

# Underernæring på sykehjem

*«Hvilke tiltak kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter med demens på sykehjem?»*

Kandidatnummer: 68 & 80  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8411  
Dato: 19/04/22



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19/04/22
Tittel: <b>Underernæring på sykehjem</b>	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvilke tiltak kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter med demens på sykehjem?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven tar utgangspunkt i sykepleierens forebyggende funksjon. Sykehjem som kontekst, helsepolitiske føringer, karakteristika ved demens, kjennetegn ved den eldre skrøpelige pasienten på sykehjem, årsaker til underernæring hos eldre, kartlegging av pasientens ernæringsstatus, personsentrert sykepleie som tilnærming, måltidsmiljø og mattilbud blir beskrevet. Til slutt presenteres juridiske og etiske aspekter.</p> <p><u>Metode:</u> Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Det er blitt anvendt faglitteratur, forskningsartikler, lovverk samt etiske prinsipper og retningslinjer for å belyse oppgavens problemstilling. Forskningsartiklene er hentet fra databasene CINAHL og PubMed.</p> <p><u>Drøfting:</u> Tidligere beskrevet teori, fagkunnskap samt funn fra forskningsartiklene blir diskutert for å besvare oppgavens problemstilling. Det diskuteres hvordan kartlegging av pasientens ernæringsstatus, personsentrert tilnærming ved måltider, tiltak rettet mot de særlig ernæringsutfordringene ved demens, tilpasset måltidsmiljø og mattilbud, samt reduksjon av nattfaste kan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjem. Betydningen av lav bemanning, andel ufaglærte ansatte og tidspress vil bli diskutert som mulige utfordringer.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Et tiltak som kan bidra til å forebygge underernæring er identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko ved hjelp av kartleggingsverktøyet MNA. Personsentrert sykepleie i måltidssituasjoner kan bidra til forebyggelse av underernæring hos eldre pasienter med demens. Smerter og kvalme bør identifiseres og behandles. Måltidsmiljøet bør være rolig og tilpasset pasienter med demens, slik at matinntaket kan økes. Mattilbudet bør være tilpasset pasientens funksjon, og nattfasten bør reduseres så langt det lar seg gjøre. Dermed kan pasientens matinntak økes som kan bidra til å forebygge underernæring. Imidlertid kan lav bemanning, stor del andel ufaglærte ansatte samt et stort tidspress gjøre det utfordrende for sykepleier å ivareta pasientens behov for ernæring.</p>	

(Totalt antall ord: 278)

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Temaets sykepleiefaglige relevans	1
1.3	Presentasjon av problemstilling	2
1.3.1	Avgrensning	2
1.3.2	Begrepsavklaring	3
1.4	Disposisjon	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag</b>	<b>4</b>
2.1	Sykehjem som kontekst	4
2.2	Helsepolitiske føringer for ernæring på sykehjem	5
2.3	Karakteristika ved demens	5
2.4	Kjennetegn ved den eldre og skrøpelige pasienten på sykehjem	6
2.5	Årsaker til underernæring hos eldre	6
2.5.1	Særlige ernæringsutfordringer hos eldre med demenssykdom	7
2.6	Kartlegging av pasientens ernæringsstatus	8
2.6.1	MNA	8
2.7	Persontrentert sykepleie som tilnærming	8
2.8	Måltidsmiljø og mattilbud	9
2.9	Juridiske og etiske aspekter	10
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>11</b>
3.1	Litteratursøk	11
3.1.1	Valg av databaser og søkeord	11
3.1.2	Tabell over litteratursøk	13
3.1.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.2	Valg av øvrig faglitteratur	15
3.3	Kildekritikk	15
3.4	Etiske vurderinger	16
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater</b>	<b>17</b>
4.1	Syntese	17
4.2	Artikkelmatrise	18
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>20</b>
5.1	Identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko	20
5.2	Utøvelse av persontrentert sykepleie ved måltider	22
5.3	Tiltak rettet mot ernæringsutfordringer hos eldre med demens	23
5.4	Måltidsmiljø tilpasset pasienter med demens	24
5.4.1	Tilrettelegge et godt sosialt måltidsmiljø	25
5.5	Mattilbud tilpasset pasienter med demens	26
5.5.1	Reduksjon av nattfaste	27
<b>6</b>	<b>Avslutning</b>	<b>28</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>29</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge WHO levde 55 millioner mennesker i verden med demens i 2021 og dette tallet vil sannsynligvis nesten tredoble seg innen 2050. Årsaken til økningen er at det forventes en sterk økning av antall eldre i årene som kommer, og ettersom forekomsten av demens øker med alderen vil også antall pasienter med demens øke (Helsedirektoratet, 2020; Knapskog et al., 2021). Denne pasientgruppen kommer vi dermed i økende grad til å møte på sykehjem.

Underernæring på sykehjem har lenge vært et kjent fenomen. Allerede for rundt femten år siden publiserte NRK (2007) en artikkel som påsto at eldre sulter på norske sykehjem. I høst blusset dette temaet opp igjen, da Aftenposten publiserte en artikkel om en pasient på sykehjem som fortalte om sin opplevelse av underernæring (Lunde & Bjørge, 2021, s. 4). Videre førte dette til at NRK (2021) tok opp temaet i programmet «Debatten». Dette programmet setter dagsorden for viktige samfunnsdiskusjoner og retter et kritisk søkelys på politikken som føres.

Vi har begge erfaring fra kliniske studier på sykehjem. Vår kliniske erfaring tilsier at det kan være utfordrende å ivareta behovet for ernæring grunnet manglende rutiner og fokus rundt dette på sykehjem. På bakgrunn av vår erfaring har vi som kommende sykepleiere valgt å belyse temaet forebygging av underernæring hos eldre med demens på sykehjem.

## 1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans

Hver tredje pasient på sykehjem er underernært eller i risiko for å bli underernært (Jensen & Beyrer, 2018). Underernæring kan defineres som en ernærings situasjon der mangel på næringsstoffer som energi forårsaker en «målbar ugunstig effekt på pasientens kroppssammensetning og- funksjon, samt klinisk resultat» (Guttormsen et al., 2013, s. 14). Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson har utformet 14 ulike punkter som hun anser som grunnleggende for mennesket. Ett av disse punktene går ut på å spise og drikke tilstrekkelig (Henderson, 1998, s. 46). Ved demens kan pasienten glemme å spise og drikke (Skovdahl,

2020, s. 435). Pasienten vil dermed ofte trenge bistand knyttet til ivaretagelse av behovet for ernæring. Ernæring er et grunnleggende behov som sykepleier har ansvar for å ivareta (Jacobsen & Bye, 2015, s. 619).

I denne oppgaven har vi fokus på forebygging av underernæring som sykepleierens funksjon- og ansvarsområde. Vi har tatt utgangspunkt i tertiærforebyggende tiltak, som går ut på å hindre at nye helseproblemer oppstår hos mennesker med kroniske sykdommer eller funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Tertiærforebygging er aktuelt ettersom vi ønsker å forebygge underernæring hos pasienter som allerede har en demenssykdom. På bakgrunn av valgt problemstilling og oppgavens omfang har vi valgt å fokusere på fasen som handler om sykepleietiltak i sykepleieprosessen. Sykepleieprosessen skal bidra til at sykepleiere kan arbeide målrettet og systematisk, samt bidra til individualisert sykepleie av god kvalitet (Rotegård et al., 2015, s. 246). Formålet med denne oppgaven er å belyse hvilke tiltak som kan bidra til forebyggelse av underernæring hos pasienter med demens på sykehjem.

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

- **Hvilke tiltak kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter med demens på sykehjem?**

#### **1.3.1 Avgrensning**

Vi har valgt å avgrense til langtidsavdelinger på sykehjem. Ved langtidsavdelinger på sykehjem har pasienten permanent opphold og er en arena der vi ofte møter denne pasientgruppen (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263).

Demens kan deles inn i ulike alvorlighetsgrader; mild, moderat og alvorlig demens (Skovdahl, 2020, s. 422). Ettersom pasientgruppen befinner seg på langtidsavdelinger på sykehjem tar vi utgangspunkt i pasienter med moderat eller alvorlig demens.

I oppgaven vil vi ta for oss forebyggende tiltak rettet mot pasienter som står i risiko for å utvikle underernæring. Tiltakene er dermed ikke rettet mot underernærte pasienter, kun de som står i fare for å bli det.

Vi har valgt å belyse bruk av kartleggingsverktøy som en del av oppgaven. På bakgrunn av oppgavens omfang har vi valgt å trekke frem kartleggingsverktøyet MNA fremfor andre. Kartleggingsverktøyet MNA blir ofte anvendt på norske sykehjem (Brodtkorb, 2020, s. 305).

### **1.3.2 Begrepsavklaring**

«Eldre» kan defineres som mennesker mellom 60- 74 år. Mennesker som er 75 år eller eldre defineres som «gamle» (Engstad, 2016, s. 542). Imidlertid brukes begrepene «eldre» og «gamle» om hverandre. Det regnes som sjeldent å få demenssykdom før fylte 70 år (Vollrath et al., 2021). På bakgrunn av dette velger vi å bruke definisjonen eldre når vi snakker om pasienter med demenssykdom på sykehjem.

