



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 - Sykepleie VI - Del 2

Risikofaktorer ved underernæring hos hjemmeboende pasienter med demensdiagnose.

Hvilke faktorer øker risikoen for underernæring hos hjemmeboende pasienter som har en demensdiagnose?

Kandidatnummer: 4480 og 4470

Hovedveileder: Janne- Rita Skår

Totalt antall sider inkludert forsiden: 54

Antall ord:8798

Innlevert Ålesund, 22.05.2016

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 19.Mai 2016

**«Jeg ønsker å bidra. Det er lykke
(Demensplanen 2020,2015, s.20)»**

Person med demens.

Sammendrag

Bakgrunn: Omtrent 10% av hjemmeboende eldre er underernærte og pasienter med demens sykdom er spesielt utsatt (Helsedirektoratet, 2009). Studiene som har blitt anvendt i denne oppgaven viser at pasienter med demens er underernærte eller står i fare for å bli underernærte, og at dette fører med store helseproblemer. Sykepleier har en sentral rolle i arbeidet med kartlegging, forebygging og behandling i hjemmebasert omsorg.

Hensikt: Hensikten med oppgaven vår er å belyse et viktig tema i kommunehelsetjenesten, kartlegge risikofaktorer og øke kunnskapen om underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens.

Metode: Vi har 8 forskningsartikler, der 7 er kvantitative artikler og 1 er en kombinert studie. Databasene vi har brukt er Sykepleien Forskning, Pubmed, Science Direct og Cinahl Complete.

Resultat: Studiene som ble analysert i denne oppgaven viser at underernæring fører til mange og sammensatte risikofaktorer for hjemmeboende pasienter med demens. Hovedfunnene i studien viser måltidsrelaterte problemer, gjentatte sykehusinnleggelser, økt fare for sykdom, aktivitetsforstyrrelser, høy alder og kvinner er risikogrupper som øker faren for underernæring hos hjemmeboende demenspasienter.

Konklusjon: Sykepleier må arbeide tverrfaglig og forebyggende i behandlingen av underernæring hos demente. Det trengs større fokus på blant annet tilrettelegging av spisesituasjon, hjemmemiljø, kommunikasjon med pasient og pårørende, sykdom, kvinner og de eldste eldre.

Abstract

Background: Approximately ten percent of the elderly living at home are malnourished and patients with dementia are particularly vulnerable (Helsedirektoratet, 2009). The research that has been applied in this field shows that patients with dementia are malnourished or at risk of becoming malnourished and that this generally leads to major health problems. Nurses have a key role in mapping, preventing and treating those at risk through home care.

Purpose: The purpose of our task is to illustrate an important issue in community health care, identify risk factors and increasing knowledge around malnutrition in patients living at home with dementia.

Method: We have eight research papers, where seven are quantitative, and one is a combined study. The databases that we have used are Sykepleien forskning, PubMed, Science Direct and Cinahl Complete.

Result: The studies analyzed for this assignment show that malnutrition leads to increased and complicated risk factors for patients living at home with dementia. The main findings of the study show meal-related problems, repeated hospitalizations, increased risk of disease, activity disorders. Patients of advanced age and women are at an increased risk of developing malnutrition whilst living at home with dementia.

Conclusion: Nurses must work in an interdisciplinary and a prevention-orientated way in the treatment of malnutrition in those with dementia. We need a greater focus on the facilitation of the eating situation, home environment, communication with patients and relatives, and sicknesses and diseases. We also need to focus more on women and the very old patients.

