



# Bachelorgradsoppgave

Ernæring til eldre demente pasienter i sykehjem.

Nutrition for older dementia patients in nursing homes.

Sykepleie til eldre demente pasienter i sykehjem med fokus på ernæring

Nursing care of older patients with dementia in nursing homes with focus on nutrition

Forfatter/Author: Emma Fe Fjesme

Emnekode: SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdelings for helsefag  
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



**HINT**

# ABSTRAKT

**Introduksjon:** I Norge er det mellom 20-57 % underernærte pasienter som bor i institusjon.

Eldre pasienter med demens er mer utsatt for å bli underernært. Sykepleier har et stort ansvar for å kartlegge, tilrettelegge og forebygge underernæring til eldre pasienter med demens.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å beskrive faktorer som har betydning for god sykepleie til eldre demente pasienter i sykehjem med fokus på ernæring.

**Metode:** Studien er en allmenn litteraturstudie. Analysen er inspirert av innholdsanalyse. Studiet bygger på 13 ulike forskningsartikler funnet i de internasjonale databasene Medline og Cinahl.

**Resultat:** Det ble funnet at kunnskap hos pleiepersonalet om ernæring til personer med demens for å forebygge underernæring var av stor betydning for å gi eldre demente tilstrekkelig ernæring. Andre faktorer som ble funnet som også viktig var kartlegging av kost og bruk av screeningsverktøy for å oppdage om pasienten har redusert ernæringsstatus, samt pleiepersonalets holdninger ved matbordet hos denne pasientgruppen. Omgivelser under måltider er også viktig faktor for å forebygge underernæring. Spisemiljøet bør planlegges og skal legges til rette for at personer med demens kan fungere best mulig i sine omgivelser under måltid.

**Diskusjon:** Funnet vil bli diskutert opp mot relevant litteratur i form av bøker og andre artikler.

**Konklusjon:** Faglig kompetanse, interesser, holdninger og kunnskap om ernæring, er en avgjørende faktorer for at sykepleiere og andre pleiepersonalet kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre med demens som bor i sykehjem.

Nøkkelord/ Keywords: dementia, nursing home, older people, therapeutics, nutrition, malnutrition, nutrition assesment og nutrition disorders

## **Innholdsfortegnelse**

.....	1
<b>ABSTRAKT.....</b>	<b>2</b>
<b>1. 0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Introduksjon .....	1
1.2 Problemstilling/Hensikt.....	4
<b>2.0 Metode .....</b>	<b>5</b>
2.1 Litteraturstudie .....	5
2.2 Etske overveielse .....	5
2.3 Kildekritikk .....	6
2.4 Inklusjon og Eksklusjon kriteria .....	6
2.5 Litteratursøk.....	6
2.6 Tekstanalyse .....	8
<b>3.0 RESULTAT .....</b>	<b>12</b>
3.1 Kunnskap hos pleiepersonalet om ernæring til personer med demens .....	12
3.2 kartlegging av kost og brukt av screenings verktøy .....	13

<b>3.3 Personalets holdninger ved matbordet .....</b>	<b>14</b>
<b>3.4 Omgivelser under måltid .....</b>	<b>16</b>
<b>4.0 DISKUSJON.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Resultatdiskusjon.....</b>	<b>17</b>
4.1.1 Kunnskap hos pleiepersonale om ernæring til personer med demens .....	17
4.1.2 Kartlegging av kost og bruk av screeningsverktøy .....	20
4.1.3 Personalets holdninger ved matbordet.....	24
4.1.4 Omgivelser under måltid .....	26
<b>4.2 Metode diskusjon .....</b>	<b>28</b>
<b>5.0 KONKLUSJON: .....</b>	<b>30</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>31</b>

**ANTALL ORD: 8468**

# 1. 0 INNLEDNING

## 1.1 Introduksjon

Norske og internasjonale studier viser at eldre er særlig utsatt for å bli underernært.

Forekomsten av underernæring hos pasienter i institusjon i Norge er det mellom 20-57 % (Landmark et al.2014). Det er 1.6 millioner eldre personer som er underernært og bor i USA sykehjem (Perkins, 2015).

I følge pasientrettighetsloven har pasienten rett til nødvendighjelp fra kommune helse- og omsorgstjeneste (Helse -og omsorgsdepartementet 1999a). Helsepersonell – loven paragraf 4 skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonalets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig (Helse- og omsorgsdepartementet 1999b). Forsvarlig helsehjelp omfatter ikke bare tiltak rettet inn mot pasientens sykdom eller medisinske plager. I forsvarlighetskravet ligger også et krav til å gi god omsorg. Helsepersonell har plikt til å følge opp forhold som kan være avledet av tilstanden, sykdommen eller plagene pasienten har. Ernæringsmessige problemer vil ofte være en følgetilstand av en sykdom, men kan også utvikle seg over tid på bakgrunn av psykisk eller fysisk svekkelse. Underernæring utvikler seg ofte fordi problemet ikke blir identifisert. En tidlig identifisering av ernæringsmessig risiko gjør det mulig å sette i gang tiltak før pasienten har utviklet underernæring (Helsedirektoratet 2012). Oppfølging overfor en pasient ut fra en konkret sykdom, mistanke om sykdom eller andre konkrete helsemessige problemer, innebærer en plikt til å vurdere hvordan det ellers står til med pasienten og eventuelt å foreslå adekvate tiltak (Helsedirektoratet 2009). En pilot-studie gjort av Sortland m.fl. (2009) sykepleiere har ansvar for at eldre i sykehjem får et forsvarlig kosthold tilpasset den enkeltes ernæringsbehov.

Eldre pasienter er en gruppe som er utsatt for utvikling av ulike problemer og svikttilstander når det gjelder ernæring. Underernæring er den mest alvorlige, og den er største faglige utfordringen for sykepleiere (Brodtkorb 2008).

I følge Sortland (2011), underernæring oppstår når inntaket av energi og næringsstoffer er så lavt at man går ned i vekt.

Underernæring hos eldre skyldes gjerne en kombinasjon av for lavt kalori og proteininntak. Risikofaktorer for utvikling av underernæring hos eldre er redusert smak, luktesans, ensomhet, depresjon, demens, tannproblemer, svelgeproblemer, alvorlig somatisk sykdom, stort medisinforgbruk, sår og diare (Sjøen og Thoresen 2008).

Underernæring kan gi alvorlige konsekvenser for pasientens allmenntilstand, mentale endringer og livskvalitet. Underernæring fører til økt falltendens, redusert bevegelighet, depresjon, apati, nedsatt immunforsvar, dårlig sårheling, svakhet, tretthet, sløvheter, anemi, redusert muskelmasse, decubitus og nedsatt infeksjonsmotstand (Brodtkorb 2008, Sortland 2011, Sjøen og Thoresen 2008).

I følge Sortland (2011), Ved lav proteintilførsel på mer enn 20 % påvirker respirasjonsmuskulatur gjennom reduksjon av diafragma og medfører redusert ventilasjon og dårlig hoste kraft som fører til pneumoni. Når albuminnivået synker, væske fra blodet siver ut i vevet oppstår det ødemer på grunn av blodets evne til å holde på væske blir dårligere. Tilstrekkelig ernæring og næringsstoffer er viktig for tilheling av trykksår. Det behøves protein til nydanning av cellene, jern og vitamin A for celledelingen, sink for enzymene som syntetiserer protein, og vitamin C for syntesen av kollagen. (Sjøen og Thoresen 2012). Risiko for underernæring kan være tilstede ved en KMI under 22 hos eldre (Sortland mfl, 2009). Energibehovet påvirkes av kroppsstørrelse og muskelmasse, alder, aktivitetsnivå og sykdomstilstand. Alder under 70 år reduserer 10 % behov for energi-protein og væskebehovet (Helsedirektoratet, 2012).

Etter 70-årsalderen begynner kroppsmassesammensetningen og et viss vekttap å endre seg på grunn av fysiologiske årsaker. Det er normalt for eldre med et vekttap på 0,5 kg per år. Kaloribehovet hos eldre blir mindre med årene mellom 20-30 %, eldre har like stort behov for proteiner, vitaminer og mineraler som unge voksne. Sykepleieren har en viktig rolle til å kartlegge pasientens inntak av mat, ivareta den enkelte pasientens individuelle ernæringsbehov, veilede og planlegge tiltak (Brodtkorb 2008).

Mat og måltider er en viktig del av omsorgstjenesten i sykehjem. Flere studier tyder på at eldre i sykehjem er utsatt for underernæring (Sortland m.fl. 2009).

Personer med demens kan ha vanskeligheter til å uttrykke seg egne behov og kan glemme. De kan glemme hvordan de skal spise, eller spise utilstrekkelige, de gir ikke alltid tydelig uttrykk for sult og tørste (Helsedirektoratet, 2012)

Demens er en folkesykdom. I 2013 er det over 70 000 nordmenn lever med demens. Demenssykdommene øker i forekomst fra 65-70 års alder, og finnes hos 15-20 prosent av alle over 75 år (Nasjonalforeningen for folkehelse 2013). Det var anslagsvis 44.4 millioner mennesker med demens på verdensbasis i 2013 (Alzheimers Disease International 2013). I følge internasjonale studier er 6 % - 10 % i Europe som har utviklet demens er i alder 65år og over. Eldre som har Alzheimer demens og som har annen form for demens er særlig utsatt for å bli underernært (Salva m.fl.2009).

I følge Rokstad (2008), demens er samlebetegnelse for en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid. Det er både hukommelsesevnen og tankeevnen er nedsatt i en slik grad at det innebærer en betydelig svikt sammenliknet med tidligere kognitiv funksjon. Symptomene med demens er svikt i kognitive funksjoner, problemer med læring og hukommelse. Hukommelsesproblemer er ofte den første pasienten og de pårørende merker ved en begynnende demens. Hukommelse forutsetter læring, evnen til å venne oss til nye stimuli, noe som er vanskelig ved demens sykdom.

Personer med demens kan plage med språklig problemer

Motorisk afasi- innebærer svikt i språkproduksjon, og talen blir langsom, usikker og avbrutt. Anomisk afasi- er talen flytende, men pasienten bruker omformulering fordi det er problematisk å huske ord.

Andre symptomer med demens er svikt i andre kognitive funksjoner

Apraksi-sviktende evne til å utføre praktiske handlinger til tross for full førighet og forståelse av hva som skal gjøres.

Agnosi – er manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter til tross for intakt sensorisk funksjon.

Visuokonstruktiv svikt- Forståelse av og handling i rom.

I studien har brukt Kari Martinsens omsorgsfilosofi da den er relevant i forhold til å belyse og diskutere opp imot funne i resultater.

Kari Martinsen er en norsk sykepleier som har magistergrad i filosofi. Hun er blant de få sykepleiere i Norge som har skrevet om sykepleiens natur. Hun har utviklet sin omsorgsfilosofi gjennom et langt forfatterskap. Hennes teoretiske arbeider betegnes som sykepleiefilosofi, noe som understreker den sterke vekten på grunnleggende verdier som preger tenkningen og forfatterskapet. I følge Martinsen omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og menneskelig samhandling, og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

Det har valgt tema om underernæring til eldre demente i sykehjem da dette er ett spennende og viktig tema. Gjennom 2 praksisperioder i sykehjem har møtt noen eldre som har demens og er underernært. De har observert at det er utfordrende å ivareta god ernæringsstatus hos eldre demente pasienter. Sykepleier og andre pleiepersonell i sykehjem har inntrykk av at de mangler tilstrekkelig kunnskap om dette tema. I studien til Sortland m. fl. (2009) viser at manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og ernæringsbehov hos eldre er en medvirkende faktor til ernæringsstatus forverres ved innleggelse i institusjon/sykehus. Inkluderende artiklene som blitt brukt i oppgaven, handler om å forebygge og komme med forskjellige tiltak til å fremme bedre ernæringsstatus hos eldre pasienter med demens i sykehjem.