I litteraturen anvendes ofte «personer med demens» om denne pasientgruppen, eksempelvis i Rokstad (2014). Likevel har vi valgt å systematisk anvende begrepet «pasient» i oppgaven, for å få frem det komplekse behovet for helsehjelp denne pasientgruppen har. «Pasient» kan defineres som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3a).

## **1.4 Disposisjon**

I kapittel 2, teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag, vil anerkjent og faglig kunnskap rettet mot problemstillingen bli presentert. Videre blir oppgavens metode presentert i kapittel 3, inkludert søkehistorikk, annen faglitteratur, kildekritikk og etiske vurderinger. I kapittel 4 presenteres forskningsartiklenes resultater i en kort syntese, deretter beskrives hensikt, metode samt aktuelle og relevante funn i en artikkelmatrise. Under drøftingen i kapittel 5 vil relevante funn fra forskningsartiklene belyses med aktuell teori samt egne erfaringer. I kapittel 6 vil de viktigste momentene fra oppgaven trekkes frem og problemstillingen blir besvart. Deretter presenteres referanselisten.

## **2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

I dette kapitlet presenteres relevant fagkunnskap knyttet til valgt tema og problemstilling. Først vil sykehjem som kontekst og helsepolitiske føringer beskrives. Deretter presenteres karakteristika ved demens samt kjennetegn ved den eldre skrøpelige pasienten på sykehjem. Videre vil teori knyttet til årsaker til underernæring, kartlegging av pasientens ernæringsstatus, personsentrert sykepleie som tilnærming, måltidsmiljø og mattilbud beskrives. Til slutt beskrives aktuelle etiske prinsipper og juridiske rammer som sykepleier må forholde seg til i sin yrkesutøvelse.

### **2.1 Sykehjem som kontekst**

Pasienter på sykehjem har vanligvis et så redusert funksjonsnivå at det trengs mer tilrettelegging enn det er mulig å tilby i hjemmet (Berentsen, 2008, 125). På sykehjem ivaretas eldre som ikke lengre er i stand til å klare seg med hjelpen pårørende eller hjemmebaserte helsetjenester kan gi (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). Pasienter som får helsehjelp på sykehjem har ofte en kombinasjon av høy alder, omfattende helsesvikt og sterkt redusert funksjonsnivå (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 264). Dette er altså en pasientgruppe med et komplekst behov for helsehjelp. Eldre pasienter med demens skal få bistand til å ivareta sine grunnleggende behov, inkludert et tilstrekkelig inntak av mat og drikke (Skovdahl, 2020, s. 435).

Sykepleier kan møte på en del utfordringer når det gjelder tid og ressurser på sykehjem. Riksrevisjonen (2018, s. 71) har undersøkt tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. I undersøkelsen ble det oppdaget at flere ansatte ved norske sykehjem ikke har tid eller mulighet til å være tilstede ved måltider sammen med pasienter som trenger det grunnet tidspress. Riksrevisjonens undersøkelse avdekket også for lite kompetanse blant ansatte når det gjelder ernæring. Det er en stor og økende mangel på sykepleiere på sykehjem, som vil si at en del av de ansatte er ufaglærte (Gautun, 2021). Lav bemanning, tidspress samt en stor andel ufaglærte ansatte kan gjøre det utfordrende å ivareta pasienter med demens sitt behov for ernæring.

## **2.2 Helsepolitiske føringer for ernæring på sykehjem**

Det er flere helsepolitiske føringer som stiller krav til ivaretagelse av behovet for ernæring hos pasienter på sykehjem. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2021, s. 7) bør det legges til rette for at den eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, får trygg og god mat- og ernæringsoppfølging som er tilrettelagt med utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. Kommunale helse- og omsorgstjenester er i denne oppgaven sykehjem.

Utgangspunktet for helse- og omsorgstjenesten, også i arbeidet med mat og ernæring, skal være hva som er viktig for den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 7). Ifølge Helsedirektoratet (2020) skal virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester, eksempelvis sykehjem, etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til pasienter med demens. Dette er helsepolitiske føringer som innebærer at det er forventet at sykehjem har etablerte rutiner for opplæring og kompetanseutvikling av ansatte innen personsentrert omsorg ved måltider hos pasienter med demens (Helsedirektoratet, 2020).

Helsedirektoratet (2022) har utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Retningslinjene forteller at forebygging av underernæring er en del av ansvaret tjenestene har for helsehjelpen. Dette vil si at sykehjemmene har ansvar for å bidra til forebyggelse av underernæring hos pasientene. Retningslinjene forteller videre at alle pasienter på sykehjem skal vurderes for ernæringsmessig risiko innen en uke etter innleggelse og deretter månedlig. Pasienter som er i risiko for underernæring skal få utarbeidet en individuell ernæringsplan. Ernæringsplanen har til formål å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring, og skal inneholde resultat av kartlegging av ernæringsstatus, mål, tiltak og tidspunkt for evaluering (Helsedirektoratet, 2022). Dette vil si at pasienter med demens på sykehjem som er i risiko for underernæring, skal få utarbeidet en individuell ernæringsplan som skal bidra til å forebygge underernæring.

## **2.3 Karakteristika ved demens**

Ifølge Vollrath et al. (2021) er det antatt at litt over 80% av pasienter på sykehjem har en demenssykdom. Demens kan defineres som: «fellesbetegnelsen på flere hjernesykdommer som påvirker atferd og evne til å huske, tenke og utføre dagligdagse aktiviteter» (Vollrath et al., 2021). Alder er den viktigste risikofaktoren for demens. Sykdomsforløpet ved demens er individuelt, men det er viktig å understreke at demens er en dødelig sykdom som kan forkorte



levetiden (Skovdahl, 2020, s. 421). Pasienter med demens tilhører en sårbar gruppe som kan ha vansker med å håndtere sin egen situasjon, og kan dermed ha behov for tilrettelegging og ekstra oppfølging (Helsedirektoratet, 2020). De vanligste kjennetegnene ved demens er blant annet redusert hukommelse og svekket oppmerksomhet (Skovdahl, 2020, s. 422).

## **2.4 Kjennetegn ved den eldre og skrøpelige pasienten på sykehjem**

Eldre pasienter er sårbare av mange grunner, noe som kan skyldes skrøpelighet. At pasienten er skrøpelig kan innebære langsom ganghastighet, lav utholdenhet og vekttap uten at det er villet, og de viktigste årsakene til skrøpelighet er aldersforandringer og sykdom (Ranhoff, 2020, s. 55- 56). Skrøpelige eldre med demens er en pasientgruppe som har dårlig prognose når det gjelder overlevelse, samt funksjonstap. De fleste pasienter i norske sykehjem er skrøpelige eldre med demens (Ranhoff, 2020, s. 64). Aldersforandringer gir økt risiko for sykdom samt funksjonssvikt og kan føre til endringer i de fleste organer. Endringene kan videre medføre redusert reservekapasitet, samt økt sårbarhet for sykdom og skader (Ranhoff, 2020, s. 53- 54). Det anses som en naturlig aldersforandring å gå noe ned i vekt. Det kan være snakk om inntil 1 kg i året fra 70-75 årsalderen og oppover. Den eldre pasienten kan også ha funksjonssvikt, som vil si å være hjelpetrengende (Ranhoff, 2020, s. 57- 60). Pasienter med demens på sykehjem har ofte flere sykdommer på en gang, dette kalles komorbiditet (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 264; Ranhoff, 2020, s. 599). Videre behandles ofte pasienter på sykehjem med en rekke legemidler. Polyfarmasi kan brukes om et inntak av fem eller flere legemidler, og kan øke faren for bivirkninger (Ranhoff & Engh, 2020, s. 188). Bivirkninger fra medisiner kan ha negativ effekt på pasientens matinntak (Helsedirektoratet, 2016, s. 99).

## **2.5 Årsaker til underernæring hos eldre**

Ernæring hos eldre kan være en utfordring av flere grunner. Aldersforandringer i mage-tarmkanalen, lite fysisk aktivitet samt ensomhet kan være med på å påvirke pasientens matinntak (Brodtkorb, 2020, s. 303). Underernæring kan føre til flere ugunstige helseeffekter som økt dødelighet, økt sykkelighet samt funksjonssvekkelse, sårutvikling og redusert livskvalitet (Devik & Olsen, 2018, s. 1).

### **2.5.1 Særlige ernæringsutfordringer hos eldre med demenssykdom**

Pasienter med demens står i risiko for å utvikle underernæring. Dette kan ha flere årsaker (Guttormsen et al., 2013, s. 10). Pasienter med demens kan ha nedsatt evne til å utføre enkelthandlinger, såkalt apraksi (Engedal & Haugen, 2018, s. 39). Eksempler på dette kan være at pasienten har manglende evne til å utføre en handling i riktig rekkefølge eller utføre noe på kommando (Skovdahl, 2020, s. 423). Dette kan videre gi utfordringer ved matsituasjoner, som eksempelvis å spise selv.

Pasienter med demens kan ha agnosi som innebærer manglende evne til gjenkjenning av sanseinntrykk (Gjerstad et al., 2013, s. 37). Eksempler på agnosi kan være at pasienten har manglende evne til gjenkjenning av gjenstander eller mister evnen til å bruke gjenstander slik de er ment til (Skovdahl, 2020, s. 423). Ved alvorlig demens kan dette føre til at pasienten ikke er i stand til å bruke bestikk eller løfte et glass. Dette kan føre til at pasienten trenger bistand i måltidssituasjoner (Skovdahl, 2020, s. 435).

