

(10004) - Sebhatu Amanuel Beraki
(10114) - Mengesha Michael Mlash

Hvordan kan sykepleiere på sykehjem bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med demens?

Bacheloroppgave i Sykepleier
Veileder: Elin Stikkbake
Mai 2024

(10004) - Sebhatu Amanuel Beraki
(10114) - Mengesha Michael Mlash

Hvordan kan sykepleiere på sykehjem bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med demens?

Bacheloroppgave i Sykepleier
Veileder: Elin Stikkbake
Mai 2024

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



SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere på sykehjem bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med demens?	Dato:27.05.2024	
Forfattere:	Mengesha Michael Mlash (10114) Sebhatu Amanuel Beraki (10004)		
Veileder(e):	Elin Stikbakke		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	sykepleier, forebygge, underernæring, demens og sykehjem		
Antall sider/ord: 52/7500	Antall vedlegg: 2		
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:			
<p>Bakgrunn: Antallet eldre mennesker i Norge øker hvert år, og dette fører til en økning i antall pasienter med demens siden prevalensen øker med alderen.</p> <p>Hensikten med denne oppgaven er å øke kunnskapen om forebyggende tiltak mot underernæring hos pasienter med demens som bor på sykehjem, og samtidig belyse sykepleierens rolle i tidlig oppdagelse og forebygging av underernæring.</p> <p>Metode: Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie og er basert på syv forskningsartikler som belyser og svarer på problemstillingen.</p> <p>Resultat: Fem hovedtemaer ble avdekket: 1. Personsentrert ernæringspleie og kvaliteten på omsorg, 2. Tilpasset miljø ved måltider, 3. Tilstrekkelig kunnskap og regelmessig bruk av screeningverktøy, 4. Tannhelse og tannpleie, 5. Oral ernæringstilskudd («næring drikke») og fysisk aktivitet for å øke appetitten.</p> <p>Konklusjon: Sykepleiere spiller en avgjørende rolle i forebyggingen av underernæring hos demente pasienter på sykehjem ved å skape et miljø tilpasset hver enkelt pasients preferanser og ivareta tannhelsen. Bruk av screeningverktøy er avgjørende for å identifisere pasienter i risiko for underernæring på et tidlig stadium. Videre må sykepleiere være oppmerksomme på mulige bivirkninger av medisiner som kan påvirke pasientens appetitt.</p>			

Tabell 1. Sammendrag.

ABSTRACT

Title:	How can nurses in nursing homes contribute to prevention malnutrition in patients with dementia?	Date:27.05.2024	
Authors:	Mengesha Michael Mlash (10114) Sebhatu Amanuel Beraki (10004)		
Supervisor(s)	Elin Stikbakke		
Keywords	nurse, prevent, malnutrition, dementia, nursing home		
(3-5. items)			
Number of pages/words: 52/7500	Number of appendix: 2		
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: The number of elderly people in Norway increases every year, leading to a rise in the number of patients with dementia, as the prevalence of dementia increases with age.</p> <p>Purpose: The purpose of this thesis is to enhance our understanding of preventive measures against malnutrition in patients with dementia living in nursing homes. Additionally, it aims to highlight the role of nurses in the early detection and prevention of malnutrition.</p> <p>Method: This thesis is a systematic literature review based on seven research articles that address and provide answers to the research question.</p> <p>Result: Five main themes were revealed: 1. person-centered nutrition care and the quality of care, 2. adapted environment during meals, 3. adequate knowledge and regular use of screening tools, 4. dental health and dental care, 5. oral nutrition supplements (e.g., nutrition drink) and promoting physical activity to increase appetite.</p> <p>Conclusion: Nurses play a critical role in preventing malnutrition in dementia patients in nursing homes. This includes creating an environment adapted to each individual patient's preferences, ensuring dental health, and using screening tools to identify patients at risk of malnutrition early. Furthermore, nurses must be aware of possible side effects of medications that can affect the patient's appetite.</p>			

Tabell 2. Abstract.

Innholdsfortegnelse

Innledning

Innhold

1.0. Innledning	6
1.1. Beskrivelse av tema	6
1.2. Sykepleiefaglig relevans	6
1.3. Avgrensning	7
1.4. Hensikt og problemstillingen	7
2.0. Bakgrunn.....	8
2.1. Valg av tema.....	8
2.2. Demenssykdom.....	8
2.3. Sykehjem.....	11
2.4. Ernæring	12
2.5. Kartleggingsverktøy	14
2.6. Sykepleier og sykepleier prosess	15
2.7. Etikk og lovverk.....	17
2.8. Etske problemer	19
3. Metode	20
3.1 Litteraturstudie metode.....	20
3.2. Søkeprosess	20
3.3. INKLUSJON OG EKSKLUSJONSKRITERIE.....	21
3.5. Søkematrise	22
3.6. FLYTSKJEMA	23
3.7. Fremgangsmåte for kritisk kvalitetsvurdering og utvelgelse av artikler	25
3.8. Metode for analyse og sammenfatning.....	25
4.0. Resultat	25
4.2 Sammenfattende resultat	34
4.3. Personsentrert ernærings pleie og kvaliteten på omsorg	34
4.4. Tilpasset miljø ved måltider.....	35
4.5 Tilstrekkelig kunnskap og bruk av screening- tool.....	35
4.6 Tannhelse og munnpleie.....	36
4.7. Orale ernæringstilskudd og fysisk aktivitet.....	36

5. Drøfting	37
5.1 Personsentrert ernæring pleie og kvaliteten på omsorg.....	37
5.2 Tilpasset miljø ved måltider.....	40
5.3 Tilstrekkelig med kunnskap og bruk av screening- tool.....	42
5.4. Tannhelse, tannpleie, oralt ernæringstilskudd og fysisk aktivitet.	43
5.5. Styrker og svakheter ved artiklene	44
6. Konklusjon.....	45
Vedlegg 1. Underernæring kartleggingsverktøy.	47
Vedlegg 2. Underernæring risiko vurderings skjema.....	48
7.0. Litteraturliste:	49

Forord

**«Men, mat og drikke
er mer enn det som ligger på tallerken».**

Fra vår egen praksis har vi erfart at pasienter med demens ofte opplever betydelige ernæringsutfordringer. På grunn av kognitiv svikt og sykdommens alvorlighetsgrad viser demente pasienter ofte utfordrende atferd. Manglende kunnskap blant ansatte og dårlig bemanning på sykehjem fører til at ernæringsbehovene til demente pasienter ofte blir nedprioritert. Dette resulterer i redusert livskvalitet og mange komplikasjoner. Vi mener at dette er noe som kunne vært unngått, og derfor valgte vi å skrive om dette temaet i vår bacheloroppgave.

Takknemlig!

Vi vil uttrykke vår dypeste takknemlighet til vår veileder, Elin Stikbakke, for hennes enestående veiledning gjennom denne perioden. Hun har støttet oss både med kloke råd og tålmodighet for våre mange spørsmål og utfordringer underveis. Samtidig har hun gitt oss mulighet til å reflektere og arbeide selvstendig. Vi vil også takke våre familier og venner for deres støtte og oppmuntrende ord gjennom hele våren.

1.0. Innledning

1.1. Beskrivelse av tema

Denne oppgaven handler om underernærings forebyggende arbeid hos demens pasienter på sykehjem og sykepleierens roller i forbyggende arbeid. Sykepleieryrket har følgende åtte funksjonsområder; helsefremming, forebygging, rehabilitering, behandling, lindring, undervisning, veiledning og administrasjon. Ledelse, fagutvikling og organisering er også noen av sykepleierens oppgaver (Kristoffersen et al, 2016, s. 17). Sykepleiens mål er å sikre at alle pasienter, beboere og brukere får dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke (Kristoffersen et al., 2016, s. 221).

Ernæring er en av sykepleierens funksjonsområder. “Ernæringsrelaterte oppgaver i helse- og sosialtjenesten omfatter blant annet kostråd, kostveiledning og kostbehandling, planlegging av menyer og servering av mat, oppfølging av beboernes ernæringsstatus og tilrettelegging for et hyggelig spisemiljø” (Sortland. 2015, s. 15).

Som regel har helseinstitusjoner ansvar for at disse oppgavene blir ivaretatt, at pasienter får fullverdig kosthold, individuelt tilpasset kostveiledning og behandling, samt sikre at helsepersonell har tilstrekkelig og relevant kompetanse for de oppgavene som skal utføres. Sykepleierens funksjonsområder er meget viktig for å heve helsepersonellens kunnskap om ernæring og demens sykdom. De vanligste årsakene til underernæring hos pasienter med demens på sykehjem er mangel på kompetanse, kunnskap og ferdigheter hos personalet, miljø og opplevelser under spisesituasjonen som kan skape stress og uro. Stress og uro hemmer både appetitten og fordøyelsen (Kristoffersen et al. 2016, s. 220).

1.2. Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiefaglig relevans ligger i å sikre at pasientenes grunnleggende behov for væske og ernæring blir tilfredsstilt på en forsvarlig måte. Sykepleieren har ansvar for å kartlegge og vurdere individuelle behov og ressurser, samarbeide med andre helsepersonell for å sikre

forsvarlig behandling, informere, undervise og veilede pasienter og pårørende om ernæring. Gjennom observasjon, dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid bidrar sykepleieren til å opprettholde pasientenes ernæringsstatus og sikre kvalitetsforskriftens etterlevelse (Sortland, 2015, s. 16). Statens ernæringsråd (1995, s. 20 sitert i Kristoffersen, et al.) hevder at: "avdelingssykepleier har i praksis ansvar for at pasientene/ beboerne får et forsvarlig kosthold tilpasset deres tilstand og behov, og for å registrere, vurdere og rapportere pasientens matinntak og ernæringsstatus" (Kristoffersen, et al., 2016, s. 218).

1.3. Avgrensning

I denne litteraturstudien belyses ernæring til demente pasienter som bor på sykehjem. Studiet setter søkelys på de demente pasienter som kan bli underernært eller som er i risiko til underernæring. De fleste valgte artiklene er om underernærings forebyggende arbeid på sykehjem. Det finnes mange artikler om underernæring hos demente pasienter på forskjellige institusjoner og hjemmeboende, men vi avgrenset vår pasientgruppe til eldre demente pasienter som bor på sykehjem.

1.4. Hensikt og problemstillingen

Hensikten med denne bachelor oppgaven er å øke kunnskapsnivå og være bevisst på sykepleierrolle i forbyggende tiltak mot underernæring av pasienter med demens. Pasienter med demens skiller seg fra andre pasientgrupper som har somatiske sykdommer eller bare vanlig eldre pasienter som oppholder seg på omsorgssenter, derfor er det viktig for oss som sykepleier studenter å ha nok kunnskap om demens pasienter slik at vi kan komme med tiltak som er rettet mot forbedring av ernæring status av underernært eller i risiko til underernæring av pasienter.

I lys av innledningen vil denne bacheloroppgaven ta for seg følgende problemstilling:
Hvordan kan sykepleiere på sykehjem bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med demens?

2.0. Bakgrunn

2.1. Valg av tema

Vi valgte temaet på grunn av vår tidligere erfaring i praksis. I tillegg har vi jobbet i flere år med demente pasienter på sykehjem og der har vi observert at pasienter med demens er mer utsatte for underernæring. Demente pasienter er mer utfordrende i forhold til ernæring, og de er en av de krevende pasientgrupper på sykehjem.

Ifølge Folkehelseinstituttet sin rapport fra 2021, er det om lag 50 millioner mennesker i verden som lever med demens, og i Norge er det om lag 101.000, men en betydelig andel av personer med demenssykdommer er ikke diagnostisert i Norge (Folkehelseinstitutt.no, 2021). Antall eldre mennesker i Norge øker hvert år og dette fører til flere antall pasienter med demens siden prevalensen er høyere ved økt av alder.

2.2. Demenssykdom

Demens er samlebetegnelse for en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid. Den viktigste betingelsen for at en slik tilstand skal kalles demens er at både hukommelsesevnen og tankeevnen er nedsatt i en slik grad at det innebærer en betydelig svikt sammenliknet med tidligere kognitivt funksjonsnivå (Rokstad & Smebye, 2008, s. 28). Begrepet demens var i mange år et samlingsnavn på ulike sykdommer som medfører kognitiv svikt (Kirkevold et al., 2020, s. 419).

