kontroll er dette enda mer gjeldende, og disse pasientene er dermed i større fare for proteinunderernæring (Greenwood m fl 2005). Proteiner er livsviktige for mennesket, da de blant annet bidrar til transport av oksygen og deltar i forsvaret av infeksjoner (Hauge 2009). Konsekvensene av for lite inntak av proteiner er med andre ord svært uheldig for svake eldre. Som vist i resultatmodellen, figur 2, vil alle aspektene påvirke hverandre og sammen påvirker de ernæringsstilstanden. Demensdiagnosen vil spesielt påvirke pasienten med endrede ernæringspreferanser. Gjennom ulike kartleggingsverktøy kan en oppdage de overnevnte

symptombildene, og dermed identifisere pasientene som kan være i risiko for proteinunderernæring. Våre funn viser til ulike kartleggingsverktøy for kognitiv- og psykisk status (Isaia m fl 2011, Greenwood m fl 2005). Når sykepleieren har bred kunnskap om relevante kartleggingsverktøy kan det forebyggende ernæringsarbeidet målrettes i større grad. I Norge brukes Mini Mental Status Evaluering - Norsk Revidert (MMSE-NR), klokketest, aktiviteter i dagliglivet (ADL), Neuropsykiatrisk Intervjuguide (NPI) og Cornell skala for depresjon i størst utstrekning i førstelinjetjenesten (Ulstein 2012). Kunnskap om næringssammensetningen som foretrekkes av personer med demens må pårørende veiledes i, slik at ernæringsbehovet kan sikres ytterligere.

For at sykepleieren skal kunne sikre at pasientens ernæringsbehov ivaretas, må underernæring forebygges. Resultater fra vår litteraturstudie viser at inntak av Omega-3 har en positiv effekt på appetitt og fører dermed til vektøkning hos personer med Alzheimers sykdom (Irving m fl 2009). Omega-3 finnes i fiskeolje og er et enkelt og billig tilskudd, som både sykepleieren og pårørende har tilgang til. Resultatmodellen, figur 2, viser sykepleieren som påvirkende aspekt i møte med pasientens ernæringsbehov. International Council of Nurses (ICN) starter sine internasjonale etiske retningslinjer for sykepleiere med å definere sykepleiens “fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre helse” (Norsk sykepleierforbund 2011). Sosialdepartementet (1993) hevder at målet for helsefremmende og forebyggende arbeid er at “livet som helhet skal være så bra som mulig for så mange som mulig” (s. 17). For å oppnå dette må forebyggende og helsefremmende tiltak settes i gang. Forebyggende tiltak defineres som reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og reduksjon av risikofaktorer. Helsefremmende tiltak defineres som tiltak som fremmer livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre utfordringer og belastninger i dagliglivet. Målet for behandling er å fjerne sykdom, i forebyggende arbeid er målet å unngå sykdom og for helsefremmende arbeid er målet vitalitet og handlingskompetanse hos borgeren (Jensen og Johnsen 2001). Å hindre økt risiko for underernæring er en del av den forebyggende funksjonen til sykepleieren, men å forebygge underernæring forebygger ikke videre sykdomsutvikling av demens. Sykdommen er anslått til å gi gjennomsnittlig syv års levetid fra diagnosen er stilt, og det er derfor gode grunner til å drive forebyggende og helsefremmende arbeid (Gjerstad, Fladby og Andersson 2013). Gjennom bakgrunnskapittelet ble det identifisert at en allerede oppstått alvorlig ernæringsvikt ikke lar seg behandle på lik linje med pasienter i risikosonen (Lee m fl 2013).