Dysfagi betyr tygge- og svelgevansker, som kan opptre ved demens (Helsedirektoratet, 2018b). Dette kan gjøre måltidssituasjonen utfordrende. Dysfagi krever tilrettelegging eksempelvis med fortykningsmiddel eller moset mat (Helsedirektoratet, 2018b). Pasienter med demens kan også ha behov for bistand for å ivareta sin tannhelse. Pasienter med demens kan bli ute av stand til å uttrykke smerte eller ubehag fra munnhulen. Dette kan vise seg ved at pasienten motsetter seg å spise (Strand, 2020, s. 322).

Pasienter med demens kan ha utfordringer med å uttrykke seg verbalt, og kan variere etter hvordan pasienten er rammet av demenssykdommen (Eide & Eide, 2017, s. 327). Afasi er en type språkutfordring der forståelse og produksjon av språk er forstyrret, mens dysartri er taleforstyrrelser som kan skyldes nedsatt motorisk funksjon (Gjerstad et al., 2013, s. 31). Pasienten kan dermed ha vansker med å formidle sine behov, eller uttalen kan bli utydelig (Engedal & Haugen, 2018, s. 37). Smerter hos pasienter med demens på sykehjem er både undervurdert og underbehandlet. Identifisering av smerter hos pasienter med demens er en stor utfordring ettersom de har redusert evne til å uttrykke sine behov verbalt, og i liten grad kan beskrive smertene sine. Endret atferd er ofte et uttrykk for smerter (Skovdahl, 2020, s. 436). Både smerter og kvalme kan påvirke matinntaket og matlysten negativt (Helsedirektoratet, 2016, s. 99).

## **2.6 Kartlegging av pasientens ernæringsstatus**

Sykepleier kan ikke alltid se med det blotte øye hvem som er i ernæringsmessig risiko, og det er dermed behov for gode rutiner for risikovurdering. Underernæring kan utvikles når et ernæringsproblem ikke blir identifisert (Helsedirektoratet, 2018a, s. 4). Å kartlegge ernæringsstatus vil kunne vise resultatet av tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer og man kan få av- eller bekreftet om pasienten er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem (Brodtkorb, 2020, s. 304). KMI er forkortelsen for kroppsmasseindeks og angis i kg/m<sup>2</sup> (Sortland, 2015, s. 172). Eldre pasienter bør ha noe høyere KMI enn hos yngre. En KMI mellom 24 og 28 anbefales hos eldre (Brodtkorb, 2020, s. 302- 304). KMI under 22 hos eldre er tegn på underernæring (Sortland, 2015, s. 173).

### **2.6.1 MNA**

Det finnes flere verktøy for å identifisere om pasienter er i ernæringsmessig risiko. Ved bruk av MNA, som står for Mini Nutritional Assessment, kan sykepleier systematisk kartlegge årsaksforhold ved underernæring hos eldre pasienter på sykehjem. MNA er anbefalt for pasienter over 65 år (Jacobsen & Bye, 2015, s. 642). MNA består av til sammen 18 spørsmål fordelt på to deler (Brodtkorb, 2020, s. 306). Den første delen er utformet som en innledende kartlegging. Her undersøkes det om pasienten har hatt vekttap i løpet av de siste tre månedene, om det foreligger en nevropsykologisk lidelse samt utregning av KMI (Jacobsen & Bye, 2015, s. 642). Del to tar for seg blant annet pasientens legemiddelbruk, ernæringsinntak, antropometriske målinger og vedkommendes syn på egen helsetilstand og ernæringsmessig status. Dersom pasienten er i stand til å besvare spørsmålene selv kan deler av kartleggingen foregå som et intervju. I tilfeller der pasienten har en demenssykdom kan dette være vanskelig å få til og det kan være nødvendig å benytte pårørende som informasjonskilde (Jacobsen & Bye, 2015, s. 642). Pårørende kan defineres som de som føler en forpliktelse overfor en annen, og kan eksempelvis være ektefelle, nabo eller en venn (Gro, 2015, s. 56).

## **2.7 Personsentrert sykepleie som tilnærming**

Personsentrert sykepleie blir i økende grad anbefalt som tilnærming ved behandling og omsorg for pasienter med demens (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300). Dette vil gjelde i arbeidet knyttet til ernæring hos eldre med demens på sykehjem. Begrepet personsentrert sykepleie kan brukes på ulike måter. Likevel er det enighet i litteraturen om at de viktigste

prinsippene omfatter fokus på det enkelte mennesket som et helhetlig og unikt individ, fokus på pasientens hverdagsliv, erkjennelse av at pasienten er ekspert på eget liv og ikke minst respekt for personen «bak» sykdommen og funksjonssvikten (Kirkevold, 2020, s. 99).

Det er utarbeidet et rammeverk for personsentrert sykepleie ved demensomsorg. Dette kalles VIPS- rammeverket (Rokstad, 2020, s. 56). Rammeverket tar utgangspunkt i anerkjennelse av menneskets verdi uavhengig av kognitiv funksjon og alder (Rokstad, 2014, s. 93). Pasienter med demens skal møtes med en individuell tilnærming der det unike hos hvert menneske blir vektlagt, og personalet må kjenne til pasientenes preferanser og livshistorie (Rokstad, 2014, s. 94). Rammeverket viser videre at utøvelse av personsentrert sykepleie bør sykepleier ta pasienten med demens sitt perspektiv (Rokstad, 2020, s. 57). Pasienter med demens kan videre behøve hjelp til inkludering i sosiale sammenhenger. Et støttende sosialt miljø innebærer at pasienten får nødvendig assistanse samt opplever å være en del av fellesskapet (Rokstad, 2014, s. 94). Alle delene av rammeverket er like viktige (Rokstad, 2014, s. 91).

## **2.8 Måltidsmiljø og mattilbud**

Et måltid handler om mer enn kun å få i seg næring. Dette gjelder kanskje spesielt for eldre med demens på sykehjem, der ofte måltidene oppleves som dagens høydepunkt. Det er viktig at alle sansene, herunder syn, hørsel, berøring, lukt- og smak, harmonerer for at pasienten skal oppleve et adekvat måltid (Sortland, 2015, s. 146- 147). Måltidsmiljø vil si atmosfæren rundt måltidene som kan beskrives som et samspill mellom rommet, det sosiale og maten. Disse faktorene har alle betydning for matinntaket (Helsedirektoratet, 2016, s. 99).

Mattilbud omfatter tilbud av standard- og spesialkost, antall måltider og mellommåltider (Helsedirektoratet, 2016, s. 100). For å sikre et tilstrekkelig næringsinntak er det vesentlig at det ikke går for lang tid mellom måltidene på sykehjem (Sortland, 2015, s. 146). Lang tid mellom måltider, eksempelvis en lang natthaste, øker risikoen for underernæring. Det skal ikke gå mer enn elleve timer mellom det siste kveldsmåltidet og frokost neste dag (Melby & Ambugo, 2020, s. 22).

## 2.9 Juridiske og etiske aspekter

Sykepleier må ta hensyn til både juss og etikk i sin yrkesutøvelse. I henhold til helsepersonelloven (1999, § 4) skal sykepleier utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Det innebærer at sykepleier må kartlegge om pasienten er i risiko for underernæring og utarbeide forebyggende tiltak for de i ernæringsmessig risiko. Dette gjenspeiles i de yrkesetiske retningslinjer punkt 2.10 som understreker sykepleieres ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund (NSF), 2019). Å utøve omsorgsfull hjelp og lindre lidelse er handlinger sykepleier utfører for å forebygge underernæring hos pasienten, ettersom underernæring kan ha negative konsekvenser for pasientens helse.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) gjelder for tjenester som tilbys av kommunen, og vil derfor være aktuell på sykehjem. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 skal tjenestene som tilbys være forsvarlig. Dette innebærer at tjenestene kommunen tilbyr som er rettet mot ivaretagelse av ernæring hos pasienter med demens på sykehjem skal være forsvarlig. Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1c legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Kommunen skal dermed legge til rette for at sykepleier kan overholde sine lovpålagte plikter. Dette kan innebære identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko slik at plikten om faglig forsvarlig helsehjelp overholdes.

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder blant annet ved kartlegging og tiltak knyttet til ernæring hos pasienter med demens på sykehjem. Dersom den eldre med demens mangler samtykkekompetanse vil pårørende ha rett til å medvirke sammen med den eldre etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Samtykkekompetanse kan ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av «senil demens» åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter. Noen av pasientene med demens som sykepleier møter på sykehjem vil dermed kunne ha manglende samtykkekompetanse. Etter autonomiprinsippet er pasienten et autonomt vesen og skal bestemme over egen helse (Nortvedt, 2016, s. 98). Dette kan være utfordrende med tanke på medvirkning i helsehjelp hos denne pasientgruppen ettersom de kan ha manglende forståelse for sin helsetilstand, samt manglende samtykkekompetanse.