## **1.2 Problemstilling/Hensikt**

Hensikten med denne studien er å beskrive faktorer som har betydning for god sykepleie til eldre demente pasienter i sykehjem med fokus på ernæring.

For å besvare problemstillingen er det brukt 13 forskningsartikler som er funnet på de internasjonale databasene Medline og Cinahl. Pensumbøker og andre litteraturbøker har brukt for å diskutere resultater som belyser problemstillingen



## **2.0 Metode**

Metode gir en beskrivelse av framgangsmåten som benytter for å samle inn informasjon og kunnskap, det vil si hvordan forskeren har gått fram for å få svar på problemstilling og forskningsspørsmål. Dersom personer inngår i studien, vil man i metode finne hvilken utvalgstype og hvilke kriterier forskeren benytte for å inkludere og ekskludere deltagere (Thidemann, 2015).

Metode som har brukt i denne studien er allmenn litteraturstudie. Analysen er inspirert av innholdsanalyse. Inkluderende forskning artikler er både kvantitativ og kvalitativ studie.

## **2.1 Litteraturstudie**

Hensikten med litteraturstudien er å orientere seg innenfor og skaffe seg kunnskap om det feltet man arbeider med både når det gjelder teori, empiri og metode. Posisjonere sitt eget arbeid i forhold til det som allerede er gjort tidligere for å hindre at man tar opp uaktuelle tema (Thidemann, 2015).

Resultatene i en litteraturstudie er en tematisk presentasjon av resultater/funn fra artiklene (Thidemann, 2015). Denne studie har valgt å bruke litteraturstudiet som metode.

## **2.2 Ethiske overveieelse**

Forskningsetikk det er område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland 2012).

Alle forskningsartikler og pensumbøker som har blitt brukt for å besvare problemstillingen refereres og henviser til forfatteren/forfatterne. Artiklene er skrevet på engelsk og det har blitt gjort oversetting på [www.google.no/translate](http://www.google.no/translate), [www.ordnett.no](http://www.ordnett.no) og det er blitt gjort også en oversetting og forståelse etter beste evne.

## 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann og for å vurdere de kildene som benyttes (Dalland, 2012).

Forskningsartiklene som har blitt brukt i resultatet er fagfeltvurdert og artikkelnivåene er 1 og 2, søk i publiseringskanalene [www.ubi.no](http://www.ubi.no) og [www.nsd.no](http://www.nsd.no).

## 2.4 Inklusjon og Eksklusjon kriteria

Oppgavens hensikt har med fokus på ernæring hos pasienter med demens som bor i sykehjemmet med alder fra 65år og over. I søket av inkluderende artikler, flere av forskningsartiklene som handler om ernæring til eldre, men som er hjemmeboende og ernæring til eldre under sykehusopphold. Det er også flere artikler som handler om ernæring til eldre med diabetes, nyresvikt, hjerte og karsykdom og kols pasienter som bor hjemme og under sykehusinnleggelse. Disse forskningsartiklene er ekskludert på grunn av det ikke er i fokus av studien.

Inkluderende kriteria i studien avgrensner til abstrakt, fulltekst, sykehjem, alder fra 65 år og over, norsk og engelsk språk. Alle artiklene er publisert på engelsk og oversatt til norsk. Det er forsøkt å oversette så nøyaktig som mulig, så godt man kunne og etter beste evnen, men det kan likevel være oversetninger som tolket feil. Det er ikke så lett å oversette når man er trespråklig; Filippinsk, engelsk og norsk. Har også brukt [www.google.no/](http://www.google.no/) translate og [www.ordnett.no](http://www.ordnett.no)

Se vedlegg. Tabell 3. Eksempel på oversikt over inkluderte artikler

## 2.5 Litteratursøk

Forskningsartiklene som er relevant for problemstillingen har blitt funnet i de internasjonale databasene Medline og Cinahl. Søkeordene for å finne forskningsartikler er dementia, nursing

home, older people, therapeutics, nutrition, malnutrition nutrition assesment og nutrition disorders. Det er en artikkel i studiet er funnet ved hjelp av manuelt søk. I sved-med databasen har søkeordene ernæring, sykepleie, sykehjem, dement og eldre blitt brukt. For å kombinere disse ordene ble det brukt And og OR. Ved litteratursøk, har også avgrenset i fulltekst, abstrakt, alder, språk og ble avgrenset også i publikasjons år til et maksimum på elleve år som derfor tilfører oppgaven nyere forskning. Norskeartikler har blitt brukt i diskusjonskapitlet da disse er review og pilot-studie.

Tabell 1. Oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Cinahl	2004-20015 Norsk Engelsk Abstrakt Fulltext Alder 65+ Sykehjem	Malnutrition Nutrition-disorders Nutristional assetment nutrition dementia nursing home	108	46*	34**	18****	10
Medline	2004-20015 Alder 65+ Sykehjem	Malnutrition Nutrition-disorders	246	171*	48**	25****	2

	Norsk Engelsk Abstrakt Fulltekst	Terapeu- tics dementia nursing home					
Manuelt søk							1

\*: antall ekskluderte artikler etter leste titler

\*\* : antallet ekskluderte artikler etter leste abstrakt

\*\*\*: antall artikler som er lest i sin helhet

## 2.6 Tekstanalyse

Å analysere en tekst er å granske hva teksten forteller, og hva man tolker for å forsøke å forstå den. Analyse og tolkning kobles sammen i tekstlesingen (Thidemann, 2015).

Etter nøyere granskning ble de 13 inkluderende artiklene valgt ut og ble lest i sin helhet.

Resultatene av disse artiklene ble plukket ut og deretter ble det gjort en tekstanalyse. Resultat innholdet i artiklene kategorisert i meningsbærenheter, subkategorier og kategorier.

Subkategorier for hver artikkel ble sammenlignet og satt sammen til kategorier. Det ble funnet fire kategorier som svarer og belyser problemstillingen. Disse kategoriene er skrevet og brukt som temaoversikt i resultatkapitel og deretter i diskusjonskapitlet.

Tabell 2: Eksempel på tekstanalyse

Meningsenhet	Sub kategorier	Kategorier
<p>Sykepleier og andre pleiepersonalet gir ernæringsdrikke til pasienter med demens i sykehjem</p> <p>Pleiepersonalet tilrettelegge, kartlegge og tilbyr mat som pasienter liker, mat som pasientene har behov for og pleiepersonalets tilbyr mest ernæringsrik mat.</p> <p>Registeret mat og væske inntaket</p> <p>Sykepleiere og andre pleiepersonalet, måle kroppsvekt og høyde.</p> <p>Observerer og samle inn data. Bruker ernæringscreeningverktøy, Mini-mental status og måle BMI.</p>	<p>Pleiepersonalet og andre pleiepersonalet</p> <p>Tilrettelegge, kartlegge og tilbyr ernæringsdrikke, drikker som pasienter liker og mat som pasientene har behov for.</p> <p>Kost og drikke registrering</p> <p>Måle BMI. Bruker Ernæringscreeningverktøy, Mini-mental status og måle BMI.</p> <p>Pasienter med lav BMI trenger assistanser under måltid.</p>	<p>Kartlegging av kost</p> <p>Bruk av screeningsverktøy</p>

<p>Pleiepersonalet utfordret pasientene til å bruke riktig spise utstyrer. Veilede pasientene om hvordan til å holde koppen og brukt av andre spise utstyr.</p> <p>Drikke og mat blir plassert på riktig måte slik at det blir lettere for pasientene å nå den</p> <p>Pleiepersonalet satt sammen med pasienter undermåltid og hjelper andre pasientene som har vanskelig med å få i seg mat.</p> <p>Sykepleiere og andre pleiepersonalet bruker forskjellige kommunikasjon strategier for å utfordre pasientene til å spise. Hjelper pasientene med mating. De orientere informere pasientene.</p>	<p>Pleiepersonalet utfordret, veilede og hjelpe pasientene undermåltid.</p> <p>Sykepleier og pleiepersonalets bruker forskjellige kommunikasjon strategier for å orientere, informere og motivere pasientene til å spise og drikke.</p>	<p>Personalets holdninger ved matbordet</p>
<p>Sykepleiere og andre pleiepersonalet har manglende kunnskap om ernæring og for å forebygge og hjelpe pasientene mot underernæring.</p> <p>Sykepleier og andre pleiepersonalet deltar i kurs og seminar for å få opplæring og bedre kunnskap og ferdigheter om ernæring til pasienter med demens som bor i sykehjem</p>	<p>Manglende kunnskap om ernæring hos pleiepersonalet.</p> <p>Seminar og kurs kan forbedret kunnskap, holdninger og ferdigheter hos pleiepersonalet om ernæring til personer med demens.</p>	<p>Kunnskap hos pleiepersonalet om ernæring til personer med demens</p>

<p>Pleiepersonalet spiller musikk undermåltid som pasientene kjenner og liker. Bruker rutine sitteplass plan som en støtte miljø under måltid.</p> <p>Pasientene blir plassert der det kjenne medpasientene. Når spisesalen var overfylt av møbler, pasientene føler seg ukomfortabel og blir urolig.</p> <p>Hjemmekoselig omgivelser skaper ro og trygghet under måltid</p>	<p>Spisemiljø og Omgivelser under måltid</p> <p>Påvirker mat inntaket hos pasienter med demens.</p>	<p>Omgivelser under måltid</p>

## **3.0 RESULTAT**

Hensikten med denne studien er å beskrive faktorer som har betydning for god sykepleie til eldre demente pasienter i sykehjem med fokus på ernæring.

I analysen av de tretten inkluderte forskningsartiklene i studien og som svarer på problemstillingen, ble det funnet fire kategorier og disse er som følge; kunnskap hos pleiepersonale om ernæring til personer med demens, kartlegging av kost og brukt av screeningsverktøy, personalets holdninger ved matbordet og omgivelser under måltider.

### **3.1 Kunnskap hos pleiepersonalet om ernæring til personer med demens**

Resultatanalysen viser kurs og seminar om ernæring hos pasienter med demens er viktig for å forbedre kunnskap, ferdigheter og holdninger hos pleiepersonalet. Pleiepersonalet i studien hadde seminar og øvelser om hvordan de skal hjelpe pasienter med demens til å få bedre ernæringsstatus. Etter seminaret, det viser seg at kunnskapen hos pleiepersonalets om ernæring øker. Pleiepersonalets som har vært på seminar hadde en kunnskap poengsum på  $F=47.7$  og personalets som ikke har vært på seminar hadde en kunnskap poengsum på  $F=15.75$ . Pleiepersonalet fikk også lære seg og om å bruke screeningverktøy. Resultater viser at etter seminar, pleiepersonalet har bedret holdninger mot pasientene. Det viser seg at pasientene fikk bedre hjelp fra pleiepersonalet, pasientene ble sittende lenger ved matbordet, de trives bedre og hadde det hyggeligere ved matbordet (Chang & Lin, 2005, Thomas & Smith 2009). Resultater viser at noen pasientene med demens har vanskelige atferd undermåltid. Blant annet at pasientene ikke åpne munnen sin når dem får hjelp under matingen. Noen pasienter slå pleiepersonalet, bli sint, urolig og andre pasientene ga beskjed om at det vil ikke ha noe mat. Det viser seg at pleiepersonalets har stor utfordring til å håndtere vanskelige atferd hos pasientene med demens. Det er 93% av pleiepersonalet som sier at det mangler kunnskap og ressurser om å hjelpe demente pasienter under måltid og håndtere vanskelige atferden. Resultater viser også at 37,5 % av pasientene nekter å få i seg



maten fordi pleiepersonalet har begrenset kompetanse og samtidig mangler teknikker og kunnskaper som trengs for å hjelpe pasienter frem mot en bedre ernæringsstatus ( Chang & Roberts 2008, Chang & Roberts 2011).