Med forebygging av underernæring tar en sikte på å hindre nedsatt livskvalitet og konsekvenser som følge av underernæring, og sykdommen kan oppleves som mindre belastende gjennom flere år. En del av demenssykdommens utvikling innebærer stadig mer fremtredende symptomer fra flere organsystemer, og som en del av påvirkningen av nervesystemet kan dysfagi forekomme (Parker og Power 2013). En vil dermed ikke kunne absolutt forhindre underernæring i arbeidet med den demenssyke. For at helsepersonell skal kunne forebygge underernæring vil en være avhengig av at personellet har kunnskap om ernæring. Bærug og Elvbakken (1994) viste gjennom en kunnskapstest av helsesøsterstudenter før påbegynt ernæringsundervisning, at sykepleierne hadde mangelfulle kunnskaper innen ernæringsområdet. I en annen studie oppga flere enn 4 av 5 av spurte ansatte at de som helsepersonell i sykehjem trenger økt kunnskap om ernæringsarbeid (Aagaard 2008). Økt kunnskap kan gi tjenesten økt kvalitet, og sikrer et tilstrekkelig ernæringsarbeid. En undersøkelse gjennomført av Norstat (2010) viste at halvparten av Norges befolkning mener råd om helse og ernæring er mer eller like troverdig fra blogger og internett som fra myndighetene. Det kan derfor tenkes at folk flest har en oppfatning om at ernæringsarbeid blir forsømt i norsk helsevesen. Det er mangel på spesialkompetanse innen klinisk ernæring i spesialisthelsetjenesten og det er nærmest fraværende i primærhelsetjenesten. Det forventes likevel at leger og sykepleiere ivaretar høyt spesialiserte ernæringsfaglige oppgaver, tross mangel på spesialisert kunnskap. Dette på grunn av få ansatte ernæringsfysiologer og mangel på henvisningsmuligheter til mer spesialisert ernæringskompetanse (Helsedirektoratet 2012b). Etter helsepersonelloven § 4 (1999) og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (2011) skal helsetjenester utføres i samsvar med krav om faglig forsvarlighet. Etter kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) skal personer som mottar pleie- og omsorgstjenester få ivaretatt sine grunnleggende behov. Ved manglende kunnskap og kompetanse om ernæring i demensomsorgen er det fare for at de grunnleggende behovene ikke blir oppfylt. Dette går ut over kvaliteten på tjenestene som utføres, og sykepleieren får med manglende kunnskap ikke utført sine ansvarsområder etter ICNs retningslinjer.

Våre resultater viser to fremtredende aspekter sykepleieren møter i kontakten med pårørende til personer med demens. Funnene viser at pårørende opplever stor grad av stress i omsorgen av den demenssyke (Lopez og Amella 2011). Funnene viser også at det er pårørende som innehar kunnskapen om pasientens tidligere vaner og preferanser i ernærings situasjonen

(Allen, Methven og Gosney 2013, Isaia m fl 2011, Lopez og Amella 2011). En vanlig utfordring i demensomsorgen er at ernæringsstatusen svekkes i takt med sykdommens utvikling. Av resultatmodellen, figur 2, kan dette leses ved at personens levde liv kan påvirke ernæringsproblemet, uavhengig av sin demensdiagnose. Samtidig kan demensdiagnosen påvirke ernæringsproblemet ytterligere. En sterk bekymring hos mange av de pårørende er at den demenssyke skal bli underernært, og mange tanker og mye energi blir lagt i om personen er tilstrekkelig ernært. Funnene viser tydelig at mange stressfaktorer hos pårørende er tilknyttet pasientens ernærings situasjon (Lopez og Amella 2011). Antonovsky (1996) hevder at for å kunne akseptere stressfaktorer må en oppleve av sammenheng foreligge. Livshendelser som er forståelige, har rimelig grad av belastning og rimelig grad av delaktighet, vil styrke pårørendes opplevelse av sammenheng. Pårørende vil altså oppleve mestring hvis utfordringene er tilpasset deres ressurser. Mestring er det pårørende gjør for å møte utfordringer og for å unngå å ta skade av påkjenninger i demensomsorgen (Smebye 2009). Følelsen av å stå alene med omsorgsansvaret kan være tyngende, og dermed blir det sykepleierens oppgave å støtte pårørende og kompensere for stressfaktorene (Jakobsen og Homelien 2011). Vårt resultat viser at pasientens næringsinntak øker når miljøet er tilrettelagt slik de er kjent med (Allen, Methven og Gosney 2013, Isaia m fl 2011, Lopez og Amella 2011). Dette tydeliggjøres ved at personer med demens drikker mer næringsdrikke når disse blir servert på den måten de er vant med, kontra når de blir servert i originalforpakning (Allen, Methven og Gosney 2013). Vi har allerede vist at effekten av nærings supplement er begrenset ved allerede alvorlig ernæringssvikt (Lee m fl 2013). Uavhengig av serveringsmetode vil ikke nærings supplement være tilstrekkelig ved alvorlig underernæring og da vil andre tiltak måtte settes i gang. Funnene viser videre at ernæring hos personer med betalt hjelp forsømmes i større grad enn de de med pårørende som omsorgsgiver (Isaia m fl 2011). Dette kan ha sammenheng med pårørendes kunnskap om tidligere vaner hos personen med demens. Våre resultater antyder at på tross av at sykepleieren har kunnskap om kosthold, er det pårørende som er best informert om pasientens preferanser for ernæring (Allen, Methven og Gosney 2013, Isaia m fl 2011, Lopez og Amella 2011). Fra resultatmodellen, figur 2, kan det leses at sykepleieren kan bli kjent med pasienten som individ gjennom å innhente informasjon fra pårørende og dermed kunne sikre ernæringsstatusen bedre. For å sikre ernæringsstatusen er det essensielt å opprettholde kontinuitet og gode assosiasjoner. I de tilfellene der pårørende har en livssituasjon hvor de ikke kan være involvert i pasientens hverdag, må sykepleieren tilstrebe å innhente informasjon slik at kontinuiteten likevel kan