## 3 Metode

Metode er den fremgangsmåten som benyttes for å samle informasjon og kunnskap for å belyse problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 74). Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Dette innebærer å hente data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Det du ønsker å belyse, vil påvirke hvilke data du ser etter (Dalland, 2020, s. 199). Vi har benyttet forskningslitteratur, pensumlitteratur, annen relevant faglitteratur samt egne erfaringer for å drøfte problemstillingen.

### 3.1 Litteratursøk

I dette kapittelet vil vi presentere fremgangsmåten for litteratursøkene. I tillegg til dette beskrives og begrunnes prosessen fra antall treff til valgte forskningsartikler, dette ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier.

#### 3.1.1 Valg av databaser og søkeord

For å finne relevant forskningslitteratur har vi gjort søk i databasene CINAHL og PubMed, fordi disse inneholder hovedsakelig sykepleierrettet og fagfelleurdert forskning. Vi har søkt etter forskningslitteratur ved hjelp av emneord i CINAHL og MeSH-ord i Pubmed. Emne- og MeSH-ordene som har blitt anvendt er relevante for problemstillingen ettersom de omfatter demens, underernæring, sykehjem og sykepleie. I tabell 1 presenteres en oversikt over litteratursøk. Tabellen viser anvendte emne- og MeSH-ord, samt hvordan disse er kombinert med boolske operatører. For å finne relevante forskningsartikler leste vi først overskriften. Dersom artikkelen virket relevant leste vi abstraktet. På denne måten kunne vi se bort fra irrelevante artikler. Dersom en artikkel virket relevant leste vi videre på metode, resultat og konklusjon.

Første søk ble utført i CINAHL med emneordene «Dementia», «Malnutrition», «Nutrition», «Meals», «Nursing Homes» og «Nursing home patients». I tillegg ble keyword «Interventions» anvendt, ettersom vi ønsket å se på artikler som inneholdt tiltak. Dette ga 19 treff. Av disse treffene ble to artikler lest. Av de to leste artiklene ble den ene studien inkludert i denne bacheloroppgaven. Artikkelen ble valgt ettersom tematikken og funnene passet til vår problemstilling.

Ved neste søk ønsket vi å se etter artikler som omhandlet kartlegging av ernæringsstatus på sykehjem. I søket benyttet vi emneordene «Malnutrition», «Nutritional Assessment», «Nursing home patients» og «Nursing homes» i databasen CINAHL. Keyword «Prevention» ble også anvendt, fordi vi ønsket å se etter artikler som hadde et forebyggende perspektiv ved kartlegging av ernæringsstatus. Dette ga 34 treff, hvorav tre artikler ble lest. Vi endte med å inkludere en av artiklene, ettersom de to andre artiklene hadde en tematikk som var noe utenfor vår problemstilling.

Ved tredje søk valgte vi å kombinere emneordene «Dementia», «Malnutrition» , «Nursing homes» og «Nursing home patients», i tillegg til keyword «Prevention» i CINAHL. Dette ga 14 treff, hvorav 3 artikler ble lest og en ble inkludert i oppgaven. De to resterende artiklene ble ekskludert fordi de handlet om pasienter som allerede var blitt underernærte, og passet derfor ikke til vår problemstilling ettersom vi i oppgaven har fokus på de i risiko for underernæring.

Videre søkte vi i PubMed med bruk av «Dementia», «Malnutrition», «Interventions» og «Nursing Homes». Dette ga ingen relevante treff for vår problemstilling, og valgte derfor å ikke anvende «Nursing Homes» som anbefalt fra Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) sine bibliotekarer. Dette ga 67 treff, hvorav en av artiklene ble inkludert i denne oppgaven.

Deretter kombinerte vi «Dementia», «Nutrition», «Malnutrition», «Interventions» og «Nursing homes» i PubMed. Dette ga 144 treff, hvorav tre av artiklene ble lest etter en gjennomgang av seks abstrakter. To av artiklene ble ekskludert ettersom den ene ikke fulgte IMRAD- struktur, og den andre artikkelen ikke hadde overføringsverdi til det norske helsevesenet. Artikkelen vi til slutt valgte innfridde kravene om IMRAD- struktur og overføringsverdi, i tillegg til å være relevant for vår problemstilling.

### 3.1.2 Tabell over litteratursøk

I tabell 1 presenteres litteratursøk inkludert valgt database, søkeord og ordkombinasjoner, avgrensninger, antall treff, leste abstrakt, leste artikler og utvalgte artikler.

Tabell 1: Litteratursøk

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
04.01.22	1	CINAHL	«Dementia» AND «Malnutrition» OR «Nutrition» OR «Meals» AND «Interventions» AND «Nursing homes» OR «Nursing home patients»	Tidsperiode 2012- 2022 Engelsk Norsk Svensk	19	3	2	1	Palese, A., Bressan, V., Kasa, T., Meri, M., Hayter, M. & Watson, R. (2018).  Interventions maintaining eating Independence in nursing home residents: a multicentre qualitative study
12.01.22	2	CINAHL	«Malnutrition» AND «Nutritional Assessment» AND «Prevention» AND «Nursing home patients» OR «Nursing homes»	Tidsperiode 2012-2022 Engelsk Norsk Svensk	34	5	3	1	Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016).  Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre
05.02.22	3	CINAHL	«Dementia» AND «Malnutrition» AND «Prevention» AND «Nursing homes» OR «Nursing home patients»	Tidsperiode 2012- 2022 Engelsk Norsk Svensk	14	6	3	1	Nell, D., Neville, S., Bellew, R., O’Leary, C. & Beck, K. L. (2016).  Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers’ perceptions
15.02.22	4	PubMed	«Dementia» AND «Malnutrition» AND «Interventions»	Tidsperiode 2012- 2022 Engelsk Norsk Svensk	67	3	1	1	Abdelhamid, A., Bunn, D., Copley, M., Cowap, V., Dickinson, A., Gray, L., Howe, A., Killett, A., Lee, J., Li, F., Poland, F., Potter, J., Richardson, K., Smithard, D., Fox, C., Hooper, L. & Lee, J. (2016).  Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta- analysis
16.03.22	5	PubMed	«Dementia» AND «Nutrition» OR «Malnutrition» AND «Interventions» AND «Nursing homes»	Tidsperiode 2012- 2022 Engelsk Norsk Svensk	144	6	3	1	Murphy, J. L, Holmes, J. & Brooks, C. (2017)  Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes



### 3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler fra 2012-2022	Artikler eldre enn 2012
Artikler som er skrevet på norsk, svensk eller engelsk.	Artikler som er skrevet på andre språk enn norsk, svensk eller engelsk.
Studier tilknyttet sykehjem	Studier som omhandler kontekst som er utenfor sykehjem
Fagfelleurdert forskning i trinn 1 eller 2 i NSD	Ikke fagfelleurdert forskning
Studier knyttet til demens	Studier knyttet til spesifikke demenstyper slik som Alzheimers
Studier utført i land som har overførbarhet til helsevesenet i Norge	Studier utført i land som ikke har overførbarhet til helsevesenet i Norge
Studier som følger IMRAD struktur	Studier som ikke følger IMRAD struktur

Det er viktig for sykepleiere å jobbe kunnskapsbasert som innebærer å benytte faglig oppdatert forskning (NSF, 2019, punkt 1.4). Søkene er derfor avgrenset til tidsperioden 2012-2022. Videre avgrenset vi søket til norsk, engelsk og svensk. Ettersom vår problemstilling tar for seg forebygging av underernæring på sykehjem har det ikke vært relevant å inkludere kontekster utenfor sykehjem. For å kvalitetssikre forskningsartiklene har vi valgt å inkludere fagfelleurdert forskning i trinn 1 eller 2 på NSD. Artikler som ikke er fagfelleurdert og ikke har trinn 1 eller 2 i NSD har dermed blitt ekskludert. Studier knyttet til spesifikke demensformer slik som Alzheimers har blitt ekskludert ettersom problemstillingen omhandler demenssykdom uten å skille mellom de ulike undertypene, i tillegg ønsket vi ikke å avgrense søket ytterligere. Vi har valgt å ekskludere studier fra steder som ikke har overføringsverdi til det norske helsevesenet, fordi tiltakene og resultatene fra studiene skal være realistiske og gjennomførbare på norske sykehjem. Vitenskapelige artikler kjennetegnes ved IMRAD-struktur, vi har derfor valgt å kun inkludere forskningsartikler som følger denne oppbygningen (Thidemann, 2019, s. 66).

### **3.2 Valg av øvrig faglitteratur**

Faglitteratur som har blitt anvendt i denne oppgaven baserer seg hovedsakelig på pensum fra bachelorstudiet på LDH i tidsperioden 2019-2022. Videre har vi benyttet høgskolens bibliotek og nettportalen Oria, for å finne litteratur som hovedsakelig omhandler demens og ernæring. Ved søk i Oria ble blant annet boken «Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling» funnet (Engedal & Haugen, 2018). En annen bok vi også fant via Oria var «Personer med demens: møte og samhandling» (Rokstad, 2020). Vi brukte disse bøkene for å få en dypere forståelse for oppgavens tematikk.