### **3.2 kartlegging av kost og brukt av screenings verktøy**

I analysen viser pasientens dårlige evne til å spise er en viktig faktor for at pasientene blir underernært. Pleiepersonalet målte høyde og kroppsvekt under studien for å finne ut BMI til pasienter og dette for å oppdage underernæring. Studien indikerer at pasienter med lav BMI trenger assistanser under måltider. I analysen viser at det er flere kvinnelige pasienter med demens som har stor risiko for å bli underernært, dette på grunn av at de glemmer oftere å spise mat, og har mer nedsatt kognitiv funksjon. De som er utsatt trenger mer assistanse. For å finne ut om personen er underernært må pleiepersonalet bruke screenverktøy som BMI, MNA (Chi Chang & Roberts, 2008). Ved Chi-square test and Mann-Whitney U-test viste at pasienter med veldig dårlig fysisk helse, trenger hjelp under måltider. Resultater viser seg naso-gastric kateter er en hjelpemidler, til å bruke for pasientene som har vanskeligere til å få i seg mat gjennom munn og har dårlige ernæringsstatus. Det viser seg at sykepleier har brukt naso- gastric kateter til pasientene som har vanskelig å få i seg mat gjennom munn (Lou et al. 2007, Galesi et al. 2012).

Resultatene viser ernæringsdrikke er fordelaktig for å redusere risiko for underernæring. Kveldsinntaket av oral ernæringsdrikken gir bedre resultater hos pasientene enn morgen og ettermiddagsinntaket. Ernæringsdrikke gir 33,3 % bedre resultat når pasientene tar det på kvelden. Proporsjoneringa av proteiner og kalorier konsumert fra oral ernæringsdrikker hadde ingen stor overenstemmelse i forskjeller konsumerte mat i intervensjonstid og kontroll dager (Allen et al. 2013). Det viser seg at 58,8 % av pasientene som deltok på studien, fikk en positiv virkning av ernæringsdrikken som kosttilskudd, med at BMI og kaloriinntaket øket (Parrott et al. 2006).

Analysen viser veiing tre ganger i uka til samme tidspunkt, kost og drikkeregistering er viktig for å tilrettelegge ernæring til pasienter. All mat og væske som ble servert ble veid, analysert

med hjelp av Food Processor Plus, for å finne hvor mye mengde av kalorier som ble inntatt. Vekt av maten som skal serveres og kalorier inneholder på maten og væske som ble inntatt skal registreres og dette for å beregnes og for å kartlegge kaloribehovet for pasienten. (Beattie et al. 2004, Parrott, et al. 2006, Thomas og Smith, 2009).

Analysen viser pleiepersonalets observasjoner er viktig for å finne ut årsaken til at pasienter ikke spiser, samler data om pasientens historie og diett. Da er det enklere for sykepleiere og ernæringsfysiolog til å tilrettelegge og iverksette tiltak. Ernæringskartlegging og variert kost på sykehjemmet kan forbedre matinntaket og vektøkning hos pasientene. (Keller, et al. 2003).

Resultatet av analysen viser tilrettelegging av mat og bruk av riktig utstyr som er tilpasset pasientens behov er viktig. Det er viktig også at pleiepersonalet ta hensyn til pasientens autonomi. Pleiepersonalets tilbyr pasienter næringsrikt mat. Dem spør pasientene om hvilken mat og drikke pasientene vil ha. Det å spør pasientene om hvilke mat, ernæringsdrikke og drikke dem vil ha, kan skape motivasjon og dermed kan øke mat og drikkeinntaket hos pasientene. Videre er det viktig å motivere, orientere og veilede pasientene med å få i seg drikke. Det å vise teknikker som for eksempel, hand over handteknikk, holde underarmen til pasienter forsiktig, slik får de veiledning til å forstå hvordan de skal få i seg drikken, plassere forsiktig koppen til munn og pasientene får kjenne drikken, plasserer koppen foran dem og på denne måten ser pasienten koppen og har mulighet til å nå den. (Lou et al. 2007, Ullrich og McCutcheon, 2007).

### **3.3 Personalets holdninger ved matbordet**

I analysen viser fellesmåltid med pasienter og pleiepersonalet skaper trygghet, sosial stimuli og har positiv påvirkning hos pasientens motivasjon til å få i seg mer mat. Når pasienter med demens spiser måltid sammen med andre medpasienter og pleiepersonalet øker motivasjonen til å spise mer mat og dermed øker matinntaket og kroppsvekt hos demente. Pasienter som bruker å vandre under måltider har tendens til å vandre mindre og bli sittende lenger og noen

ganger gjennom hele måltidet. Det å være sammen med pasienter gjør pleiepersonalet mer kjent og mer bevisst på hva pasienter liker best å spise. Det er observert at pasienter hjelper andre medpasienter også med å servere og passerer matrettene til andre nabobordet og forsynte seg selv den mengde mat de hadde lyst på. Pasienter blir mer motivert til å spise og vil ofte ha mer mat etter første servering (Charras & Fremontier 2010, Chang & Roberts 2008).

I analysen viser når pasienter får delta i noen oppgaver før og etter måltid som for eksempel, bake kake, forberede mat, rydde og tørke bordet, øker det glede og matinntaket hos demente. Det viste seg også at å gi pasienter god tid til å hygge seg med maten, gir pleiepersonalet glede over å vise at de bryr seg overfor pasientene og ikke bare gi dem fysiske hjelp. Pasienter får belønning som for eksempel å gå turer sammen med personalet når dem har spist opp maten sin. For at pasienten føler seg hjemme og skal trives på sykehjemmet, vil egentlig ikke pleiepersonalet i studien bruke uniform og arbeidsklær fordi pasientene assosierer det med institusjoner. Likevel er det plikt til å ha på seg uniform og arbeidsklær for helsemessige årsaker, som hygiene. (Charras & Fremontier 2010, Chi-Chang & Roberts 2008)

Resultatet av analysen viser bruk av kommunikasjonsstrategier hjelper pasienter til å bli sitte lenger ved bordet og får i seg mer mat. Det er viktig at pleiepersonalet bruker verbal og non verbal kommunikasjon. Eks. Sykepleier som er smilende, har øyekontakt, gir signal og snakker og orientere pasientene om hvor viktig det å få i seg næring og oppmuntrer pasienter til å bli ved matbordet på en vennlig måte. (Beattie et al. 2004, Ullrich og McCutcheon, 2007). Til tross for at det er viktig med at pleiepersonalet har gode holdninger og skal bruke kommunikasjonsstrategier hos pasienter med demens, viste en annen studie at pleiepersonalet har liten og ingen samhandling med pasientene under måltider. 50 % av pasientene som ikke er helt ferdig med sine måltider, forlater bordet uten å bli full. Pleiepersonalet bare spør pasientene om de har fått nok mat og prøver ikke noen andre strategier slik at pasientene kan sitte lenger ved matbordet og spiste opp maten. Pleiepersonalet kommuniserer ikke så godt med pasientene, når pasienter ønsker å spørre om noe og vil snakke med dem under måltider, pleiepersonalet ga ingen respons eller fortalte pasientene til å være stille mens de spiser (Chi-Chang & Roberts 2008).

### 3.4 Omgivelser under måltid

Analysen viser miljøet rundt den demente har mye å si under et måltid og hvor mye mat og drikke den demente får i seg. Det viste seg at trivelig, hjemmekoselig omgivelser skaper ro og trygghet under måltid. Blomster på bordet gir hjemmekoselig omgivelser. Fylt av møbler og trang spisesal gir pasientene ubehag, pasienten kan bli urolig og de kan bli ukomfortable. Pasienter kan fort miste matlysten og konsentrasjon som gjør at de vandrer ofte ved måltidene (Chi-Chang & Roberts, 2008). Støynivå, hvordan rommet ser ut og hvor mange, hvem som serverer måltidene, kan påvirke både positiv og negativt på hvor mye den demente vil spise. Rutinemessig plan over sitteplasser, pasienter blir plassert der den føler seg trygg og er bedre kjent med de andre rundt bordet vil skape et sosialt miljø under måltidene og fører til at pasienter med demens blir roligere og spise bedre (Cleary et al. 2008).

Resultatet av analysene viser musikk er et alternativt tiltak for å øke matinntaket blant pasienter med demens som bor på sykehjem. Det å spille kjent musikk under måltider viser seg å være effektivt for å redusere uro og stress i tillegg til at det også reduserer frekvensen til å vandre ved måltid. Musikk øker også spisemotivasjonen hos pasienter med demens. Analysen viste at kaloriinntaket hos pasienter med demens økte med hele 20 prosent når kjent bakgrunnsmusikk ble spilt under måltidet. Pasienter vil ha mer mat, dessert, blir glad, vil synge og blir sittende lenger ved matbordet (Thomas og Smith, 2009).

## **4.0 DISKUSJON**

Diskusjonskapitlet består av resultatdiskusjon, hvor deler av resultatet blir diskutert og utdypet med teori fra bøker og andre forskningsartikler. Metode diskusjon kommer på slutten i dette kapitlet.

### **4.1 Resultatdiskusjon**

I denne delen av oppgaven vil funnene fra de fire hovedkategoriene fra resultatkapitlet bli diskutert. Kategoriene er som følge; kunnskap hos pleiepersonale om ernæring til personer med demens, kartlegging av kost og bruk av screeningsverktøy, personalets holdninger ved matbordet og omgivelser under måltider. Litteraturstudien hadde til hensikt å beskrive faktorer som har betydning for god sykepleie til eldre demente pasienter i sykehjem med fokus på ernæring.

#### **4.1.1 Kunnskap hos pleiepersonale om ernæring til personer med demens**

Helsepersonells kunnskap om ernæring, kan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med demens i sykehjemmet. Eldre er generelt en sårbar gruppe som er utsatt for underernæring, da aldring assosieres med en tilbakegang på en rekke fysiologiske områder som kan påvirke ernæringsstatus. Det er veldig viktig at pleiepersonalet som ivaretar de gamles ernæringsbehov, har kunnskap om forebygging av underernæring hos eldre (Landmark, et al. 2014). For at sykepleiere kan bidra til å dekke ernæringsbehovet til pasienter med demenssykdom må man ha kunnskap om tilrettelegging og kartlegging av pasientens ernæringsstatus, hvordan demenssykdom påvirker ernæringsbehov og

konsekvenser av dårlig ernæringsstatus. I følge Helsedirektoratet (2013), helsepersonalets kompetanse, Ferdigheter og erfaring kan ha stor betydning for å få et vellykket resultat av helsehjelpen. Det er derfor viktig at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse, herunder kunnskaper om ernæring, og om hvordan spesielle ernæringsmessige behov skal og kan imøtekommes.