Kognitiv svikt fører til forskjellige komplikasjoner om livskvaliteten og ved økende alder er det forandring i fysiologiske prosesser som hørsel og syn. Demente pasienter har vanligvis en tendens til et nedsatt tempo, langsommere informasjonsarbeid, langsommere innlæring og forlenget reaksjonstid (Rokstad & Smebye, 2008, s. 28). I Norge brukes det ICD-10 (International classification of diseases and Related Health problems i 10. versjon) for å diagnostisere demenssykdom. Siden det finnes mange forskjellige former for demens, og en rekke andre tilstander som kan gi demenslignende symptomer, er det viktig å få en riktig diagnose så tidlig som mulig (Kirkevold et al., 2020, s. 419).

Kriterier for demens ifølge ICD-10

I - Svekket hukommelse, især for nyere data

Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning og abstraksjon)

- Mild: virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet
- Moderat: kan ikke klare seg uten hjelp fra andre
- Alvorlig: kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig

II - Klar bevissthet

III - Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd; minst ett av følgende:

- Emosjonell labilitet

- Irritabilitet

- Apati

-Unyansert sosial atferd

IV - Tilstanden må være en varighet minst seks måneder.

(Rokstad & Smebye, 2020, s. 25)

Tabell 3. Demens sykdom vurderings kriterier.

Sykdommer som gir demens deles ofte inn i degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. I denne oppgaven skal vi sette søkelys på Alzheimers sykdom som finnes inn i den degenerative hjernesykdommen. Denne formen er den vanligste formen og utgjør ca. 60% av demenstilfeller. Sykdommen kan debuterer før eller etter 65 år (Rokstad & Smebye, 2008, s. 30).

Alzheimers sykdom er en følge av sykdomsprosesser og skadelige endringer i hjernen. Det er flere faktorer som virker sammen og fører til at cellen dør. For eksempel biokjemiske forandringer, proteinavleiringer, eller celleforandringer som fører til at cellene i hjernen dør, men

det er ikke kartlagt hvorfor og hvordan dette skjer (Nasjonalforening for folkehelse.no,01.02.2024).

Diagnosen for Alzheimers sykdommen stilles på bakgrunn av et typisk klinisk bilde med progredierende hukommelsessvikt, personlighetsforandring og tankeevnen. MR- undersøkelsen av hjernen viser karakteristiske degenerative forandringer i hjernevevet (Ørn & Gansmo, 2019, s. 334).

Ifølge Helsedirektoratet i Norge vil antall pasienter med demens øke i framtida. Folk blir eldre og lever lengre og i 2025 vil det være om lag 116000 som har demenssykdom. I 2030 vil tallet stige til 140.000. Derfor er det viktig at disse pasientgruppe får gode tjenester der de bor (Helsedirektoratet.no, 2023).

Her på tabellen ser vi noe av det begrensning ved demens.

1. Manglende hukommelsesevne	Problemer med å huske å spise regelmessige måltider. Dette fører til at de ikke får tilstrekkelig næring.
2. Endring i smak og lukt	Påvirker pasientens matlyst. Noen kan utvikle preferanser for visse matvarer eller avsky mot andre, noe som kan begrense kostholdet deres.
3. Funksjonelle begrensninger	Noen kan ha problemer med å tygge eller svelge mat på grunn av fysisk eller kognitive begrensninger. Dette kan føre til at de unngår visse matvarer eller ikke klarer å spise nok for å dekke ernæringsbehovet sitt.
4. Endringer i appetitt	Endringer i appetitten som følge av sykdommen. Noen kan redusere matlysten, mens andre kan øke matlysten.

5. Bivirkninger av medikamenter	Noen medisiner som brukes til å behandle demens eller andre relaterte sykdommer, kan påvirke appetitten eller matfordøyelsen. Dette kan føre til endringer i kostholdet og ernæringsstatusen deres.
6. Behov for tilpasset ernæring	Spesifikke ernæringsbehov som må tas hensyn til, for eksempel høyere proteininntak for å opprettholde muskelmasse eller tilpassede teksturer for å lette svelgingen.

Tabell 4. Faktorer som påvirker matinntaket for demente pasienter.

Disse faktorene kan påvirke pasientens helse og trivsel. De kan også forraske sykdommens progresjon. Derfor er det viktig med regelmessig vurdering av ernæringsstatus og tilpasning av kostholdet for å sikre at pasientene får tilstrekkelig næring for å opprettholde god helse og trivsel.

2.3. Sykehjem

Kommunene har ansvar for å tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester til alle personer som oppholder seg i kommunen. Rammene er nedfelt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om pasient- og brukerrettigheter (Kirkevold et al., 2020, s. 202). Tjenester kan ytes av kommunene selv eller ved at kommunen inngår avtaler med andre tjenester, offentlige eller private.

Sykehjem er et bo- og omsorgstilbud i kommunene beregnet for personer med omfattende og ofte langvarige helse- og omsorgsbehov. De som bor på sykehjem, er personer som har et så stort helse- og omsorgsbehov at heldøgns institusjon oppfølging er det eneste tilbudet som kan sikre de nødvendige og forsvarlige helse og omsorgstjenester i den kommunen de bor i. De aller fleste beboere har en stor sykdomsbyrde med flere samtidige sykdommer (multimorbiditet) (Helsedirektoratet.no, 2023).

Pasienter med demens er havner ofte finnes på sykehjem, når de har talevansker, liten innsikt i egen helsetilstand og ikke minst når vedkommende har tidligere vært sosial, men har mistet mye

av sitt nettverk. Som regel krever pasienter med demens tett oppfølging i forhold til andre pasientgrupper som ikke er svekket kognitivt. Ifølge helsedirektoratet er det 84% av personer med langtidsplass i sykehjem som trolig reelt sett har en demenssykdom selv om ikke alle er utredet og har fått diagnosen (Helsedirektoratet, 14. juni. 2023).

2.4. Ernæring

Vi ser ofte at flere begreper brukes om hverandre, men disse begrepene har egne definisjoner og kunnskap om disse kan hjelpe ved underernæringens forebyggende arbeid.

- *Ernæringslære* er læren om matens sammensetning, dens fordøyelse, omsetning og funksjon i kroppen og konsekvensene av feil ernæring.
- *Kosthold* er summen av matvarene en person inntar over en viss periode.
- *Ernæring* er kosthold og handler om mat og drikkevarer som utgjør den daglige føden. Ernæring for energi og næringsstoffer, og hvordan næringsstoffene fordøyes og omsettes gjennom fysiologiske og biokjemiske prosesser i celler og organismer.
- *Næring* defineres som næringsmidler som er bestemt til å konsumeres av mennesker med unntak av legemidler.
- *Diet* eller spesialkost er en sammensetning som forordnes ved sykdom, og kan defineres som kostholdsendring (Sortland, 2015, s. 17).

Væske og ernæring er et grunnleggende behov som må dekkes for å ivareta helse og velvære. Sunt og variert kosthold er viktig for å redusere risikoen for å utvikle livsstilssykdommer. Alle trenger ernæring, men det varierer med ernæringsbehov og energiforbruk. Det man spiser og drikker påvirker helsen sin. Kroppen trenger næring til å fungere gunstig. Helse Norge anbefaler “å spise sunt og variert, kombinert med fysisk aktivitet er bra både for helse og trivsel” (Helsenorge.no, 2022). Hovedmålene i ernæringspolitikken er å fremme gode kostholds- og måltidsvaner, forebygge kostholds relaterte sykdommer og sikre at mat og drikke er helsemessig trygg (Helsenorge.no, 2022).

Demenspasienter er en sårbar pasientgruppe for underernæring og “Underernæring oppstår når inntaket av energi og næringsstoffer er så lavt at man går ned i vekt” (Sortland, 2015, s. 165). Det kan ha mange konsekvenser og komplikasjoner. For eksempel har underernærte pasienter økt sykdomsbyrde og forkortet levetid. De komplikasjoner som følges av underernæring er

forverret fysisk og kognitiv funksjon, redusert helse relatert livskvalitet, hyppige sykehusinnleggelser, infeksjoner og dårlig sårtilheling. Strategier for å stimulere til egeninnsats, forebygging og tidlig intervensjon kan være avgjørende for å redusere risiko for feil- og underernæring (Helsenorge.no, 2022).

For å forebygge underernæring hos demente pasienter på sykehjem er det viktig å identifisere risikofaktorer tidlig og iverksette tiltak som kan støtte sunn ernæring, for eksempel tilrettelegging av måltider, overvåking av vekt og ernæringsinntak, oppmuntring til regelmessig spising og drikking, og samarbeid med ernæringseksperter for å tilpasse kostholdet etter den enkelte pasients behov.

Sykepleiere kan bruke ernæringstrappen, som vist i figuren under, som en veiledende modell for å iverksette ernæringstiltak i forebyggende arbeid mot underernæring hos demente pasienter på sykehjem.



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak

Figur 1. Ernæringstrappen.

Man bør starte med en grundig kartlegging av pasientens ernæringsstatus, inkludert vurdering av vektendringer, matinntak, og eventuelle symptomer på underernæring. Sykepleieren kan begynne å iverksette ernæringstiltak på det laveste trinnet i ernæringstrappen, som setter søkelys på å tilrettelegge for et bedre spisemiljø og stimulere appetitten. Dette kan inkludere tilpasset servering av måltider og oppmuntring til pasienten under måltider. Man bør overvåke

pasientens respons på ernærings tiltakene og sykepleieren kan justere dem etter behov. Det er viktig å følge opp regelmessig for å sikre at pasienten får tilstrekkelig ernæring og opprettholder en god ernæringsstatus. Hvis pasienten ernæringsstatus ikke forbedres tilstrekkelig med tiltakene på det laveste trinnet, bør sykepleieren vurdere behovet for å trappe opp ernærings tiltakene. Dette kan innebære bruk av kosttilskudd, ernæringsterapi, eller andre mer spesialiserte tiltak. Sykepleier må samarbeide med andre helsepersonell, inkludert ernæringsekspert, leger og ernæringsfysiologer, for å vurdere og justere ernæringstiltak etter behov. Dette sikrer en helhetlig tilnærming til pasientens ernæringsbehov (Thoresen et al., 2019, s. 21, 171).

Ved å følge ernæringstrappen og tilpasse tiltakene etter pasientens individuelle behov og respons, kan sykepleiere bidra til å forebygge underernæring og fremme god ernæringsstatus hos demente pasienter på sykehjem (Thoresen et al., 2019, s. 171).

2.5. Kartleggingsverktøy

Sykepleieren bruker forskjellige kartleggingsverktøy for å vurdere om pasienter er underernært, eller i risiko for underernæring. Ifølge Helsedirektoratet anbefaler bruk av verktøy som malnutrition screening tool for vurdering av risiko for underernæring i norsk helse- og omsorgstjeneste. Ernæringscreening er en utstilling som fanger opp de som er underernærte eller i risiko for underernæring (Helsedirektoratet.no, 14 mars 2022).

Vi som sykepleiere har vi ansvar for å utføre ernæringscreening for å oppdage de som er underernærte eller i fare for underernæring, slik at vi kunne sette i gang ernæringstiltak. Det finnes flere verktøy for ernæringscreening som MNA, MUST, ernæringsjournal, og NRS 2002. Jeg vil beskrive MUST og MNA siden de er ofte brukt som ernæringscreening (Thoresen, et al., 2019, s. 162).

MNA står for mini nutritional assessment, dette er ofte brukt for pasienter som er eldre enn 65 år. MNA består av to deler og hver del består av flere spørsmål som er relevante for å kartlegge pasientenes ernæringsstatus. Til sammen kan man få opptil 30 poeng hvor 24 - 30 viser at pasienter har normalt ernæringsstatus, 17.5 - 23.5 viser at pasienter er i risiko for underernæring og mindre enn 17 viser at pasienter er underernært (Thoresen, et al., s. 163). Det

kan være viktig å gi opplæring til assistanse helsepersonell om hvordan de kan bruke dette skjemaet. Det er sykepleiere sin oppgave for veiledning og undervisning av ansatte på sykehjem.

MUST, som står for malnutrition universal screening , er et verktøy som er utviklet for å identifisere voksne som er undervektige eller er i risiko for underernæring, og de med fedme. "MUST" er ikke utviklet for å avdekke manglende eller overdrevent inntak av vitaminer og mineraler. (Thoresen, et al., s. 163).

2.6. Sykepleier og sykepleier prosess

Sykepleier har som hensikt: “å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig” (Kristoffersen, et al., 2021, s.17).

Sykepleier har som regel mange ansvar som å fremme helse, forebygge sykdom, pleie, støtte, undervise, lede, administrere og behandle. Disse funksjonene er hver for seg kompliserte, men de utøves gjerne samtidig. God sykepleie krever erfaring, kunnskap, ferdigheter, klokskap og faglig skjønn for å møte utfordringene som ligger i en sammensatt pasient og pårørendes situasjon (Gammersvik, 2018, s.51).