Det er benyttet ulike nettsider for å innhente statistikk og annen informasjon. WHO (2021) ble benyttet for å finne forekomst av demens globalt samt forventet forekomst av demens i fremtiden. Helsedirektoratet (2020) ble anvendt for å belyse hvilken grad vi kommer til å møte pasientgruppen eldre med demens i fremtiden. Vi har benyttet lovdata for å finne relevant og gjeldende lovverk. Hovedsakelig har aktuelle paragrafer blitt hentet fra pasient- og brukerrettighetsloven (1999), helsepersonelloven (1999) samt helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Yrkesetiske retningslinjer, hentet fra NSF (2019) sine nettsider, ble anvendt for å kunne se på etikken sykepleier må forholde seg til rundt vår problemstilling. Vi har benyttet «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» utgitt av Helsedirektoratet (2022) for å finne gjeldende retningslinjer utarbeidet for å sikre forsvarlig praksis og god kvalitet i tjenesten.

### **3.3 Kildekritikk**

Søk i databasene CINAHL og PubMed har vi hovedsakelig utført på egenhånd, med noe veiledning fra LDH sine bibliotekarer. Søkene kan sees på som mangelfulle, grunnet begrenset erfaring med litterære søk. Søkeordene som er blitt benyttet kan ha vært med på å begrense søket, som videre kan ha medført at vi kan ha gått glipp av relevante artikler. Dersom andre søkeord hadde blitt anvendt kunne treffene muligens ha blitt enda mer relevante for vår problemstilling. Forskningslitteraturen som er blitt anvendt er hovedsakelig skrevet på engelsk. Det kan dermed ha oppstått ukorrekte tolkingen ved oversettelse av artiklene til norsk.

De fleste artiklene vi har valgt er blitt utført i andre land enn Norge. Majoriteten av artiklene er utført i Europa, med unntak av studien til Nell et al. (2016) som ble utført i New Zealand. Kulturelle forskjeller kan være en svakhet ved denne artikkelen. Likevel anses artikkelen som relevant til vår problemstilling, ettersom tiltakene som blir presentert kan regnes som overførbare til norske sykehjem. Vi har derfor valgt å inkludere artikkelen.

Artiklene til Abdelhamid et al. (2016) og Gjerlaug et al. (2016) inkluderer hovedsakelig kontekster på sykehjem, men kan kritiseres for at de også inkluderer kontekster utenfor sykehjem. Likevel anses artiklene som relevante for vår problemstilling og tematikk, ettersom de legger frem sammenlignbare situasjoner.

I artiklene til Palese et al. (2018) og Nell et al. (2016) omhandles helsepersonell som yrkesgruppe, ikke kun sykepleiere som fagspesialist. Dette kan ses på som en svakhet ettersom vi ønsker at artiklene har et sykepleiefaglig perspektiv. Vi har likevel valgt å inkludere artiklene ettersom sykepleiernes samarbeid med ulike profesjonsgrupper er vesentlig for å ivareta ernæringsbehovet hos pasienter med demens på sykehjem. Vi vurderer derfor at artiklene er relevante for å besvare vår problemstilling.

### **3.4 Etiske vurderinger**

For å ivareta etterrettelig og respektfull kildebruk har vi benyttet referansestilen APA 7th. Videre har vi valgt oppgavens tema på bakgrunn av blant annet egne praksiserfaringer og refleksjoner over disse. Kliniske erfaringer blir omtalt på en respektfull måte i oppgaven. I tillegg vil disse opplysningene være anonymisert for å ivareta taushetsplikten. Ved valg av forskningsartiklene har vi tatt i betraktning at metoden er blitt utført på en etisk riktig måte. Forskningsartiklene omhandler pasienter med demens som er en sårbar gruppe. Det åpnes likevel for forskning på pasienter med demens for å kunne få økt kunnskap om denne pasientgruppen. Dersom det ikke forskes på denne pasientgruppen kan det hende at pasientene ikke får den behandlingen de har behov for. Forskning kan dermed være en nødvendighet for mer kunnskap om pasienter med demens.

## **4 Presentasjon av forskningsresultater**

I dette kapittelet presenteres resultatene fra de fem valgte forskningsartiklene. Hovedfunnene fra artiklene presenteres i en kort syntese, deretter beskrives hensikt, metode og funn i en artikkelmatrise.

### **4.1 Syntese**

Funnene viser at sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring ved identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko gjennom bruk av kartleggingsverktøyet MNA.

Personsentrert tilnærming kan bidra til å øke pasientens matinntak, og er derfor vesentlig for å kunne forebygge underernæring hos pasienter med demens på sykehjem. Videre vil individuelle tiltak knyttet til pasientens matpreferanser og tidligere levevaner være viktig for å kunne legge til rette for optimalt matinntak. Miljøtiltak som musikk, tilstedeværelse av personalet samt sosiale interaksjoner kan være med på å påvirke matinntaket hos pasienter med demens på sykehjem.

## 4.2 Artikkelmatrise

Tabell 3: Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ metode	Funn
1	Palese, A., Bressan, V., Kasa, T., Meri, M., Hayter, M. & Watson, R. (2018).	«Interventions maintaining eating Independence in nursing home residents: a multicentre qualitative study»	BMC Geriatrics. 18(1), 1–10	Hensikten med studien var å undersøke samt kartlegge hvilke tiltak som kan bidra til å fremme eller vedlikeholde selvstendig matinntak hos pasienter med demens på sykehjem	Kvalitativ metode. 54 helsepersonell fordelt på 13 sykehjem ble intervjuet i ulike fokusgrupper. Det ble også utført ikke-deltakende observasjon av måltidssituasjonen på de ulike sykehjemmene i forkant av fokusgruppeintervjuene.	Studien avdekket tre kategorier for tiltak som kan fremme og vedlikeholde selvstendig matinntak hos denne pasientgruppen. Ved å sørge for at pasientens evne til å spise selvstendig ikke forfaller kan man forebygge at matinntaket blir nedsatt.  De tre kategoriene er: 1. Miljøtiltak, som innebærer å skape et kontrollert og tilpasset måltidsmiljø med begrenset bakgrunnsstøy og mulighet for samtale. 2. Tiltak rettet mot å sikre gode sosiale forhold under måltidene ved å utforme faste bordplasseringer. 3. Individuelle tiltak som er basert på pasientens matpreferanser.
2	Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016)	«Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre»	Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning. 11(2), 149–158	Å identifisere hvilke screeningverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring blant eldre på langtidsinstitusjon er og i hjemmesykepleien	Systematisk litteraturstudie som oppsummerer hva tidligere forskning sier om ulike kartleggingsverktøy hos eldre.	Studien hevder at dersom sykepleier avdekker risiko for underernæring hos pasienter på sykehjem tidlig, kan man iverksette ernæringsbehandling og på denne måten bidra til å forebygge underernæring. Videre viser studien at kartleggingsverktøyet MNA er godt egnet for å oppdage hvilke pasienter på sykehjem som befinner seg i ernæringsmessig risiko.
3	Nell, D., Neville, S., Bellew, R., O’Leary, C. & Beck, K. L. (2016).	«Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers’ perceptions»	Australasian Journal on Ageing. 35(4), E1–E6	Å utforske hvilke faktorer som kan være med på å fremme og hindre tilstrekkelig mat- og væskeinntak hos personer med demens på sykehjem.	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer. 11 helsepersonell fordelt på to spesialiserte demensavdelinger ble intervjuet.	Faktorer som påvirker tilstrekkelig matinntak hos denne pasientgruppen kan deles inn i to kategorier; individuelle faktorer og faktorer knyttet til måltidsmiljøet. Det blir presentert en rekke tiltak basert på helsepersonells erfaringer med å ta hensyn til disse faktorene. Fingermat kan tilbys for at pasienter med demens skal mestre måltidet selv. Tilstedeværelse av personalet under måltidene kan øke pasientens matinntak. Musikk ved måltidene kan være positivt ved at noen pasienter får økt matinntak, men hos andre pasienter kan det være negativt ved at fokuset flyttes vekk fra måltidet.

4	Abdelhamid, A., Bunn, D., Copley, M., Cowap, V., Dickinson, A., Gray, L., Howe, A., Killeit, A., Lee, J., Li, F., Poland, F., Potter, J., Richardson, K., Smithard, D., Fox, C., Hooper, L. & Lee, J. (2016).	«Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta-analysis»	BMC Geriatrics. 16, 1–18	Hensikten med studien var å finne tiltak knyttet til hvordan man kan forbedre, vedlikeholde eller legge til rette for tilstrekkelig matinntak hos pasienter med demens.	Systematisk litteraturstudie. Artikkelen har innhentet kunnskap fra eksisterende forskning gjennom søk i 13 ulike databaser.	Studien hevder at det er flere tiltak som kan være med på å påvirke pasientens mat- og drikkeinntak direkte, og på denne måten bidra til å forebygge underernæring. Sentrale tiltak som trekkes frem er tilstedeværelse av personalet under måltidet, samt tilpasning av mattilbudet rettet mot pasientens funksjon, ved eksempelvis å tilby fingermat.
5	Murphy, J. L., Holmes, J. & Brooks, C. (2017).	«Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes»	BMC Geriatrics. 17(1), 55	Utarbeide en modell basert på erfaringsbasert kunnskap som kan bidra til å forstå de komplekse utfordringene knyttet til ernæring hos personer med demens og deretter identifisere målrettede tiltak ut fra disse utfordringene.	Kvalitativ metode. Sykepleiere og andre yrkesgrupper som ernæringsfysiologer, logoped og pleieassistenter deltok på semistrukturerte fokusgruppeintervjuer.	Studien kommer frem til at personsentrert ernæringsarbeid er grunnleggende for å kunne ivareta ernæringsbehovet hos pasienter med demens på sykehjem. Tiltak basert på kartlegging av pasientens livshistorie og matpreferanser blir trukket frem som svært viktige, og kan bidra til å øke pasientens matinntak.

