

Tesfabrhan Kibrekdusan Kidane
Wedeb Beyene Gebru
Brian Kavutu Kasiva

BACHELOR I SYKEPLEIE

ERNÆRING OG DEMENS

Mai 2022

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Bacheloroppgave

2022



Tesfabrhan Kibrekdusan Kidane
Wedeb Beyene Gebru
Brian Kavutu Kasiva

BACHELOR I SYKEPLEIE

ERNÆRING OG DEMENS

Bacheloroppgave
Mai 2022

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

NAVN	TESFABRHAN KIBREKDUSAN KIDAN WEDEB BEYENE GEBRU BRIAN KAVUTU KASIVA
TITTEL	ERNARING OG DEMENS
ANTALL SIDE	39
ANTALL ORD	10313

Sammendrag

Bakgrunn: Flere studier har vist at 80 % av pasientene som bor på sykehjem i Norge har demenssykdom. Forekomsten av underernæring hos disse gruppene er ofte høy. Det er fordi flere av pasientene med demens sliter med å få i seg nok mat på grunn av kognitiv svikt, fysisk svekkelse og nedsatt evne til å tolke sanseinntrykk. Oppgaven tar sikte på å besvare hvordan sykepleie kan forebygge underernæring hos disse pasientene.

Hensikt: Hensikten med den oppgaven er å øke kompetanse og kunnskap om ernæring hos pasienter med demens. Deretter å kunne forebygge underernæring hos disse pasientene.

Metode: I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie for å samle inn litteratur, og forskningsartikler for å belyse våre problemstillinger. Tre ulike databaser er benyttet for å finne forskningsartikler. Artikkene er analysert og funnene er tematisert.

Resultat: Forskningsstudier som ble inkludert for å besvare den oppgaven viser at demens pasientene som bor på sykehjem er utsatt av underernæring. Grunnen er at personalet mangler kompetanse for å opprettholde ernæringsstatus. Det er fire hovedkategorier som er identifisert; økt kunnskap, tilrettelegging av spisemiljø, økt bemanning og identifisere individuelle faktorer.

Konklusjon: Identifisere risikofaktorer for underernæring, individuell ernæringsplan, oppfølging og evaluering er viktige tiltak for å forebygge underernæring hos disse pasientene. Ved tidlig vurdering av ernæringsstatusen og observasjon, kan sykepleier identifisere pasientene som er underernært eller i risiko for underernæring. Dermed kan

sykepleier iverksette tidlig intervensjon. For å oppnå dette, må de øke oppmerksomheten, få økt bemanning og opplæring for helsepersonell.

Summary

Background: Several studies have shown that 80% of patients living in nursing homes in Norway have dementia. The incidence of malnutrition in these groups is often high. This is because several of the patients with dementia struggle to get enough food due to cognitive impairment, physical impairment and the ability to interpret sensory impressions. The thesis should answer how nursing can prevent malnutrition in these patients.

Aims: The purpose of this task is to increase competence and knowledge about nutrition in patients with dementia. Then can prevent malnutrition in these patients.

Method: This thesis we have used literature study to collect literature, and research articles to shed light on our issues. Three different databases have been used to find research articles. The articles have been analysed and the findings are titled.

Resultant: Research studies that were included to answer that question show that dementia patients who live in nursing homes are exposed to malnutrition. The reason is that the staff lacks the competence to maintain nutritional status. There are four main categories that have identified. Increased knowledge, facilitation of the dining environment, increased staffing and identifying individual factors.

Conclusion: Identifying risk factors for malnutrition, individual nutrition plan, follow-up and evaluation are important measures to prevent malnutrition in these patients. By early assessment of nutritional status and observation, nursing can identify patients who are malnourished or at risk of malnutrition. Thus, nursing can initiate early intervention. To

achieve this, they need to increase awareness, increased staffing and training for health professionals.

Innhold

1. Innledning.....	5
1.1 Introduksjon.....	5
1.2 Sykepleierfaglig relevans	6
2. Bakgrunn	7
2.1 Demens.....	7
2.1.1 Kognitive og atferd forstyrrelser og psykiske symptomer ved demens	7
2.2 Ernæring	9
2.2.1 Underernæring.....	9
2.2.2 Risikofaktorer for underernæring.....	9
2.2.3 Konsekvenser av underernæring	9
2.3 Virginia Hendersons sykepleieteori	10
2.4 Lovverk.....	11
2.5 Tidligere forskning	12
2.6 Hensikt og problemstilling.....	13
3. Metode	13
3.1 Hva er metode	13
3.2 Litteraturstudie.....	14
3.3 Kvalitativ og Kvantitativ metode	14
3.4 Søkestrategi	14
3.5 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.	15
3.6 Søkeshistorikk	16
3.7 Vurdering av artiklenes relevans	17
3.8 Kvalitetsvurdering av artiklene.....	17
3.9 Analyse.....	18

3.10 Presentasjon av funn/resultater.....	19
4. Sammenfattende resultat	23
4.1 Kunnskap	24
4.2 Individuelle faktorer	24
4.3 Spisemiljø.....	25
4.4 Bemanning.....	27
5. Drøfting.....	27
5.1 Kunnskap	27
5.1.1 Kunnskap om vurdering og kartlegging av ernæringsstatus	28
5.1.2 Kunnskap om risikofaktorer for underernæring.....	30
5.2 Spisemiljø ved måltider	30
5.2.1 Skape et godt sosialt spisemiljø for å fremme matinntaket.....	31
5.2.2 Viktigheten av hjelpemidler for å øke pasientens matinntak	32
5.3 Bemanning.....	33
5.4 Individuelle faktorer	34
5.5 Implikasjoner for tjenesteutvikling.....	35
6. Konklusjon	35
Litteraturliste.....	37

1. Innledning

1.1 Introduksjon

I Norge er det vel 100 000 personer som har en demenssykdom (helsedirektorater, 2020). Forekomsten av sykdommen øker kraftig med stigende alder. Demografiske endringer med større andel eldre i befolkning fører til at antall pasienter med demens også vil øke betydelig. Ettersom forekomsten av demens øker med alderen, vil antall personer med demens doubles innen 2040. Dette vil ha stor betydning for kommunale helse- og omsorgstjenester når det gjelder kapasitet, kompetanse og faglig tilnærming, fysisk utforming og konstruksjon, og samhandling med pårørende og frivillige. Det er mange av pasientene som bor i sykehjem som har demenssykdom – hele 80% av de som har langtidsplass i sykehjem, har demenssykdom (helsedirektorater, 2020).

Forekomsten av underernæring hos eldre pasienter med demens er ofte høy. Det er fordi flere av pasientene med demens sliter med å få i seg nok mat på grunn av svekket evne til å tolke sanseinntrykk som smak, lukt og berøring. Disse pasientene er en sårbar gruppe og har vansker med å få tilstrekkelig og riktig næringstilførsel. Vanlige ernæringsutfordringer kan være redusert evne til å huske måltider, nedsatt evne til å spise, nedsatt appetitt og sultfølelse, svelgeproblemer, dårlig tannhelse og nedsatt evne til å gjenkjenne mat som mat. I tillegg kan pasienter med demens ha vansker med å flytte mat fra tallerken til munn (Helsedirektorater, 2022a). Pasientene kan også oppleve å ha vanskeligheter med å gi uttrykk for sine ønsker og behov, og samtidig tolke informasjon på en riktig måte. Dette kan føre til betydelige utfordringer knyttet til å skaffe seg tilstrekkelig ernæring. På grunn av kognitiv svikt, kan det være vanskelig å oppnå et godt samarbeid og det kan være utfordrende å motivere pasienter (Brodtkorb, 2014). Dette gi stor utfordring for pasientene ved at de ikke får i seg tilstrekkelig med matinntak, og derfor er eldre pasienter med demens mer utsatt for underernæring. Underernæring utvikler seg over tid når næringsinntak er mindre enn det man har behov for (Sortland *et al.*, 2001).

Aldersrelaterte endringer fører til mindre matinntak. Det er fordi kroppen vår endrer seg etter hvert som vi blir eldre, og mulig endringer er en reduksjon i fordøyelsessystemet og muskelmassen. Disse endringene kan ha stor innvirkning på kroppens kosthold og ernæringsprofil. Tap av muskelmasse kan føre til redusert energibehov og vekttap. Dårlig tarm peristaltikk, svelge problemer, munntørrehet og tanntap eller dårlig tilpasset tannprotese er alle faktorer som påvirker Eldres appetitt og ernæringsstatus. Dette utgjør en stor utfordring for eldre

pasienter med demens fordi de ikke får nok matinntak, og det er grunnen til at eldre pasienter med demens er mer utsatt for underernæring. Underernæring fører til redusert muskelmasse, svakhet, tretthet anemi og nedsatt immunforsvar og dermed øker infeksjonsfaren (Sortland *et al.*, 2001).

Årsaken til at vi har valgt dette temaet, er å belyse hvordan sykepleier kan ivareta ernæringsbehov og forebygge underernæring hos pasienter med demens. Vi jobber på sykehjem ved siden av studiene. På våre arbeidsplasser har vi observert at flere pasienter med demens var underernærte. Pasientene har vansker med å få i seg tilstrekkelig mat på grunn av kognitiv svikt som utgjør en stor faglig utfordring for sykepleiere. På grunn av kognitive svikt er det vanskelig å ivareta god ernæring. I tillegg er det noen aldersrelaterte endringer som kan føre til mindre matinntak enn tidligere, fordi ved alder avtar appetitten, tørste, sulten reduseres og mettheten kommer raskere. Vi har observert også at noen sykepleiere mangler kunnskap om kartlegging av ernæringsstatus hos pasienter med demens. Derfor er det viktig at vi skaffer god kunnskap om ernæring og oppfølging av ernæringsstatus hos disse pasientene.

1.2 Sykepleierfaglig relevans

Sykepleier jobber i ulike arenaer i helsetjenesten og de møter mennesker med demens på alle arbeidsplasser, men særlig på sykehjem og i hjemmetjenesten. Derfor trenger sykepleier spesifikk kunnskap om demenssykdom og hvordan sykdommen påvirker pasientens egenomsorgsbehov. Hvilken kapasitet og grunnleggende tilnæringsmåter sykepleieren har, kan være avgjørende for hjelpen til pasientene (Grønseth og Jerpseth, 2019). Sykepleier har ansvar for at pasienten får tilstrekkelig mat og drikke tilpasset pasientens behov og ønsker, Sykepleier har ansvar for å overvåke pasientenes mat- og væskeinntak ved observasjon og systematisk registrering. Sykepleier har også ansvar for å gjennomføre ernæringskartlegging og utvikle ernæringsplan, og etter hvert sørge for å følge opp næringsplanen og sikre at næringsplanen blir iverksatt (Helsedirektorater, 2017).