En av sykepleiernes ansvar er å ivareta pasientens grunnleggende behov i alle deler av helsetjenesten. Det grunnleggende behovet kan være ernæring, eliminasjon, fysisk aktivitet, søvn og hvile, psykisk tilstand, sosialt behov osv. Som nevnt tidligere er ernæring hovedfokus som vi skal legge mye vekt på i denne bacheloroppgaven.

Sykepleieprosessen er en dynamisk og systematisk problemløsningsmodell. Målet med denne prosessen er å støtte sykepleiere i å jobbe systematisk, målrettet og metodisk, og å bidra til en individualisert sykepleie av god kvalitet som kan gjøre det enklere å identifisere underernæring (Grov et al., 2015). Sykepleieren kan bruke en systematisk problemløsningsmetode for å forebygge underernæring hos demente pasienter på sykehjem. Ved å bruke denne problemløsningsmetoden kan sykepleieren bidra til å identifisere og adressere næringsbehovene til demente pasienter på sykehjem på en målrettet og individuelt tilpasset måte. Dette kan bidra

til å redusere risikoen for underernæring og fremme bedre helse og livskvalitet hos disse pasientene (Kristoffersen, et al. 2016, s. 341).

1. Identifisering av problemet	Sykepleieren observerer pasientens spisevaner og ernæringsstatus og identifiserer tegn på underernæring eller risikofaktorer for underernæring hos demente pasienter på sykehjem.
2. Datainnsamling og vurdering	Sykepleieren samler data ved å vurdere pasientens ernæringsstatus, matinntak, vektendringer, eventuelle svelgevansker, og medisinske tilstander som kan påvirke ernæringen. Sykepleieren kan også med pasienten og deres pårørende forsøke å forstå deres preferanser og eventuelle utfordringer knyttet til matinntak.
3. Diagnose formulering	Basert på dataene som er samlet inn, formulerer sykepleieren en klinisk diagnose eller problemstilling knyttet til underernæring hos demenspasienter. Dette kan inkludere å identifisere årsaker til underernæring, som tap av appetitt, glemsomhet ved måltider, problemer med å tygge eller svelge, eller vanskeligheter med å oppleve sult og metthet.
4. Planlegging av tiltak	Sykepleieren utvikler en pleieplan som tar sikte på å forebygge underernæring og fremme god ernæring hos demenspasienter. Dette kan omfatte tiltak som tilrettelegger for et mer attraktivt spisemiljø, tilpassing av mat, konsistens til pasientens behov,
	regelmessige måltider og snacks, pasienttilpasset assistanse ved måltider, og bruk av kosttilskudd hvis nødvendig.

5. Gjennomføring av tiltak	Sykepleieren gjennomfører pleieplanen ved å utføre de identifiserte tiltakene. Dette kan innebære å tilberede og servere mat, assistere pasienten under måltider, oppmuntre til matinntak, overvåke vektendringer, og samarbeide med ernæringsekspert eller dietetikere om behovet for spesialtilpassede kosthold.
6. Overvåking og evaluering	Sykepleieren overvåker regelmessig pasientens ernæringsstatus og evaluerer effekten av de implementerte tiltakene. Dette inkluderer å vurdere endringer i pasientens matinntak, vekt, og generelle velvære, samt å justere pleieplanen basert på pasientens respons og eventuelle nye utfordringer som oppstår.

Tabell 5. Sykepleieprosess.

Sykepleieren trenger å følge pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven under de problemløsende prosessene. For eksempel pasientens samtykke under datainnsamling, dele informasjon med andre, informere pasienten under behandling og pasientens samtykke om pårørendes deltakelse.

2.7. Etikk og lovverk

Etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2-1 a andre ledd har demens pasienter rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Videre har pasienten også rett til medvirkning etter kapittel 3, § 3-1. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon og i kapittel 3, § 3-2 har pasienten rett til informasjon. I tilfeller hvor pasienten har ikke evne til å motta informasjonen på grunn av for eksempel psykiske forstyrrelser og demens har både pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter regler i § 3-3 andre ledd (lovdata.no,2024).

Etikk og lovverk gir veiledning og retningslinjer for hvordan sykepleiere og annet helsepersonell skal håndtere næringsbehovene til demente pasienter på sykehjem. Etikk nevnes gjerne sammen med moral. Moral kan handle om noe er rett eller galt, godt og ondt. Med moral mener vi holdninger, verdier og normer. Moral hjelper oss til å forme vår dømmekraft, våre handlinger og

hvordan vi oppfatter en situasjon. Sykepleieren har ansvar for pasienter med demens og normer kan hjelpe sykepleieren til å veilede handlinger. Eksempler på normer er faglige, sosiale, grammatiske og moralske. En moralsk norm er for eksempel "helsepersonell bør alltid tilstrebe å være empatisk og å gi god helsehjelp". En juridisk norm er for eksempel at "all helsehjelp skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull" (Magelssen et al., 2020, s. 15).

Pasientens verdier er viktige for sykepleieren å forstå og respektere, da de påvirker pasientens opplevelse av helsehjelpen og deres valg i omsorgsprosessen. Når det gjelder pasientens verdier for sykepleieren, inkluderer dette:

1. Respekt	Sykepleieren må vise respekt for pasientens autonomi og verdighet, og anerkjenne deres rett til å ta egne beslutninger om helse og omsorg.
2. Empati	Sykepleieren bør kunne sette seg i pasientens sted og forstå deres følelser, behov og perspektiver.
3. Tillit	Pasienten må kunne stole på sykepleieren sin og føle seg trygg på at de vil motta omsorg av høy kvalitet.
4. Samarbeid	Sykepleieren bør oppmuntre til samarbeid med pasienten og deres familie i omsorgsprosessen, og ta hensyn til deres preferanser og verdier.
5. Kommunikasjon	Det er viktig for sykepleieren å kommunisere tydelig og ærlig med pasienten, og å lytte aktivt til deres bekymringer, ønsker og behov.
6. Kulturell sensitivitet	Sykepleieren må være bevisst på pasientens kulturelle bakgrunn og verdier, og tilpasse omsorgen deretter for å sikre respekt og forståelse.

7. Personlig integritet	Sykepleieren må handle i samsvar med etisk praksis og personlige verdier, og sikre at pasientens interesser alltid er først.
-------------------------	--

Tabell 6. Sykepleierens etiske tilnærminger hos demente pasienter.

Gjennom å anerkjenne og respektere pasientens verdier, kan sykepleieren bidra til å fremme pasientens trivsel og tilfredshet med omsorgen de mottar (Magelssen, et al., 2020, s. 16). Pleiere står ofte overfor utfordringene med å balansere pasientens ønske om autonomi med behovet for nødvendig tannpleie. Dette kan kreve tålmodighet, empati og kreativitet for å finne løsninger som respekterer pasientens integritet samtidig som det sikres at tannhelsen ivaretas (Sykepleien.no, 2011).

2.8. Etiske problemer

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleier skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Sentralt for sykepleierens ansvar er å ivareta den enkelte pasientens verdighet og integritet, rett til faglig forsvarlig omsorgsfull hjelp, til å være medbestemmende og til å ikke bli krenket (Magelssen et al, 2020, s. 33).

Når det gjelder bruk av de fire yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere ved underernæring og forebyggende arbeid hos demente pasienter på sykehjem, kan sykepleiere komme i etiske dilemmaer. Demens pasienter på grunn av kognitiv svikt kan nekte å drikke eller spise tilstrekkelig. Sykepleieren står overfor en situasjon der de må vurdere om å intervensere for å sikre pasientens ernæring, noe som kan føre til fysisk eller psykisk skade på pasienten. Pasientens beste prinsipp kan være utfordrende for sykepleier, når pasienten mister evnen til å kjenne sitt beste. Derfor må sykepleieren vurdere om de tiltakene de tar for å sikre pasientens ernæring, vil føre til størst mulig nytte for pasienten. Sykepleieren kan også stå overfor utfordringer knyttet til å respektere pasientens rettigheter og samtidig oppfylle sine profesjonelle plikter (Magelssen et al., 2020, s. 18).

3. Metode

3.1 Litteraturstudie metode

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, noe som innebærer «en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder» (Thidemann, 2019, s. 77). Det systematiske arbeidet baserer seg på å hente informasjon, tolke forskning, artikler og litteratur. Målet med litteraturstudien er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskap på det området som problemstillingen etterspør og hvordan man har kommet fram til denne kunnskapen. Vi skal anvende resultater av forskningsartikler, bruke dem i drøfting og komme til konklusjonen der leseren finner svaret på problemstillingen. På den måten kan leseren se behovet for forskningen.

Kvalitative og kvantitative artikler er inkludert i denne studien. Kvantitative data er målbare enheter som tall. Dataene samles inn gjennom strukturerte undersøkelser eller observasjoner med lukkede spørsmål. I motsetning til kvantitative data, samles kvalitative data inn gjennom metoder som intervju, fokusgrupper, observasjoner og åpne undersøkelser (Thidemann, 2019, s. 76). Våre observasjoner på arbeidsplasser og fra praksis plasser er en del av kvalitative data innsamling.

3.2. Søkeprosess

Vi har brukt databasene Pubmed og Cinahl i søket etter artikler I noen tilfeller har vi brukt Google Scholar til å få tilgang på fulltekst av artiklene. Noen av artiklene som vi fant på Pubmed inneholder kun abstrakt tekst. Da måtte vi kopiere DOI nummer og lime på Google Scholar for å få tilgang på fulltekst. Før vi begynte med søkeprosessen har vi først og fremst nedlastet Cisco Any Connect VPN som var tilgjengelig på NTNU hjemmeside. Dette er for å få tilgang på alle tilgjengelige artikler som finnes. Deretter har vi brukt PICO- skjema til å klargjøre spørsmål for litteratursøk. PICO -skjemaet er nyttig når man skal lage en problemstilling og ønsker å forsikre at alle viktige elementer inkluderes i forskningsspørsmålet. Ved å bruke et PICO-skjema kan man sette opp ulike forslag til hvordan problemstillingen skal bygges opp, og enkelt få oversikten man trenger.

P: patient	I: interventions	C: comparison	O: utfall
Dementia patients	Meal situation	Older people	Prevent Malnutrition
Older people	Oral Hygiene	Dementia patient	Normal KMI
Nursing home	Nutritional screening form		
Nurses	Enriched nutrition		
Nurses role	Personal knowledge		

Tabell 7. PICO- skjema.

3.3. INKLUSJON OG EKSKLUSJONSKRITERIE

Etter det har vi laget inklusjons- og eksklusjonskriterier for å få relevante artikler til vår problemstilling og samtidig få nyere artikler som er godkjent med IMRAD struktur.

Inklusjon kriterier	Eksklusjon kriterier
Artikler som er skrevet på engelsk og norsk	Artikler som er skrevet på et annet språk
Artikler som handler om eldre dement pasienter med ernæring / underernæring som tema	Artikkel som ikke handler om underernæring eller ernæring som tema
Sykehjem	
IMRAD Struktur	
Fagfelleverderte forskningsartikler	
Kvalitative og kvantitative metoder	
Artikkel som ikke er eldre enn 10 år	

Tabell 8. Inklusjons og eksklusjonskriterier.

3.5. Søkematrise

Det er gjennomført søk i databasene Medline (Pubmed), Cinahl (Ebsco) og Google Scholar. "Google Scholar" har vi som tidligere nevnt kun brukt til å finne fulltekst av artiklene. Disse databasene er pålitelige databaser i medisin og helsefag. Målet er å finne relevante og troverdige fagfelleverderte artikler som faller innenfor våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. I utgangspunktet har vi bestemt å kombinere søkeordene med kun "AND". Grunnen til at vi har bestemt å unngå kombinasjon med «eller» er for å unngå altfor mange artikler som ikke er relevante.