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi drøfte problemstillingen «*Hvilke tiltak kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter med demens på sykehjem?*» i lys av egne erfaringer samt relevante fag- og forskningsartikler. Vi har valgt å strukturere diskusjonen ut fra temaene som er beskrevet i teorien. Først diskuteres hvordan identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko kan bidra til å forebygge underernæring. Videre diskuteres hvordan en personsentrert tilnærming ved måltidene kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre med demens på sykehjem. Deretter diskuteres tiltak rettet mot særlige utfordringer knyttet til ernæring hos eldre med demens, samt måltidsmiljø, mattilbud og nattfaste.

### 5.1 Identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko

En årsak til underernæring på sykehjem kan ifølge Gjerlaug et al. (2016) være at helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad identifiserer risikofaktorer som dårlig appetitt og spiseproblemer blant eldre. Ved å kartlegge ernæringsmessig risiko ved bruk av MNA kan sykepleier identifisere pasienter med økt risiko for underernæring (Gjerlaug et al., 2016). Ifølge Helsedirektoratet (2022) skal kartlegging av ernæringsmessig risiko inngå som en del av sykepleierens rutinemessige utredning. Gjerlaug et al. (2016) har derimot avdekket mangelfulle rutiner og prosedyrer knyttet til vurdering av ernæringstilstand på blant annet sykehjem. Prioritering av andre sykepleieroppgaver kan føre til at ernæringsarbeidet blir nedprioritert (Leirvik et al., 2016, s. 191). Det kan dermed se ut til at føringene fra Helsedirektoratet (2022) ikke blir fulgt. Dette kan føre til at pasienter i risiko for underernæring ikke blir identifisert.

For å sikre faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie etter helsepersonelloven § 4 er det sentralt å identifisere hvilke pasienter som står i risiko for underernæring, slik at sykepleier kan tilby den hjelpen pasienten har behov for. Dette understrekes også av yrkesetiske retningslinjer om omsorgsfull hjelp og lindre lindre (NSF, 2019, punkt 2.10). Det kan dermed diskuteres hvorvidt det er faglig forsvarlig å ikke kartlegge pasientens ernæringsstatus, ettersom identifisering av ernæringsmessig risiko er sentralt for forebygging av underernæring. Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1c skal kommunen legge til rette for at personell som utfører tjenestene er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det skal derfor legges til rette for at sykepleier er i stand til å utøve faglig forsvarlig sykepleie,

herunder å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. Et tiltak som kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre med demens kan dermed være å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko ved hjelp av kartleggingsverktøyet MNA. Kartleggingsverktøyet avdekker kun hvorvidt den eldre pasienten er i risiko for underernæring. Det er derfor helt vesentlig at sykepleier også iverksetter andre forebyggende ernæringstiltak hos pasienter i risiko for underernæring etter kartlegging (Gjerlaug et al., 2016). Etter at pasientens ernæringsstatus er kartlagt bør det utarbeides en individuell ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2022).

Det er uklart hvorvidt kartleggingsverktøyet MNA er tilpasset pasienter med demens. Gjerlaug et al. (2016) viser at personalets kartlegging av ernæringsstatus og pasientens egen utfylling av MNA- skjema er relativt likt. Det kan dermed være tidsbesparende om pasientene fyller ut kartleggingen selv. Imidlertid kan det være utfordrende for pasienter med demens å medvirke til en slik kartlegging ettersom sykdommen kan føre til manglende forståelse av ernæring og sin egen helsetilstand. Videre er også noen av spørsmålene i MNA- kartleggingen ikke tilpasset pasienter med demens. Spørsmål som «Hva er ditt syn på din ernæringsmessige status?» og «Hvordan vurderer du din egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?» kan være utfordrende å svare på. Dette kan eksempelvis skyldes manglende forståelse grunnet demenssykdommen (Skovdahl, 2020, s. 422).

Pasienter på sykehjem har i utgangspunktet rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Dette gjenspeiles også i det etiske prinsippet om autonomi. Samtykkekompetansen kan imidlertid ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 bortfalle helt eller delvis ved demens. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse eller ikke er i stand til å svare på dette selv, vil pårørende ha rett til å medvirke etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Det kan derfor være hensiktsmessig å samarbeide med pårørende. Å samarbeide med pårørende ved bruk av MNA kan dermed ses på som et forebyggende tiltak, ved at pårørende bidrar med viktig informasjon.



## 5.2 Utøvelse av personsentrert sykepleie ved måltider

Det kan være hensiktsmessig at eldre som mottar helse- og omsorgstjenester får god ernæringsoppfølging som er tilrettelagt med utgangspunkt i pasientens behov og ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 7). Dette kan inngå som en del av den personsentrerte sykepleien. Sykepleiers evne til å se pasientens perspektiv samt se pasienten bak sykdommen er en forutsetning for personsentrert sykepleie (Rokstad, 2020, s. 57). Det kan utøves personsentrert sykepleie ved at sykepleier kjenner til pasientens livshistorie. Dette innebærer at sykepleier kjenner til pasientens forhold til sin familie og sine venner, hvilke språk de snakker, kultur, religion, hvor de kommer fra, og om de har levd alene eller sammen med noen andre (Murphy et al., 2017, s. 4). I tillegg kan det være viktig at sykepleier kjenner til pasientens matpreferanser (Palese et al., 2018, s. 7). Dette gjenspeiles også i VIPS-rammeverket, som forteller at personalet bør kjenne til pasientens livshistorie og preferanser for å kunne utøve personsentrert sykepleie (Rokstad, 2014, s. 94). Lea et al. (2018, s. 4) avdekket imidlertid at en pasient sine matpreferanser ikke ble tatt hensyn til tross for at dette ble kartlagt og dokumentert. Dette førte til at pasienten ikke spiste tilstrekkelig, ettersom pasienten ble servert annen mat enn det som var oppgitt som preferanse (Lea et al., 2018, s. 4). Det er likevel viktig å understreke at pasienter med demens sine matpreferanser kan variere fra dag til dag (Palese et al., 2018, s. 7). I tillegg kan matpreferanser fra da pasienten var yngre vise seg fremtredende (Murphy et al., 2017, s. 5). Ved at pasientene får servert noe de liker kan det tenkes at matinntaket økes. Et tiltak for å bidra til å forebygge underernæring kan dermed være at sykepleier utøver personsentrert sykepleie ved måltidene ved å ta hensyn til pasientens livshistorie og matpreferanser.

Ifølge Helsedirektoratet (2020) skal sykehjem, etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til pasienter med demens. Dette innebærer at sykehjem skal etablere rutiner for opplæring og kompetanseutvikling av ansatte innen personsentrert omsorg ved måltider (Helsedirektoratet, 2020). Ifølge Flodgren et al. (2017, s. 6) jobber det et stort antall ufaglærte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert sykehjem. Det kan være bekymringsfullt at en så stor andel av ansatte på sykehjem er uten helse- og sosialfaglig utdanningsbakgrunn (Flodgren et al., 2017, s. 6). Pasienter med demens er en kompleks pasientgruppe. Personsentrert tilnærming krever en helhetlig forståelse av mennesket (Kirkevold, 2020, s. 99). En slik personsentrert tilnærming kan være utfordrende å utøve uten tilstrekkelige fagkunnskaper. Det kan derfor tenkes at personsentrert tilnærming ikke blir

utøvd ved måltidene, på bakgrunn av manglende faglig kompetanse blant de ufaglærte. Personsentrert tilnærming er ifølge Murphy et al. (2017, s. 3) grunnleggende for å kunne ivareta ernæringsbehovet hos pasienter med demens. Murphy et al. (2017, s. 5) trekker videre frem engasjement, tålmodighet og ro som grunnleggende faktorer for å kunne ha en personsentrert tilnærming ved måltidene. På sykehjem er det ofte sykepleieren som har høyest kompetanse og ansvar for at det utvikles et aktivt fagmiljø. Ufaglærte ansatte trenger opplæring for å kunne fungere godt i arbeidet på sykehjem (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 275). Et forebyggende tiltak kan dermed være at sykepleier bidrar til bevissthet og fagkunnskap knyttet til personsentrert tilnærming med måltidene.