oppretholdes. Gjennom det femte av sykepleiers syv funksjonsområder, undervisning og veiledning, skal sykepleieren veilede blant annet pårørende til læring, utvikling og mestring (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Pårørende tar stadige valg om ivaretagelse av pasientens ernæringsstatus, og valgene blir med god veiledning tatt på et riktigere grunnlag. For å møte en vanskelig situasjon kan omstendighetene revurderes i lys av informasjon og veiledning, og dermed kan pårørendes situasjon bedres eller endres gjennom ny kunnskap og vurdering av ulike løsninger (Smebye 2009). Pårørende vil i noen tilfeller kunne ha urealistiske forventninger til hjemmetjenesten. Da det forventes at hjemmetjenesten er kunnskapsrik, kan pårørende kunne forvente at hjemmetjenesten håndterer vanskelige situasjoner bedre enn dem. Dette kan gi en ytterligere belastning for pårørende da de ikke opplever tjenesten som den er tiltenkt. De kan oppleve at pasienten ikke får nødvendig omsorg. En vanskelig konflikt kan oppstå hvis pårørende har urealistiske forventninger som pleierne oppfatter som urimelige krav. Som et resultat av konflikten kan den faglige refleksjonen rundt pasientens situasjon svekkes (Jakobsen og Homelien 2011). Ved en mindre god relasjon mellom sykepleier og pårørende kan ikke pårørende brukes som informant i like stor grad, og datasamlingen om pasienten kan bli svekket. Hvis pasienten ikke har pårørende blir datasamlingen en større utfordring. Pasientens identitet skal likevel alltid stå i fokus. En må oppsøke informasjonen gjennom undersøkelse av pasientens omgivelser, som kan danne et bilde av hvem pasienten er og pasientens ernæringsstatus. Etter verdighetsgarantiforskriften (2010) skal eldreomsorgen preges av at brukerne har et verdig og meningsfylt liv og at tjenestetilbudet innrettes etter respekt for egenverdet hos enkeltmennesket. For å sikre en verdig eldreomsorg må pårørende involveres og sykepleieren skape en god relasjon til pasientens nærmeste.

5.2 Kritisk vurdering av litteratur og metodisk drøfting

Strukturen for denne oppgaven er hentet fra høgskolens undervisningsplan for kull 12HBSPLH. Det står beskrevet i undervisningsplanen at det avslutningsvis i drøftingen skal være en kritisk vurdering av valg som er gjort og øvrig metodisk drøfting. Dalland (2012) beskriver kildekritikk som at en er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet. Hensikten er at leseren skal få ta del i refleksjonene som er gjort underveis. I arbeidet med denne oppgaven har oppgaveformen i seg selv vært en begrensning, både i forhold til tid og antall ord. En mer omfattende litteraturstudie hadde gitt rom for en enda bredere og mer systematisk tilnærming.