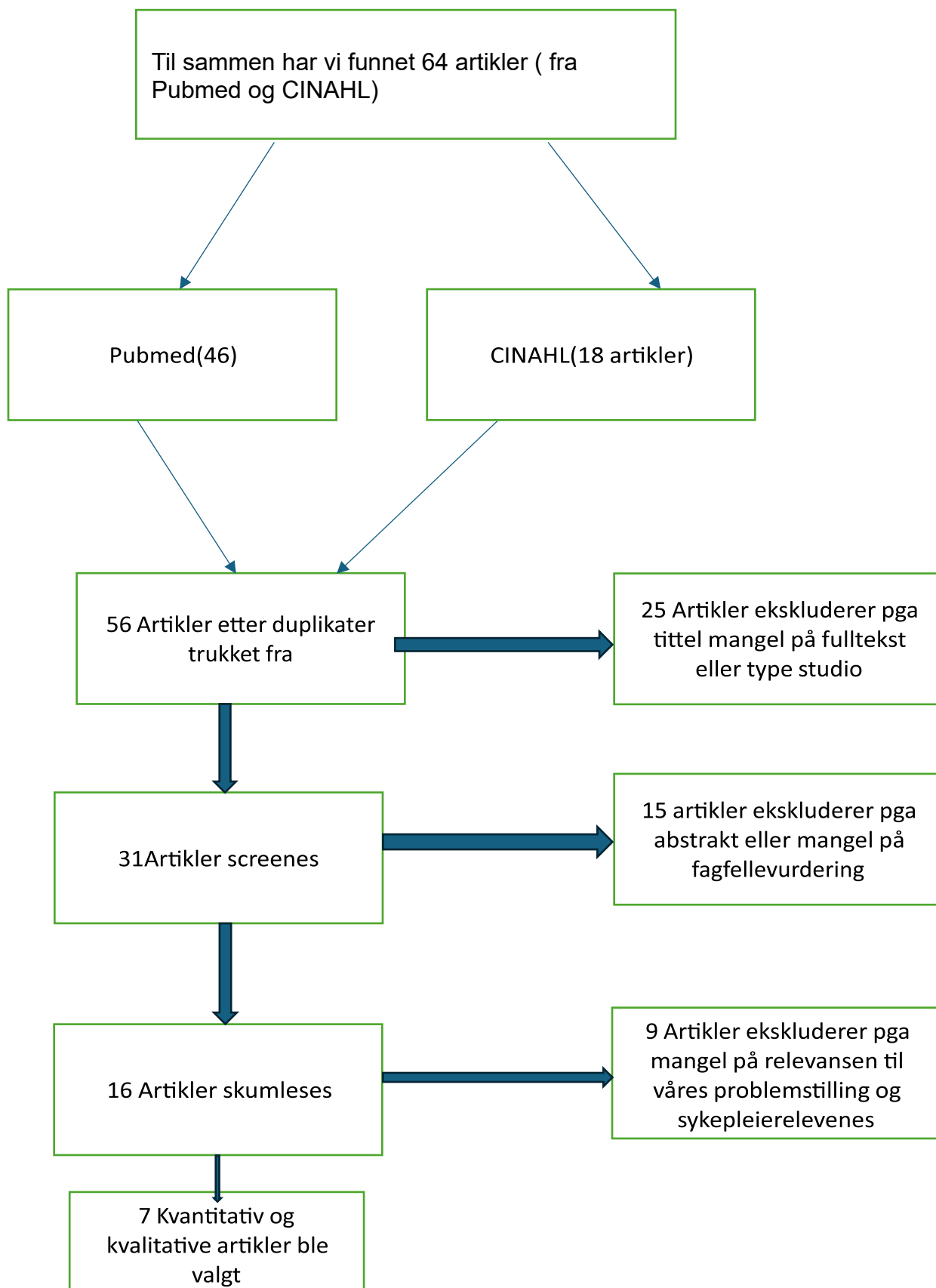
Tall	Søkeord	Medline (Pubmed)	CINAHL
1	Dementia	281,759	78,511
2	Nursing	920,908	748,178
3	Malnutrition	171,089	22,367
4	Prevention	3,219,527	779,622
5	Nursing Home	109,078	59,283
	Combination with AND	1+2+3+4+5	S1+S2+S3+S4+S5
	RESULT	72 artikkel	29 artikkel
	Avgrensing (2014- 2024)	38 artikkel	18 artikkel
Valg Art		4 artikkel	2 artikkel
6	Nutrition supplement	70,646	
7	Nutrition intervention	213,351	

	Combination with AND	1+5+6+7	
	Avgrensing (2014-2024)	8 artikkel	
Valg art		1 artikkel	

Tabell 9. Søkematrise

3.6. FLYTSKJEMA

Figur 2. Flytskjema



3.7. Fremgangsmåte for kritisk kvalitetsvurdering og utvelgelse av artikler

Artiklene er relevante for vår problemstilling og belyser hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med dement. Noen av artiklene peker på årsaker og dette har vi brukt siden når man finner årsaker blir det lettere å komme med tiltak. Under utvelgelsesprosessen er det benyttet CASP-sjekkliste (Critical Appraisal Skills Program, 2018). Hensikten er å sørge for at det resulterer i gode forskningsartikler gjennom kritisk kvalitetsvurdering. Ut ifra dette er det vurdert at alle de syv inkluderte artiklene er godkjent med sjekklisten som verktøy. Alle artiklene følger IMRAD struktur og kriterier for fagfellevurdering.

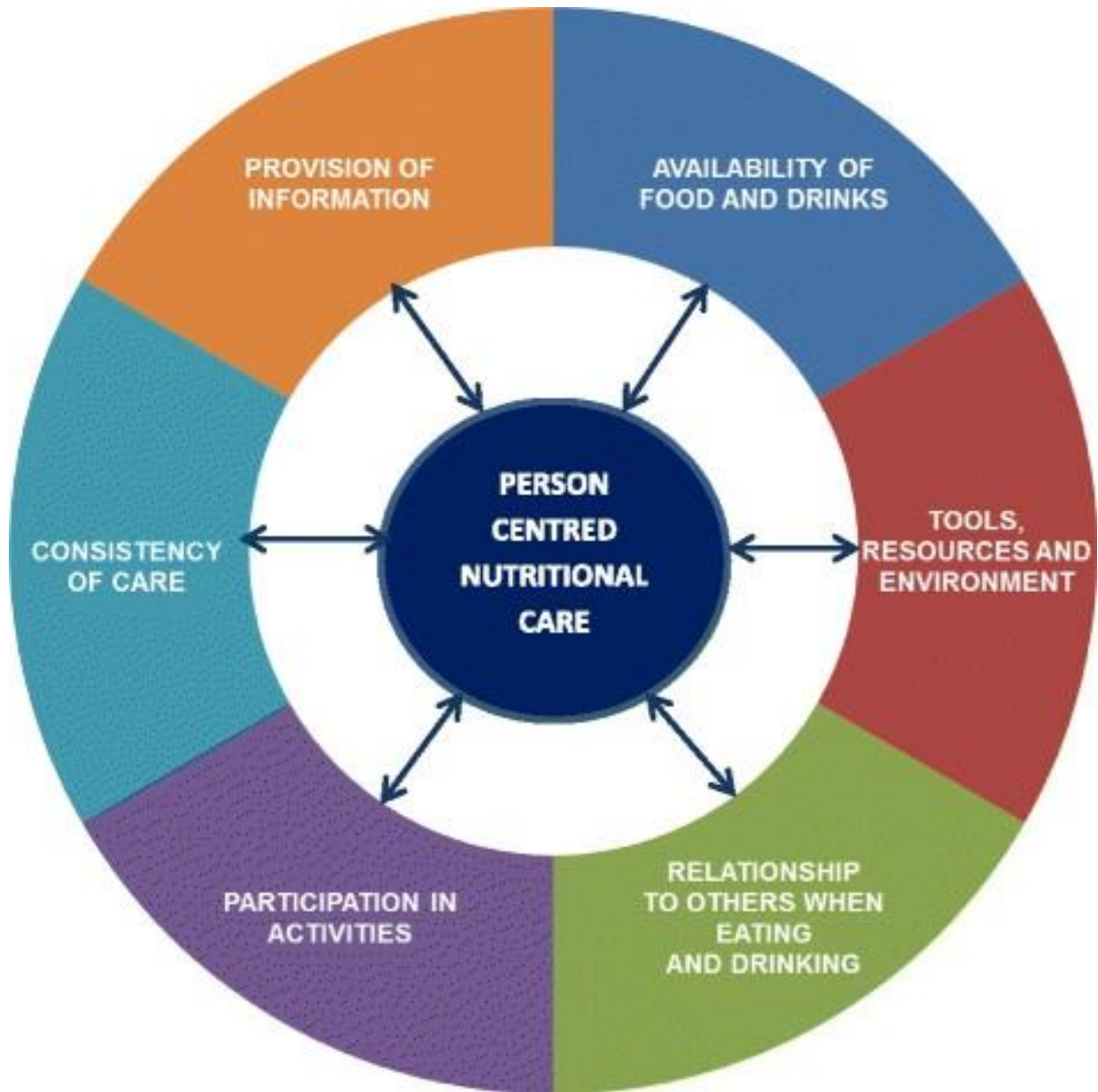
3.8. Metode for analyse og sammenfatning.

Aveyards (2019) modell for tematisk analyse er benyttet for å sammenfatte og analysere resultater. De syv inkluderte artiklene ble nøye analysert, og de gjennomgående temaene ble identifisert. De endelige hovedtemaene er presentert i sammenfattet resultat (Thidemann, 2019, s. 96).

4.0. Resultat

4.1 Presentasjon av artiklene i artikkelmatrise

Artikkel 1	Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes.
	Ernæring og demensomsorg: utvikle en evidensbasert modell for ernæringspleie i sykehjem. Doi: https://doi.org/10.1186/s12877-017-0443-2
År	2017
Forfatter	Murphy, L., Holmes, J., & Brooks, C.,
Land	England
Tidsskrift	BMC Geriatrics
Hensikt med studien	Hensikt med denne studien var å utvikle en forskningsbasert modell for å forstå de komplekse ernæringsproblemene knyttet til spising og drikking for personer med demens. Selv om en rekke intervensjoner er identifisert for å støtte inntak av mat og drikke, har det ikke vært noen systematisk forskning for å forstå faktorene for å forbedre ernæringspleien fra perspektivene til alle de som yter omsorg i sykehjem.
Metode	Dette er en kvalitativ artikkel hvor det ble gjennomført intervjuer på 50 ansatte innen helsetjeneste. Blant de ansatte var sykepleiere, omsorgsarbeidere, serveringsassistenter, kostholdsekspert og terapeuter.
Resultat	De syv identifiserte domene områdene var personsentrert ernærings pleie (det overordnede temaet); tilgjengelighet av mat og drikke; verktøy, ressurser og miljø; forhold til andre når du spiser og drikker; deltakelse i aktiviteter; konsistens i omsorg og informasjon.
Relevant for oppgavens problemstilling	Denne forskningsbasert modell er veldig relevant til våre problemstillingen siden den dekker alle kunnskapsområder som trengs for at vi som helsetjenesteytere skal forebygge underernæring.
Keywords	Nutrition, dementia, residential care, eating, drinking, meal environment, qualitative.



Figur 2. Model for the provision of good nutritional care in dementia. (Murphy et al, 2017).

Artikkel 2	Effects of oral nutrition /nutritional drink supplements in persons with dementia: A systematic review Effekter av orale ernæringstilskudd (næring drikke) hos personer med demens: En systematisk oversikt DOI: 10.1016/j.gerinurse.2020.12.005
År	2020
Forfatter	Tangvik et al.
Land	Norway
Tidsskrift	Geriatric nursing
Hensikt med studien	Hensikten med denne studien er å finne ut effekten av orale ernæringstilskudd som næring drikke. Personer med demens er i faresonen for underernæring, bevist ved lavt kostinntak, som har konsekvenser for ernæringsstatus, dagligliv aktivitet og sykdomsprogresjon.
Metode	Dette er en litteraturstudie hvor det er foretatt en systematisk gjennomgang av eldre studier som fullfører kriterier for Systematic review and Meta-Analyses.
Resultat	Resultatene viser at orale ernæringstilskudd forbedrer ernæringsstatus hos personer med demens. Totalt ble 407 personer med demens inkludert, hvorav 228 brukte ONS i 7 til 180 dager. Næringsinntaket ble forbedret med 201 til 600 kcal/dag. Energiinntaket fra vanlig mat ble ikke påvirket, og dermed forbedret ONS personens daglige inntak av energi og protein. Kroppsvekt, muskelmasse og ernæringsmessige biomarkører i blod ble forbedret i intervensjonsgruppene sammenlignet med kontrollgruppene. Ingen effekter på kognisjon eller fysiske utfall ble observert.
Relevant for oppgavens problemstilling	Artikkelen er relevant for vår problemstilling siden tar for seg orale ernæringstilskudd (næring i form av drikke) sin betydning i forebyggende tiltak for pasienter som er i risiko for underernæring.
Nøkkel ord	Demens, ernæringsintervensjon og kosttilskudd.