### **5.3 Tiltak rettet mot ernæringsutfordringer hos eldre med demens**

Ifølge Palese et al. (2018, s. 2) kan apraksi gjøre måltidssituasjoner særlig utfordrende hos pasienter med demens. Apraksi kan gjøre det vanskelig for pasienter med demens å mestre måltidet alene (Palese et al., 2018, s. 2). Dermed vil pasienten være helt avhengig av hjelp i måltidssituasjoner. Imidlertid hevder Murphy et al. (2017, s. 4) at det kan være så lavt bemannet på sykehjem at en sykepleier hjelper fire pasienter i måltidssituasjoner. Dette kan gjøre det utfordrende ved at de pasientene som trenger hjelp kanskje ikke får det. Det kan anses som grunnleggende at det er god nok bemanning slik at pasienter som ikke mestrer måltidet selv får bistand. Nell et al. (2016, s. 4) hevder at tilstedeværelse av personalet i form av verbale oppmuntringer og påminnelser, samt assistanse der det er nødvendig har positiv effekt på pasientens matinntak. I motsetning til dette hevder Abdelhamid et al. (2016, s. 13) at bistand fra personalet under måltidene kan ha minimal effekt på både pasientens matinntak og ernæringsstatus. Likevel viser Abdelhamid et al. (2016, s. 11) at noen pasienter også kan ha nytte av hjelp ved måltider, ved at næringsinntaket økes. Det er derfor uklart hvorvidt bistand ved måltidene bidrar til å forebygge underernæring. Likevel regnes det som gunstig at pasienter som trenger bistand ved måltidene får dette, ettersom det kan øke matinntaket hos noen av pasientene. Et tiltak for å bidra til forebygging av underernæring kan dermed være at pasienter med demens som trenger hjelp ved måltider får dette, slik at matinntaket kan økes.

Ifølge Helsedirektoratet (2016, s. 99) kan smerter og kvalme være uheldig for pasientens matinntak, og bør behandles for å legge til rette for optimal ernæring. Imidlertid kan afasi og dysartri gjøre det utfordrende for pasienter med demens å formidle at de har smerter eller er kvalme (Gjerstad et al., 2013, s. 31). Sykepleier vil dermed kunne ha vanskeligheter med å

identifisere samt behandle dette ubehaget hos pasienten med demens. Munnhelse er ofte forsømt hos eldre med demens (Skovdahl, 2020, s. 435). Smerter i munnhulen kan oppstå grunnet dårlig munnhelse. Dette kan vise seg ved ulike nonverbale signaler som at pasienten motsetter seg å spise (Strand, 2020, s. 322). Videre kan kvalme være en bivirkning fra pasientens medisiner (Ranhoff & Engh, 2020, s. 189). Kvalme kan i likhet med smerte være vanskelig for pasienten med demens å uttrykke verbalt. Lea et al. (2018, s. 4) forteller om en pasient med demens på sykehjem som brukte ti ulike medikamenter, noe som hadde en potensiell negativ effekt på pasientens matinntak. Medikamentene pasienten brukte kunne ha bivirkninger slik som magesmerter eller obstipasjon som videre kunne påvirke pasientens matlyst (Lea et al., 2018, s. 4). Det vil derfor være hensiktsmessig at sykepleier observerer pasientens nonverbale signaler og behandler eventuelle bakenforliggende problem slik som smerter eller kvalme hos pasienten.

#### **5.4 Måltidsmiljø tilpasset pasienter med demens**

Nell et al. (2016, s. 3) hevder at rolig bakgrunnsmusikk ved måltider kan bidra til en rolig og avslappende atmosfære for pasienter med demens, men samtidig fremheves det at det kan føre til distraksjon ved at pasientens fokus kan flyttes vekk fra selve måltidet (Nell et al., 2016, s. 3). Palese et al. (2018, s. 5) understreker at støy under måltidene bør begrenses til lyden fra bestikket til pasientene eller samtaler rundt bordet, og for å skape en rolig atmosfære med rom for samtale bør musikk unngås under måltidet (Palese et al., 2018, s. 5). Bruk av musikk kan dermed både ha en positiv, men også forstyrrende effekt på måltidsmiljøet. De motstridende resultatene fra Nell et al. (2016) og Palese et al. (2018) kan tenkes kommer av individuelle forskjeller hos pasienter med demens, som fører til at de responderer ulikt på bruk av musikk. Det kan derfor være utfordrende å tilrettelegge for bruk av musikk som miljøtiltak under felles måltider, ettersom det ikke nødvendigvis vil ha positiv effekt på matinntaket hos alle pasientene. Basert på forskningsresultatene fra Nell et al. (2016). og Palese et al. (2018) er det mest nærliggende å legge til grunn at det vil være mest effektivt å begrense bruk av musikk og annet bakgrunnsstøy under måltidene. Samtidig medfører de motstridende forskningsresultatene at sykepleier bør være bevisst på at musikk i noen tilfeller også kan være et virkningsfullt tiltak for forebygging av underernæring hos enkelte pasienter med demens.

Helsedirektoratet (2016, s. 99) hevder at måltidet har lett for å bli nedprioritert på institusjoner fordi andre aktiviteter foregår samtidig. Imidlertid hevder Melby & Ambugo (2020, s. 21) at det ikke er umulig å jobbe for et bedre måltidsmiljø. Selv små justeringer omkring måltidssituasjonen ser ut til å påvirke matinntaket positivt, og på denne måten kunne bidra til å forebygge underernæring. Eksempler på dette kan være å dekke til et fint bord, sørge for delikat servering, samt ha et rolig og trygt måltidsmiljø (Melby & Ambugo, 2020, s. 21). Palese et al. (2018, s. 4) understreker at et hjemmekoselig spiseområde som er ferdig dekket på kan fremme pasientenes matlyst. Videre anses også lukten av mat som viktig for å gjøre pasienten bevisst på at måltidet er i gang (Palese et al., 2018, s. 5). Matinntaket til pasienter med demens har også vist seg å kunne øke dersom det er god belysning i miljøet, i tillegg bør det være størst mulig kontrast mellom tallerken og duk (Melby & Ambugo, 2020, s. 21). Murphy et al. (2017, s. 7) understreker den positive effekten ved bruk av kontrastfarger på serviset ved at pasientene lettere vil kunne gjenkjenne maten på tallerken. Dermed kan tiltak slik som et pådekket bord, matlukt som vekker matlyst, god belysning, kontraster på serviset bidra til økt matinntak, og på denne måten bidra til å forebygge underernæring.

#### **5.4.1 Tilrettelegge et godt sosialt måltidsmiljø**

Pasienten med demens kan trenge oppmuntring og støtte til å delta i sosiale sammenhenger (Rokstad, 2020, s. 57). Dette kan også gjelde ved måltider. Måltidene på sykehjem er viktig for mange, og kan motvirke ensomhet. I tillegg kan måltidene gi en opplevelse av trygghet, glede og tilhørighet. Hvem den eldre spiser sammen med har vist seg å kunne ha større betydning for måltidsopplevelsen enn selve maten (Sortland, 2015, s. 147). Palese et al. (2018, s. 5-6) og Murphy et al. (2017, s. 8) hevder at utforming av faste bordplasseringer kan fremme positive interaksjoner og et godt måltidsmiljø hos pasienter med demens på sykehjem. Pasienter med ulik grad av selvstendighet under måltid kan med fordel plasseres ovenfor hverandre (Palese et al., 2018, s. 6). De som av ulike grunner har vanskeligheter med å spise selvstendig kan plasseres ovenfor en pasient som mestrer dette og kan «speile» deres oppførsel. Dette kan føre til at pasienten kommer i gang med måltidet og kan bruke bestikk selvstendig (Palese et al., 2018, s. 6). Dette kan bidra til at pasienten spiser mer under måltid.

Imidlertid hevder (Nell et al., 2016, s. 3) at ved å samle pasienter med demens under måltider kan det oppstå mye urolighet blant enkelte pasienter. Denne uroen kan ha negativ effekt på de andre pasientene sitt matinntak dersom de blir påvirket av støyet. Det vil derfor ifølge Nell et al. (2016, s. 3) være nødvendig å skjerme de pasientene som skaper uro bort fra måltidssituasjonen, på denne måten kan sykepleier forhindre at denne uroen overføres til de andre pasientene. Det kan dermed være hensiktsmessig å legge til rette for et måltidsmiljø med minst mulig uro blant pasientene. Faste bordplasseringer og tilrettelegging av et godt sosialt måltidsmiljø på sykehjem kan føre til et økt matinntak hos pasienter med demens, som videre kan bidra til å forebygge underernæring.

## **5.5 Mattilbud tilpasset pasienter med demens**

Ifølge Nell et al. (2016, s. 3) kan noen typer mat kan være vanskelig for pasienter å tygge eller svelge, og personalet kan være bekymret for at pasienten skal sette maten i halsen. Dette kan eksempelvis skyldes dysfagi. Det skal da tilbys konsistentilpasset mat (Guttormsen et al., 2013). Likevel viser Nell et al. (2016, s. 2) at pasienter kan synes at moset mat ser uappetittlig ut, samt at maten ser lik ut fra dag til dag. For at pasienten skal ha lyst til å spise maten er det derfor vesentlig at maten ser presentabel ut (Nell et al., 2016, s. 2). Ved å servere maten på en appetittlig måte kan dette bidra til økt matinntak hos pasienter med demens, som videre kan bidra til forebygging av underernæring.