I litteratursøket har det vært enkelte språkbarrierer, da det er ulik forståelse av hva hjemmesykepleie er. I søket vårt ble det klart at vi måtte fokusere på pasienter som bor hjemme og ikke studier der hjemmesykepleien er studert. MeSH-termer er et system for systematisering av nøkkelord ved søk i databaser (U.S. National Library of Medicine 2013). Ved søk i MESH-termer finner vi at “home health nursing” henviser til profesjonell hjemmesykepleie. De beskriver “home care” og “home nursing” som hjelp fra mennesker uten helsefaglig utdanning. Vi har primært brukt “home health care” som søkeord, men dette er ikke en MESH-term. Vi har funnet i våre søk at “home care”, “home health care” og “home nursing” brukes oftere enn “home health nursing” om hjemmesykepleie. Denne ulikheten kan også forklare av hvordan ulike land strukturerer helsevesenet. På bakgrunn av dette søkte vi i det norske tidsskriftet Sykepleien Forskning og den skandinaviske databasen SweMed. Her fant vi ingen relevante artikler som møtte våre inklusjons- og eksklusjonskriterier eller som ga oppgaven en ny vinkling. På grunn av de overnevnte språkproblemene endret vi fokuset mot studier hvor arenaen var mindre viktig for studiens resultat. Med en slik prioritering ble det viktig å fremme fokuset på hjemmesykepleien i drøftingen.

I utvelgelsen av litteratur ønsket vi å ha bredde på perspektivene rundt valgt tema. Alle de utvalgte artiklene oppfyller gitte inklusjons- og eksklusjonskriterier og oppfyller dermed våre krav om at to av følgende områder presenteres: pasient, arena, problem eller tiltak. Vi har allerede etablert i bakgrunnen at underernæring er et stort problem blant hjemmeboende personer med demens. Flere epidemiologiske studier som fremkom på bakgrunn av litteratursøket var ensidige og studerte kun prevalensen av underernæring. For å løfte oppgaven ble det da viktig for oss å belyse temaet gjennom ulike perspektiver. Dette resulterte

i at artiklene spenner vidt i tematisk innhold, som et bevisst valg snarere enn en tilfeldighet. Det ble ikke viktig for oss å finne litteratur som bekreftet hverandres resultat, men at de belyste problemstillingen på en ny måte.

Før vi begynte søket hadde vi et ønske om å finne studier med et tydelig sykepleieperspektiv som i hovedsak foregikk i hjemmesykepleien. Tre av de seks utvalgte artiklene har hjemmet som arena, to fra sykehjem og en fra sykehus. Vi opplevde ikke dette som en barriere, da arenaen ikke påvirket resultatet i for stor grad. Vi har valgt artikler fra Canada, USA, Storbritannia, Italia, Sverige og de skandinaviske landene. Vi opplever at alle artiklene har overførbare resultater til et norsk helsevesen. Studien fra Italia, gjennomført av Isaia m fl (2011), fikk oss til å sette spørsmålsteget ved om Italias hjemmetjeneste kan relateres til den norske. Vi opplever at verdien av resultatene veier opp for eventuelle ulikheter i organiseringen av helsevesenet. Vi opplever at studien sier mer om underernæring blant hjemmeboende personer med demens enn helsevesenets oppbygging rundt pasienten, og studien vil derfor være relevant for vår problemstilling. En av de utvalgte studiene omhandler personer med en alvorlig grad av demens (Lopez og Amella 2011). Studien viser hvilke bekymringer pårørende har om pasientens ernæringsstatus. Bekymringene vil være annerledes ved en alvorlig grad av demens, men vi opplever resultatene som overførbare også til pasienter med mild grad av demens. Mange av bekymringene er tilknyttet demensdiagnosen og dens utvikling, snarere enn dagens situasjon.