I følge av demensplan (2015), er demens den vanligste årsaken til innleggelse og lengre opphold i sykehjem. En stor andel av sykepleietjenestenes brukere lider av demens, vanligvis i kombinasjon med andre sykdommer og tap av funksjoner. Hensikten med tiltakene i demensplanen er at den enkelte skal oppleve livskvalitet, sikkerhet og meningsfullhet i hverdagen, til tross for alvorlig sykdom og funksjonshemming (Regjeringen.no, 2007).

2. Bakgrunn

2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse for sykdommer og skader i hjernen som fører til at man gradvis mister intellektuelle funksjoner. Sykdommen kan være forårsaket av forskjellige organiske sykdommer som er preget av svekkede kognitive evner og redusert hukommelse, konsentrasjon, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjonsevner. Den kognitive svikten fører til endret atferd, og til nedsatt evne til å klare dagliglivets aktiviteter (Engedal *et al.*, 2018, s. 18).

Demens finnes i ulike former og grader. Demens deles inn i tre stadier som mild, moderat og alvorlig demens. Pasienter med mild demens er vanligvis i stand til å leve normalt ved hjelp av påminnelser, veiledning og huskelapper. Ved moderat demens vil personen ha behov for fysisk hjelp i hverdagen, som hjelp til påkledning, matlaging, rengjøring og hjelp med økonomi. Ved alvorlig demens er personen helt avhengig av heldøgns hjelp, og det er på dette stadiet mange finner plass på sykehjem da omsorgen for pårørende blir for tung (ENGEDAL, 2021).

2.1.1 Kognitive, atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens

Kognitive og atferdsmessige symptomer ved demens kan påvirke pasientenes matinntak. De vanlige kognitive symptomer ved demens er svekket oppmerksomhet, redusert hukommelse og læringsevner, redusert orienteringsevne, redusert språkevne, agnosi, handlingssvikt og svekkende intellektuelle evner. Psykiske symptomer som depresjon, angst og irritabilitet er vanlige ved demens (Skovdahl og Berentsen, 2014).

-Svekket oppmerksomhet: Oppmerksomhet er en grunnleggende mental funksjon som påvirker alle kognitive funksjoner. Hvis oppmerksomheten er svekket, er en persons ytelse på både hukommelse og problemløsning i hverdagen dårligere. Oppmerksomhet kan relateres til våkenhetsnivå i daglig fungering, oppmerksomhet på nye stimuli, evne til å holde seg til oppgaver og ikke bli distraheret. Hos pasienter med demens er denne evnen redusert eller mangler, noen som kan gjøre det vanskelig i hverdagen (Engedal *et al.*, 2018).

-Redusert hukommelse og læringsevner er et tidlig symptom ved demens. Ved demens kan skade på områder av hjernen som oppfatter sanseinntrykk gjøre tolkning vanskelig. Evnen til å tolke inntrykk krever hukommelse, og hukommelse er å bevisstgjøre det en person har lært (Skovdahl og Berentsen, 2014).

-Redusert språkevne: Språkvansker kan påvirke logisk tenkning, analytiske ferdigheter, språkoppfatning og god talefunksjon. Siden språk er en viktig faktor i kontakt og relasjonsbygging med andre, har utviklingen av afasi stor innvirkningen på hverdagen og det sosiale livet til personer med demens. Manglende evne til å forstå og uttrykke seg gjør det lett å gi opp, og dermed er det mange isolere seg (Skovdahl og Berentsen, 2014).

-Agnosi: er manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter, og evne til å forstå meningen med sanseintrykk. Agnosi kan gjelde alle sanser, men ved demens er syns- og hørselsdiagnoser de viktigste selv om funksjonsnedsettelse på andre områder som lukt og smak kan spille en viktig rolle i hverdagen (Engedal *et al.*, 2018).

-Handlingssvikt eller Apraksi: Apraksi er handlingssvikt som er manglende evne til å utføre enkelte handlinger med full førlighet og forståelse om hva man skal gjøre. Pasienten mangler evne til å utføre hver del av handlingen i riktig rekkefølge. Pasienten kan gjøre hver delhandling riktig, men kan ikke kombinere dem til en helhet. Ved moderat og alvorlig demens har pasienter vansker med å utføre personlige aktiviteter i hverdagen, som av- og påkledning, vasking og spising (Engedal *et al.*, 2018).

-Depresjon: er en atferdsforstyrrelse og psykiske symptom ved demens som gir følelse av mindre verdi, håpløshet, tristhet, isolasjon og bekymringer. Depresjon er vanlig hos pasienter med demens, og forekomsten av depresjon ved demens er omtrent 20% (Skovdahl og Berentsen, 2014).

-Angst: angst kan defineres som indre uro, usikkerhet, bekymring og følelse av hjelpeløshet. Angst er et vanlig symptom på demens. Det kan forårsakes av frykten for å bli forlatt, eller at situasjonen rundt den demenssyke kan virke uforståelige og uhåndterlige. Pasienten er ofte redd når han er alene (Skovdahl og Berentsen, 2014).

-Agitasjon: definert som en tilstand med ytre uro og indre spenning. Ytre uro viser seg som bevegelser og lyd, som for eksempel vandring, plukking og roping. I de fleste tilfeller opplever pasienter med demens og agitasjon indre spenninger, rastløshet, uro og ubehag. Agitasjon er vanlig ved demens, og forekomsten øker hos pasienter med demens som bor i sykehjem eller hos pasienter med alvorlig demens (Engedal *et al.*, 2018).

2.2 Ernæring

Ernæring er et grunnleggende behov som handler om kroppens behov for energi og næringsstoffer, og hvordan innhold av næringsstoffene omsettes gjennom fysiologisk prosess i kroppen. Alle oppbyggingsprosesser i organismen krever energi, og mennesket trenger over 50 næringsstoffer for vekst, utvikling og reproduksjon. Ernæring er viktig for vedlikehold og reparasjon av celler og vev, og det er dermed en sammenheng mellom maten vi spiser, og sykdomsutvikling (Sortland *et al.*, 2001, s. 9). Næringsstoffer deles inn i energigivende næringsstoffer og ikke-energigivende næringsstoffer. Karbohydrater, proteiner og fett er næringsstoffer som gir energi til kroppen når den forbrennes. Vitaminer, mineraler og sporstoffer er ikke-energigivende næringsstoffer som ikke gir energi til kroppen, men de er viktige for helse. Begge næringsstoffene beskytter kroppen mot sykdommer. Energiforbruket reduserer vanligvis hos eldre, men vitaminbehovet og mineralsbehovet er stabilt gjennom hele livet. For at sykepleier skal hjelpe pasienter med å dekke det grunnleggende behovet for ernæring, er det viktig at sykepleier har kompetanse. Det er viktig at sykepleier har kunnskap om matvarens innhold for å kunne gi pasientene riktig ernæring når de trenger det (Sortland *et al.*, 2001).

2.2.1 Underernæring

Underernæring er en tilstand som oppstår når inntaket av næringsstoffer er mindre enn pasientens behov enten ved at inntaket av næringsstoffer reduserer eller at behovet øker på grunn av forskjellige sykdommer, medikamenter og andre ting (Jacobsen og Bye, 2015). Underernæring er et betydelig problem for eldre brukere av kommunale helse- og pleietjenester. Underernærings forekomst blant sykehjems pasienter varierte fra 20 % til 71 %, og med 20 % til 78 % er i fare for å utvikle underernæring (Helsebiblioteket.no, 2019).

Underernæring deles i to undergrupper; sykdomsrelatert underernæring og underernæring med eller uten inflammasjon (betennelse). Underernæring på grunn av inflammasjon eller betennelse skyldes akutt og kronisk sykdom eller skade. Underernæring uten inflammasjon skjer på grunn av tilstander som dårlig tannstatus, kort tarm, senskade etter behandling eller demens. Nasjonale kvalitetsindikatorer fra 2020 viste at henholdsvis 68% av de eldre i risiko for underernæring på sykehjem (Helsedirektoratet, 2022a).

2.2.2 Risikofaktorer for underernæring

Aldersforandring: Kroppen vår endrer seg etter hvert som vi blir eldre, og mulig endringer er en reduksjon i fordøyelsessystemet og muskelmassen. Ved aldring kan man ha nedsatt appetitt

og sanser. Smaken endres ved alderen, noe som reduserer både smaks intensiteten og evnen til å skille mellom ulike smaker. Luktesansen kan også være redusert. Nedsatt smaks- og luktesans kan føre til nedsatt appetitt. I tillegg kan syns- og hørselshemninger påvirke pasientens evne til å få i seg mat og drikke. Dessuten er orale problemer en årsak til underernæring. Tilstander som dårlige tenner, munntørrehet, sår etter protese og svelgeproblemer kan bidra til å redusere matinntaket (Thoresen, Borchsenius og Sjøen, 2019).

Kognitiv svekkelse: Eldre pasienter med betydelig nedsatt hukommelse på grunn av kognitiv svikt kan glemme å spise og drikke, eller de kan glemme hvordan bestikket holdes eller hvordan man tar glasset til munnen (Thoresen, Borchsenius og Sjøen, 2019).

Fysiske svekkelse: Eldre pasienter har redusert fysisk kapasitet i en måltidssammenheng, slik som nedsatt krefter samt nedsatt grov- og finmotorikk til å skjære opp maten selv, smøre brødsleven og føre maten til munnen (Thoresen, Borchsenius og Sjøen, 2019).

Medisinsk behandling: Pasienter som bruker medisiner mot sykdommene sine kan påvirke ernæringsstatus ved endring matinntak, absorpsjon og omsetning av næringsstoffer (Thoresen, Borchsenius og Sjøen, 2019).

Manglende oppmerksomhet og kompetanse hos ansatte:

Manglende oppmerksomhet og kompetanse hos ansatte er en av de risikofaktorene for underernæring, det er fordi personalet mangler bevissthet om mat og ernæring, og dermed er det vanskelig å følge opp pasienter som er utsatt for underernæring. Kompetanseheving og opplæring i ernæringsarbeid kan hjelpe personelle til lettere å oppdage og følge opp pasientene (Heimli, Bøhn og Stordalen, 2019).