Nell et al. (2016, s. 3) hevder at fingermat kan være med på å øke matinntaket til pasienten med demens. Agnosi kan føre til at pasienter med demens ikke er istand til å bruke bestikk (Skovdahl, 2020, s. 435). Fingermat er ifølge Nell et al. (2016, s. 3) godt egnet til pasienter med demens, ettersom dette er en type mat de kan spise med hendene. Når pasienten ikke lengre klarer å anvende bestikk kan fingermat gjøre pasienten i stand til å spise på egenhånd. Abdelhamid et al. (2016, s. 11) hevder også at fingermat kan øke pasientens matinntak. Imidlertid ble det oppdaget at ernæringsstatusen ikke nødvendigvis ble bedret hos alle pasientene til tross for at matinntaket økte (Abdelhamid et al., 2016, s. 11). På bakgrunn av resultatene i studiene til Nell et al. (2016) og Abdelhamid et al. (2016) kan det være nærliggende å legge til grunn for at servering av fingermat kan være et virkningsfullt tiltak ved at pasienten blir i stand til å spise på egenhånd, slik at matinntaket økes. Samtidig

medfører de motstridende resultatene at sykepleier bør være bevisst på at fingermat ikke nødvendigvis har like stor effekt på alle pasienters ernæringsstatus.

### **5.5.1 Reduksjon av nattfaste**

Mellommåltider og antall måltider er en del av mattilbudet som blir tilbudt (Helsedirektoratet, 2016, s. 100). Perioden mellom det siste kveldsmåltidet og frokost neste dag skal ikke overstige elleve timer (Melby & Ambugo, 2020, s. 22). Imidlertid viser Eide et al. (2013) at 98,5% av pasientene på sykehjem i Oslo har en nattfaste på over elleve timer. Median nattfaste var 15 timer (Eide et al., 2013). Sortland (2015, s. 148) understreker viktigheten av å tilby et mellommåltid noe senere på kvelden for at det ikke skal gå for lang tid mellom kveldsmåltidet og frokost neste dag. På denne måten kan nattfasten reduseres. Pasienter med demens kan ha utfordringer med å ta til seg måltider på egenhånd. En stor del av denne pasientgruppen vil derfor være avhengig av bistand og tilrettelegging til å spise (Helsedirektoratet, 2020). Det hjelper dermed ikke at personalet setter frem et mellommåltid på nattbordet til pasienten, dersom pasienten ikke klarer å få i seg det på egenhånd.

Imidlertid er sykepleiere i kommunehelsetjenesten under et tidspress med stadige krav om effektivisering (Nydal et al., 2016). Dette kan føre til at kvaliteten på helsehjelpen blir redusert. Enkelte sykepleiere i kommunehelsetjenesten forteller at de dermed bare får utøvd den aller mest nødvendige pleien til pasientene, og beskrives av Nydal et al. (2016) som «stressa sykepleiere». Dette kan føre til at sykepleier ikke har tid til å bistå pasienten med å innta mellommåltid på kvelden. I lys av dette kan en lang nattfaste være en risikofaktor for underernæring hos pasienter med demens. Et tiltak kan dermed være at pasientene får et mellommåltid noe senere på kvelden, samt får bistand til å få i seg dette, slik at underernæring kan forebygges.

## 6 Avslutning

Hensikten med denne bacheloroppgaven har vært å belyse temaet forebygging av underernæring hos eldre, med problemstillingen «*Hvilke tiltak kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter med demens på sykehjem?*». Kartleggingsverktøyet MNA kan brukes for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. Underernæring kan forebygges ved at pasienter i ernæringsmessig risiko identifiseres, slik at andre forebyggende ernæringstiltak kan iverksettes. Pårørende kan bidra med viktig informasjon og vil derfor være viktig å samarbeide med ved kartlegging av ernæringsstatus.

Både fag- og forskningslitteratur viser at en personsentrert tilnærming, slik som å ta hensyn pasientens livshistorie og matpreferanser, kan være med på å øke pasientens matinntak og dermed bidra til forebygging av underernæring hos eldre med demens på sykehjem. I tillegg bør sykepleier bidra til bevissthet og fagkunnskap knyttet til personsentrert tilnærming ved måltidene. Videre er det gunstig at pasienter som trenger hjelp ved måltider får det. Smerter og kvalme bør kartlegges og behandles. På denne måten kan pasientens matinntak økes, som videre kan bidra til å forebygge underernæring. Måltidsmiljøet bør være rolig der musikk eller annet bakgrunnsstøy begrenses. Et hjemmekoselig spiseområde med faste bordplasseringer, lukt av mat, tilpasset belysning og kontraster på serviset kan være med på å øke pasientens matinntak. Dette kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter med demens på sykehjem. I tillegg kan det være hensiktsmessig at mattilbudet er tilpasset pasientens funksjon, som vil si at pasienter med dysfagi får tilpasset mat som ser presentabel ut, i tillegg kan fingermat bidra til at pasienten spiser på egenhånd. Nattfasten bør reduseres så langt det lar seg gjøre, ved å tilby pasienten bistand med å innta mellommåltid noe senere på kvelden. Det kan diskuteres hvorvidt disse tiltakene er realistiske og gjennomførbare i praksis. Lav bemanning, stor del andel ufaglærte ansatte samt et stort tidspress kan gjøre det utfordrende for sykepleier å forebygge underernæring hos eldre pasienter med demens på sykehjem.

Vi opplevde det som noe utfordrende å finne forskning som konkret tok for seg forebyggende tiltak til denne pasientgruppen og konteksten. Det kan tyde på et behov for mer utforskning av vårt valgte tema. Det vil i fremtiden være interessant å forske videre på hvilke tiltak som kan iverksettes for å forebygge underernæring hos eldre med demens på sykehjem.

## 7 Referanseliste

- Abdelhamid, A., Bunn, D., Copley, M., Cowap, V., Dickinson, A., Gray, L., Howe, A., Killett, A., Lee, J., Li, F., Poland, F., Potter, J., Richardson, K., Smithard, D., Fox, C., Hooper, L. & Lee, J. (2016). Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 16, 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0196-3>
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka: lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Aldring og helse forlaget.
- Brodtkorb, K. (2020) Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 301- 315). Gyldendal.
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 262-279). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.
- Devik, S. A. & Olsen R. M. (2018). *Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene*. Omsorgsbiblioteket. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2583947>
- Eide, H. D., Aukner, C. & Iversen, P. O. (2013). Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 33(1), 20–24. <https://doi.org/10.1177/010740831303300105>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Kognitive symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 29- 41). Aldring og helse: Nasjonal kompetansetjeneste.
- Engstad, T. (2016). Geriatri. I S. Ørn & E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 541- 549). Gyldendal.
- Flodgren, G., Bidone, J. & Berg, R. C. (2017). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-sikkerhet-i-helse-og-omsorgssektoren-rapport-2017-v2.pdf>
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Idunn*, 24 (09), 142-157. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 11(2), 149–158. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>



- Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson, S. (2013). *Demenssykdommer: årsaker, diagnostikk og behandling*. Gyldendal akademisk.
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowe, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., Øien, H., Alhaug, J. & Smedshaug, G. B. (2013). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helse- og omsorgsdepartementet  
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2491047/Nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf?sequence=1>
- Grov, E. K. (2015). Å være pårørende til en hjelpetrequende pasient. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. utg., s. 56- 69). Cappelen Damm akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 06. mai). *God og riktig mat hele livet: Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-hele-livet/id2849251/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018a, mai). *Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (sykehjem)*. I trygge hender. [https://www.itryggehender24-7.no/om-oss/innsatsomrader/ernaering/\\_/attachment/inline/1e324b2c-ec99-4bd5-b02a-ba93296491f8:a8f468c6bee334e713e903514ab345b621d1b3f6/tiltakspakke-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-i-sykehjem.pdf](https://www.itryggehender24-7.no/om-oss/innsatsomrader/ernaering/_/attachment/inline/1e324b2c-ec99-4bd5-b02a-ba93296491f8:a8f468c6bee334e713e903514ab345b621d1b3f6/tiltakspakke-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-i-sykehjem.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018b, 5. oktober). *Kosthold ved dysfagi (tygge- og svelgevansker)*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander/kosthold-ved-dysfagi-tygge-og-svelgevansker>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 3. januar). *Nasjonalt faglig retningslinje: demens*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 14. mars). *Forebygging og behandling av underernæring*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernering>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV- 1999- 02- 64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur*. Universitetsforlaget.
- Jacobsen, L. E. & Bye, A. (2015). Ernæring. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. utg., s. 619- 673). Cappelen Damm akademisk.
- Jensen, A. & Beyrer, S. (2018, 12. oktober). *Flere på institusjon får registrert ernæringsstatus*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flere-pa-institusjon-far-registrert-ernaeringsstatus>



- Palese, A., Bressan, V., Kasa, T., Meri, M., Hayter, M. & Watson, R. (2018). Interventions maintaining eating Independence in nursing home residents: a multicentre qualitative study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0985-y>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2020). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 53- 67). Gyldendal.
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2020). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 185-198). Gyldendal.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M. (2020). Personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (2. utg., s. 51- 71). Cappelen Damm akademisk.
- Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 300- 314). Forlaget aldring og helse-akademisk.
- Rotegård, A. N., Solhaug, M. & Grov, K. G. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 246). Cappelen Damm akademisk.
- Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. (Dokument 3:5). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s.416- 439). Gyldendal.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring- mer enn mat og drikke* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Strand, V. G. (2020). *Munnhelse*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 317- 325). Gyldendal.
- Thidemann, I.- J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Vollrath, M. E. M. T., Skirbekk, V. F. & Strand, B. H. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- World Health Organization. (2021, 2. september). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>