Den eneste studien som ikke sier noe om pasienten (den demenssyke), er Mowé m fl (2006) sin studie. Studien er gjennomført i skandinaviske sykehus blant både leger, ernæringsfysiologer og sykepleiere som arbeider i avdelinger hvor underernæring er et problem. Studien ble valgt da den er en indikator på ernæringsarbeidet og kvaliteten på dette ved sykehusene i Skandinavia. Det at holdningene er så gode og den reelle kartleggingen er så dårlig, får oss til å undre om studien inneholdt i for stor grad ledende spørsmål. De deltakende sykepleierne har kommentert at de synes studiens flervalgsspørreskjema var for omfattende. Studien avdekker relativt store nasjonale ulikheter, og dette var interessant for oss da Danmark og Sverige er land vi i Norge ofte relaterer oss til. Studien er valgt fordi den fremmer kritisk informasjon om holdninger og rutiner rundt ernæringskartlegging blant sykepleiere. Den påpeker i hvilken utstrekning underernæring blir forsømt som fenomen blant sykepleiere, og har slik vi ser det, overføringsverdi til sykepleiere som jobber i

hjemmesykepleien. Vi fant ikke en tilsvarende studie som undersøkte dette i hjemmesykepleien, og som møtte våre øvrige inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Vi har valgt å ta med én kvalitativ studie, de fem øvrige er kvantitative. Dette øker bredden i utvalget av studier ytterligere. Vi ser i ettertid at det kunne vært interessant å se på flere kvalitative studier for å få frem subjektive opplevelser fra pasientene, og dermed enda større bredde. Dette er dog en utfordring i møte med den demenssyke av opplagte grunner. Som nevnt tidligere, ligger helseforskningsloven (2008) til grunn for all forskning som gjøres innen medisin og helsefag i Norge. Når en forsker på mennesker med demens er det er en utfordring å møte kriteriet om samtykke eller å møte kriteriene for forskning på mennesker uten samtykkekompetanse, etter helseforskningsloven (2008). Dette fører til at kunnskap om den demenssyke kan bli uoppdaget og mange spørsmål vil dermed forbli ubesvart, som en følge av forskningsetiske hensyn. I denne litteraturstudien kan vi ha gått glipp av nyttig informasjon, da vi ikke selv skal drive empirisk forskning, men baserer oss på forskning som allerede er gjort. Dette kan ha vært en begrensning i vår oppgave og er en begrensning i kunnskapsutviklingen om personer med demens generelt.

Alle våre artikler er primærkilder, og slik vi har vært inne på tidligere er dette gjort for å minske risikoen for feiltolkning. Alle de utvalgte artiklene er på engelsk, og det er en risiko at disse er oversatt og tolket feil. Vår oppgave blir en sekundærkilde, da vi har tolket og oversatt primærkilder. Både i bakgrunn og drøfting er flere sekundærkilder brukt som støtter opp under argumentene. De sekundærkildene som er brukt har blitt nøye vurdert med tanke på pålitelighet. Vi har brukt flere publikasjoner fra departementene, lovgivning og pensumlitteratur. Disse er fra offentlige nettsider eller anbefalt gjennom sykepleiestudiet, og anses derfor som pålitelige. Det er alltid en risiko for at viktige elementer overses, da vi har begrenset oss til få databaser. Da søkeordene har bydd på problemer er dette en annen kilde til at viktig forskning uteblir. Alt forskningsarbeid er preget av bevisste og ubevisste blokader, gjennom bakgrunnsantakelser og paradigmer, noe som kan være en ytterligere begrensning (Halvorsen 2002).

Engedal og Haugen (2009) beskriver forskjellen på en demensdiagnose og mild kognitiv svikt. De skriver at mild kognitiv svikt er et grenseområde mellom demens og normal aldring, der en innenfor en tidsperiode ikke kan si noe sikkert om diagnosen. I ICD-10 beskrives demens, hvor det under svikt av kognitive funksjoner beskrives en mild grad. Dette utdypes som at det virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet (Wyller 2011). Vi har derfor besluttet å benytte “mild grad av demens” som begrep i denne oppgaven.

Valg vi har gjort underveis har ført til denne oppgaven, men andre valg ville ført til en annen oppgave. Artikkene vi valgte ut ga oss et resultat, og ut av dette resultatet kom vi frem til resultatmodellen. Å velge andre artikler kunne ført til andre temaer for drøfting, og problemstillingen ville blitt belyst på en annen måte.