2.2.3 Konsekvenser av underernæring

Konsekvenser av underernæring kan være at underernærte pasienter har økt sykdomsbyrde og forkortet levetid. De kan ha økt risiko for komplikasjoner, forverret fysisk tilstand og redusert kognitiv funksjon. Noe som reduserer helse relatert livskvalitet som igjen fører til dårlig toleranse for behandling, økte sykehuskostnader første og fremst som følge av lengre opphold. Pasienter som er underernært, ligger lengre på sykehus og har flere reinnleggelser (helsedirektoratet, 2022b).

2.3 Virginia Hendersons sykepleieteori

Sykepleieteorien som brukes til å belyse oppgaven er Virginia Hendersons teori, som handler om pasientens grunnleggende behov. Virginia Henderson hevder at det grunnleggende formålet

med sykepleie er å ivareta pasientens grunnleggende behov. Hun sier at det unike funksjonen til sykepleiere er å hjelpe folk med å utføre handlinger som bidrar til deres helse, og å hjelpe mennesker som har helseutfordringer som ikke klarer å mestre de på egen hånd. For å kunne hjelpe pasienten, må sykepleier ha en oversikt over de områdene pasienten trenger hjelp (Mathisen, 2015).

Virginia Henderson foreslår fjorten ulike behov i sin teori som hun mener beskriver grunnleggende menneskelige behov. Henderson mener at sykepleiere skal observere pasienter og vurdere om pasientene mangler styrke, vilje og kunnskap til å ivareta sine grunnleggende behov, slik at sykepleierne skal hjelpe pasientene med det de ikke klare å ivareta selv (Mathisen, 2015). Henderson har definert sykepleierens særegne funksjon som:

«... å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død). Noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt den nødvendige krefter, kunnskap og vilje. Hennes funksjon er å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så raskt som mulig».

I tillegg sier hun « en bør ikke glemme å motivere den syke til selvhjelp så snart som mulig» (Henderson, 1997, s. 9).

Virginia Henderson har etablert 14 komponenter som omhandler generell sykepleie. En av disse grunnleggende behov er å hjelpe pasienten til å spise og drikke tilstrekkelige. Uansett på hvilken måte pasienten får næring i seg, er det sykepleieren som har ansvar for å bøte på mangel på matlyst og sørge for at pasientens næringstilførsel er tilstrekkelig. Hun sier at det skulle ikke være nødvendig å få hjelp av dietetiker. Oppdragelse til sunt kosthold og gode helsevaner vil bare lykkes hvis sykepleieren tar hensyn til hvilken type kosthold pasienter er vant til. Sykepleiere bør utvikle et godt samarbeidsforhold slik at de kan bidra til å dekke pasientens næringsbehov på beste måter. Sykepleie må kunne gi råd om normal vekt i forhold til høyde og alder. Om ernæringsbehov og om hvordan maten bør tilberedes (Henderson, 1997, s. 30-35).

2.4 Lovverk

Personer med demens har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 i andre ledd. Videre har pasienter og brukere rett til medvirkning og informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasient -og brukerrettighetsloven §2-5 omhandler rett til individuell plan. Loven sier at pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinert

helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven (Lovdata, 1999b).

Kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene § 3 omhandler oppgaver og innhold i tjenestene, skal bidra til å sikre at personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester får ivare tatt sine grunnleggende behov (lovdata., 2003). Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 4-2 omhandler plikt til å arbeide systematisk for å bedre kvalitet og pasient- og brukersikkerhet (lovdata, 2011). Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (lovdata, 1999a).

2.5 Tidligere forskning

Vi har funnet flere tidligere artikler som viser at det er mange pasienter med demenssykdom som har utfordring med å få i seg tilstrekkelig næringsstoffer, og dermed er mange pasienter underernært eller står i risiko for underernæring. Studiene viser også at helsepersonell mangler nok kunnskap om ernæring, og det er behov for mer forskning om ernæring. Å spise er en stor kilde til nytelse, og helsepersonell sliter med å hjelpe eldre mennesker med demens til å opprettholde denne kilden til nytelse. Fokus er ofte på å opprettholde matinntak eller ernæring for å holde eldre mennesker friske, da spisevaner ofte fører til underernæring og bidrar til sykdom og omsorgsbyrde. Eldre med kognitiv svikt opplever ofte ikke omsorgspersonen som nyttig når det gis mathjelp og omsorgspersoner opplever problemer med å gi mathjelp. (Chang og Roberts, 2008).

Chang og Roberts., (2011) viser at mennesker med demens har en høy grad av vansker med matinntak som omfatter tyggevansker og dysfagi, problemer med å lukke munnen, søle mat fra munnen, samle mat i munnen, og nekte å ta imot mat ved mating. Den hyppigste årsaken til matvansker er at pasienten nekter å spise. Disse vanskene forstyrrer tilstrekkelig matinntak, og kan føre til underernæring. I tillegg viser studien at fysisk funksjon, psykologiske faktorer, sosiale interaksjoner, spisemiljø og kultur påvirker vansker med matinntak, og at beboerne med underernæring trenger hjelpe under måltidene. Samhandlingen mellom beboerne og helsepersonell er ekstremt viktig under måltider for å forebygge underernæring (Chang og Roberts, 2011). Derfor kan det være viktig å forbedre samspillet mellom helsepersonell og beboerne eller gi opplæring til andre omsorgspersoner.

Studier viser at pasienter med demens har vansker med å oppnå et godt samarbeid på grunn av kognitiv svikt. I studien står det at eldre pasienter med alvorlig demens har nektet munnpleie av pleierne, og protesebruk avtar på grunn av forverring av både mentale og fysiske funksjoner forårsaket av progresjon av demens. På grunn av dårlig munnhygiene, mangel på oral okklusjon, og ikke bruk av proteser, kan det hende at pasientene ikke inntar tilstrekkelig næringsstoffer, og dette har en tendens til å føre til underernæring. Det er også mulig at de ikke er i stand til å innta tilstrekkelig mat fordi deres appetitt avtar på grunn av det dårlige utseendet til den oppkuttete eller blandede maten (Konishi og Kakimoto, 2021). Det er fortsatt en stor utfordring å skape godt samarbeid med pasienter med demens, men det er viktig at helsepersonell skal danne god relasjon ved å vise omsorg og forståelse.

2.6 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om ernæring hos pasienter med demens, og hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos disse pasientene. Sykepleiere spiller en viktig rolle for å forebygge underernæring ved å bidra til å optimalisere ernæringsinntak. Det er viktig at sykepleier sikrer tilstrekkelig næringstilførsel til eldre pasienter med demens. Her vil vi lære om sykepleierens roller og kartlegging av pasientens ernæringsstatus fra temaet som vi har valgt. Ernæring er et grunnleggende behov, derfor vil vi finne ut hva sykepleiere kan gjøre for å forebygge underernæring hos eldre mennesker med demens som bor på sykehjem.

«Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjem?»

Vi har valgt å avgrense og presisere en problemstilling som følger av oppgavens tema. Med den problemstillingen vi har utarbeidet, spør vi om hvordan sykepleieren kan forebygge underernæring. Vi vil søke etter handlinger eller tiltak som kan forebygge underernæring hos beboerne med demens på sykehjem. Vi velger å ikke gå spesifikt inn på de ulike demenssykdommene, men har fokus på de vanligste symptomene ved demenssykdom generelt.

3. Metode

3.1 Hva er metode

«Metode er systematisk fremgangsmåten man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2019, s. 74). For å belyse vår problemstilling, har

vi brukt pensumbøker, fakta kunnskap, forskningsartikler og sykepleierteori. I tillegg har vi brukt erfaringsbasert kunnskap fra våre arbeidsplasser.

3.2 Litteraturstudie

I denne oppgaven har vi valgt å bruke litteraturstudie. «*En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele*» (Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god oppfatning av nødvendig kunnskap på den området som problemstillingen etterspør. Det kan beskrive hvordan man tilegner seg den kunnskapen også (Grønseth og Jerpseth, 2019). De vitenskapelige artikler som benyttes for å besvare vår problemstilling følger både kvalitativ metode og kvantitativ metode.

3.3 Kvalitativ og Kvantitativ metode

Kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelig egenskaper, som for eksempel meninger, erfaringer, tanker, forventninger, motivasjoner og holdninger. Man kan også utforske prosesser som handling, utvikling, bevegelse og helhet. Kvalitativ studie handler derfor ofte om å finne meningskonteksten, og innsamlingen av data gjøres gjennom intervjuer, observasjoner, stedsbesøk og dokumentanalyse (Thidemann, 2019).

Kvantitative data er målbare enheter, tall, såkalte harde objektive data, det vil si nøyaktige faktakunnskap. Disse tallene gir muligheter for nøyaktige beregningsoperasjoner som kan brukes til statistiske beregninger og formidles ofte i tabellform. Ved bruk av kvantitative metoder samles data inn via spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematiske og strukturerte observasjoner og eksperimenter (Thidemann, 2019).

3.4 Søkestrategi

Søkestrategi handler om å bestemme hvilke søkeord man skal bruke i søket (i databasen) og hvordan man skal kombineres disse (Thidemann, 2019, s. 89). For å finne vitenskapelig artikler benyttet vi tre ulike databaser; Cinahl (Complete), Medline (Ovid) og PubMed (Medline) som er anbefalt fra NTNU. Her har vi brukt strukturert søkestrategi og emneord til å finne forsknings artikler. Emneord er ord som hentet fra databasens kontrollerte terminologi som er standardiserte ord for begrep i data basen (Thidemann, 2019, s. 86). De Søkeordene som er valgte å bruke i søking er «**Dementia, malnutrition, nursing og prevention**». For å finne riktig helsefaglige ord (emneord), ble det brukt «MeSH» oversettelse for både på engelsk og norsk. Termbasen for MeSH finnes på helsebiblioteket (Thidemann, 2019), og vi har derfor benyttet

denne for å komme fram til søkeordene. Hensikten med søket var å finne et godt utvalg av relevante artikler som svarer problemstillingen.

Søkeprosesser begynte ved å bruke de tre ulike databasene som er nevnt ovenfor. Strukturerte søk ble gjennomført i henhold til søkestrategi. PICO skjema ble benyttet for å konkretisere søkeord i forhold til oppgaven. Etter søket med de søkeordene i de valgte databasene, oppgis antall artikkeltreff som er relevans med problemstillingen. Deretter kombineres søkeord med AND for å få begrensning i antall treff. Søkehistorikken er registrert og fremstilt i tabell 3.

3.5 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.