Artikkel 3	<p>Relationship between oral and nutritional status of older residents with severe dementia in an aged care nursing home.</p> <p>Sammenheng mellom tannstell og ernæringsstatus hos eldre beboere med alvorlig demens i et eldreomsorgshjem. DOI: 10.1111/ger.12512</p>
År	2021
Forfatter	Konishi, M., & Kakimoto, N.
Land	Japan
Tidsskrift	Gerodontology
Hensikt med studien	Studien hadde som mål å undersøke sammenhengen mellom tannstell og ernæringsstatus hos eldre beboere med demens i et eldreomsorgshjem.
Metode	123 eldre beboere med demens som var innlagt på et eldreomsorgshjem deltok i studien. Munn og tannhelse tilstanden og kroppsmasseindeks (BMI) som mål på ernæringsstatus ble undersøkt, og resultatene for mild og alvorlig demens gruppen ble sammenlignet.
Resultat	Resultatene viser at antall personer som hadde nektet munnpleie av omsorgspersonene var signifikant høyere i gruppen med alvorlig demens enn i gruppen med mild demens. I gruppen med alvorlig demens var BMI for de som hadde tekstur modifisert mat betydelig lavere enn de som hadde et normalt kosthold. BMI for personer uten molar okklusjon og med en historie med cerebrovaskulær sykdom var signifikant lavere i gruppen med alvorlig demens.
Relevant for oppgavens problemstilling	Studien er relevant ettersom den tar til seg faktorer som påvirker ernæring og inntak av ernæring hos pasienter med demens som bor i sykehjem eller omsorgsboliger.
Nøkkelord	Demens, eldre, underernæring, okklusjon.

Artikkel 4	<p>Improving the provision of nutritional care for people living with dementia in care homes.</p> <p>Forbedre tilbudet av ernæringsmessig omsorg for personer som lever med demens i omsorgsboliger DOI:10.7748/nop.2020.e1263</p>
År	2020
Forfatter	Murphy, J., & Aryal, N.,
Land	England
Tidsskrift	Nurs older people
Hensikt med studien	Studien hadde som mål å undersøke hvordan bruk av ernærings veiledningen for omsorgspersonell kan forbedre tilbudet av ernæringsstilbud til personer som lever med demens i omsorgsboliger.
Metode	Dette er en kvantitativ studie hvor et spørreskjema på nett ble sendt på e-post til omsorgshjem. Totalt 47 spørreskjemaer ble returnert anonymt.
Resultat	Respondentene rapporterte at veilederen hadde støttet dem til å øke appetitten og væskeinntaket til personer som lever med demens. Guiden oppfordret ansatte til å overvåke underernæring ved å bruke validerte screeningverktøy og ga strategier for å oppmuntre personer som lever med demens til å spise mer til måltidene. Disse funnene tyder på at veilederen har bidratt til endringer i praksisen til omsorgsbolig personalet når det yter ernæringshjelp til personer med demens.
Relevant for oppgavens problemstilling	Artikkelen er relevant til våres problemstilling siden den belyser hvordan vi som omsorgspersonell kan forbedre tilbudet av ernæringsmessig omsorg for personer som lever med demens i omsorgsboliger.
Nøkkelord	appetitt; omsorgsboliger; demens; sluttstadium demens; væskeinntak; hydrering; underernæring; neurologi; sykehjem; ernæring; eldre mennesker; underernæring.

Artikkel 5	<p>Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study</p> <p>Personalets bevissthet om mat- og væske omsorgsbehov for eldre mennesker med demens i bolig omsorgen: En kvalitativ studie</p> <p>DOI: 10.1111/jocn.14066</p>
År	2017
Forfatter	Lea et al.
Land	Australia
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Hensikt med studien	Å undersøke bevissthet hos ansatte i eldreomsorgen om daglige behov for mat og væske omsorg hos eldre med demens.
Metode	Kvalitativ og intervju- basert studie. Elleve ansatte i en rekke stillinger ved et omsorgshjem ble intervjuet angående deres oppfatning av nåværende og mulige mat-/væske pleiepraksis.
Resultat	Viktige mat- og væske problemer rapportert av ansatte var vekttap og underernæring, tygge- og svelgevansker (dysfagi) og utilstrekkelig hydrering. Personalet identifiserte en rekke typer omsorgspraksis som de mente var effektive for å tilrettelegge for eldre menneskers mat- og væskeinntak, inkludert respons på deres behov. Personalets forslag for å legge til rette for mat- og væskeinntak var blant annet forbedret sammensetning og timing av måltider, forbedret fysisk og sosialt spisemiljø og økte hydrerings muligheter. Personalet kommenterte faktorer som kan forhindre endringer i omsorgspraksis, spesielt deltids arbeidsstyrken, og foreslo endringer for å overvinne slike barrierer.
Relevant for oppgavens problemstilling	Artikkelen er relevant til vår problemstilling siden personalets bevissthet om mat- og væske spiller en stor rolle i forebyggende tiltak for underernæring. Personalet må støttes for å bygge videre på eksisterende kunnskap og nettverksbygging av ansatte til å arbeide og lære sammen for å gjennomføre evidensbasert endring.
Nøkkelord	demens; evidensbasert omsorgspraksis; hydrering, sykehjem, ernæring og personale.

Artikkel 6	<p>Significance of quality of care for quality of life in persons with dementia at risk of nursing home admission: a cross-sectional study.</p> <p>Betydning av omsorgskvalitet for livskvalitet hos personer med demens med risiko for sykehjem opptak: en tverrsnitts studie.</p> <p>DOI:10.1186/s12912-017-0230-6</p>
År	2017
Forfatter	Bökberg, C., Ahlström, G., & Karlsson, S.
Land	Sverige
Tidsskrift	BMC Nurs
Hensikt med studien	Studien hadde som mål å undersøke livskvaliteten til demens pasienter som er i sykehjem samt betydningen av omsorgskvalitet ift. til underernæring og forebygging av det.
Metode	Dette er en tverrsnitts studie som er basert på spørreskjemaer om livskvalitet og ulike aspekter ved omsorgen. Til sammen var 177 pasienter med demens var med i denne studien.
Resultat	Funnene viser at det er en sammenheng mellom kvaliteten på omsorgen og hvordan det påvirker underernæring. Det viser også at demens har en stor påvirkning på underernæring og ikke minst behandling av det.
Relevant for oppgavens problemstilling	Artikkelen er relevant til vår problemstilling siden kvaliteten på omsorgen som pasienter får på sykehjem påvirker ernæringsinntak og appetitt hos pasienter.
Nøkkelord	personer med demens; kvalitet på omsorg; Livskvalitet.

Artikkel 7	<p>Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialized dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions.</p> <p>Faktorer som påvirker gunstig ernæring og hydrering for personer som bor i spesialiserte demensavdelinger: En kvalitativ studie av ansattes omsorgspersoners oppfatninger.</p> <p>DOI: 10.1111/ajag.12307</p>
År	2016
Forfatter	Nell et al.
Land	New Zealand
Tidsskrift	Australia J Ageing
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å utforske oppfatningene til ansattes omsorgspersoner angående faktorer som påvirker optimal ernæring og hydrering for individer som bor i spesialiserte demensomsorg enheter i New Zealand.
Metode	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.
Resultat	To hovedtemaer ble identifisert. Det første temaet 'Det handler om individet' omfattet individuelle faktorer som appetitt, mat, appell og kognitive og funksjonelle evner. Det andre temaet "Det handler om miljøet" omfattet faktorer knyttet til spisemiljøet, de sosiale aspektene ved servering og støtte til måltid aktiviteter.
Relevant for oppgavens problemstilling	Artikkelen er relevant til vår problemstilling siden den belyser faktorer som påvirker ernæringsinntak av pasienter.
Nøkkelord	demens, matsservering, hydrering, ernæring og boligomsorg.

4.2 Sammenfattende resultat

Vi kan organisere funn fra artiklene i fem deler. Disse er personsentrert ernæring, pleie og kvalitet på omsorg, tilpasset miljø ved måltider, tilstrekkelig kunnskap og bruk av screening-tool jevnlig tannhelse og munnpleie, orale ernæringstilskudd og det å være aktiv.

4.3. Personsentrert ernærings pleie og kvaliteten på omsorg

I artikkelen (Murphy et al., 2017) kommer det frem at personsentrert ernæringspleie har mye å si for hver enkelt pasient med demens for å dekke de behovene som trenger i forhold til ernæring. Sykepleiernes anerkjennelse av stadiet av demens er avgjørende for å gi passende støtte for å møte ernæringsbehov og preferanser. Etter hvert som demens utvikler seg, begynner gjenkjennelsen av spiseredskaper, mat- og spisemiljøet å avta og det er en redusert forståelse av måltider. I artikkelen kommer det frem at kjennskap til en pasient livshistorie, inkludert deres forhold til familie og venner, tidligere yrke, om de har bodd i utlandet, hvilke språk de snakket, om de nylig har bodd alene eller sammen med andre har mye å si til å ha forståelse "for helhets bildet", og etter hvert når sykepleier skal støtte en pasient ernæringsmessige behov og preferanser.

Ifølge Bökberg et al. (2017) er det en sammenheng mellom pasientens livskvalitet og kvaliteten på omsorgen de får. Det ble gjennomført en tverrsnittsstudie som basert på spørreskjemaer om livskvalitet og ulike aspekter ved omsorgen. Til sammen var 177 pasienter med demens med i denne studien. For å vurdere livskvalitet ble det vurdert fire følgende hovedtema; pasientens psykologiske velvære, miljøkvalitet, atferds kompetanse og opplevd livskvalitet. Ifølge Bökberg et al. (2017) har personer med smerte vist en betydelig lavere livskvalitet i dimensjonene atferds kompetanse og psykisk velvære sammenlignet med de uten smerte. Tilfredshet med omsorg så ut til å ha en positiv effekt på livskvaliteten. Den generelle livskvaliteten ble oppfattet som høy selv om en tredjedel av personene med demens hadde daglige smerter. Pasienter med demens kan slite med smerte av en eller annen grunn, da er det meget viktig at sykepleiere finner en løsning for problemet siden det kan forbedre livskvalitet.

4.4. Tilpasset miljø ved måltider

Flere av artiklene nevner spisemiljø roller i forebyggende tiltak for underernæring. I artiklene (Nell et al., 2016; Murphy et al., 2017; Lea et al., 2017) kommer det frem miljøets rolle i ernæringsforebyggende arbeid. Nell et al. (2016) beskriver faktorer som påvirker best mulig ernæring og hydrering for personer som bor i spesialiserte demensavdelinger. To hovedtemaer som er nevnt i artikkelen for det første individets appetitt, kognitive og funksjonelle evner og det andre temaet er faktorer knyttet til spisemiljøet, de sosiale aspektene ved servering og støtte til måltid aktiviteter.

I et intervju som er gjennomført i studien til Murphy et al. (2017) kommer det fram at forhold til omsorgspersonen og forhold til andre beboere påvirker ernæringsinntak av pasienter. I artikkelen uttrykket helsepersonell følgende: “personlighetene på bordet kan ha en stor effekt, så du kan ha noen som ikke tåler støy eller er ganske støyfølsomme, så hvis noen er spesielt støyende hvis du satt dem sammen med den personen, vil det sannsynligvis føre til at de forlater bordet, derfor er det veldig viktig at helsepersonell har kunnskap om pasienter preferanse når du setter dem sammen.”

4.5 Tilstrekkelig kunnskap og bruk av screening- tool

Når det gjelder å overvinne barrierer for å endre omsorgspraksis er ansatte sin utdanning ansett som viktig for å øke forståelsen av ernæring, dehydrering og hensiktsmessige omsorgsstrategier, inkludert ansatte som forstår viktigheten av god kommunikasjon. Forskning viser at tilstrekkelig/oppdatert kunnskap og ikke minst bruk av ernæringscreening for tidlig oppdagelse av underernæring er sentralt i omsorgspraksisen (Lea et al., 2017; Murphy et al., 2017). Lea et al. (2017) konkluderer med at personalet var klar over viktige mat og væske problemer hos de eldre samt en rekke nyttige omsorgspraksiser, men manglet kunnskap om hvordan man iverksetter slik praksis. Forbedret sammensetning av måltider, forbedring av det fysiske og sosiale miljøet,

mindre regiment, timing av måltider og økende hydrering er noen av forbedringene som måtte gjøres ifølge artikkelen. Årsaken til denne situasjonen er mangel på kunnskap, utilstrekkelig bemanning og deltidsarbeid, faglig hierarki og personalets holdning (Lea et al., 2017).