6 Konklusjon

Med denne oppgaven har vi forsøkt å belyse hvordan hjemmesykepleieren kan bidra til å sikre ernæringsbehovet hos hjemmeboende pasienter med mild grad av demens. Denne litteraturstudien har avdekket at fire aspekter påvirker ernæringsstatusen hos pasienter med mild grad av demens: pasientens levde liv, demensdiagnosen, pårørende og sykepleieren. De fire aspektene påvirker også hverandre i møte med pasientens ernæringsstatus, enten på en god eller dårlig måte.

For at pasienten skal få tilfredsstilt sine grunnleggende behov, herunder ernæring, er sykepleieren avhengig av å kjenne pasientens rutiner i dagliglivet, og ha kunnskap om ernæringspreferanser hos pasienten. Studien vår viser symptombilder som gir større risiko for underernæring, som sykepleieren må være bevisst på. Demenssykdommen vil også føre til endrede kostholdspreferanser, mot et mer karbohydratrikt innhold, og kunnskap om dette er viktig i kartleggingen av sykdommens påvirkning. Funn fra studien viser at det er mangelfulle rutiner for kartlegging av ernæring i norsk helsevesen. Videre er det vist at tidspress i hjemmesykepleie er en vesentlig begrensende faktor, sammen med mangel på kunnskap, interesse og oppmerksomhet rundt ernæring. Det finnes mange gode og enkle relevante kartleggingsverktøy, men disse benyttes i svært liten grad. Rutiner og organisering i hjemmesykepleien påvirker ernæringsarbeidet og kvaliteten i tjenesten svekkes av manglende kunnskap hos sykepleierne. Vår studie viser at det er for lite helsepersonell med spesialkompetanse innen ernæring, spesielt i primærhelsetjenesten i Norge. Det vil derfor være essensielt for sykepleieren å ha god fagkunnskap om ernæring, og dens utfordringer overfor personer i utsatte grupper, herunder demens. Demensdiagnosen vil tilslutt alltid overstyre påvirkningen som sykepleieren, pårørende og pasienten kan ha på ernæringen. Ernæringsarbeidet kan likevel styrkes ved et godt samarbeid mellom pårørende og sykepleier, og pårørende må brukes aktivt som en kunnskapskanal og samarbeidspartner der dette er mulig. Sykepleieren har et ansvar for å undervise og veilede, for dermed å kunne lette byrden som omsorgsansvaret fører med seg og fremme mestring hos pårørende.

7 Litteraturliste

Aagaard, H. (2008) *Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for sosial- og helsedirektoratet*. Halden: Høgskolen i Østfold

Allen, V. J., L. Methven og M. Gosney (2013) Impact of serving method on the consumption of nutritional supplement drinks: randomized trial in older adults with cognitive impairment. I: *Journal of Advanced Nursing* 70 (6), s. 1323-1233

Antonovsky, A. (1996) The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. I: *Health Promotion International*, 11 (1), s. 11-18.

Arbeidsmiljøloven (2005) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62> (11.04.2015)

Arbeidstilsynet (2006) *Rett hjem - en kampanje i hjemmetjenesten*. Bergen: Arbeidstilsynet.

Aubert, V. (1985) *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care, a practical guide*. Berkshire: Open University Press

Barnes, D. E. m fl (2012) Midlife vs Late-Life Depressive Symptoms and Risk of Dementia. I: *American Medical Association*. 69 (5), s. 493 - 489.

Beck, A. M. og L. Ovesen (1998) At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? I: *Clinical Nutrition*, 17 (5), s. 195 - 198.

Brinchmann, B. S. (2012) *Etikk i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bærug, A. og K.T. Elvbakken (1994) *Ernæringsfaget og helsesøsterutdanningen*. Oslo: Statens ernæringsråd.

Chima, C. S. m fl. (1997) Relationship of nutritional status to length of stay, hospital cost, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service. I: *Journal of the American Dietetic Association*, 97 (9), s.975 - 978

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal

Eek, A. og A.-M. Nygård (2009) Kommunal omsorgskjede - organisering og innhold. I: Engedal, K. og P. K. Haugen. *Demens: fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Engedal og Haugen (2009) *Lærebok Demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse

Foss, M. H. (2014) *Kvalitet i sykepleie* [online]. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (27.02.15)

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen* [online]. URL: https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/#_Toc229220456 (09.04.2015)

Førde, R. m fl (2006) Får eldreomsorgen nok ressurser? I: *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 126, s. 1913 - 1916.