Tabellen nedenfor viser inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier som utgangspunkt for hvilke artikler som bør være inkludert eller ekskludert i oppgaven.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons kriterier	Eksklusjons kriterier
Pasienten med demens sykdom over 65 år	Artikler som beskriver bare om kvinner eller menn.
Fagfellevurdert artikler	
Sykepleiefaglig relevans	
Pasientene som bor på institusjoner.	
Søkelys på pasient eller sykepleieperspektiv	Andre yrkesgrupper
Kvalitative og kvantitative studier	Review artikler.
Artikler i fulltekst og publisert i siste 10 år	Artikler eldre 10 år.
Språk både engelsk og norsk.	Språk uten norsk og engelsk

PICO-skjema kan tydeliggjøre eller identifisere hvilke begreper og søkeord bør brukes i databasen. I tillegg er funksjonen til PICO- skjemaet hjelper å strukturere til å søke i databasen ved koble sammen og organisere nøkkelord og sette opp en søkestrategi (Thidemann, 2019).

Tabell 2: PICO-skjema

Problemstilling	P (population)	I (intervention)	C(comparison)	O (outcome)
-----------------	----------------	------------------	---------------	-------------

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjem?	Pasienter med demenssykdom på sykehjem.	Forebygge underernæring ved økt kompetanse/kunnskap/ernæringscreening/omsorgsfull hjelp		Pasienten skal ha tilstrekkelig mat/god ernæringsstatus
--	---	---	--	---

3.6 Søkehistorikk

Søkehistorikk er dokumentasjon på søket og dette innebærer søkedato, hvilke databaser vi har brukt, søkeord som ble brukt, hvordan søkeordene er kombinert, hvordan avgrensninger og antall treff (Thidemann, 2019).

Tabell 3: Søkehistorikk

Database	Søkeord og kombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Inkludert
Medline (ovid)	1, Dementia		145660	
	2, Malnutrition		56090	
	3, Nursing		631359	
	4, Prevention		1813174	
	1 and 2 and 3 and 4		58	
		Fulltekst og siste 10 år	58	1
Cinahl	1, Dementia		72,928	
	2, Malnutrition		19,736	
	3, Nursing		786,835	
	4, Prevention		741,109	
	1 and 2 and 3 and 4		51	
			Fulltekst og siste 10 år	42

Medline (pubmed)	1, Dementia		121,459	
	2, Malnutrition		47,055	
	3, Nursing		307,574	
	4, Prevention		1,270,382	
	1 and 2 and 3 and 4		56	
		Fulltekst og siste 10 år	56	1

3.7 Vurdering av artiklenes relevans

Prosessen for å utvelge artiklene startet med å lete etter interessante artikkeloverskrifter, og forsetter å lese abstrakt for å finne ut om det er relevant for oppgavens problemstilling og tema. I tillegg har vi sett etter om artiklene har fulgt IMRaD struktur. IMRaD struktur innebærer Introduksjon, Metode, Resultater og Diskusjon, og brukes i de fleste vitenskapelige artikler. For å ha større mulighet for å finne ny og oppdatert informasjon som passer til oppgaven, benyttet vi de nyeste publiserte vitenskapelige artiklene. I tråd med Thidemann (2017 s.90), ble disse punktene brukt som utgangspunkt for å vurdere kvaliteten og relevansen til en artikkel.

- Er informasjonen relevant med oppgaven, (les abstrakt eller sammendrag?)
- Hvem er artikkelen skrevet for?
- Hvilket tidsskrift er artikkelen publisert?
- Er det et tidsskrift med fagfelle-vurdert?
- Hvilket utgivelsesår har publikasjon?
- Er informasjonen i artikkelen av ny dato?
- Er forfatterne anerkjente fagfolk eller forskere innen feltet.

3.8 Kvalitetsvurdering av artiklene

For å vurdere kvaliteten på de vitenskapelige artiklene har vi lest grundig for å forstå generelle forskningsmetoder, og sett etter at resultatene er tydelig fremstilt og drøftet. For å finne oppdatert sjekklister til studier med forskjellige forskningsdesign, har vi søkt på Helsebiblioteket.no. Ved å bruke en slik sjekklister får man hjelp til å vurdere systematisk

hensikt, metode, etiske forhold, fremstilling av resultater, validitet og om funnene fra forskningen er relevante til problemstillingen i oppgaven. Via sjekklister få man tips om underveis og samt veiledning om alle aspekter. Det er formålet for egne sjekklister for ulike typer studier, som kan dele mange fellestrekk (Thidemann, 2019). I og med at innholdet i de ulike sjekklister er spesielt utformet for de ulike forskningsmetodene, har vi brukt de sjekklisterne som stemmer overens med metoden som er brukt i de ulike studiene.

Studiene som vi har valgt krever nøye planlegging og det tar tid for å arbeide grundig med problemstillingen. Videre krever disse studiene en forståelse av hvilken informasjon som trengs for å avklare problemstillingen. Vi har fått muligheter å komme inn i både kvalitativ og kvantitativ forskning som allerede eksisterte og utført i hele verden. Ved bruk av studien sammen med faglitteratur, har vi bedre utgangspunkt for å finne nye, relevant kunnskap for å besvare problemstillingen.

3.9 Analyse

Analyseprosessen handler om å dele opp de vitenskapelige artiklene og sette dem sammen til en ny helhet. For å analysere vitenskapelige artiklene er det viktig å lese teksten flere ganger. Da kan man lese teksten både i sin helhet og i deler for å skaffe seg en god oppfattelse av emnet. I tillegg er det nødvendig å markere seg, først og fremst de sentrale temaene i teksten (Thidemann, 2019). Den nye helheten må belyse vår problemstilling.

I følge (Friberg, 2017, s. 148-150) deles analysearbeidet i fire punkter. Fribergs analysemodell er grunnlaget for vårt arbeid.

1. Lese artiklene og forstå innholdet.
2. Foreta en datareduksjon og presentere artiklene i en oversiktstabell.
3. Sammenligne resultatene.
4. Sortere materialet i nye kategorier.

Vi begynte å analysere og tolke resultatene ved å lese artikkelen flere ganger slik at vi fikk en god forståelse av innholdet. Vi er opptatt av å lese resultatene i artiklene, fordi det er det som bør bruke videre i vår analyse. Etterpå kunne vi gjøre datareduksjon for å hente ut høydepunkter og nøkkelfunn. Deretter legger vi artiklene i oversiktstabellen, for å få oversikten. Vi har vurdert innholdet i hver artikkel og gir en kort oversikt over de relaterte artikler resultatene. Videre sammenligner vi resultatene med hverandre og trekker ut relevante likheter og forskjeller i

teksten. Til slutt har vi organisert resultatene og laget en systematisk fremstilling med underkategorier. Vi har hentet ut de viktigste funnene, som vi mener passer til vårt problemstillingen, og da blir det vår nye helhet.

3.10 Presentasjon av funn/resultater

Artikkel 1

Forfatter År/land	Nell, Debra Neville, Stephen Bellew, Roana O'Leary, Catherine Beck, Kathryn Louise. (2016), New Zealand
Tittel	Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialized dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions.
Studien hensikt	Å utforske oppfatningene til ansattes omsorgspersoner angående faktorer som påvirker optimal ernæring og dehydrering for personer som bor i spesialiserte demensomsorg enheter.
Metode/Deltakere.	Kvalitativ deskriptiv studie ved bruk av en semistrukturert intervju tilnærming med 11 ansatte omsorgspersoner ved to spesialiserte demensomsorg enheter. Data ble analysert ved hjelp av en generell induktiv tilnærming
Hovedresultat.	Resultatene viste oss at individuelle faktorer som appetitt, mat appell og kognitive og funksjonelle evner. Påvirket ernæringsstatusen til de eldre og miljøfaktorer knyttet til spisemiljøet, de sosiale aspektene ved servering og støtte til måltid aktiviteter, spiller en stor rolle for ernæringsstatus.
Kommentar.	Relevant for oppgave vårt er faktorer som påvirket ernæring og dehydrering hos personer som lever med demens var komplekse og innbyrdes relaterte. Ansatte og matleverandører bør sette søkelys på både individet og miljøet for å sikre optimal ernæring og dehydrering for personene i deres omsorg.

Artikkel 2

Forfatter År/land/ Tittel	Johansson, Wijk og Christensson, (2017), Sweden Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program
Studien hensikt	Målet med studien var å undersøke utfallet av endring i kroppsvekt knyttet til bruk av en strukturert forebyggende behandlingsprosess blant personer med demens vurdert som i fare for underernæring eller underernærte.
Metode/Deltakere.	Kvalitativ metode. Deltakere 1912 personer, 65 år og eldre, registrert i både SA og demens kvalitetsregister et Svedem ble inkludert.
Hovedresultat.	Resultatene viste oss at ernæringsstatus og kognitiv økte risikoen for underernæring, og Personer som bor i spesielle boliger har en tendens til å bli vurdert som utsatte eller underernærte i høyere grad enn de som bor på deres ordinære bosted.
Kommentar.	Artikkelen kan besvare vårt oppgave via hvordan og hvorfor pasienten er utsatt til underernæring og hvordan kan forebygge det. Derfor har vi valgt artikkelen.

Artikkel 3

Forfatter År /land Tittel	Park, Myonghwa Song, Jun-Ah Lee, Mihyun Jeong, Hyun Lim, Soyeun Lee, Haejung Kim, Chun-Gill Kim, Jeong S Kim, Kyung S Lee, Young W %J Japan Journal of Nursing Science. (2018). Korea National study of the nutritional status of Korean older adults with dementia who are living in long-term care settings.
Studien hensikt	For å evaluere ernæringsstatusen til eldre voksne med demens som bodde i langtidspleie.
Metode/Deltakere.	Kvalitativ metode. som undersøkte 3472 eldre voksne med demens, i alderen ≥ 60 år (gjennomsnittsalder: 81,24 år), som var bosatt i 248 tilfeldig utvalgte langtidsomsorg miljøer i Sør-Korea. Tjuetre forskjellige variabler som var relatert til deltakernes demografi, sykdommer og funksjonelle og ernæringsmessige egenskaper ble valgt. Ernæringsstatusen ble vurdert ved å bruke Mini Nutritional Assessment (MNA)
Hovedresultat.	Den største befolkningen med underernæring bodde på langtids sykehus og høyere kognitiv svikt, flere neuropsykiatrisk symptomer, høyere funksjonell avhengighet og et høyere antall funksjonshemminger, var assosiert med dårlig ernæringsstatus.
Kommentar.	Ernæringsstatusen til eldre voksne med demens som bodde i langtidspleie miljøer i Sør-Korea var dårlig og assosiert med flere faktorer. Det er nødvendig å være spesielt oppmerksom på å gjenkjenne, vurdere, forebygge og behandle underernæring i denne populasjonen.