I analysen ble det funnet at en av årsakene til utvikling av underernæring hos demente pasienter på sykehjemmet kan være manglende kunnskaper om ernæring hos pleiepersonalet (Lin, et al. 2008, Sortland, et al. 2009). Studien viser manglende kunnskap hos pleiepersonalet fordi de ikke i høy nok grad er i stand til å vurdere, kartlegge og gi informasjon, veilede og motivere pasientene til å få seg nok næring for å gå opp i vekt (Lin, et al. 2008).

Mangelfulle kunnskaper, interesse, og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og ernæringsbehov hos pasienter er en medvirkende faktor til dårlig ernæringsstatus ved sykehusinnleggelse (Sortland, 2011). I en studie av Landmark, et al. (2014) understrekes også at konsekvenser av underernæring kan være redusert helse relatert livskvalitet, forlenget sykehusinnleggelse, økte kostnader for kommune og høyere dødelighet. Underernæring gir også konsekvenser av psykososiale karakter, som konsentrasjonsvansker, apati, irritabilitet, lite initiativ og depresjon. Dette viser at ernæring er et svært viktig område av sykepleien. I resultatet i denne studien kommer det frem at kurs og seminar om ernæring hos pasienter med demens er viktig for å forbedre kunnskap, ferdigheter og holdninger hos pleiepersonalet.

Dersom det er helsepersonell som mangler kunnskap om ernæring er det viktig at lederne blir bevisst dette og sørger for at ansatte får en oppdatering av disse kunnskapene.

Til tross for at det er viktig at sykepleieren skal utføre faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, understreker Martinsen at å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger som tilstrekkelige kunnskaper, ferdigheter og god organisering av sykepleien (Martinsen 2003). Studien viser at enkelte ansatte gir uttrykk for at underernæring hos eldre på sykehjemmet ikke er i fokus kan være på grunn av manglende interesse, manglende informasjon om ernæring, manglende engasjement hos ledere og uklare ansvarsforhold mellom faggrupper (Landmark, et al. 2014).

Måltidsituasjon til personer med demens på sykehjemmet kan variere fra veldig trivelig og til fullstendig kaos. Noen ganger i sykehjemmet har det skjedd at pasientene selv ikke ønsker å spise, forlatt matbordet uten å smake maten, noen blir fortvilt og pasientene klarer ikke å bruke redskaper og gjenstander på bordet riktig, noen pasienter spiser maten til den som sitter ved siden av, noen blir aggressive osv. Dette er en etisk problemstilling, og det kan være vanskelig for pleiepersonalet å håndtere dette og hjelpe pasienter. Det krever faglig og etiske kompetanse for å finne en balanse mellom å overta vurderingen for pasientene og la pasienten bestemme selv. Når man har kunnskap om ernæring og kunnskap om atferd til personer med demens kan sykepleier forstå og kan akseptere at avvikende atferd er en del av sykdomsbildet hos demente. Samtidig kan sykepleiere også tilrettelegge og kan finne ut tiltak som kan skape trivelige matsituasjoner til pasientene. Sykepleiere sine kunnskaper og erfaringer i pleie gjør at de kan vise god omsorg til hjelpetrequende personer. (Kristofersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Sykehjemmet burde gi tilbud om faglig oppdatering til helsepersonell gjennom seminar og kurs om ernæring, helsepersonell kunne blitt flinkere til å holde seg faglig oppdatert på eget initiativ. Dette kunne bidra til at helsepersonalet får motivasjon, blir flinkere, har bedre kunnskap om ernæring, har bedre forståelse, føler seg trygg i den jobben de gjør, kan gjøre en god jobb og dette kan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med demens. De yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren skal holde seg faglig oppdatert og at sykepleieren har ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Så hvis sykepleieren har kunnskap om ernæring kan man vurdere pasientens situasjon og kan finne riktig tiltak opp imot underernæring hos pasienter med demens. Faglige diskusjoner sammen med andre fagpersonalet har blitt vist gjennom praksis at kan være nyttig. Faglige diskusjoner der man tar opp om hva som er et godt tiltak for den enkelte pasient med demens på sykehjemmet når det gjelder ernæring. Personalet kan diskutere om hva som er vanskelig, hvordan det andre tiltaket fungerer og hvilket tiltak som eventuelt må forandres. Dokumentasjon har stor betydning når det gjelder å sette tiltak og når de skal forandre tiltaket. Pleiepersonalet trenger kunnskap for å bli gode medarbeidere i omsorgen for personer med demens. Kurs, videreutdanning og opplæring har effekten for at personale kan gjøre en god jobb (Berg 2002).

#### **4.1.2 Kartlegging av kost og bruk av screeningsverktøy**

For å kunne ivareta god ernæringsstatus hos pasienter med demenssykdom kan det være viktig at sykepleieren har kunnskap om bruk av ulike ernæringscreeningsverktøy. Screening av ernæringsmessig risiko er en systematisk leting etter personer som har redusert ernæringsstatus (Helsedirektoratet 2012). En tidlig identifisering av ernæringsmessig risiko gjør det mulig å sette i gang tiltak før pasienten har utviklet underernæring. Hensikten med ernæringscreening er å identifisere de pasienter som er i en ernæringsmessig risiko, slik at de kan få den ernæring og behandling som de har behov for (Sortland 2011).

Resultater fra studien viser ernæringsjournalen kan være et godt egnet instrument for å identifisere risikofaktorer for underernæring og andre ernæringsrelaterte data. Resultater avdekker at ernæringsjournal er enkel i bruk og påfører ikke pasienten nevneverdige plager. Ernæringsjournal bør anvendes til alle pasienter ved innkomst i sykehjem og deretter bør den anvendes månedlig eller tidsmessig etter en faglig vurdering (Landmark, et al. 2014). Helsedirektoratet (2010) anbefaler at pasienter i sykehjemmet bruker MNA (Mini Nutritional Assessment) som screeningverktøy. MNA screeningsverktøy er et kartleggingsverktøy og brukes for å finne årsak til underernæring hos eldre mennesker. Verktøyet er utviklet for bruk innenfor geriatrien og er ment for brukt til eldre pasienter over 65år (Brodtkorb, 2008, Sjøen & Thoresen, 2009).

Resultater viser at bruk av ernæringskartlegging hos underernærte er viktig for å tilrettelegge ernæringsbehovet hos pasienter. Verktøyene som brukes for å kartlegge er ernæringsjournal, vekt, vektutvikling og BMI, registrering av matinntaket, alder, symptomer og grad av sykdom. Screeningverktøy som anbefales i primærhelsetjenesten er MUST, ernæringsjournal og MNA (Helsedirektoratet, 2012). Tiltros for at det er viktig at sykepleieren har kunnskap om ernæringscreeningverktøy vises det i studien leger, sykepleiere og ernæringsfysiologer i Norden prioriterer ernæring hos eldre lavt. Hovedårsakene var manglende retningslinjer og manglende relevante kartleggings verktøy (Landmark, et.al. 2014).



Analysen viser veiting tre ganger i uka til samme tidspunkt, kost og drikkeregistering er viktig for å tilrettelegge ernæring til pasienter. Det anbefales eldre i institusjon skal veies en gang i måned og veing er viktig for å dokumentere vekttap og forebygge underernæring. Risiko for underernæring kan være tilstede ved en KMI under 22 hos eldre, ved vekttap på inntil fem prosent de siste to månedene eller inntil ti prosent de siste seks månedene (Sortland et al. 2009).

Sykepleier skal følge opp pasientens ernæringsstatus, følge pasienten vekttap, vektendringer, MNA registrering, BMI målinger osv. Dårlig tid og unøyaktig oppfølging kan påvirke kvaliteten på utøvelse av sykepleie til demente og underernærte pasienter på sykehjemmet. Ifølge en pilot studie av Sortland et al. (2009) det er flere studier som viser, retningslinjer for veing av eldre i institusjon ikke blir fulgt. Dette på grunn av ikke tilgjengelige vekter, stolvekter osv. bekreftes som en årsak til manglende vektregistrering i avdelingen på sykehjemmet. Dersom det er slik burde man i sykehjemmet investere i slike verktøy da dette er en av de viktigste verktøy for å følge opp pasientens ernæringsstatus. For å kunne gjennomføre veing må man ha kunnskap, som for eksempel kunnskaper om hvordan å bruke stolvekt og sengevekt. Martinsen (2003) mener at man bør ha fagkunnskaper og praksiserfaring for å kunne yte god sykepleie.

For å kunne hjelpe pasienter med demens, har dårlig matlyst og som lider av undervekt, det er viktig at man må ha kunnskap om kartlegging og finne ut om hva som er årsaken til underernæring hos pasienter med demens. I følge Landmark, et al. (2014), en må ha kjennskap til den gamles ønsker og respektere at noen opplever at eldre pasienter er ``mett`` av etter å spise 2 skjeer av maten som bli servert og derfor ikke ønsker å spise det som ideelt sett dekker ernæringsbehovet. Mat forbindes gjerne med liv og noen eldre synes å gjøre et bevisst valg i forhold til at ``nok er nok`` når de slutter å spise. Det er derfor mange etiske forhold som er nødvendig å ta med i betraktning ved tilrettelegging av tiltak for underernærte gamle pasienter i sykehjem.

Studien viser, det kan være vanskelig for pasienter med demens å uttrykke seg og si fra til pleiepersonalet om hvilken mat pasienten liker, mat som pasienten ønsker, og hva som er årsaken til at pasienten spiser lite eller ikke spiser maten som bli servert. Studien har anbefalt at et fellesmåltid kan være nyttig på grunn av at pleiepersonalet kan observere og notere, og

sykepleiere kan lage individuelle tiltak som kan tenkes og hjelpe pasienten til å få i seg nok næring (Nazarko 2013). Disse tiltakene er som for eksempel, tilbyr pasienten ønskekost dersom det er noe han liker spesielt godt. I tillegg kan det være lurt å servere små porsjon, som er appetittlig lagt opp og kan virke enklere å spise enn store porsjoner. I følge Sortland, 2009, helsedirektoratet anbefaler fem måltider om dagen noes om tilsier ca. 750 gram frukt og grønnsaker daglig. For den kommunale pleie og omsorgstjenesten er det i kvalitetsforskriften fastsatt, grunnleggende behov til pasientene skal sikres. En av disse grunnleggende behovene er fysiologiske behov som tilstrekkelig næring som mat og drikke. Variert mat og kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat (Helsedirektoratet 2013).

Resultat analyse viser, av 34 pasienter med demens som bor i et sykehjem i Montreal, 24 % av dem har gått opp i vekt og ernæringsstatusen har blitt bedre etter at sykehjemmet oftere serverer små porsjoner mat som er rikt av næring, ser appetittlig ut, god lukt mat og maten som pasienter kjenne og liker (Bryna & Ferland 2000). Mange eldre har problemer med tygging så det kan være lurt å gi lettkost mat. Nedsatt matlyst er et hyppig ernæringsrelatert problem. Pleiepersonalet i studien beskriver problem knyttet til pasientens kognitive svikt og ulike stadier av demens, tenner og tannproteser og at mange av de eldre trenger hjelp i spisesituasjon (Landmark, et al. 2014).

Studien viser pasienter med demens spiser mere, når mat blir servert på middagsbordet, at pasienten spiser sammen med medpasienter og pleiepersonalet enn pasienter som spiser alene på rommet sitt og maten blir servert i matserveringsbrett (Desai et al, 2007).

I annen studien viser underernærte pasienter med demens bør få ernæringstilskudd (Elia et al. 2005). Ernæringsdrikker kan være en løsning hvis pasienter liker dette, da man vil få i seg mye næring uten at måltidet er så stort. I følge (Sjøen & Thoresen 2008) før pasienten tilbys ernæringsdrikker bør man vurdere om det er spesielle ernæringsbehov som skal dekkes.