Gjerstad, L., T. Fladby, S. Andersson (2013) *Demenssykdommer*. Oslo: Gyldendal

Greenwood, C. E. m fl (2005) Behavioral Disturbances, not cognitive deterioration, are associated with altered food selection in seniors with alzheimer's disease. I: *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 60 (4), s. 499 - 505.

Halvorsen, K. (2002) *Forskningsmetode for helse- og sosialfag - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen

Hauge, J. G. (2009) *Proteiner* [Online]. I: Store Norske Leksikon. URL: <https://snl.no/proteiner> (27.04.15)

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2011) *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Fagbokforlaget

Helsedirektoratet (2012a) *Kosthåndboken*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012b) *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (09.04.2015)

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011a) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. St.meld. nr. 16 (2011-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011b) *Demensplan 2015 "Den gode dagen"* (2012-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013a) *Morgendagens omsorg* (2012-2013). St.meld. nr. 29 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) *God kvalitet - trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. St.meld. nr. 10 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (06.03.15)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (06.03.15)

Helset, A. (1998) *En god hjemmehjelpstjeneste for eldre? Brukernes og hjemmehjelpernes syn på kvalitet.* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Henderson, V. (1997) *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper.* Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Irving, G. F. m fl (2009) Omega-3 fatty acid supplementation effects on weight and appetite in patients with alzheimer's disease: the omega-3 alzheimer's disease study. I: *The American Geriatrics Society*, 57 (1), s. 11 - 17

Isaia, G. m fl (2011) Malnutrition in an elderly demented population living at home. I: *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53 (3), s. 249-251

Jakobsen, R og Homelien, S. (2011) *Pårørende til personer med demens.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Jensen, T. K og Johnsen, T. J. (2001) *Sundhedsfremme i teori og praksis.* Århus: Philosophia

Kirkevold, Ø. m fl (2010) *Tvang - helst ikke.* Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Kitwood, T. (1997) *Dementia reconsidered: the person comes first.* Buckingham: Open University Press

Kondrup, J. m fl (2003) ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. I: *Clinical Nutrition*, 22 (4), s. 415 - 421.

Kristoffersen, N. J. (2011) Sykepleie i organisasjon og samfunn. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, b. 1.* Oslo: Gyldendal, s. 281-336.

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (2011) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, b. 1.* Oslo: Gyldendal, s. 15-29.

Kruizenga, H. M. m fl (2005) Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. I: *The american journal of clinical nutrition*. 82 (5): 1082-1089.

Kubrak, C. og L. Jensen (2007) Malnutrition in acute care patients: A narrative review. I: *International Journal of Nursing Studies*. 44 (6): 1036-1054.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. Fastsatt ved kgl.res. 27. juni 2003 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9 og lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 2-1 tredje ledd og § 4-6.* [online] URL: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitetsforskriften> (15.04.15)

Laake, K. (2006) *Geriatri i praksis*. Oslo: Gyldendal

Lee, L. C. m fl (2013) Need-based intervention is an effective strategy for improving the nutritional status of older people living in a nursing home: a randomized controlled trial. I: *International Journal of Nursing Studies*. 50 (12), s. 1580 - 1588.

Lopez, R. P. og E. J. Amella (2011) The Lived Experience of Providing Feeding Assistance to a Family Member with Dementia. I: *Research in Gerontological Nursing*, 4 (2), s. 127 - 134.

Magnus, P. og L. S. Bakketeig (2000) *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal

Mjørud, M. mfl (2011) Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens. I: *Sykepleien forskning*, 6 (2), s. 178-186.

Moland, L. E. (1997) *Ingen grenser? Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene.* (Fafu-rapport 221). Oslo: FAFO

Mowé, M. (2002) Behandling av underernæring hos eldre pasienter. I: *Tidsskrift for den norske legeforening*, 122, s. 815 - 818.