Artikkel 4

Forfatter /År/and	Lea EJ, Goldberg LR, Price AD, Tierney LT, McInerney F. (2017) Australia.
Tittel	Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care
Studien hensikt	Undersøke bevissthet hos ansatte i eldreomsorgen om daglige mat- og væskebehov til eldre med demens.
Metode/Deltakere.	Kvalitativ, intervjubasert studie. 11 ansatte i en rekke stillinger ved et omsorgshjem ble intervjuet angående deres oppfatninger av nåværende og potensielle mat-/væske pleiepraksis. Transkripsjoner ble kodet og analysert tematisk.
Hovedresultat.	Viktige mat- og væske problemer rapportert av disse ansatte var vekttap og underernæring, tygge- og svelgevansker (dysfagi) og tilstrekkelig hydrering, og forbedret sammensetning og timing av måltider, forbedret fysisk og sosialt spisemiljø og økte hydrering muligheter.
Kommentar.	Manglet kunnskap om mange lovende omsorgspraksis og/eller hvordan man iverksetter slik praksis førte til under ernæring hos eldre.

Artikkel 5

Forfatter/ År/ land Tittel	BEATTIE E., O'REILLY M., RARE E., FRANKLIN S.& ISENRING E.(2014), Australia How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents?
Studien hensikt	Formålet med studien er å identifisere ansattes kunnskap om ernæringsbehov hos beboerne på sykehjem, kostholdsvaner og holdninger til måltidsvaner og organisering.
Metode/deltakere	76 ansatte deltok i studien som jobbet i demensavdeling for å fylle ut spørreskjema omhandler ernæringskunnskap, spisesituasjon ved måltider, og praksis for spises vurdering. Kvantitativ studie og ble godkjent av Queensland University og Technologys Human Research Ethics Committee.
Hovedresultat	forbedre Eksisterende ernæringsbevissthet og vurderingsevne gjennom opplæring og utvikling kan gi Kostnadseffektive strategier for å optimalisere ernæringsstatus og livskvaliteten til de etterfølgende beboerne.
Egne kommentar	Hovedfokus med artikkelen er om forsterke ernæringskunnskap og kompetanse ved gi opplæring til ansatte. Dette kan belyse vår problemstilling.

4. Sammenfattende resultat

I dette kapittelet skal vi presentere resultatet fra litteraturstudiet. Vi tar utgangspunkt i analysen av artiklene og vil presentere hovedfunnene.

4.1 Kunnskap

Flere av artikler viser at manglende kunnskap hos personalet kan føre til underernæring hos pasientene (Lea *et al.*, 2017; Beattie *et al.*, 2014). Studiene viser at eldre personer med demens som bor på sykehjem har stor risiko for underernæring og dehydrering. Halvparten av disse menneskene er underernærte og har alvorlig risiko for dehydrering. Som en konsekvens er de sårbare for delirium, forvirring, endringer i atferd, fall, trykksår, nedsatt sårtilheling, urinveisinfeksjoner og dårligere helse (Lea *et al.*, 2017).

Årsaker til underernæring og dehydrering spenner fra fysiologiske prosesser assosiert med aldring og sykdom til modifiserbare faktorer som dårlig omsorgspraksis som fører til utilstrekkelig matinntak. Ytterligere studier har dokumentert at mange ansatte har begrenset opplæring i og kunnskap om ernærings- og hydreringsbehovet til personer med demens, spesielt de som har dysfagi (Beattie *et al.*, 2014). De ansatte som er ansvarlige for størstedelen av den direkte beboeromsorgen har ofte minst formell opplæring. Gitt at de har den nærmeste og hyppigste kontakten med beboerne, er det viktig at de er tilstrekkelig rustet til å yte en kvalitetstjeneste, og rapportere eventuelle uønskede endringer som de observerer til pleiepersonell med mer kompetanse. På sykehjem delegerer sykepleiere viktige ernæringsmessige omsorgsoppgaver, som å gi hjelp til måltider, til andre omsorgsarbeidere. Mange av disse omsorgsarbeiderne har begrenset opplæring, spesielt når det gjelder å opprettholde helsen til eldre mennesker med demens. For eksempel har kvantitativ forskning funnet at personalet på sykehjem spesielt mangler kunnskap om væskebehov og effektiv evaluering av ernæringsstatus. Denne begrensede kunnskapen hindrer omsorgsarbeiderens evne til å gjenkjenne vansker som oppleves av eldre mennesker med demens og henviser derfor ikke disse pasientene videre til mer kompetent helsepersonell for å ta tak i problemer med underernæring og dehydrering (Lea *et al.*, 2017).

4.2 Individuelle faktorer

Nell *et al.* (2016) forklarer i sin studie at individuelle faktorer som påvirket ernæringen hos de eldre var appetitt, manglende matappell og kognitive og funksjonelle evner. Appetitt ble nevnt av alle deltakerne som en viktig faktor som påvirker beboernes mat- og væskeinntak. Faktorer som ble antatt å påvirke appetitten var: å være mett etter forrige måltid, aktivitetsnivå i løpet av dagen og sundowning-syndrom (desorientering og distraksjon) ofte observert hos personer med demens om ettermiddagen/tidlig kveld). En studie viser at bruk av legemidler, nedsatt syn og

hørsel, og nedsatt humør var vanlige individuelle faktorer som kan påvirke matinntak (Johansson, Wijk og Christensson, 2016).

viktigheten av å tilby variert mat og drikke for å holde beboerne interessert. Dette gjaldt vanlige måltider og snacks, og ved bruk av spesielle anledninger for å øke matens appell. Personer med demens rammes ofte av visuelle, kognitive og fysiske svekkelser. Dette kan føre til problemer med å flytte mat fra tallerkenen til munnen, tygge og svelge mat, bruke redskaper og identifisere maten på tallerkenen (Nell *et al.*, 2016).

Deltakerne rapporterte at beboerne ikke var i stand til å håndtere store stykker mat som muffins, grønnsaksstykker og kjøttbiter i gryteretter. Deltakerne kuttet disse matvarene i mer håndterbare størrelser, ellers var beboerne forvirret og usikre på hvordan de skulle håndtere den store matbiten, noe som resulterte i tap av matlyst og mat som ble liggende på tallerkenen.

For at mat skal være god må det vekke interesse eller lyst hos den enkelte. Presentasjon av mat, smak, lukt, variasjon og kulturelt passende mat ble alle nevnt av deltakerne som måter å påvirke mat appell. Presentasjon av mat ble fremhevet av deltakerne som spesielt viktig for personer med demens fordi de kanskje ikke husker at de liker en bestemt mat, derfor må den være iøynefallende og inspirere dem til å smake den.

Noen studier har bekreftet at personer med demens oftere har en historie med vekttap, sammenlignet med kognitivt friske personer, og assosiasjonen mellom demens og vekttap øker gjennom stadiene av demensens alvorlighetsgrad. Dessuten, i alle stadier av sykdommen, kan eldre voksne med demens bli påvirket av individuelle forhold, som aldersrelaterte funksjonsnedsettelse, og funksjonshemminger. (f.eks. aldringsanoreksi, mageproblemer og depresjon), noe som fører til redusert matinntak og underernæring. Tygge- og svelgevansker, inkludert potensialet for kvelning, var bekymringsfullt for en rekke ansatte, og noen knyttet disse problemene til ikke-planlagte sykehusinnleggelse (Nell *et al.*, 2016). Uttalt kognitiv svikt, flere neuropsykiatriske symptomer, høyere funksjonell avhengighet og et høyere antall funksjonshemminger, var assosiert med dårlig ernæringsstatus (Park *et al.*, 2018).

4.3 Spisemiljø

Nell *et al.* (2016) forklarer at miljøfaktorer knyttet til måltidets omgivelser ble rapportert å påvirke matinntaket. Noen deltakere følte at musikk var en distraksjon, noe som førte til forvirring og til slutt til at beboerne ikke spise godt. Tilstedeværelsen av "støy" resulterte i at

personalet snakket høyere for å bli hørt, noe som også førte til at beboerne ble distraheret og til og med bekymret. Lea *et al.* (2017) viser at personalet erkjente at det var noen positive forsøk på å øke matinntaket og forbedre de mer tettbefolkede spiseområdene, selv om disse forsøkene skjedde sporadisk. For eksempel kommenterte personalet at "når det spilles musikk, er det mer et avslappet miljø for dem ... de liker det"

Deltakerne identifiserte en rekke sosiale interaksjoner som ofte og negativt påvirket personer med demens som spiser til måltider. Disse inkluderte sosiale interaksjoner fra andre beboere, besøk av familiemedlemmer eller samtaler mellom ansatte. Vanlige sosiale distraksjoner var typisk en slags "støy" eller "friksjon" i spisestuen forårsaket av at andre var "høyrerøstet" (Nell *et al.*, 2016).

“We've got a gentleman at the moment that can't seem to sit still for any length of time, he's up and down and up and down, that can cause a bit of friction. We've got another lady that keeps calling out 'oh my God, I want to go home'. Then you've got the staff telling her loudly to 'sit down, sit down'” (Nell *et al.*, 2016).

Studiene viser til tiltak for å skape et rolig spisemiljø ved å forsøke å minimere distraksjoner. De utviklet måter å håndtere forvirring og uro hos beboere, for eksempel en omsorgsperson som fulgte dem bort fra hoved spisestue til et eget salongområde hvor de kunne fullføre måltidet.

Positive sosiale interaksjoner ble nevnt av en rekke deltakere som en sentral tilrettelegger for at beboere spiser og drikker godt. Familiebesøk ble nevnt som spesielt verdifulle dersom beboeren ikke spise godt. Sosialt samspill mellom beboerne var også viktig. Å observere andre som spiser og drikker ble rapportert av flere deltakere som en oppfordring til en forvirret person til å begynne å spise.

Studien forklarer at når personalet observerte vanskeligheter ved hovedmåltidet kunne de tilby tilpasset bestikk og tallerkener med kontrastfarger – dette ble iverksatt for å støtte eldre menneskers uavhengighet og funksjon. Målet til omsorgspersonalet var «ikke å mate dem, men å gi dem mulighet til å spise selv. Spising ble også oppmuntret ved å flytte dem bort fra en stor spisestue hvor "fokuset går bort fra beboeren til tider" til et roligere, mer avslappet spisemiljø (Lea *et al.*, 2017)

4.4 Bemanning

Nell *et al.* (2016) forklarer i sin studie at utilstrekkelig bemanning ble oppfattet som en barriere for endring. Å ha flere ansatte ville bety "at folk kunne få hjelp litt mer ... gjøre måltidene litt mer sosialt». I tillegg ble mange ansatte som jobber deltid sett på som en barriere for endringer.