Enkelte pasienter har behov for protein, mens andre har behov for lavt fettinnhold.

Resultatene indikerer at ernæringsdrikke er fordelaktig for å redusere risiko for underernæring (Allen, et al. 2013). Ernæringsdrikker hjelper ikke mot dårlig appetitt som skyldes smerter og obstopasjon da dette kan framkalle kvalme (Sjøen & Thoresen 2008). Næringstilskudd som inneholder kalorier, vitaminer og mineraler, har generelt ikke vist seg å bedre ernæringsstatus hos eldre i institusjon (Fiatarone et al. 2000). Ved nedsatt matlyst og økt katabolsk aktivitet på

grunn av sykdom kan likevel et næringstilskudd ha positiv effekt (Mowe` 2002). Ernæringsdrikke bidrar til økt kalorier, proteininntaket og samtidig er med å øke væsketilførsel (Allen, et al. 2013). Det kan være viktig at eldre får tilstrekkelig væsketilførsel for å unngå dehydrering. Dehydrering kan forårsake tretthet, forvirring, obstipasjon og kan også bidra til å redusere opptaket og forsinke utskillelsen av legemidler. Pleierne kan observeres klinisk ved at hud og slimhinner blir tørre, stående hudfolder (Brodtkorb 2008). Det kan være viktig at pleiepersonale tilbyr mat naturlig som de tilbyr drikke. Med alderen reduseres tørstefølelsen, noe som fører til mange eldre drikker mindre enn de har behov for (Hansen et al. 2002). Studien viser eldre spurte oftere etter drikke enn mat fordi pleiepersonalet oftere tilbyr drikke enn mat. Drikke har pleiepersonalet gjerne med seg på et trillebord, mens maten ikke alltid tilbys på samme måte (Sortland et. al 2009). Pasienter med demens har agnosi og skjønner ikke alltid om hva som er mat og hva som er ikke det (Westergren 2003). Resultater viser pasientene med demens er motivert til å få i seg nok ernæringsdrikke når de får riktig smak, smak de ønsker og kjenner av ernæringsdrikke de fikk servert for. Pasientene med demens drikker mer også når ernæringsdrikke blir servert i vanlig glass uten sugerør enn rett i fra ernæringsboksen med sugerør. Ernæringsdrikke med frukt- og melk smak skal serveres kaldt, for å få fersk smak (Allen mfl, 2013, Nazarko 2013).

Måltidene har en svært viktig funksjon i miljøhandlingen for personer med demens. Personer med demens kan glemme om hvordan man bruke med bestikk for å spise. Pleiepersonalet kan være modell for å vise hvordan bestikket brukes (Helsedirektoratet 2012). I følge Westergren (2003) å måtte ha hjelp under måltid betyr en stadig konfrontasjon med egen utilstrekkelighet og det skaper lett nederlag og skamfølelse. Å kunne spise selv er viktig for mestringsopplevelsen. Måltidet bør tilrettelegges slik at pasienten kan greie seg selv så langt som mulig. Manglende mestring ved bordet vil være traumatisk for de fleste, fordi det sitter flere tilskuer rundt bordet og følger med.

I følge Eide & Eide 2008, pasienter med demens har behov for at pleiere og andre kan verne deres autonomi og integritet. Å respektere andre og den andres integritet er ikke nødvendigvis det samme å la være og ikke motivere pasientene til å klare å spise selv fordi pasienten nektet det. Å vise respekt for en dement person innebærer derfor også å observere og lytte godt, slik at pleieren er i stand til å oppdage hvordan pasienten faktisk har det og hva som er grunn

hvorfor pasienten nekter å spise og hvorfor ikke motivert til å klare seg selv. I følge Martinsen (2003), at en egenomsorgsrettet sykepleie med selvhjelp og uavhengighet som ledende verdi, må nødvendigvis utelukke mange pleietrengende. Den er ekskluderende, mens omsorg er inkluderende. Omsorg om solidaritet som ledende verdi omfatter alle, men tar utgangspunkt i de svake og mest pleietrengende pasientgrupper.

God kommunikasjon mellom pasientene med demens og pleiepersonalet er vanligvis en forutsetning for at etiske problem skal bli tilstrekkelig belyst, slik at det kan bli mulig å finne frem til en akseptabel løsning, og slik at pasientene skal føle at deres verdier, behov og interesser blir rimelig ivaretatt (Eide & Eide 2008).

#### **4.1.3 Personalets holdninger ved matbordet**

Maten er tradisjonell noe å samle seg om, noe som mennesker ser fram til. Det sosiale felleskapet rundt bordet, er i seg selv en positiv stimulans som kan øke trivsel og matlyst (Berg, 2002). Analysen resultat viser at fellesmåltid med pleiepersonale og pasienter med demens på sykehjemmet, skaper trygghet og øker motivasjonen til å spise mer mat og dermed øker matinntaket og kroppsvekt hos demente. I følge Rokstad (2008), fellesmåltid med pleiepersonalet og pasienter gir en mulighet for pleiepersonalet for å kartlegge pasientens funksjonsnivå, praktiske ferdigheter og om pasienter trenger støttende tiltak og hjelp. Når pleiepersonalet spiser sammen med pasientene øker opplevelsen av likeverd og sosialt felleskap. Pasientene får rollemodeller som kan være til hjelp og støtte for å opprettholde egne ferdigheter ved matbordet og dette kan skape trygghet, trivsel og opplevelse av gode måltider (Berg 2002). Når evnen til å spise blir borte må pleiepersonalet hjelpe pasienter med mat (Brodtkorb 2008). Det er viktig at pasienter som trenger assistanse for å klare det praktiske ved matbordet, får en hjelper ved siden av seg. I følge Martinsen (2003), er det viktig at sykepleieren i møte med pasienten observerer pasientens behov for sykepleie. Pasienter må få tid nok til å gjennomføre måltidet i eget tempo (Rokstad & Smebye 2008). Til tross for dette resultater viser at av 30 beboere som bor på et sykehjem i Tyskland, 48% av beboerne har BMI under 22, dem er underernært og trenger assistanse under måltid. Pleiepersonaler bruker maksimum 15 minutter for å hjelpe pasienter med mat (Valentini, et al. 2009).

Sykepleieren skal vise omsorg, forståelse for den andres situasjon og skal bruke sine fagkunnskaper for å hjelpe den syke (Martinsen 2003). Studien gjort av Lin, et. al (2008), viser pleiepersonalet ikke har god nok tid til å assistere pasienter under måltider. De presser pasienter til å spise forttere ved å ta skjea fra pasienten og hjelpe pasienter til å plassere mer mat i munn enn pasientene ønsker eller har behov for. Pleiepersonalets i studien opplever tidspress på grunn av mange arbeidsoppgaver og lite bemanning. Pasientene som trenger assistanse undermåltid og trenger mer tilrettelegging får mindre oppmerksomhet i forhold til ernæring. Kvalitetsforskriften i kommunale pleie og omsorgstjenesten er tydelig på at kommunen skal utarbeide skriftlig nedfelte prosedyre som søker å sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov. Det er blant annet tilpasset hjelp ved måltider og pasienter skal ha nok tid og ro til å spise (Helsedirektoratet, 2013).

Resultatet i denne studien viser når pleiepersonalet gir pasienter god tid til å hygge seg med maten, gir pleiepersonalet følelser av glede over å vise at de bryr seg overfor pasientene og ikke bare gi dem fysiske hjelp. I følge Berg, 2002, måltid oppdekning bør forenkles ut fra pasientens funksjonsnivå, og pasienten må få nok tid til å gjennomføre måltider på eget tempo.

Å presse pasientene til å spise det er en krenkelse av pasients verdighet, integritet og pasientens autonomi. Pasient-og brukerrettighetsloven kapittel 4A har formålet å forebygge og redusere bruken av tvang. Dette hensynet kommer til uttrykk ved at det i loven oppstilles strenge vilkår for å yte helsehjelp ved bruk av tvang (Helse -og omsorgsdepartement 1999).

For at eldre og pasienter med demens kan få motivasjon til å få i seg nok mat og næring, trenger man også god kommunikasjons, veiledning og tilrettelegging, la pasientene hygge seg med maten og utfordrer dem til å delta i aktivitet før og etter måltid. Eksempel at pleiepersonalet utfordrer pasientene til å dekke av og på bordet, vaske opp, tørke av bordet, smøre på brødsriver, skjære ost, sende matfat til andre pasienter, skjenke i kaffe osv. Ved å be en pasient sende matfat eller flytte mugge vil en kunne stimulere orienteringsevnen og gjøre dem oppmerksomme på ting rundt seg. I følge Berg (2002) pleiepersonalet er litt for rask noen ganger til å ta over og hjelpe pasientene.

Personer med demens i sykehjemmet trenger forutsigbarhet og trygghet for å kunne samle seg om det som skal skje (Brodtkorb 2008). For at pasientene er med til å medvirke behandling

av underernæring trenger de god informasjon om behandlingens hensikt. I følge Pasient -og brukerrettighetsloven kapitel 3, Pasienten har rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger ((Helse -og omsorgsdepartement 1999).

Når pasienter med demens ikke forstår om det som skjer rundt seg kan pasienten blir forvirret. Martinsen er opptatt av tydingen i sykepleien. Hun mener at å uttrykke det inntrykket pasienten gir, er en utfordring for sykepleieren. Hun understreker også at pasientens atferd og væremåte påvirker sykepleieren (Kristofersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Informasjonen skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen (Helse og omsorgsdepartement, 1999).

Informasjonen skal framstilles klart, direkte og enkelt for pasientene å forstå. Det er viktig å gi pasienten en følelse av å mestre situasjonen. Unngå derfor spørsmål som pasienten ikke kan besvare, det vil bare skape en følelse av utilstrekkelighet. Setningen bør ikke være for lenge, en bør holde seg til en ting om gangen og bruke konkrete ord og uttrykk i stedet for abstrakte. I senere stadier av demens kan språkfunksjon sviktet og mange eldre med demens får problemer med å uttrykke seg muntlig. Noen kan få svikt i evnen til å forstå det som andre sier (Berg 2002). Direkte øyekontakt for å fange oppmerksomheten kan være nødvendig, og det er viktig å være klar over sansevekkelser (Eide & Eide 2008).

#### **4.1.4 Omgivelser under måltid**

Pasienter med demens har sansetap og har problemer med å oppfatte om hva som foregår rundt seg. De kan bli vanskelig for dem å kjenne andre personer og situasjoner. Det kan føre til forverring og tilbaketrekking (Brodtkorb 2008).

Ernæring er et livsviktig grunnleggende behov. Den spiller en hovedrolle i pasientens helsetilstand. Sykepleiere skal bare bevisst på sitt ansvar om ernæring til pasientene med demens. Måltider og spisemiljø bør planlegges og skal legge til rette for at personer med demens kan funger best mulig i sine omgivelser under måltid og kan oppleves trivelige og hyggelige måltidet (Berg 2002).

Analysen i studien viser når pasienter med demens blir plassert der den føler seg trygg og er bedre kjent med de andre rundt bordet vil skape et sosialt miljø under måltidene og fører til at

pasienter med demens blir roligere og spise bedre. I følge Rokstad (2004) når måltidene inntas i samme rom, ved samme bord og med samme personene til stede, vil pasienten ha mulighet til å kjenne seg igjen fra gang til gang når hun kommer på spisesalen. Det bør ikke være flere enn åtte rundt samme bord. Flere enn åtte gjør situasjonen uoversiktlig. Pasienten skal ha samme faste plasser ved bordet og personalet bør sitte ned og formidle ro, både verbalt og non-verbalt (Brodtkorb 2008, Berg, 2002).