- Mowé, M. m fl (2006) Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in scandinavia: a questionnaire based survey. I: *Clinical Nutrition*, 25 (3), s. 524 - 532.
- Mowé, M., T. Bøhmer (1996) Nutrition Problems among Home-Living Elderly People May Lead to Disease and Hospitalization. I: *Nutrition Reviews*, 54 (1), s. 22 - 24.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen (2014) *Din helse - vår hjertesak!* [online].
URL:http://www.nasjonalforeningen.no/no/Om_oss/ (09.04.2015)
- Nightingale, F. (1984) *Håndbok i sykepleie: hva det er og hva det ikke er* [online]. URL:
<http://www.nb.no/nbsok/nb/14d29480aba7a18482982a9fcb6a6aa7.nbdigital?lang=no#69>
(06.03.15)
- Norsk Standardiseringsforbund (2007) *NS-EN ISO 9000. Kvalitetsstyring*. Lysaker: Standard Norge
- Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund
- Norstat (2010) *Spørreundersøkelse utført på oppdrag fra Nasjonalforeningen for folkehelsen og Mills Originalstatistikk*. Oslo: Norstat.
- Nortvedt, M. m fl (2012) *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Akribe
- Opinion AS (2003) *Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten: Nullpunktsundersøkelse i forbindelse med kampanjen Rett Hjem*. Oslo/Bergen: Opinion.
- Parker, M. og D. Power (2013) Management of swallowing difficulties in people with advanced dementia. I: *Nursing Older People*, 25 (2), s. 26 - 31.
- Polit, D. F. og C. T. Beck (2012) *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F. og C. T. Beck (2014) *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2015) *Om REK* [online]. URL: https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n (09.04.15)

Rocchiccioli, J. T. og J. T. Sanford (2009) Revisiting geriatric failure to thrive: a complex and compelling clinical condition. I: *Journal of Gerontological nursing*, 35 (1), s. 18 - 24.

Rognstad, M. K. m fl (2013) Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. I: *Sykepleien Forskning*, 8 (4), s. 298-307

Rokstad, A. M. M. (2009) Forståelse som grunnlag for samhandling. I: Rokstad, A. M. M. og K. L. Smebye (red.) *Personer med demens - møte og samhandling*. Oslo: Akribe, s. 60-84.

Schiffman, S. (1997) Taste and Smell Losses in Normal Aging and Disease. I: *The Journal of the American Medical Association*. 278 (16), s. 1357 - 1362.

Smebye, K. L. (2009) Sammarbeid med pårørende. I: Rokstad, A. M. M. og K. L. Smebye (red.) *Personer med demens - møte og samhandling*. Oslo: Akribe, s. 232-252.

Sosialdepartementet (1993) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. St. meld. nr 37 (1992-93). Oslo: Sosialdepartementet.

Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Når matinntaket blir for lite*. Oslo: Helse- og sosialdirektoratet

Sosial- og helsedirektoratet (2008) *Forebygging og behandling av underernæring - potensial for kostnadsbesparelser*. Oslo: Helse- og sosialdirektoratet

Statistisk sentralbyrå (2014) *Nøkkeltall for befolkning* [online]. URL: <http://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/befolkning> (12.11.14)

Støren, I. (2010) *Bare søk!* Oslo: Cappelen damm.

Sørbye, L. W. (2003) *Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern. Sammenlignende data fra AdHOC studiet.* Oslo: Diakonhjemmets høgskole

Ulstein, I. (2012) Demens. I: Bondevik, M. og H. A. Nygaard (red.) *Tverrfaglig geriatri.* Bergen: Fagbokforlaget, s. 295 - 304.

U.S. National Library of Medicine (2013) *Fact Sheet - Medical Subject Headings* [Online].
URL: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/mesh.html> (28.04.15)

Verdighetsgarantiforskriften (2010) *Forskrift om en verdig eldreomsorg, fastsatt ved kgl. res. 12. november 2010 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 tredje ledd og § 3-2 andre ledd.* [online] URL: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighetsgarantiforskriften> (25.01.15)

Wyller, T. B. (2011) *Geriatric: en medisinsk lærebok.* Oslo: Gyldendal