Mating og assistanse til beboere ved måltider er en av de mest grunnleggende aspektene ved omsorg innen sykehjem, men manglende evne til å møte beboernes behov og dårlige teknikker for å gi mathjelp ble identifisert som nøkkelfaktorer knyttet til dårlig ernæringsinntak, med påfølgende dårlig helse og funksjonell nedgang (Beattie *et al.*, 2014). Derfor er oppmerksomhet på ernæringskunnskap hos de som driver slike aktiviteter av avgjørende betydning. Organisatoriske faktorer ble identifisert av personalet som negativ innvirkning på ernæringsstatusen til beboerne, inkludert mangel på tid, bemanning, mangelfull opplæring og kunnskap og dårlig matkvalitet (Nell *et al.*, 2016). Økt bemanning kan føre til god kvalitet på omsorgen til brukerne, selv om det er kostbart for samfunnet og arbeidsbelastningen til personellet (Johansson, Wijk og Christensson, 2016).

5. Drøfting

5.1 Kunnskapens betydning for å forebygge underernæring

God og riktig mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet gjennom hele livet, og det er derfor viktig at helsepersonell bidrar til å skape gode måltidsopplevelser og redusere underernæring blant eldre pasienter med demens (Regjeringen.no, 2021). Likevel er det flere artikler som viser at manglende kunnskap hos personalet kan føre til underernæring av pasientene (Beattie *et al.*, 2014; Lea *et al.*, 2017). I følge av Park *et al.* (2018) var mangel på bevissthet og kunnskap om ernæring blant pleiepersonell er en stor barriere mot forebygging underernæring og dehydrering hos pasienter med demens. Denne manglende eller begrensede kunnskapen hindrer omsorgspersoners evne til å identifisere vanskene som oppleves av pasienter med demens. For å forbedre håndteringen av ernæringsproblemer hos pasienter, bør omsorgspersoner begynne med ernæringsopplæring (Park *et al.*, 2018). Kompetanseheving og opplæring i ernæringsarbeid kan hjelpe helsepersonell til lettere å oppdage og følge opp personer som er utsatt for underernæring. ABC-opplæring er et eksempel kompetansehevende tiltak. Kompetanseheving kan forbedre bevisstheten rundt ernæring blant helsepersonell. Dette kan hjelpe dem til i større grad å se at det er behov for tiltak for å forbedre ernæringsstatusen

til personer med demens (Heimli, Bøhn og Stordalen, 2019). I tillegg bør sykepleier veilede hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter, og koordinere daglig arbeidet med matserving og måltider (Brodtkorb, 2014). Undervisning, veiledning og tverrfaglig samarbeid kan øke kompetanse og engasjement hos helsepersonell, og dette kan gi bedre ernæringsstatus hos pasienter (Regjeringen.no, 2021).

Virginia Henderson sier at sykepleier har ansvar for å sørge for at pasientens næringstilførsel er tilstrekkelig (Henderson, 1997). For å sikre tilstrekkelig næringstilførsel til eldre pasienter med demens, trenger sykepleier tilstrekkelig kunnskap om både ernæring og demenssykdom. Pasienter med demens har vansker med å få i seg tilstrekkelig mat og drikke på grunn av kognitiv svikt som krever tett oppfølging i tidlig stadium. På grunn av atferdsproblemer som angst, depresjon, vrangforestilling og aggresjon kan det være vanskelig å hjelpe pasientene med ernæring (Heimli, Bøhn og Stordalen, 2019). Sykepleier har ansvar for å hjelpe pasienter med demens med å dekke det grunnleggende behovet for ernæring, og opplæring kan hjelpe. Sykepleier er en viktig omsorgsperson som også planlegger all direkte pasientbehandling. Og må veilede og undervise øvrig helsepersonell. Manglende tilstrekkelig kunnskap hos helsepersonell kan være et stort problem for å fremme optimale kostholds resultater (Chang og Lin, 2005).

5.1.1 Kunnskap om vurdering og kartlegging av ernæringsstatus

God ernæringspraksis innebærer vurdering av ernæringsstatusen til pasienter for å fange opp de som er i risiko og iverksette passende tiltak for å forebygge underernæring og sykdommer som følge av dette. Tidlig intervensjon er viktig for pasienter med risiko for underernæring, det er fordi forebygging er enklere enn å behandle underernæring (helsedirektoratet, 2022b). For å lykkes med å forebygge og behandle underernæring er tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om ernæring nødvendig (Regjeringen.no, 2021).

Vurdering av ernæringsstatus til pasienter med demens er viktig for å identifisere om pasienten har utviklet eller står i fare for å utvikle ernæringsproblemer. Dette bidrar til å forbedre ernæringsstatusen hos pasientene (Brodtkorb, 2014). Likevel viser resultatene i denne oppgaven at omsorgspersoner mangler bevissthet om pasientenes ernæringsbehov og evne til å identifisere pasientenes ernæringsstatus, og dette forhindrer tidlig intervensjon. Helsepersonell med dårlig kunnskap unngår å gjennomføre ernæringsvurdering på grunn av manglende kjennskap til prosedyrer og forståelse av hvordan det skal tolkes (Beattie *et al.*, 2014).

Sykepleier bør registrere pasientenes kosthold og vurdere pasientens næringsinntak er tilstrekkelig. I tillegg bør det tas regelmessig vektkontroll for å følge pasientenes ernæringsstatus, det er fordi oppfølging av vekt er et viktig mål når man skal vurdere pasientenes ernæringsstatus. (Brodtkorb, 2014). Sykepleie må kunne gi råd om normal vekt i forhold til høyde og alder, om ernæringsbehov og om hvordan maten bør tilberedes (Henderson, 1997).

Ifølge nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal pasientene i sykehjem veie ved innleggelse og deretter hver måned (Brodtkorb, 2014). Pasienter med demens er utsatt for underernæring, og en ikke ønsket vektnedgang er et av de første tegnene hos disse pasientene. Tidlig identifisering av pasientene i ernæringsmessig risiko er sentralt for hvilke tiltak sykepleieren skal iverksette, og dermed forebygge underernæring (Heimli, Bøhn og Stordalen, 2019). Henderson mener i sin teori at sykepleier bør observere pasienter og vurdere om pasientene mangler styrke, vilje og kunnskap til å ivareta sine grunnleggende behov, slik at sykepleier skal hjelpe pasientene med det de ikke klarer å ivareta selv (Mathisen, 2015). Pasienten med demens har vanskelig for å uttrykke egne behov, som for eksempel å gi tidlig uttrykk for sult og tørst, og dette fører til vekttap hos pasientene (Heimli, Bøhn og Stordalen, 2019). Derfor har sykepleier ansvar for å observere, vurdere, iverksette tiltak og dokumentere ernæringsstatus hos pasienter med demens (Jacobsen og Bye, 2015).

Det er nødvendig med mer bevis for å utforske sykepleiernes rolle i å gjennomføre ernæringscreening og grunnleggende ernæringsbehandling for å forhindre underernæring hos pasienter med demens. Effektiv ernæringscreening som kan identifisere de med underernæring eller som er i fare for underernæring er viktig for å opprettholde eller gjenopprette ernæringsstatusen til disse pasientene (Park *et al.*, 2018). Likevel mangler helsepersonell kunnskap om effektiv evaluering av ernæringsstatus (Lea *et al.*, 2017). Ifølge Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal alle pasienter vurderes for ernæringsmessig risiko (Helsedirektorater, 2022b). Ernæringsscreenings- og vurderingsskjemaer er verktøy sykepleier skal bruke for å identifisere ernæringsmessig risiko hos pasienter med demens (Jacobsen og Bye, 2015). Studien har brukt MNA for å vurdere ernæringsstatus hos eldre pasienter med demens. MNA er en validert ernæringsscreenings verktøy for eldre som er mest brukt i Norge. MNA består av 18 elementer som er klassifisert i fire seksjoner: antropometrisk vurdering (vekt, høyde, KMI og kropp omkrets), generell evaluering (individuell livsstil, medisiner og mobilitet), diet vurdering (daglig matinntak og

fôringsmåte), og en individuell evaluering av selvoppfatning angående helse og ernæring (Park *et al.*, 2018). Screeningverktøy kan hjelpe for å identifisere beboere som er i fare for underernæring. Derfor kan kunnskap og bruk av slike vurderinger hos omsorgspersoner ha positiv innvirkning på ernæringsstatusen til beboere (Beattie *et al.*, 2014).

5.1.2 Kunnskap om risikofaktorer for underernæring

Sykepleier bør ha god kunnskap og forståelse om risikofaktorer for underernæring slik at sykepleieren skal løse og behandle pasientenes ernæringsproblemer. De vanlige faktorer som påvirker ernæringsstatus hos pasienter med demens er kognitiv svikt, atferdsmessige og psykologiske symptomer som depresjon, angst og agitasjon, stort medisinforbruk og aldersrelatert forandring som redusert smaks- og luktesans og dårlig munnhelse (Brodtkorb, 2014). Likevel viser studien at helsepersonell ikke gjenkjente faktorer som søvnforstyrrelser, humørsvingninger og den potensielle innvirkningen av endret smak og lukt på mat i sine svar. Dette er noe som kan forklare at helsepersonell mangler bevissthet om disse problemene (Lea *et al.*, 2017). Dårlig munnhelse er en vanlig årsak til underernæring hos demente pasienter. Dårlig munnhelse er som dårlig tannstatus, svelge problem, munntørrehet og dårlig tilpassede tannproteser. Nedsatt funksjon og redusert egenomsorg, herunder evnen til å opprettholde god munn- og tannpleie er hovedårsaker til oral sykdom hos personer med demens (Helsedirektorater, 2022a). Sykepleier har ansvar for å hjelpe disse pasientene med munnstell. Det kan være vanskelig for sykepleieren å gjennomføre godt munnstell hos disse pasientene, men det er viktig at sykepleieren danner god relasjon ved å vise omsorg og forståelse (Brinchmann, 2016). I tillegg er pasienter med demens ofte ikke i stand til å uttrykke smerte og ubehag fra munnen. Sykepleieren bør observere og vurdere å oppsøke tannlege hvis atferden hos pasienten endres som for eksempel hvis pasienter nekter å spise, nekter å bruke tannprotesen og er urolig eller aggressiv (Samsom og Strand, 2014).