Ett av temaene i studien til Murphy et al. (2017) er rollen til ernæringscreening for å tidlig oppdage underernæring. Informantene i artikkelen nevnte at de bruker MUST - verktøy og at de veier pasienter hver måned. Hvis pasientene går ned i vekt må de legge dem på et spesielt diagram og veier dem ofte.

4.6 Tannhelse og munnpleie

Tannhelse og munnpleie er en av de grunnleggende faktorene som påvirker pasientens ernæringsinntak. Artikkelen (Konishi et al., 2021) beskriver en sammenheng mellom oral munnpleie og ernæringsstatus hos eldre beboere med alvorlig demens i et eldreomsorgshjem. Resultatene fra artikkelen viser at antall personer som hadde nektet munnpleie av omsorgspersonene var signifikant høyere i gruppen med alvorlig demens enn i gruppen med mild demens. I gruppen med alvorlig demens var BMI for de som hadde tekstur modifisert mat betydelig lavere enn de som hadde et normalt kosthold. BMI for personer uten molar okklusjon og med en historie med cerebrovaskulær sykdom var signifikant lavere i gruppen med alvorlig demens (Konishi et al, 2021).

Implementering av tannpuss og munnstell hos demente pasienter krever en nøye avveining mellom å oppmuntre til frivillig deltakelse og å ty til tvang når pasienten ikke samarbeider. Det er viktig å respektere pasientens autonomi og integritet samtidig som det sikres at nødvendig tannpleie blir gjennomført for å opprettholde god oral helse (Sykepleien.no, 05.01.2011).

4.7. Orale ernæringstilskudd og fysisk aktivitet.

Ifølge studien til Tangvik et al. (2020) kan orale ernæringstilskudd være et alternativt tiltak når pasienten er underernært eller i risiko for underernæring. Resultatene fra artikkelen viser at

næringsinntaket hos pasienter økte fra 201 kcal/dag til 600 kcal/dag. Orale ernæringstilskudd som næringsdrikk blir ofte brukt som intervensjonsmidler når pasienter ikke spiser nok mat.

På andre siden kan aktivitet spille en stor rolle i å øke matlysten hos pasienter på sykehjem. I artikkelen (Murphy et al., 2017) blir det nevnt en rekke tilnærminger gjennom aktiviteter for å engasjere beboerne og stimulere appetitten. Bruk av aromaer i omsorgshjemmet ble anerkjent som en viktig vei for å bygge opp forventningene til måltidet og stimulere sansene. Disse inkluderte aromaer av tilberedt frokost og baking, kjøp av kunstige aromaer som kaffe, krisebærmandelbakst og ferskt brød. I tillegg ble det benyttet forskjellige aromaer for å betegne forskjellige dager, for eksempel lammestek på en søndag morgen. Disse aromaene ble identifisert for å fremkalle tidligere minner.

5. Drøfting

Demens sykdom er en kronisk tilstand karakterisert som en nedgang i kognitiv funksjon som fører til avhengighet i utførelsen av daglige aktiviteter, inkludert ernæringsmessig. Forekomsten av demens sykdommen øker med alderen og ifølge Randi et al. (2020) har mer enn 46 millioner mennesker i verden demens og antallet kan stige til 152 millioner innen 2050. Underernæring hos demente pasienter kan føre til en negativ endring i helsetilstanden med forverring av kognitiv funksjon, nedsatt muskelstyrke, økt falltendens, økt infeksjonsfare, raskere tap av selvstendighet samt økt dødelighet (Helsedirektoratet.no, 3, mai, 2022).

5.1 Personsentrert ernæring pleie og kvaliteten på omsorg

Å ha kjennskap om hvilken fase pasient med demens er i, er helt avgjørende når vi som sykepleiere skal gi passende tiltak for å forebygge underernæring (Eikeberg et al., 219). Det er

visse kriterier som kan hjelpe til å bestemme selvstendighetsnivået i dagliglivet for demente pasienter, og disse er delt inn i fem faser ifølge artikkel Murphy et al. (2017).

Grad av demens og alvorligheten	Symptomer og komplikasjoner
Grad I	Pasienten har noe demens, men er nesten uavhengig i dagliglivet med hjemlige og sosiale aktiviteter.
Grad II	Pasienten har en viss grad av symptomer, atferd eller kommunikasjonsvansker som forstyrrer dagliglivet, men kan leve uavhengig hvis noen passer på dem.
Grad III	Pasienten har sporadiske symptomer, atferd eller kommunikasjonsvansker som forstyrrer dagliglivet, og krever omsorg.
Grad IV	Pasienten hyppige symptomer, atferd eller kommunikasjonsvansker som forstyrrer dagliglivet og krever konstant omsorg.
Grad M	Pasienten har betydelige psykotiske manifestasjoner.

Tabell 10. Grad av demens sykdom og alvorligheten.

På en forenklet måte kan vi dele dement faser inn i lett, mild og alvorlig fase. De fleste problemene eller utfordringer med ernæring starter som regel fra grad tre, siden pasienter har nedsatt funksjonsevne i denne fasen.

Som nevnt i artikkelen til Murphy et al. (2017) er pasientsentrert pleie en nøkkel til å løse forskjellige utfordringer som kan oppstå i forhold til underernæring. Et tiltak som virker på en pasient med dement virker kanskje ikke på en annen pasient med dement, derfor er det meget viktig at sykepleier forholder seg til hver enkelt pasient sine preferanser og hjelpebehov i forhold

til ernæring. Det er en del punkter hvor sykepleier må være flinke for å bidra til personsentrert pleie til hver enkelt pasient.

Som sykepleier må man observere og tolke pasientens kroppsspråk og atferd. En del pasienter med demens kan ikke kommunisere som vi kan og er derfor ikke flinke til å uttrykke seg som smerte blant annet.

I studien til Bökberg et al. (2017) kommer det frem at en av de mange grunnene til at pasienter scoret dårlig på livskvalitet er smerte. Sykepleierens rolle i å identifisere og behandle underliggende årsaker til smerte kan løse problematisk atferd, lindre smerte og forbedre livskvaliteten hos personer med demens. Disse forbedringene kan ha en stor påvirkning på spisevaner hos pasienter.

I noen tilfeller kan smakspreferanse endrer seg og etter hvert demens utvikler seg, kan individer utvikler preferanse for sterkere smak som søt, salt, krydret eller sur mat. Sykepleiere må da være flinke til å justere måltidsalternativene i forhold til pasienters ønske og smakspreferanse. Dette er noe vi har observert i vår første praksis på sykehjem.

Dessuten kan fleksibilitet i måltids tilbudet, oppmuntring av pasienten og tålmodighet fra personalet ha stor påvirkning på spisevaner av pasienter. Å tilby en rekke måltidsalternativer i løpet av dagen, inkludert mindre eller "små måltider", som snacks, gjør det mulig for enkeltpersoner å spise når de føler seg sultne eller motiverte, i stedet for å holde seg strengt til formaliserte måltider. Samtidig kan oppmuntring og tålmodighet når man tilbyr mat og drikke hjelpe personer med demens å opprettholde tilstrekkelig næringsinntak, spesielt hvis de glemmer eller trenger påminnelser om å spise og drikke regelmessig. Å gi personlig støtte, for eksempel å sitte med individet under måltider og minne dem på å svelge, kan også forbedre måltidsopplevelsen betydelig og sikre at de får tilstrekkelig ernæring.

Det å gi pasienter passende hjelpemidler og adaptivt utstyr, for eksempel spesialiserte redskaper eller adaptive kopper, kan lette uavhengig spising og drikking. I tillegg må man tilby assistanse etter behov, men likevel oppmuntre beboerne til å opprettholde mest mulig autonomi under måltidene.

Sykepleieren kan personsentrert ernæringspleie oppleve etiske dilemmaer. For eksempel respekt for autonomi, ikke- skadeprinsippet, nytteprinsippet og rettsprinsippet. For å løse disse

problemene må sykepleieren balansere pasientens rett til selvbestemmelse med det grunnleggende behovet for ernæring og helse. Dette kan innebære å oppmuntre pasienten til å spise frivillig, men også å vurdere nødvendigheten av tvungen ernæringstilførsel hvis pasientens helse er i fare. Det er viktig at sykepleieren nøye vurderer risikoen for å skade knyttet til ulike ernæringstiltak og velger det alternativet som minimerer skaderisikoen samtidig som pasientens ernæringsbehov dekkes. Pasientens beste kan tolkes slik at sykepleieren tar hensyn til pasientens helhetlige situasjon og velger tiltak som ikke bare sikrer tilstrekkelig ernæring, men også bidrar til pasientens generelle trivsel og helse forbedring. For å være rettferdig og respektere pasientens rettighet, må sykepleieren samarbeide med andre helsepersonell, pasientens familie eller juridiske representanter for å sikre at pasientens rettigheter blir ivaretatt, samtidig som deres ernæringsbehov blir møtt på en etisk forsvarlig måte (Magelssen et al., 2020, s. 19). Gjennom grundig refleksjon og samarbeid med andre aktører kan sykepleieren navigere gjennom disse etiske dilemmaene og ta beslutninger som ivaretar både pasientens velvære og profesjonelle integritet.

5.2 Tilpasset miljø ved måltider

Spisemiljøet er en av de største faktorene som fører til at pasienter ikke blir motivert til å spise som de skal. Spisemiljøet påvirker til og med friske mennesker som ikke har problemer med mat. Som det har blitt nevnt i artikkelen til Nell et al. (2016) er spisemiljø en av de faktorene som påvirker gunstig ernæring og hydrering for personer som bor i spesialiserte demensavdelinger. Forberedelsene til pasienten før måltidet er viktig for at pasienten kan føle velvære. Pasienten må få håndvask før alle måltider. Toalettbesøk, tannpuss og annet stell bør være ferdig før maten serveres. Pasientens forberedelse til måltid kan ha mye betydning for matlysten. Man må sørge for at pasienten sitter riktig, og dersom pasienten ikke kan spise ved et spisebord, bør sykepleieren tilpasse et bord til stolen eller seng (Kristoffersen, et al., 2016, s. 220).

Demens pasienter er sårbare for å bli stresset og urolige. Dette kan hemme både appetitten og fordøyelsen. Derfor må måltidet være et viktig avbrekk som beboerne kan se fram til og kan nyte. Matlysten øker i et estetisk pent og trivelig miljø (Kristoffersen, et al., 2016, s. 220). Å

skape en gunstig atmosfære under måltider, inkludert riktig belysning, bordoppsett, bakgrunnsmusikk og de riktige redskapene, kan hjelpe personer med demens til å føle seg mer avslappet og komfortabel mens de spiser. For mange pasienter kan måltidsordningen være årsaken til at de spiser for lite. Det er derfor viktig å observere pasientens situasjon og tilstand.

Fra vår tidligere jobb har vi merket at noen pasienter med demens spiser mye bedre med en del spesifikke ansatte, men ikke med andre. Dette kan skape utfordringer, når de ansatte som pasienten ikke liker er på jobb. Det kan være vanskelig å håndtere situasjonen og kan skape et dilemma. I slike tilfeller må de ansatte være flinke til å være kreative og på en best mulig måte servere maten i forhold til pasientenes preferanse.

Ifølge studien til Lea et al. (2017) har personalet foreslått forbedringer for å endre atmosfæren til spisemiljø og øke kommunikasjonen mellom ansatte og eldre mennesker og blant eldre mennesker selv imellom. I tillegg til å spille passende musikk i spisestuen, har personalet foreslått inkludert økte muligheter for personalet til å spise sammen med personene de tar vare på og sørge mindre spiseområder, spesielt for personer med demens. Deltakerne kommenterte at mange ansatte ikke forstår den sosiale interaksjonen som er nødvendig med mat og bemerket at mange ansatte snakker med en annen ansatt/ kollega enn med menneskene de sørger for.

I noen tilfeller kan det være vanskelig for pasienter å ta glasset, holde det i hånden og føre det til munnen. Hvis pasienten ikke kan dele maten selv, er det også et problem å redusere appetitten (Thoresen, et al., 2019, s. 180). Utfordringer for et godt måltidsmiljø er når det er utilstrekkelig bemanning på arbeidsplasser. Ved utilstrekkelig bemanning, får ansatte ikke tid til å skape et rolig miljø og har ikke tid til å hjelpe en demenspasient til å dekke sine behov (Lea et al., 2017). Samtidig kan bruk av type utstyr til maten påvirke pasientens ernæringsinntak på en god eller dårlig måte. Noen mennesker kan ikke løfte vanlige kopper, da blir det veldig tungt for dem å løfte. Det er derfor meget viktig at kopper, bestikk og tallerken passer til pasientens situasjon. Bruk av plastkopper med to håndtak og plastbestikk kan være en bra løsning, men samtidig må man observere hvordan pasienter forholder seg i forhold til slik type utstyr da ikke alle liker denne typen kopper og bestikk.