Pasienter med demens har dessuten lav toleranse for stress og mange stress på engang kan virke forvirrende. Det bør ikke foregå andre aktiviteter samtidig med måltidet (Brodtkorb, 2008). Bordet skal dekkes på tilnærmet samme måte hverdag dette for å unngå mistolkning. Helst bør spisebordet plasseres i nærheten av kjøkken avdelingen. Å være på kjøkkenet gir forventning om at det skal bli mat, og interiøret kan stimulere pasientene til å delta med borddekking og rydding etter måltid. Omgivelsene bør gi pasientene informasjon om og gjenkjenning av hvor en er og hva som er forventet aktivitet (Rokstad 2004). Gjenkjenning er en form for mestring som igjen gir grunnlag for trygghet (Berg 2002).

Omgivelser under måltid har betydning for matinntaket hos pasienter med demens som bor i sykehjemmet. Pleiepersonalet skal sørge for god belysning, ro og lite støy undermåltid. Personer med demens er lett å bli distrahere (Helsedirektoratet 2012).

Analysen resultater i denne studien viser, spille kjent musikk under måltid kan bare med å redusere uro, stress og kan øke matinntaket blant pasienter med demens som bor i sykehjemmet. I følge Rokstad (2004), målet med bruk av musikk er å stimulere til sosial deltakelse, redusere stress og uro, stimulere positive opplevelser og vekke minner. Gjennom å knytte musikk til minner vil pasienten få styrket sin identitet og sin opplevelse av egenverdi. Bruk av musikk for å skape avspenning har vært prøvd ut i forbindelse med kveldsmåltidene i sykehjem, og det ga positiv effekt på forekomsten av utfordrende atferd under måltid (Hicks-Moore, 2005).

Resultater viser musikk kan redusere Agnosi hos pasienter med demens. Pasientene i denne studien sitter til cirka 20-30 minutter lengere ved matbordet, hygger seg med maten og spiser mer dessert som inneholder mere sukker enn karbohydrater. Pleiepersonalet i studien bør

passer på om at det skulle servere mer sunt mat enn dessert med mye sukker (Ragneskog, et al. 1996).

I følge Winograd & Brown (1990), det er bedre at pasienter med demens spiser enkelt mat som inneholder sukker enn pasientene ikke spiser noe usunt eller sunt mat.

Resultater viser at rolig musikk gir positive effekt av forstyrrende atferd under måltid.

Pasienter i studien som bruker å rope, skrike, banne og har forstyrrende atferd under måltidet, har blitt roligere når kjente musikk blitt spilt (Hopper, et al. 2014).

For at musikken skal gi utslag i høyre matinntaket blant pasienter med demens i sykehjemmet, det kan være viktig at sykepleier og pleiepersonalet har evner og kunnskap til å vurdere pasienten situasjonen. I tillegg bør sykepleiere og pleiepersonalet ha innblikk i hvilken musikk pasienten liker og har et godt forhold til. Dette for å unngå at pasienter bli forstyrre av musikken og dermed få negativ effekt på matinntaket.

I valget av musikk bør musikken være kjent og oppleves som trygghetsskapende. Tempoet må være rolig. Rytmen i musikken skal bidra til å sette ned tempoet i kroppen, virke beroligende og avslappende. Mest aktuell musikk som gir beroligende er klassisk musikk, men en bør forsøke å finne den musikken pasienten er fortrolig med, og som skaper opplevelse av ro, avslapning og trygghet hos den enkelte (Sløgedal 2005).

## **4.2 Metode diskusjon**

Denne studien er allmenn litteraturstudie. Med begrenset periode har brukt 3 og halv uker til litteratursøk. Det har blitt funnet 13 artikler som kan svare og belyse problemstillingen og disse artiklene har blitt funnet i de internasjonale databasene Medline, Cinahl og en manuell søk. Det er 6 av de 13 artiklene som er nivå 2 fagfeltvurdert. De fleste artiklene med nivå 2 fagfeltvurdert har god etiske vurdering, de er godkjent av human og institusjonenes «review bord». Andre inkluderende artikler er nivå 1 fagfeltvurdert. Etiske vurderingen av disse 3 artiklene er forklart, godkjent av ledelse i sykehjemmet, pleiepersonalet, pårørende og pasientene. Samtidig ledelse på sykehjemmet, pårørende, pleiepersonalet og pasientene har blitt spurt om å delta. Andre inkluderte forskningsartikler står ikke klart om det er godkjent



eller ikke av etiske komité og dette skal sees på som en svakhet, men har valg ut å bruke denne artiklene på grunnlag av det er interessant og bruke for å belyse problemstillingen. Inkluderende artiklene som belyser problemstillingen og som ble benyttet er hovedsakelig kvantitativ forskningsstudie. Kvantitativ er det vi kan observere, regne ut med våre logiske sanser (Dalland 2012). Forskerne i artiklene benytter ulike spørsmålskjema, pasienter og pleiepersonalet blir observert, telling, sjekklister i forhold til forskjellige kriterier i studiene. To av artiklene var kvalitative studier. Hensikten med kvalitative studier er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, tanker, motiver og holdninger, og å få frem nyanser (Thidemann 2015). Det er få kvalitative studier som kan innebære at det har blitt utelatt pleiepersonalets opplevelse og utfordring om ernæring hos pasienter med demens som bor i sykehjemmet. Pasienter blir observert i sine handlinger under måltid, men dem har ikke blitt spurt om deres opplevelser av måltider som har blitt servert. Dette kan være en svakhet med tanke på at gjennom å observere og spørre pasienter og pleiepersonalet sine opplevelser kan forskeren finne ut gode og enda bedre tiltak som kan forebygge underernæring hos pasientene med demens som bor i sykehjemmet.

## 5.0 KONKLUSJON:

Hensikten med denne studien er å beskrive faktorer som har betydning for god sykepleie til eldre demente pasienter i sykehjem med fokus på ernæring.

Ernæring er et av det grunnleggende behov som mennesker trenger for å overleve. Det viser at eldre pasienter med demens er mer utsatt for å bli underernært. Sykepleier sitt ansvar er å ivareta den enkelte pasientens individuelle ernæringsbehov, veilede, tilrettelegge, forebygge og iverksette tiltak. Det er flere tiltak som skal ligge til rette for å kunne opprettholde en tilfredsstillende ernæring til pasienter med demens i sykehjemmet. Blant annet kunnskap hos pleiepersonale om ernæring til personer med demens, kartlegging av kost, brukt av screeningsverktøy, personalets holdninger ved matbordet og omgivelser under måltider.

Pasienter med demens bør observeres regelmessig oppfølging av vekt, ernæringsstatus, regelmessig oppfølging undermåltider for å få tilpasset hjelp og bistand. Oppfølging undermåltidene er viktig med pasienter med demens siden at sykdommen er progredierende og problemer ved måltid kan forverres over tid (Helsedirektoratet 2012).

For å kunne følge opp ernæringsstatusen til pasienter med demens er helsepersonalets faglig kompetanse, interesser, holdninger og kunnskap om ernæring, er en avgjørende faktor for at sykepleiere og andre pleiepersonale kan bidra til en tilfredsstillende ernæring. Hvis sykepleiere ikke er interessert og har ikke god nok kunnskap, kan det bli vanskelig å oppdage pasienter som står i fare for å utvikle dårlig ernæringsstatus, og heller ikke ha nok kunnskap til å iverksette riktig tiltak. Analyser viser at kurs og seminar om ernæring hos pasienter med demens er viktig for å forbedre kunnskap, ferdigheter og holdninger hos pleiepersonalet.

## LITTERATURLISTE

Allen, V., Methven, L., Gosney, M. 2013. *The influence of nutritional supplement drinks on providing adequate calorie and protein intake in older adults with dementia*. The journal of nutrition, Health & Aging, 17: (9) s. 752-755

DOI: 10.1007/s12603-013-0364-5

Alzheimers Disease International 2013. *Number of people with dementia*. The Global Voice on Dementia

<http://www.alz.co.uk/research/statistics> (Lesedato 10. Februar 2015)

Beattie, E.R.A., Algase, L., Song, J. 2004. *Keeping wandering nursing home residence at the table: improving food intake using a behavioral communication intervention*. Aging & Mental Health, 8 : (2) s. 109-116

DOI: 10.1080/13607860410001649617

Berg G. 2002. *Til dekket bord .mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Brodtkorb K. 2008. *Ernæring, mat og måltider*. I: Kirkevold, M., K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (red): Geriatrisk sykepleie (1.utg.) s.254-266. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bryna, H.& Ferland, G. 2000. *Absence of nutrition or clinical consequences of decentralized bulk food proportioning in elderly nursing home residents with dementia in Montreal*. Journal of the American dietetic association, 100: (11) s. 1354-1360

Chang, C-C.& Li, L-C. 2005. *Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients*. Journal of clinical nursing, 14: (10) s. 1185-1192.  
DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01240.x

Chang, C-C., & Roberts, B.L. 2008. *Cultural perspectives in feeding difficulty in Taiwanese elderly with dementia*. Journal of Nursing Scholarship, 40: (3) s.235-240  
DOI: 10.1111/j.1547-5069.2008.00231.x

Chang, C-C., & Roberts, B.L. 2011. *Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia*. Journal of clinical nursing, 20: (15-16) s. 2153-2161  
DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03686.x

Charras, K. & Fremontier, M. 2010. *Sharing Meals with Institutionalized people with dementia - A natural experiment*. Journal of Gerontological social work, 53: (5) s. 436.  
DOI: 10.1080/01634372.2010.489936

Cleary, S., Tammy, H., Forseth, M., Soest, D.B. 2008. *Using routine seatings plans to improve mealtimes for residents with dementia*. Canadian nursing home, 19: (3) s. 487-910

Dalland O. 2012. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg), Oslo: Gyldendal akademisk.