5.2 Spisemiljø ved måltider

Det er viktig å vite hva du skal spise, når du skal spise det, og med hvem. Sosiale, kulturelle og funksjonelle evner er viktige ved måltidene. En god spiseatmosfære hjelper eldre voksne med demens til å spise bedre og møte deres psykososiale behov, som tilhørighet, solidaritet og hyggelig harmoni med andre. Demensbeboere på sykehjem klarer ofte ikke å skape et slikt

miljø på egenhånd. Derfor har ansatte betydelige ansvar for å bidra til et godt spisemiljø for å fremme matinntaket (Brodtkorb, 2014).

Henderson (1997) sier at det unike funksjonen til sykepleiere er å hjelpe folk med å utføre handlinger som bidrar til deres helse, og å hjelpe mennesker som har utfordringer som ikke klarer å mestre på egen hånd. I tillegg sier hun i sin teori at sykepleiere bør utvikle gode arbeidsrelasjoner slik at de kan bidra til å dekke ernæringsbehovet til sine pasienter på best mulig måte.

5.2.1 Skape et godt sosialt spisemiljø for å fremme matinntaket

Å spise sammen med noen i rolige omgivelser har vist seg å bidra til å økt matinntak hos personer med demens. Atmosfæren rundt måltidet spiller en nøkkelrolle for appetitten og nytelsen av måltidet. Å skape god stemning rundt bordet og presentere mat på en raffinert (delikat) måte er viktige faktorer for å øke matlysten (Jacobsen og Bye, 2015). Nell *et al.* (2016) forklarte i sin studie at miljøfaktorer knyttet til måltidsmiljøet er rapportert å påvirke matinntaket. Noen deltakere i studien følte at musikk var distraherende som kan førte til forvirring og til slutt dårlig matinntak for beboerne. Videre viser studien at eksistensen av "støy" får personalet til å snakke høyere og hørbart, noe som også fører til at beboerne blir distraheret og til og med bekymret. Erfaringer fra våre arbeidsplasser, er pasienter med demens som lider av agitasjon (en tilstand av ytre uro og indre spenninger) og alvorlige kognitiv svikt har utfordringer med å konsentrere seg om å spise under måltider, hvis det er støy og urolig i spisestua. Dette fordi de følte seg utrygge og engstelige ved å sitte og spise sammen med de andre i fellesstua. I sånne situasjonen kunne personalet følge pasienten til rommet sitt, og pasienten kunne å bli rolig og spise maten sin. Dette samsvarer med studien til Nell *et al.* (2016) som viser at omsorgspersoner kan følge pasienter bort fra felles spisestue til et eget salongområde hvor de kunne fullføre måltidet.

Noen studier viser at musikk og felleskap i spisemiljøet kan øke mat inntak. Lea *et al.*, (2017) mente at personalet erkjente at det var noen positive forsøk for å øke matinntak og forbedre måltidene i felleskapet, selv om disse forsøkene skjedde sporadisk. For eksempel kommenterte personalet at «når det spilles musikk, er det godt avslappet miljø for dem og de liker det». Måltidene kan beskrives som hyggelig, når det er en rolig plass, en trygg opplevelse, og et generelt hyggelig spisemiljø. Å redusere støynivået er nøkkelen slik at pasienten kan ha nok ro til å få mat (Jacobsen og Bye, 2015).

Sykepleiere har ansvar for å vurdere og tilrettelegging spisesituasjon til pasienten for å få tilstrekkelige mat. Målet med vurdering og tilrettelegging av spisesituasjonen er å forebygge underernæring hos pasientene med demens. Sykepleier kan skape ro ved å slå av TV- en og gjøre personalet oppmerksomme på støynivået sitt. Bruk av en rolig bakgrunnsmusikk til måltidene kan redusere stress hos urolige demenspasienter. Å lage og spise mat sammen kan bidra til meningsfull aktivitet og kognitiv trening i tillegg til det sosiale (Regjeringen.no, 2021).

5.2.2 Viktigheten av hjelpemidler for å øke pasientens matinntak

Mange pasienter med demens har tilbud om hjelpemidler eller assistanse fra ansatte for å få i seg maten ved måltider. Fysisk hjelp og andre tilrettelegginger, som sittestilling, riktig bestikk grep, servering riktig mengde mat, spiseredskaper, utluftet rom, og hjelpe til med å pynte bordet på hyggelig måte som kan stimulere apatitten til beboerne. Hvis maten serveres på en delikat måte med godt utseende, kan det øke matinntak hos beboerne (Regjeringen.no, 2021).

Det er sykepleierens ansvar å vurdere og observere pasientens funksjonsevne ved måltider. Observasjon og vurdering er viktig når sykepleieren skal ta stilling til om pasienten har behov for hjelpemidler i måltids sammenheng. Sykepleier må forsøke å veilede pasienten i måltidsituasjon, hvis det er nødvending (Jacobsen og Bye, 2015). Uansett på hvilken måte pasienten får næring i seg, er det sykepleieren som har ansvar for å bøte på matlystmangel og sørge for at pasientens næringstilførsel er tilstrekkelig (Henderson, 1997).

Pasienter med demens kan være utsatt for vansker med matinntak relatert til adferd problemer, som konsentrasjonsvansker eller å være lett å distrahere. Hvis ernæringsvansker oppstår på grunn av dårlig motorisk kontroll, kognitiv svikt eller konsentrasjonsvansker, er det viktig å utføre dramatisk intervensjon for å hjelpe pasienten til å få med seg nok ernæring (Chang og Roberts, 2008). Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (lovdata, 1999a). Hensikten med intervensjon, er å forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjem. Vi har observert og diskutert med personalt på arbeidsplassen (demensavdeling på sykehjem) om hvor viktig og nødvending er hjelpemidler i forhold til matinntak.

I studien til Park et al. (2018) opplevde personalet i avdelingen har at beboerne med nedsatt koordinasjonsevne fikk bedre grep om matsituasjon etter de har fått tilgang på riktig og nødvendig hjelpemidler. Ansatte opplevde også at hvis beboerne manglet hjelpemidler til å tilrettelegge spisesituasjonen selv, kunne dette redusere matinntak. Studien viser også på at eldre voksne med demens som bor på sykehjem trenger ulike nivåer av assistanse mens de spiser, avhengig av graden av fysisk og psykisk funksjonshemming (Park *et al.*, 2018). Dersom pasientene har utfordringen med å kutte maten sin i små biter og få maten opp til munnen, er det viktig som sykepleier å tilby denne hjelpen. Alt dette kan bidra til bedre matlyst hos pasienten og dermed bedre matinntak som kan forebygge og reduserer risiko for underernæring (Sortland *et al.*, 2001).

5.3 Bemanning

Eldre mennesker med demens har behov for et kosthold som dekker de primære næringsbehovene på samme måte som yngre (Jacobsen og Bye, 2015). I Virginia Henderson sin teori sier hun at sykepleierens formål er å ivareta de universelle menneskelige behov for eksempel behovet for å puste, spise, sove og å være aktiv (Henderson, 1997). Sykepleieren har en sentral og selvstendig rolle knyttet til å kartlegge og forbedre den gamle pasientens ernæringsstatus, og ansvar for å veilede og lede hjelpepleiere, helsefag arbeidere og assistenter, og for å koordinere det daglige arbeidet med matservering og måltider (Brodtkorb, 2014).

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven skal at kommunen sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Av kommunens plikter vises det særlig til kommunens plikt til å sørge for at tjenester som ytes, er forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, samt § 4-2 om plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Kommunen pålegger helsepersonell å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Dette omfatter alle pasient- og brukergrupper, også personer med demens (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I følge Nell *et al.* (2016), Beattie *et al.* (2014) har det vært en utfordring å ha nok helsepersonell som er kvalifisert, som førte til underernæring hos personer med demens. Det viktigste området for omsorgskvalitet i studiene var morgenstellet, hjelp til å komme seg opp og legge seg, tid til måltider, aktivitetstilbud, og på grunn av mangel på tid og lav bemanning blir de fleste av disse behovene ikke dekket i godt nok. Kvaliteten var dårligst for pasienter med redusert kognitiv kapasitet og lav omsorgskapasitet. Det viser at lav bemanning førte til dårlig pleietilbud og underernæring. Bemanningsproblemer, blant annet på sykehjem, gjør at helsepersonell

vurderer kvaliteten for den enkelte pasient som dårligere enn et fullverdig tilbud. Her aktualiseres dilemma mellom hva et faglig og profesjonelt etisk forsvarlig tilbud tilsier, og hva et minimum standard for et rettslig forsvarlig tilbud tillater. Det kan være et stort dilemma daglig å måtte gå på akkord med sine faglige vurderinger av pasienters behov og mangle mulighet til å følge opp disse vurderingene (Slettebø, 2014, s. 220).

Etter egen erfaring har vi sett at lav bemanning, og tid har vært en stor utfordring på sykehjem. Det å gi studentene mulighet til å øke kompetansen, har spilt en stor rolle i kommunen for å øke bemanningen og produsere faglig utvikling av helsepersonell.

5.4 Individuelle faktorer

God kvalitet på ernæringsarbeidet innebærer at ernæringstiltak tilpasses individuelle behov (Helsedirektorater, 2022a). Samtidig viser Regjeringen (2021) at eldre på sykehjem er mindre involvert i valg av menyer, når de skal spise og hvem de skal spise sammen med. Lite frihet til å delta og velge mattilbud øker risikoen for at ernæringsoppfølging ikke blir tilstrekkelig individuelle behov, og dette fører til økt risiko for underernæring

Mange eldre kan ha nedsatt appetitt, som følge av biologisk, psykologisk og sosial aldring og ulike sykdommer, som kan påvirke ikke bare selve appetitten, men også evne til å spise (Jacobsen og Bye, 2015). Nell *et al.*, (2016) og Lea *et al.*, (2017) sine studier sier at personer med demens ofte rammes av visuelle, kognitive og fysiske svekkelser. Dette kan føre til problemer med å flytte mat fra tallerkenen til munnen, tygge og svelge maten. «Munntørrhet og dermed tygge- og svelgevansker kunne oppstå et komplekst patofysiologisk samspill mellom sykdom og underernæring som kan utvikle seg til en ond sirkel ved at sykdom i seg selv vil øke risikoen for underernæring» (Jacobsen og Bye, 2015, s. 635). For å kunne oppfylle behovene til pasienten krever det kompetanse i alle ledd, både innen utredning og kartlegging, vurdering, bestilling og gjennomføring av ernæringsoppfølging, slik at de som trenger ulike ernæringstiltak og tilberedning av måltider, får en person. tilpasset tilbud (Regjeringen.no, 2021). Pasient -og brukerrettighetsloven §2-5 sier at pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinert helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelse i helse. og omsorgstjenesteloven (Lovdata, 1999b).