5.3 Tilstrekkelig med kunnskap og bruk av screening- tool

Som det har blitt nevnt tidligere i teoridelen spiller screening tool som MNA og MUST en sentral rolle i å vurdere om pasienter er underernært eller i risiko for underernæring. Som sykepleier har vi ansvar for å utføre ernæringscreening for å oppdage de som er underernærte eller i fare for underernæring.

Samtidig er tilstrekkelig kunnskap meget viktig for å ha bedre forståelse av pasientenes atferd samt til å forebygge uønsket utfall. Tjenesteyter sin kjennskap om hvordan en rekke helsetilstander, som infeksjon, sansetap, mobilitetsproblemer, tannproblemer eller dårlig tilpassede proteser og bivirkninger av medisiner bør overvåkes nøye av omsorgspersonell. Tett observasjon og overvåking av disse faktorene er spesielt viktig ettersom demens utvikler seg og pasientene kanskje ikke er i stand til å kommunisere smerte, ubehag eller angst når de spiser og drikker.

Artikkelen til Lea et al. (2017) viser at mange ansatte har begrenset opplæring i og kunnskap om ernæring og hydreringsbehovet til personer med demens, særlig til de som har vanskeligheter med å svelge (dysfagi). Denne begrensede kunnskapen hindrer omsorgspersonen i å gjenkjenne vansker som oppleves av eldre mennesker med demens og henvise disse til passende helsepersonell for å løse problemer med underernæring og dehydrering. Veiledning og opplæring til omsorgspersoner og pasienter er en av sykepleierens oppgaver på sykehjem.

Ifølge Lea et al. 2017 er personellet sin utdanning ansett som viktig for å øke forståelsen av ernæring og hensiktsmessige omsorgsstrategier, inkludert personalet som forstår viktigheten av å snakke med menneskene de bryr seg om. Jeg har observert på de fleste omsorgssentre at de bruker e-læring kurs til å gi nødvendig opplæring som de ansatte trenger. Som regel tar de ansatte e-læring kurs når de begynner på jobben, men i noen tilfeller kan det hende at de tar den hvert år eller hvert andre år.

5.4. Tannhelse, tannpleie, oralt ernæringstilskudd og fysisk aktivitet.

Sykepleieren spiller en sentral rolle i å sikre at pasientene får den nødvendige omsorgen og støtten de trenger for å opprettholde god munnhelse, ernæring og generell trivsel, spesielt i lys av utfordringene knyttet til demens.

Mange pasienter plages av munntørighet, tørre slimhinner og taggeproblemer. De vanligste årsakene kan være infeksjoner, dehydrering og pusting gjennom munnen. Mange eldre har også dårlig tannstatus. Demens pasienter er ikke alltid flinke og nysgjerrige til å pusse tenner og følge rutiner. De glemmer ofte å pusse tennene. En studie ved 11 sykehjem i Norge viste at 40 % pasienter hadde ikke tilfredsstillende munnhygiene (Willumsen mfl. 2011 sitert i Kristoffersen, et al., 2016, s. 208). Belegg på tenner og tannkjøtt gir næring til bakterier og bakterie vekst. Derfor bør sykepleieren nøye observere pasientens munnhelse, munntørighet og tannstatus under måltider og ved daglig pleie. Kommunikasjon med pasienten er også viktig for å forstå eventuelle ubehag eller problemer relatert til munnhelsen. Det er også viktig for sykepleiere å ta hensyn til faktorer som pasientens spiseferdigheter, kommunikasjonsvansker og økt ernæringsbehov på grunn av rastløshet.

Som sykepleier må vi vurdere pasientens munntørighet og tannstatus ved å nøye observere under måltidet og ved å kommunisere med pasienten. Sykepleieren kan motivere pasienten til å drikke væske for å forebygge munntørighet. Ved økende alder endres sammensetningene, og det blir seigere. Munntørighet og såre slimhinner gir dårlig ånde og vond smak i munnen som kan føre til dårlig matlyst og nedsatt smak (Kristoffersen et al., 2016, s. 208).

Selv om mange eldre pasienter har egne tenner i dag er det likevel vanskelig å utføre munnstell. Demens pasienter har utfordrende atferd på grunn av kognitiv svikt. De kan nekte munnstell og tannpuss. Derfor er det vanskelig for sykepleiere å utføre munnstell til demens pasienter som planlagt. Men sykepleieren kan servere drikke til pasienter flere ganger om dagen for å forebygge munntørighet og forebygge dehydrering (Kirkevold et al, 2020, s. 322). I tillegg kan man gi kontinuerlig opplæring og støtte til omsorgspersoner for å øke deres forståelse av betydningen av munnpleie og ernæring for pasienter med demens, noe som kan bidra til å forebygge underernæring. Dessuten kan tilbud om treningsøkter, riktig munnhygiene, teknikker,

måltid med assistanse strategier og kommunikasjonsmetoder å fremme best mulig pleie. Regelmessige vurderinger av beboernes orale og ernæringsmessige status bidra til å identifisere eventuelle endringer eller bekymringer umiddelbart. Å samarbeid tett med tverrfaglige medlemmer, inkludert kostholdseksperter/ernæringsfysiologer, logoped og tannleger, bør prioriteres for å løse eventuelle problemer og justere omsorgsplaner etter behov.

Målet med orale ernæringstilskudd er å berike personens matinntak uten å undertrykke det eller erstatte mat assistenter eller måltider. Orale ernæringstilskudd har vist seg å forbedre ernæringsinntak og ernæringsstatus hos pasienter med utilstrekkelig saltinntak og redusere komplikasjoner som trykksår, infeksjoner, venøs trombose, lungeemboli og forvirring (Tangvik, et al., 2021).

I artikkelen til Tangvik et al. (2020) kommer det fram at orale næringstilskudd kan opprettholde og til og med øke kroppsvekten og muskelmasse hos personer med demens. Vekttap hos eldre mennesker er ofte en indikasjon på muskelavfall og er forbundet med økt risiko for institusjonalisering, sykelighet, dødelighet, fall, funksjonshemming og brudd. I denne artikkelen nevner Tangvik noen årsaker til vekttap hos demenspasienter. Demens pasienter opplever flere utfordringer med matinntak som følge av spiseferdigheter, vanskeligheter med å kommunisere, forstoppelse, aspirasjon på grunn av dysfagi, og økte behov på grunn av rastløshet. Tangvik et al. (2020) beskriver et forsøk alt ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolisme) retningslinjer for ernæring hos demenspasienter, hvor det foreslått at orale næringstilskudd er gunstig for å opprettholde kroppsvekt hos demens pasienter.

5.5. Styrker og svakheter ved artiklene

Artiklene vi har valgt dekker omfattende kunnskapsområder knyttet til forebyggende tiltak mot underernæring hos pasienter med demens. Spesielt modellen presentert i Murphy et al. (2017) sin artikkel adresserer viktige områder ved personsentrert ernæringspleie. Den tar hensyn til tilgjengelighet av mat og drikke, ressurser og miljø, deltakelse i aktiviteter, og konsistens i omsorg og informasjon. Dette gir en helhetlig tilnærming til ernæringslære som tar hensyn til pasientens individuelle behov og preferanser.

En annen styrke ved artiklene er at de ikke bare fokuserer på pasientens perspektiv, men også på hvordan personalet kan spille en sentral rolle i implementeringen av tiltakene. Dette bidrar til å øke bevisstheten blant ansatte om viktigheten av deres rolle i ernæringslære for pasienter med demens (Murphy et al., 2017).

Det er også en del svakheter ved artiklene. En av svakhetene ved artiklene er mangelen på fokus på pårørendes rolle i forebyggende arbeid mot underernæring. Pårørende kan være en uvurderlig ressurs for sykepleiere ved å bidra med informasjon om pasientens matvaner og preferanser. En mer inkluderende tilnærming som involverer pårørende, kunne ha styrket artiklene ytterligere.

Videre mangler artiklene et dypere søkelys på tverrfaglig samarbeid, spesielt med ernæringseksperter. Et sterkere samarbeid på tvers av fagfelt kunne ha ført til utvikling av felles kompetanse og en bedre helhetlig omsorg for pasientene.

Til slutt, artiklene berører ikke intervensjoner som sondeernæring eller intravenøs ernæring, til tross for at dette er viktige tiltak som noen pasienter med demens kan trenge. Som regel er det mange årsaker som fører til at helsepersonell velge tiltak som sonde eller Kabiven ernæring. De tiltakene ligger på høyeste trapp når det gjelder ernæringstrappen og brukes kun når de andre tiltakene som ligger nederst i trappen ikke gis ønsket resultat. En mer omfattende tilnærming som inkluderer disse intervensjonene, kunne ha gitt en mer helhetlig forståelse av ernæringslære for pasienter med demens.

6. Konklusjon

For å oppsummere ser vi at sykepleiere spiller en avgjørende rolle i forebyggingen av underernæring hos demente pasienter på sykehjem. Med en personsentrert tilnærming til ernæringspleie kan sykepleiere tilpasse omsorgen individuelt til hver pasients behov og preferanser. Dette inkluderer å ta hensyn til pasientens matpreferanser, miljø de trives i, og hjelpebehov knyttet til ernæring.

Det viktigste funnet i denne studien er erkjennelsen av at stadier av demens varierer betydelig fra pasient til pasient. Derfor er det essensielt at sykepleiere tilpasser seg denne variasjonen ved å gi

skreddersydd støtte basert på den enkelte pasients behov og stadium av demens. Ved å anerkjenne og tilpasse seg til disse individuelle forskjellene kan sykepleiere bidra til å sikre at pasientene får tilstrekkelig ernæring og opprettholder god helse.

Det er også tydelig at økt kunnskapsnivå blant personalet, samt bruk av screeningverktøy som kartleggingsverktøy, er avgjørende for å identifisere pasienter i risiko for underernæring i tidlig fase. Videre må sykepleiere være oppmerksomme på mulige bivirkninger av medisiner som kan påvirke pasientens matlyst, og tilby tilpassede spisemiljøer for å fremme en god spiseopplevelse. Avslutningsvis viser flere studier at munnpleie og aktiviteter kan bidra til å øke matlysten hos demenspasienter. Dette understreker betydningen av å innlemme helhetlig omsorgstilnæringer som tar hensyn til både fysiske og sosiale faktorer for å sikre best mulig ernæring og trivsel hos demente pasienter på sykehjem. Videre forskning og praksis bør sette søkelys på å utvikle og iverksette effektive intervensjoner som tar sikte på å forbedre ernæringsstatusen og livskvaliteten til denne sårbare pasientgruppen.

Vedlegg 1. Underernæring kartleggingsverktøy.



Mini Nutritional Assessment MNA®

Last name: _____ First name: _____ Sex: _____ Date: _____
 Age: _____ Weight, kg: _____ Height, cm: _____ I.D. Number: _____

Complete the screen by filling in the boxes with the appropriate numbers.
 Add the numbers for the screen. If score is 11 or less, continue with the assessment to gain a Malnutrition Indicator Score.