Desai, J., Winter, A., Young K.W., Greenwood, C.E. 2007. *Changes in type of food service and dining room environment preferentially benefit institutionalized with low body mass indexes*. American dietetic association 107 :( 5)814-815

Eide, H., & Eide, T. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner*. Samhandling, konfliktløsning, etikk. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Elia, E., Stratton, R., Russell, C., Green, C., Pan, F. 2005. *The Coast of disease- related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements in adults*. BAPEN, Redditch

Fiatarone, S., Bernstein, M.A., Ryan, N.D. mfl. 2000. *The effect of the oral nutrisjon supplements on habitual dietary quality and quantity in frail elders*. The Journal of Nutrition, Health and Aging, 4:(1) s. 5-12

Hansen, F.R., Moe, C., Schroll, M 2002. *Geriatrici*. København: Munksgaard.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Guttormsen, A.B (et al). Oslo: Helsedirektoratet, 2009. s. 74

Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 20012 s. 98-130

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet 2013.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> ( Lesedato 12.Mars 2015)

*Lov om helsepersonell*, Lov om -1999-07-02 nr.64. Helse- og omsorgsdepartement 1999.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Lesedato 10.Februar 2015)

*Lov om pasient-og brukerrettighets*, Lov om -1999-07-02 nr.63. Helse-og omsorgsdepartement 1999.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> ( Lesedato 10. Februar 2015)

Hicks-Moore, SL.2005. Relaxing music at mealtime in nursing homes. Journal of Gerontological Nursing , 31: (12) s. 26-32

Hooper, J., Carson, D., Lindsay, B., 2012. *Effect of music on mealtime disruptions*. Nursing Times, 108: (48) s. 22-24

Galesi, L.F., Merhi, V.A.L.,Oliveira, R. M.M.de 2012. *Association between indicators of dementia and nutrisjon status in institutionalised older people*. International journal of older people nursing,, 8:(3) s.236-243

DOI: 10.1111/j.1748-3743.2012.00321.x

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. 2005. *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. Grunnleggende sykepleie, bind 4, (1.utg) s.13-99. Oslo: Gyldendal akademisk

Keller, H.H., Gibbs, A.J., Boudreau, L.D., Goy, R.E., Pattillo, M.S., Brown, H.M. 2003. *Prevention of weight loss in dementia with comprehensive nutrisjon treatment*. Journal American Geatrics Society, 51:(7) s. 945-951

DOI: 10.1046/j.1365-2389.2003.51307.x

Landmark, B. T. Grand, S. V., Grov E.K. 2014. *Ernæring blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen*. Klinisk Sykepleie, 28(1), s.4-14

Lin, L-C., Watson, R., Wu, S-C. 2008. *What is associated with low food intake in older people with dementia?* Journal of clinical nursing, 19 :( 1-2) s. 53-59

Lou, M-F., Dai, Y-T., Huang, G-S., Yu, P-J. 2007. *Nutritional status and health outcomes for older people with dementia living in institution*. Journal of advanced Nursing, 60 :( 5) s. 470-477

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04442.x

*Hva er demens*. Nasjonalforeningen for folkehelse 2013. Frivillig organisasjon som arbeider for å bekjempe hjerte-karsykdommer og demens

[http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Om\\_demens/](http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Om_demens/) (Lesedato 10.Februar 2015)

Nazarko L. 2013. *Maintaining good nutrition in people with dementia*. Nursing and residential care, 15:(9)

DOI:[http:// doi.org/10. 12968/ nrec. 2013.15.9.590](http://doi.org/10.12968/nrec.2013.15.9.590)

Martinsen K. 2003. *Kropp og ånd i praktisk sykepleie*. Fenomenologi og omsorg (2.utg), Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen K. 2003. *Omsorg i sykepleien*. Omsorg, sykepleie og medisin (2.utg.), Oslo: Universitetsforlaget

Mowè, M. 2002. *Behandling av underernæring hos eldre pasienter*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 122: 815-818

Parrott, M.D., Young, K.W.H., Greenwood, C.E., 2006. *Energy- containing nutrition supplements can affect usual energy intake postsupplementation in institutionalized seniors with probable alzheimer`s disease*. The American geiatrics society, 54:(9) s. 1382-1387  
DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00844.x

Perkins P. 2015. *Elderly Malnutrition in Nursing Home*. Nursing Home abuse guide 2015  
<http://nursinghomeabuseguide.com/abuse-injuries/malnutrition> (Lesedato 20. April 2015)

Ragneskog, H.,Kihlgren, M., Karlson, I., Norberg, A.1996. Dinnermusic for demented patient: Analysis of video-record observations. Clinical nursing research 5, 262-277.

Rokstad A.M.M., 2008. *Hva er demens?* I: A.M.M. Rokstad & K.L Smebye (red): Personer med demens. s. 27-45. Oslo: Akribe

Rokstad A.M.M., 2008. *Miljøbehandling* I: A.M.M. Rokstad & K.L Smebye (red): *Personer med demens*. s. 152-177. Oslo: Akribe

Salva, A., Andrieu, S., Fernandez, E., Schifrin, J.,Moulin,B.,Decarli, Y., Vellas, B. 2009. *Health and nutritional promotion program for patients with dementia*. The Journal of Nutrition Health & Aging, 13: (6) s. 529-537.

Sjøen, R.J., & Thoresen, L. 2012. *Kosthold for ulike grupper*. Sykepleierens ernæringsbok (4.utg) s.120-146. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sløgedal I. 2005. *Musikk, bevegelse og avslapning*. Eldreomsorgens ABC. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2005.

Sjøen, R.J., & Thoresen, L. 2008. *Vurdering av ernæringsstatus*. Sykepleierens ernæringsbok (3.utg) s.99-105. Oslo: Gyldendal akademisk

Sortland, K., Skjegstad, G., Jansen, L., & Berglund, A. 2009. *Eldre personer ernæring og matinntak ved et sykehjem- en pilot studie*. Vård i Norden, 29: (4) s. 25-29.

Sortland, K. 2011. *Eldre og ernæring*. Ernæring - mer enn mat og drikke (4.utg) s. 185-196. Bergen: Fagbokforlaget.

Thidemann, E-J., 2015. *Hva slags kunnskap trenger jeg for å svare på problemstillingen?* Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving s. 59-75. Oslo: Universitetsforlaget

Thidemann, E-J., 2015. *Valg av metode*. Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving s. 76-81. Oslo: Universitetsforlaget

Thomas, D.W., Smith, M. 2009. The effect of music on caloric consumption among nursing home residents with dementia of the alzheimer`s type. *Activities and adoption aging*, 33:(1) s. 1-16 DOI: 10.1080/01924780902718566



Ullrich, S., McCutcheon, H. 2007. *Nursing practice and oral fluid intake of older people with dementia*. Journal of clinical nursing, 17:(21) 2910-2919

DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02274.x

Valentin, L., Schindler, K., Schlaffer, R., Bucher, H., Mouhieddine, K.S., Tripamer, J., Handschuh, M., Schuh, Dorothee Volkert, Loch, H., 2009. *The first nutrition day in nursing homes: Participation may improve malnutrition awareness*. Clinical nutrition, 28: (2) s. 109-116

Westergren, A. 2003. (red.) Svårigheter att åta. Lund: Studentlitteratur

DOI: 10.1007/s12603-009-0103-0

Winograd, C.H., Brown, E.M. 1990. *Aggressive oral feeding in hospitalized patients*.

American Journal of clinical nutrition, 52, s. 967-968.

Vedlegg:

Tabell 3. Eksempel på oversikt over inkluderte artikler

<b>Forfattere Tidsskrift, tittel</b>	<b>Studiens hensikt</b>	<b>Design/ Intervensj on/ instrument</b>	<b>Deltakere bortfall</b>	<b>Hovedresult at</b>	<b>Kommentar i forhold til kvalitet</b>
--	-----------------------------	--	-------------------------------	---------------------------	---

<p>Thomas, D.W &amp; Smith, M. 2008</p> <p>Activities and adoption aging</p> <p>The effect of music on caloric consumption among nursing home residents with dementia of the Alzheimers type</p>	<p>Å undersøke Om musikk Kan være et effektive tiltak for å reduere uro blant pasienter med Alzheimers demens, og på denne måten resultere i økt kaloriinntaket</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>12</p>	<p>Pasientene hadde 20% økt kaloriinntak i de periodene det ble spilt bakgrunns musikk</p>	<p>Det er utført på lite antall pasienter og kan man ikke fastslå Er effekten er samme hos flesteparten av pasientene</p> <p>Nivå 1 fagfeltvurder t</p>
--	---	-------------------------------	-----------	--	---

<p>Allen et al. 2013.</p> <p>The journal of nutrition, Health &amp; Aging</p> <p>The influence of nutritional supplement drinks on providing adequate calorie and protein intake in older adults with dementia</p>	<p>Å undersøke Om næringsdrikke kan være et kosttilskudd for personer med demens og som er underernært</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>26</p>	<p>Pasientene som deltar i studien har positiv effekt av ernæringsdrikke som kosttilskudd.</p>	<p>Nivå 1 fagfeltvurder t</p> <p>Studien er godkjent av Wales REC</p> <p>And the University of reading REC</p>
--	--	--------------------------	-----------	--	--

<p>Beattie et al. 2004. Aging &amp; Mental Health, Keeping wandering nursing home residence at the table: improving food intake using a behavioral communication intervention.</p>	<p>Å undersøke Effekten av sykepleieren brukt av kommunikasjons strategier Undermåltid</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Står ikke Om hvor mange deltager</p>	<p>Deltakerne i studien sitte Lengere ved matbordet Og spiser mer mat. Men vekta hos pasientene er stabilt</p>	<p>Det er litt svakt på grunn av det står ikke om hvor mange deltakerne og står ikke om studien er god kjent på noen etikk komite.</p>
--	--	--------------------------	---	--	--

<p>Chang, C-C. &amp; Li, L-C. 2005</p> <p>Journal of clinical nursing</p> <p>Effects of a Feeding skills training Programme on nursing assistants And dementia Patients</p>	<p>Å undersøke om seminar og kurs om ernæring kan forbedre ferdigheter og kunnskaper hos pleiepersonalet</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>68 og 1 bortfall =67</p>	<p>Pleiepersonale</p> <p>Fikk mer kunnskap om ernæring og har positiv og bedre holdninger til pasienter under måltid.</p>	<p>Nivå 2 fagfeltvurdering</p> <p>Studien er godkjent av ledelse, pleiepersonalet og pasientene som deltar i studien.</p>
---	--	--------------------------	-----------------------------	---	---

<p>Parrott et al. 2006</p> <p>The American geriatrics society</p> <p>Energy containing Nutrition Supplements can affect usual energy intake post Supplement-tation in institutionalized seniors with probable Alzheimer`s Disease</p>	<p>Å utforske Om økning i kalori Inntak Er forbundet med forbrukt Av kosttilskudd Midt på dagen. Å Undersøke om BMI øke ved brukt av kosttilskuddet</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>34 og 4 bortfall =30</p>	<p>Pasientene som deltar i denne studien har positivt virkning på kosttilskudd Inntaket. 58.8% av de som deltar på studien får en positiv virkning, med at kaloriinntaket øker.</p>	<p>Nivå 2 fagfelt Vurdert</p> <p>Studien er godkjent av research ethics boards at Baycrest og University of Toronto. Pårørende er også informert om studien.</p>
---	---	---------------------------	-----------------------------	---	--

<p>Cleary et al. 2008.</p> <p>Canadian nursing home</p> <p>Using routine seatings plans to improve mealtimes for residents with dementia</p>	<p>Å tilby en konsekvent, kjent fysisk og sosial rutine sitter plan undermåltidene vil føre til bedre spise atferd og mer effektiv måltid.</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>3 grupper</p> <p>Som deltar i studien</p> <p>Men står ikke om hvor mange hver gruppe</p>	<p>Rutine sitteplasser plan gir positiv effekt hos pasienter med demens undermåltid.</p> <p>Deltakere 1 og 3 i studien spise og drikke mer.</p>	<p>Bra studie, men den som er uklart at det står ikke konkret om hvor mange deltager i hver grupper.</p> <p>Uklart om det er godkjent av noe etiske Board.</p>
--	--	---------------------------	---	---	--



<p>Chang et al. 2008.</p> <p>Journal of Nursing Scholarship</p> <p>Cultural perspectives in feeding difficulty in Taiwanese elderly with dementia.</p>	<p>Studien ser på Faktorer som er relatert til Vansker av matinntak som forekommer mellom pleiepersonal et og eldre med demens</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>48 pasienter og 31 pleiepersonale</p>	<p>Det er 37.5% av pasientene nekter å spise. Pleiepersonal et trenger mer kunnskap og training om ernæring til pasienter med demens.</p>	<p>Det er en bra studie det er grundig undersøkelse bortsatt fra at det står ikke noe spesiell om etikken i studie.om det godkjent på noe etikk komite.</p>
--	--	---------------------------	--	---	---