Nell *et al.*, (2016) og Lea *et al.*, (2017) påpeker at dersom mat skal være god må det vekke interesse eller lyst hos den enkelte. Presentasjon av mat, smak, lukt, variasjon og kulturelt passende mat ble alle nevnt av deltakerne som faktorer som påvirker matglede. Faktorer som påvirket ernæringen negativt, er mangler tid og kompetanse. I strategien God og riktig mat hele

livet trekker regjeringen frem at manglende kompetanse og/eller tid til kartlegging og oppfølging av brukerens individuelle mat- og ernæringsbehov og ønsker kan føre til at brukeren opplever manglende selvstendighet og valgfrihet, som kan påvirke appetitten og viljen til å spise. Matomsorgen på sykehjem er ofte basert på en gruppetenking hvor det gis standardtiltak uavhengig av den enkeltes brukers ønsker, smak og kulturbakgrunn (Regjeringen.no, 2021).

5.5 Implikasjoner for tjenesteutvikling

Blant de identifiserte temaene i denne litteraturstudien er det noen som barrierer for å utføre en god ernæringspraksis. Bedre opplæring blant personalet, for eksempel gjennom E-læringskurs om evidensbasert praksis for å tilrettelegge, og følge opp ernæringen hos eldre mennesker med demens som bor på sykehjem. Tverrprofesjonelt samarbeid kan gjøre det mulig for sykehjems personalet å fokusere på ernæringen til personer med demens, spesielt forholdet mellom underernæring, hydrering og kliniske indikatorer på omsorgskvalitet. Økt kunnskap/kompetanse og bemanning er måter å ruste personalet for å møte beboernes behov bedre ernæring. Deretter kan pleiepersonalets vurderingsevne ha en positiv innvirkning på ernæringsstatusen til beboerne. Helsetjeneste (Kommunal og helseomsorgstjenesten) bør sørge for å planlegge om opplæring og å gi mulighet for videreutdanning. Lovende og forskningsbevis må utnyttes av for å gjennomføre evidensbasert endring. For å styrke ferdigheter i å utføre systematiske observasjoner, gjenkjenne sykdomsforverring og sette i gang sykepleietiltak for å ivareta forverret helsetilstand, er det nødvendig å bygge opplæring på personalets eksisterende oppfatninger om effektiv omsorg.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har vi funnet hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos pasienter med demens. Som nevnt tidligere øker antall eldre kraftig, og demenssykdom øker med alderen. Forekomsten av underernæring hos disse pasientene er ofte høy på grunn av sykdommen. Her har vi funnet at god kunnskap, individuelle faktorer, godt spisemiljø og mer bemanning kan forbedre ernæringsstatus, og dermed forebygge underernæring hos disse pasientene.

Kunnskap om kartlegging- og vurdering av ernæringsstatus, risikofaktorer for underernæring, individuell ernæringsplan og oppfølging og evaluering er viktige tiltak for å forebygge underernæring hos disse pasientene. Ved tidlig vurdering av ernæringsstatusen og observasjon av risikofaktorene, kan sykepleien identifisere pasientene som er underernært eller i risiko for underernæring, og dermed kan sykepleien iverksette tidlig intervensjon. For å lykkes med dette må det bli økt oppmerksomhet om temaet, og opplæring for helsepersonell.

Personer med demens rammes ofte av visuelle, kognitive og fysiske svekkelser. Dette kan føre til problemer med å flytte mat fra tallerkenen til munnen, tygge og svelge maten. Derfor er det viktig at ernæringstiltak er tilpasset den enkeltes behov. Det er fortsatt stor utfordring for å skape godt samarbeid med pasienter med demens, men det er viktig at helsepersoner skal danne god relasjon ved å vise omsorg, empati og forståelse.

Godt spisemiljø kan skape god appetitt, og dermed øker matinntak hos pasientene. Rammene på måltidet og måten maten serveres på kan ha stor betydning for hvor mye man spiser. Pasienter med demens har ikke evne til å skape dette miljø selv, derfor er det viktig at sykepleier skal skape et hyggelig og trivelig miljø rundt måltider. Redusering av uro og støy ved måltider kan skape trygghet og redusere stress hos pasienter med demens.

Tilstrekkelig tid ved måltider kan øke matinntak hos pasienter med demens. For å lykkes det trenger tilstrekkelig personale på arbeidsplassen. Tilstrekkelig personale med tilstrekkelig kompetanse, kunnskap, og nok tid til spisehjelp ved måltider kan fremme god ernærings pleie.

8. Litteraturliste

- Beattie, E. *et al.* (2014) How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents?, 9(1), s. 54-64. doi: 10.1111/opn.12016.
- Brinchmann, B. S. (2016) Nærhetsetikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien* 4. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 118-132.
- Brodtkorb, K. (2014) Ernæring, mat og måltider, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 301-315.
- Chang, C.-C. og Lin, L.-C. (2005) Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients, *J Clin Nurs*, 14(10), s. 1185-1192. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01240.x.
- Chang, C.-C. og Roberts, B. L. (2011) Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia: Malnutrition and feeding difficulty, *Journal of clinical nursing*, 20(15-16), s. 2153-2161. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03686.x.
- Chang, C. C. og Roberts, B. L. J. J. o. c. n. (2008) Feeding difficulty in older adults with dementia, 17(17), s. 2266-2274.
- Engedal, K. *et al.* (2018) *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forl. aldring og helse akademisk.
- ENGEDAL, K. (2021) *Demens*. store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/demens?msclid=db428737b0d811ecabc2ce988d7aac2e> (Hentet: 31.03.2022).
- Friberg, F. (2017) *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 3. oppl. utg. Lund: Studentlitteratur.
- Grønseth, R. og Jerpseth, H. (2019) *Bacheloroppgaven i sykepleie : praktiske råd i skriveprosessen*. 1. utgave. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Heimli, H., Bøhn, B. H. og Stordalen, J. (2019) *Kosthold og ernæring i demensomsorgen*. Tilgjengelig fra: <https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/demensomsorg/paabygning/demensomsorgens-abc-perm-2/hefter-demensomsorgens-abc-perm-2/hefte-10-kosthold-og-ernaering-i-demensomsorgen/>.
- Helsebiblioteket.no (2019) *Underernæring og pasientsikkerhet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/pasientsikkerhet/underernaering-og-pasientsikkerhet> (Hentet: 21.04.2022).
- Helsedirektorater (2017) *Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/fordeling-av-ansvar-og-oppgaver-for-ernaeringsarbeidet-i-helse-og-omsorgstjenesten> (Hentet: 12.05.22).
- helsedirektorater (2020) *demens* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens?msclid=2d1ea0c4b10911ecbd2d6887f4f03b7d> (Hentet: 31.03.2022).
- Helsedirektorater (2022a) *Ernæring og oral helse ved demens*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/ernaering-og-oral-helse-ved-demens#kommunen-skal-tilby-individuelt-tilrettelagt-hjelp-til-munn-og-tannstell-til-mottakere-av-helse-og-omsorgstjenester-herunder-personer-med-demens-praktisk> (Hentet: 12.05.22).
- Helsedirektorater (2022b) *Forebygging og behandling av underernæring*. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering#referere> (Hentet: 21.04.2022).

- Helsedirektoratet (2022a) *Om underernæring*. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering#definisjonogavgrensning> (Hentet: 20.04.2022).
- helsedirektoratet (2022b) *Om underernæring [nettdokument]*. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering#godernaeringspraksis> (Hentet: 20.04.2022).
- Henderson, V. (1997) *ICN : sykepleiens grunnprinsipper*. [Nytt] oppl. [i.e. ny utg.]. utg. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Jacobsen, E. L. og Bye, A. (2015) Ernæring, i Grov, E. K., Holter, I. M. og Toverud, K. C. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*
5. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 619-668.
- Johansson, L., Wijk, H. og Christensson, L. (2016) Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program, *J Nutr Health Aging*, 21(3), s. 292-298. doi: 10.1007/s12603-016-0737-7.
- Konishi, M. og Kakimoto, N. (2021) Relationship between oral and nutritional status of older residents with severe dementia in an aged care nursing home, *Gerodontology*, 38(2), s. 179-184. doi: 10.1111/ger.12512.
- Lea, E. J. et al. (2017) Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study, *J Clin Nurs*, 26(23-24), s. 5169-5178. doi: 10.1111/jocn.14066.
- lovdata (1999a) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven): Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (Hentet: 05.05.2022).
- Lovdata (1999b) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2 (Hentet: 05.05.2022).
- lovdata (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4 (Hentet: 05.05.2022).
- lovdata. (2003) *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (Hentet: 05.05.2022).
- Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie?, i Grov, E. K., Holter, I. M. og Toverud, K. C. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*
5. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 119-141.
- Nell, D. et al. (2016) Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions, *Australasian Journal on Ageing*, 35(4), s. E1-E6. doi: 10.1111/ajag.12307.
- Park, M. et al. (2018) National study of the nutritional status of Korean older adults with dementia who are living in long-term care settings, *Jpn J Nurs Sci*, 15(4), s. 318-329. doi: 10.1111/jjns.12203.
- Regjeringen.no (2007) *Demensplan 2015 : "den gode dagen"*. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf.
- Regjeringen.no (2021) *God og riktig mat hele livet, Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-hele-livet/id2849251/?q=spisemilj%C3%B8%20tiltak%20demens> (Hentet: 27.04.2022).
- Samsom, H. og Strand, G. V. (2014) Munnhelse, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*
2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 316-323.

Skovdahl, K. og Berentsen, V. D. (2014) Kognitiv Svikt og demens, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*

2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 408- 437.

Slettebø, Å. (2014) Juridiske rammer og etiske utfordringer, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*

2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 212-223.

Sortland, K. *et al.* (2001) *Ernæring - mer enn mat og drikke*. 2. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.

Thidemann, I.-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utgave. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Thoresen, L., Borchsenius, C. og Sjøen, R. J. (2019) *Sykepleierens ernæringsbok*. 5. utgave. utg. Oslo: Gyldendal.