Screening

A Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?
 0 = severe loss of appetite
 1 = moderate loss of appetite
 2 = no loss of appetite

B Weight: loss during the last 3 months
 0 = weight loss greater than 3 kg (6.6 lbs)
 1 = does not know
 2 = weight loss between 1 and 3 kg (2.2 and 6.6 lbs)
 3 = no weight loss

C Mobility
 0 = bed or chair bound
 1 = able to get out of bed/chair but does not go out
 2 = goes out

D Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months
 0 = yes 2 = no

E Neuropsychological problems
 0 = severe dementia or depression
 1 = mild dementia
 2 = no psychological problems

F Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m)²
 0 = BMI less than 19
 1 = BMI 19 to less than 21
 2 = BMI 21 to less than 23
 3 = BMI 23 or greater

Screening score (subtotal max. 14 points)
 12 points or greater Normal – not at risk – no need to complete assessment
 11 points or below Possible malnutrition – continue assessment

Assessment

G Lives independently (not in a nursing home or hospital)
 0 = no 1 = yes

H Takes more than 3 prescription drugs per day
 0 = yes 1 = no

I Pressure sores or skin ulcers
 0 = yes 1 = no

Ref: Vellas B, Yllan H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Hankin JO, Salyer A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A:M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006;10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67.200 12/99 10M
 For more information : www.mna-elderly.com

J How many full meals does the patient eat daily?
 0 = 1 meal
 1 = 2 meals
 2 = 3 meals

K Selected consumption markers for protein intake
 • At least one serving of dairy products (milk, cheese, yogurt) per day yes no
 • Two or more servings of legumes or eggs per week yes no
 • Meat, fish or poultry every day yes no
 0.0 = if 0 or 1 yes
 0.5 = if 2 yes
 1.0 = if 3 yes

L Consumes two or more servings of fruits or vegetables per day?
 0 = no 1 = yes

M How much fluid (water, juice, coffee, tea, milk...) is consumed per day?
 0.0 = less than 3 cups
 0.5 = 3 to 5 cups
 1.0 = more than 5 cups

N Mode of feeding
 0 = unable to eat without assistance
 1 = self-fed with some difficulty
 2 = self-fed without any problem

O Self view of nutritional status
 0 = views self as being malnourished
 1 = is uncertain of nutritional state
 2 = views self as having no nutritional problem

P In comparison with other people of the same age, how does the patient consider his/her health status?
 0.0 = not as good
 0.5 = does not know
 1.0 = as good
 2.0 = better

Q Mid-arm circumference (MAC) in cm
 0.0 = MAC less than 21
 0.5 = MAC 21 to 22
 1.0 = MAC 22 or greater

R Calf circumference (CC) in cm
 0 = CC less than 31 1 = CC 31 or greater

Assessment (max. 16 points)

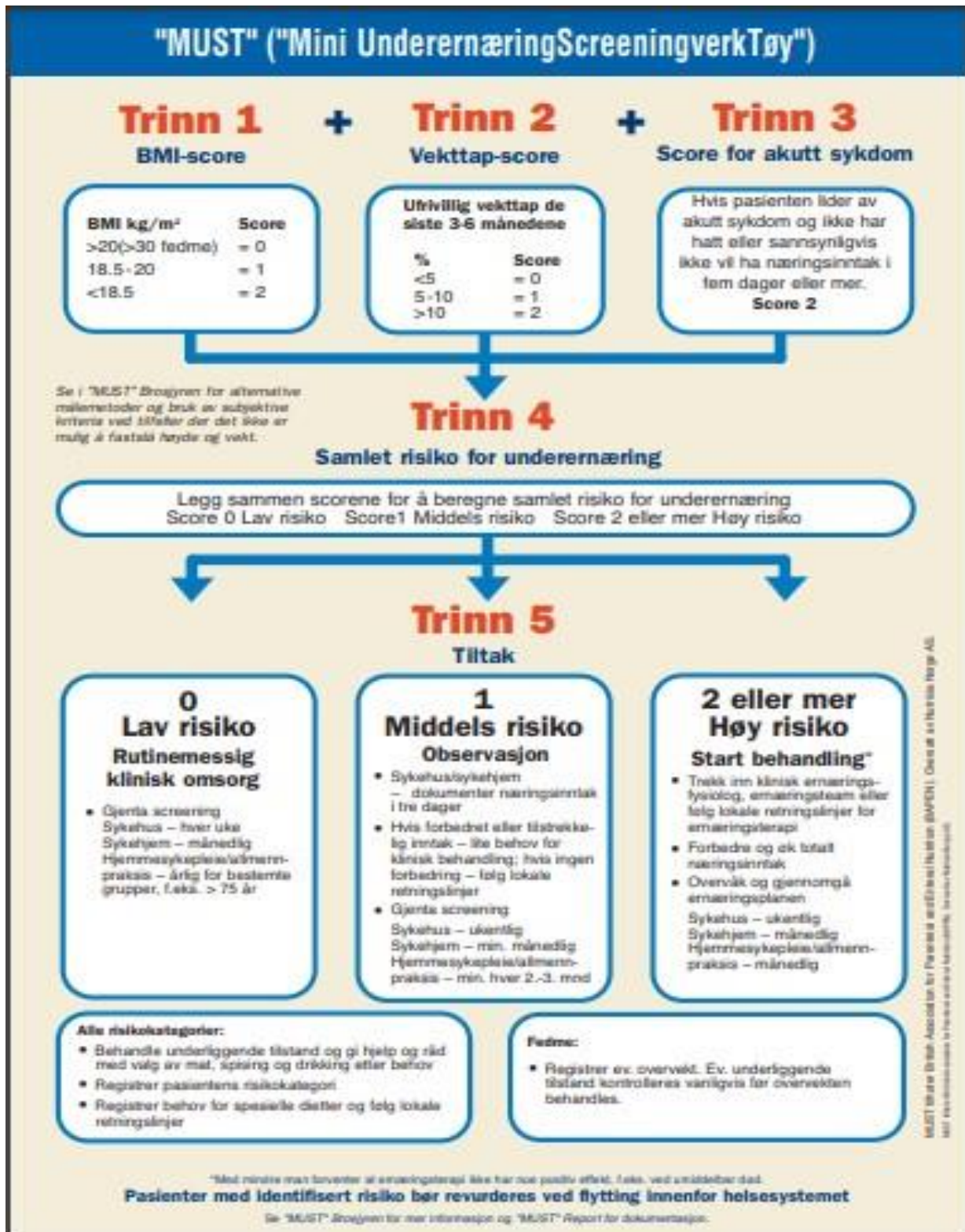
Screening score

Total Assessment (max. 30 points)

Malnutrition Indicator Score

17 to 23.5 points at risk of malnutrition
 Less than 17 points malnourished

Vedlegg 2. Underernæring risiko vurderings skjema.



7.0. Litteraturliste:

Aagaard, H., (2016) Væske og ernæring: i Kristoffersen, N, J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G, H., (Red). *Grunnleggende sykepleie 2*. (utga. 3). Oslo: Gyldendal: s. 208, 218- 221.

Alsvåg, H., (2020), Helsefremming og sykdomsforebygging (Et historisk og sykepleiefaglig perspektiv): i Gammersvik, Å., & Larsen, T, B. (Red): *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (utga. 2). Bergen: Fagbokforlaget: s. 51.

Bertelsen, A, K., (2019) Sykdommer i nervesystemet: i Ørn, S., & Bach- Gansmo, E., (Red) *Sykdom og behandling* (utga. 2). Oslo: Gyldendal Akademisk: s. 334.

Brodtkorb, K., & Ranhoff (2020) Helsetjenester til eldre: i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A, H., (Red). *Geriatrisk sykepleie* (utga. 3). Oslo: Gyldendal: s. 202.

Bökberg, C., Ahlström, G., & Karlsson, S., (2017). *Significance of quality of care for quality of life in persons with dementia at risk of nursing home admission: a cross- sectional study*. BMC Nursing 16 (39). DOI 10.1186/s12912-017-0230-6.

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0230-6>.

[Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review - ScienceDirect](#).

Folkehelseinstitutt.no, skrevet av Strand, B, H, et al. (2021) Demens. Tilgjengelige fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>. (Hentet: 23. mai 2024).

Førde, R., & Lillemoen, L., (2020). Profesjonsetikk og verdigrunnlag: i Magelssen, M., Førde, R., Lillemoen, L., & Pedersen, R., (Red) *Etikk i helsetjenesten*. (utga. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk: s. 33.

Helsedirektoratet.no, (2022). Vurdering av risiko for underernæring. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-avunderernaering/vurdering-av-risiko-for-underernaering#for-a-vurdere-risiko-for-underernaeringanbefales-verktoyet-mst-malnutrition-screening-tool>. Hentet: (24. mai 2024).

Helsenorge.no, (2022). Helsedirektoratets kostråd: Tilgjengelige: <https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad/helsedirektoratets-kostrad/>. (Hentet: 23. mai 2024).

Hem, M, H., Gjerberg, E., Pedersen, R., Førde, R., (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang: *Tannpuss og munnstell*: i Sykepleien.no, (2011. 01. 05), Tilgjengelig: <https://sykepleien.no/forskning/2011/01/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellomfrivillighet-og-tvang>. (Hentet: 23. mai 2024).

Konishi, M., & Kakimoto, N., (2020) *Relationship between oral and nutritional status of older residents with severe dementia in an aged care nursing home*. Gerodontology. 38 (2), s. 179-184. <https://doi.org/10.1111/ger.12512>. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ger.12512>.

Kristoffersen, N, J., Nordtvedt, F., Saug E- A., & Grimsbø, G, H., (2016) Hva er sykepleie: i Kristoffersen, N, J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G, H., (Red) *Grunnleggende Sykepleie 1*. (Utga. 3). Oslo: Gyldendal: s. 17.

Lea, E, J., Goldberg, L, R., Price, A, D., Tierney, L, T., McInerney, F. (2017). *Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A quantitative study*. Journal of clinical nursing. <https://doi.org/10.1111/jocn.14066>. S. 5169-5178.

Lovdata.no, (2024). Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient og brukerrettighetsloven). (Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3. (Hentet: 23. mai 2024).

Magelssen, M., & Pedersen, R., (2020). Hva er «etikk» i helsetjenesten?: i Magelssen, M., Førde, R., Lillemoen, L., & Pedersen, R., (Red) *Etikk i helsetjenesten*. (utga. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk: s. 15- 19.

Mortensen, T, B., (2019) Sykepleierens ansvar for ernæringsarbeid: i Thoresen, L., Borchsenius, C., & Sjøen, R, J., *Sykepleierens ernæringsbok* (utga. 5). Oslo: Gyldendal Akademisk: s. 17.

Murphy, J, L., Holmes, J., & Brooks, C., (2017). Nutrition and dementia care: developing an evidence- based model for nutritional care in nursing homes: *Person- centered nutritional care: BMC Geriatrics* 17(55). (Ar. No. 55). S. 4- 14.

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0443-2>.

Nasjonalforening for folkehelse.no, (2024). Alzheimer: Tilgjengelig fra:

<https://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/alzheimerssykdom/#:~:text=Alzheimers%20sykdom%20er%20en%20f%C3%B8lge,sva r%20p%C3%A5%20hva%20som%20skjer>. (Hentet: 24. mai 2024).

Skaug, E- A., (2016) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie, i Kristoffersen, N, J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G, H., (Red) *Grunnleggende Sykepleie 1*. (Utga. 3). Oslo: Gyldendal: s. 341.

Skovdahl, K. (2020) Kognitiv svikt og demens: i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A, H., (Red) *Geriatrisk sykepleie* (utga. 3). Oslo: Gyldendal: s. 419.

Sortland, K. (2016). *Ernæring- mer enn mat og drikke: Når næringsinntaket blir for lite* (Utga. 5). Oslo: Fagbokforlaget, s. 165.

Sortland, K. (2016). *Ernæring- mer enn mat og drikke: Væske og ernæring- et sykepleiefaglig ansvar* (Utga. 5). Oslo: Fagbokforlaget, s. 13- 17.

Strand, G, V., (2020) Munnhelse: i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A, H., (Red). *Geriatrisk sykepleie* (utga. 3). Oslo: Gyldendal: s. 322.

Tangvik, R. J., Bruvik, F. K., Drageset, J., Kyte, K., & Hunskår, I., (2020). *Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review*. *Geriatric Nursing*. 42 (1): s. 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.12.005>.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33383439/#:~:text=A%20total%20of%20407%20persons,intake%20of%20energy%20and%20protein>.

Thidemann, I- J., (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Hva slags kunnskap trenger jeg for å svare på problemstillingen?* (utga. 2). Oslo: Universitetsforlaget. S. 76- 77.

Thidemann, I- J., (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Litteraturstudie* (utga. 2). Oslo: Universitetsforlaget. S. 96.

Thoresen, L., Borchsenius, C., & Sjøen, R. J., (2019). Ernæringstiltak: i *Sykepleierens ernæringsbok* (utga. 5). Oslo: Gyldendal Akademisk: s. 170- 180.

Thoresen, L., Borchsenius, C., & Sjøen, R. J., (2019). Underernæring: i *Sykepleierens ernæringsbok* (utga. 5). Oslo: Gyldendal Akademisk: s. 162-163.

Vedlegg 1. Mini nutritional assement (Underernæring kartleggingsverktøy): Tilgjengelig fra: <https://nske.no/screening/MNA.pdf>. (Hentet: 28. mai 2024).

Vedlegg: 2. MUST- skjema (Mini Underernæring Screening verktøy). Tilgjengelig: <https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2018/03/Skjema-MUST.pdf>. (Hentet: 28. mai 2024).