<p>Charras &amp; Fremontier, 2010.</p> <p>Journal of Gerontologic al social work</p> <p>Sharing Meals with Institutionalized people with dementia - A natural experiment.</p>	<p>Å undersøke om fellesmåltider Kan gi positiv Virkning på måltid Opplevelse Hos pasienter med demens</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>18 pasienter</p>	<p>Fellesmåltid Har positiv effekt for pasienter med demens som bor i institusjon</p>	<p>Nivå 1 fagfelt vurdert</p>
---	--	--------------------------	---------------------	---	-------------------------------

<p>Ullrich, S., McCutcheon, H. 2007.</p> <p>Journal of clinical nursing  Nursing practice and oral fluid intake of older people with dementia.</p>	<p>Studien viser om hva sykepleiere gjør å sørge for at eldre Med demens Får tilstrekkelig ernæring</p>	<p>Kvalitativ Studie</p>	<p>48 pasienter High care Og 56 lower care</p>	<p>Pleiepersonal et Fikk bedre holdninger og teknikker til å fremme bedre vaskeinntak hos eldre med demens</p>	<p>Nivå 1 fagfeltvurder t</p>
--	---	------------------------------	--	--	---

<p>Lou et al. 2007</p> <p>Journal of advanced Nursing</p> <p>Nutritional status and health outcomes for older people with dementia living in institution</p>	<p>Å undersøke forandringer over 3 månedersperiode blant eldre mennesker med demens i sammenheng med BMI, forbedring av helsetilstand og andre assosierende faktorer</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>19</p>	<p>Beboere med lav BMI trenger assistanse ved måltid. Nasogastric Kateter brukes ved pasienter som har vanskelig med å få i seg mat gjennom munn</p>	<p>Forskere informere pasientene og pårørende som deltar i studie. De Også informere ledelser om målet i studien.</p>
--	--	---------------------------	-----------	--	---

<p>Keller et al. 2003.</p> <p>Journal American Geriatrics Society</p> <p>Prevention of weight loss in dementia with comprehensive nutrition treatment</p>	<p>Å finne ut om pasienter med demens vekt kan holdes normal og kan forbedre</p> <p>Etter en omfattende studie</p>	<p>Kvantitativ Studie</p>	<p>30</p>	<p>Studie perioden som inneholdt tid på diet, endre meny og matplan viste vektøkning i høyregrad enn vanlig behandling</p>	<p>Nivå 2 fagfelt vurdert</p> <p>Etikken på studien er at De informere Pleiepersonalet, ledelse og pasienter på sykehjemmet. Informere også pårørende</p>
---	--	---------------------------	-----------	--	---

Chang & Roberts, 2011.  Journal of clinical nursing  Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia.	Å finne ut Om vekte til personer med demens kan holdes normal eller forbedret til normal ved brukt av en omfattende studie	Kvalitativ studie	108	Det fleste parten av pasientene holdt normal i vekt eller gikk opp til normal vekt.	Nivå 2 fagfelt vurdert

<p>Galesi et al. 2012</p> <p>International journal of older people nursing</p> <p>Association between indicators of dementia and nutrisjon status in institutionali sed older people</p>	<p>Å undersøke om endringer av måltid</p> <p>Opplevelsen og matinntaket av personer med demens som bor i institusjon</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>150</p>	<p>Det var ingen forskjell i energi og nærings inntaket for pasienter med demens,</p>	<p>Nivå 1 fagfelt vurdert</p>
--	--	------------------------------	------------	---	---------------------------------------

### Mini Nutritional Assessment (MNA)

Efternavn: \_\_\_\_\_ Fornavn: \_\_\_\_\_ Kjønn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_  
 Alder: \_\_\_\_\_ Vekt, kg: \_\_\_\_\_ Høyde, cm: \_\_\_\_\_ ID-nummer: \_\_\_\_\_

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsstatusen.

#### Vurdering, del I

**A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsett appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?**  
 0 = absolutt nedsett appetitt  
 1 = moderat nedsett appetitt  
 2 = ikke nedsett appetitt

**B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene**  
 0 = vekttap over 3 kg  
 1 = vet ikke  
 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg  
 3 = ikke vekttap

**C Mobilitet**  
 0 = seneliggende/sitter i stol  
 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute  
 2 = går ute

**D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene**  
 0 = ja  
 2 = nei

**E Neuropsykologiske lidelser**  
 0 = alvorlig demens eller depresjon  
 1 = mild demens  
 2 = ingen psykologiske lidelser

**F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)**  
 0 = KMI mindre enn 19  
 1 = KMI 19 til mindre enn 21  
 2 = KMI 21 til mindre enn 23  
 3 = KMI 23 eller større

**Undersøkelsespoengsum vurdering, del I**  
 (sumtotal maks. 14 poeng)  
 12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II  
 11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fuller vurderingen, del II

#### Vurdering, del II

**G Bor i egen bolig (ikke på alders/psykehjem eller sykehus)**  
 1 = ja  
 0 = nei

**H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag**  
 0 = ja  
 1 = nei

**I Trykklær eller hudlær**  
 0 = ja  
 1 = nei

**J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?**  
 0 = 1 måltid  
 1 = 2 måltider  
 2 = 3 måltider

**K Utvalgte markører for proteininntak**  
 • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag  
 • To eller flere porsjoner bærfrukter eller egg pr uke  
 • Kjøtt, fisk eller kylling/kattun hver dag  
 0.0 = hvis 0 eller 1 ja  
 0.5 = hvis 2 ja  
 1.0 = hvis 3 ja

**L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?**  
 1 = ja  
 0 = nei

**M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?**  
 0.0 = mindre enn 3 kopper  
 0.5 = 3 til 5 kopper  
 1.0 = mer enn 5 kopper

**N Matinntak**  
 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp  
 1 = spiser selv med noen vanskeligheter  
 2 = spiser selv uten vanskeligheter

**O Eget syn på ernæringsmessig status**  
 0 = ser på seg selv som underernært  
 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand  
 2 = ser ikke på seg selv som underernært

**P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsestilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?**  
 0.0 = ikke like bra  
 0.5 = vet ikke  
 1.0 = like bra  
 2.0 = bedre

**Q Overarmens omkrets (OO) i cm**  
 0.0 = OO mindre enn 21 cm  
 0.5 = OO 21 til 22 cm  
 1.0 = OO mer enn 22 cm

**R Leggokrets (LO) i cm**  
 0 = LO mindre enn 31 cm  
 1 = LO 31 cm eller større

**Vurdering, del II (maks. 16 poeng)**  
**Undersøkelsespoengsum, vurdering, del II**  
**Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)**

**Gradering av underernæringsstilstand**  
 17 til 23.5 poeng  I fare for underernæring  
 Mindre enn 17 poeng  underernært

For: Vellas B, Wilkins JL, Abellan GJ, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-462  
 Bollenkämper L, Hübner G, Sahy A, Gullig S, Vellas B. Screening for Underernæring in 2011. J Nutr Health Aging 2011; 15:326-332  
 Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA)®: Review of the Literature - What does it tell us? Nutr Health Aging 2006; 10:456-462  
 © Nestlé, 1998, Revisions 2006, 1607000, 13-99 1004  
 For more information: www.mna-elderly.com

Gjengitt med tillatelse fra www.baben.org via Nestlé.  
[http://www.mna-elderly.com/mna\\_forms.html](http://www.mna-elderly.com/mna_forms.html)



Pasientdata

Navn .....

Alder .....

# Ernæringsjournal

## 1. Høyde

målt liggende  målt stående  .....m dato: .....

## 2. Vekt og vektutvikling

- Tidligere vekt: .....kg mnd/år: .....
- Vekt ved innleggelse: .....kg dato: .....
- Vekt ved registrering: .....kg dato: .....

- Vekttap/vektøkning .....kg.....% over antall mndr/år.....  
(se nærmere veiledning på baksiden)

Vekt skal videre kontrolleres 1 g/uke i sykehus og 1g/mnd i sykehjem, og vektendringer skal bedømmes. Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer /dårlig ernæringsstatus skal veies 1g/uke.

## 3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI) .....

(se veiledning for utregning på baksiden)

## 4. Andre ernæringsrelaterte data (kryss av og skriv anmerkninger)

- |                             |                             |                              |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| • Nedsatt matlyst           | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Tannproblemer             | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Tygge/svelgeproblemer     | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Munnsårhet/munntørighet   | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Kvalme/oppkast            | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Forstoppelse/diaré        | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Ødemer                    | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Gripe/bevegelsesproblemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Trenger hjelp til å spise | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Synsproblemer             | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |

Anmerkninger (se baksiden)

.....  
.....  
.....

## 5. Vurdering (se baksiden):

.....  
.....  
.....  
.....

# "MUST" ("Mini Underernæring Screeningverktøy")

## Trinn 1

BMI-score

BMI kg/m <sup>2</sup>	Score
>20(>30 fedme)	= 0
18.5-20	= 1
<18.5	= 2

+

## Trinn 2

Vekttap-score

Ufrivillig vekttap de siste 3-6 månedene

%	Score
<5	= 0
5-10	= 1
>10	= 2

+

## Trinn 3

Score for akutt sykdom

Hvis pasienten lider av akutt sykdom og ikke har hatt eller sannsynligvis ikke vil ha næringsinntak i fem dager eller mer.

**Score 2**

Se i "MUST" Brosjyren for alternative målemetoder og bruk av subjektive kriterier ved tilfeller der det ikke er mulig å fastslå høyde og vekt.

## Trinn 4

Samlet risiko for underernæring

Legg sammen scorene for å beregne samlet risiko for underernæring  
Score 0 Lav risiko    Score 1 Middels risiko    Score 2 eller mer Høy risiko

## Trinn 5

Tiltak

**0**

**Lav risiko**  
**Rutinemessig klinisk omsorg**

- Gjenta screening  
Sykehus – hver uke  
Hjemmesykepleie/allmennpraksis – årlig for bestemte grupper, f.eks. > 75 år

**1**

**Middels risiko**  
**Observasjon**

- Sykehus/sykehjem  
– dokumenter næringsinntak i tre dager
- Hvis forbedret eller tilstrekkelig inntak – lite behov for klinisk behandling; hvis ingen forbedring – følg lokale retningslinjer
- Gjenta screening  
Sykehus – ukentlig  
Sykehjem – min. månedlig  
Hjemmesykepleie/allmennpraksis – min. hver 2.-3. mnd

**2 eller mer**  
**Høy risiko**

**Start behandling\***

- Trekk inn klinisk ernæringsfysiolog, ernæringsteam eller følg lokale retningslinjer for ernæringsterapi
- Forbedre og øk totalt næringsinntak
- Overvåk og gjennomgå ernæringsplanen  
Sykehus – ukentlig  
Sykehjem – månedlig  
Hjemmesykepleie/allmennpraksis – månedlig

### Alle risikokategorier:

- Behandle underliggende tilstand og gi hjelp og råd med valg av mat, spising og drikking etter behov
- Registrer pasientens risikokategori
- Registrer behov for spesielle dietter og følg lokale retningslinjer

### Fedme:

- Registrer ev. overvekt. Ev. underliggende tilstand kontrolleres vanligvis før overvekten behandles.

\*Med mindre man forventer at ernæringsterapi ikke har noe positiv effekt, f.eks. ved umiddelbar død.

**Pasienter med identifisert risiko bør revideres ved flytting innenfor helsesystemet**

Se "MUST" Brosjyren for mer informasjon og "MUST" Report for dokumentasjon.