Innhold

Innhold

1.0 Innledning	3
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema.....	3
1.2 Oppgavens hensikt	3
1.3 Presentasjon og presisering av problemstilling.....	4
1.4 Avgrensning	4
1.5 Definisjoner av begrep	4
1.6 Oppgavens videre oppbygning.....	5
2.0 Teoribakgrunn	6
2.1 Demenssykdom	6
2.1.1 Å leve med demens	6
2.2 Underernæring.....	7
2.3 Hjemmesykepleie og sykepleier i HBO	8
2.3.1 Sykepleier i hjemmesykepleien.....	8
2.3.2 <i>Observere og vurdere behov</i>	9
2.3.3 <i>Pårørende</i>	9
2.3.4 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen	10
3.0 Metodebeskrivelse	11
3.1 Hva er metode?.....	11
3.2 Søkestrategi	12
3.3 Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.4 Kvantitative og Kvalitative forskningsmetoder	13
3.5 Kvalitetsvurdering.....	13
3.6 Ethiske vurderinger	14
3.7 Analyse.....	14
4.0 Resultat	17
4.1 Måltidsrelaterte problemer gir risiko for underernæring.....	17
4.2 Gjentatte sykehusinnleggelse og mer utsatt for sykdom gir risiko for underernæring .	18
4.3 Aktivitetsforstyrrelser gir risiko for underernæring.....	19
4.4 Alder og kjønn gir risiko for underernæring	20
5.0 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.2 Gjentatte sykehusinnleggelse og mer utsatt for sykdom gir risiko for underernæring.....	25
5.2.3 Aktivitetsforstyrrelser gir risiko for underernæring	28
5.2.4 Alder og kjønn gir risiko for underernæring	29
6.0 Konklusjon	32
7.0 Litteraturliste	33
Vedlegg 1 - Litteratursøk: skjema for søkehistorikk.....	37
Vedlegg 2 - Literaturmatrise 1:	38
Vedlegg 3 - Literaturmatrise 2:	39
Vedlegg 4 - Literaturmatrise 3:	40

Vedlegg 5 - Litteraturmatrise 4:	41
Vedlegg 6 - Litteraturmatrise 5:	42
Vedlegg 7 - Litteraturmatrise 6:	43
Vedlegg 8 - Litteraturmatrise 7:	44
Vedlegg 9 - Litteraturmatrise 8:	45
Vedlegg 10 - Skjema for systematiske litteraturstudier.....	46

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

”Vi har masse ressurser, unntatt hukommelse (Demensplanen 2020, 2015)”.

Det er en kjent sak at vi blir eldre og eldre i dagens samfunn, og jo eldre man blir øker sjansen for å få en demenssykdom. Det er rundt 70 000 mennesker som har demens i Norge, og halvparten av de bor hjemme. I løpet av sykdomsutviklingen vil de komme til å trenge hjelp for å mestre hverdagen. For å klare å hjelpe demente i hjemmet må man ha både en faglig og etisk kompetanse, og demensomsorgen krever krav til en tverrfaglig samhandling (Fjørtoft, 2012). I følge Demensplanen 2020 (2015) er det regnet med at forekomsten av demens vil øke til det dobbelte innen de neste 30-40 årene. Enkelte konsekvenser som er en naturlig del av sykdomsutviklingen er redusert matlyst og manglende sultfølelse, og som dermed utgjør en stor risiko for underernæring. Helsedirektoratet (2009) sier at hos hjemmeboende eldre er det rundt 10 % som er underernærte, spesielt utsatt er personer med demens og dette fører med seg en rekke komplikasjoner. Komplikasjonene kan være nedsatt evne til å motkjempe infeksjoner, fysiske og mentale funksjoner svekkes, man får redusert livskvalitet, det reduser bedringsfasen etter sykdom og det gir økt dødelighet.

Temaet om demens og underernæring er såpass aktuell i dagens samfunn, at vi har møtt pasienter med dette problemet i alle utplasseringene vi har hatt i løpet av studien. Dette er et vanskelig tema som rammer en stor pasientgruppe, og derfor synes vi det er viktig å ha kunnskap om risikofaktorer for å klare å forebygge og behandle pasientene på best mulig måte. Temaets relevans i dagens helsevesen er vår motivasjon for denne oppgaven.

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven vår er å belyse et viktig tema i kommunehelsetjenesten, kartlegge risikofaktorer og øke kunnskapen om underernæring hos hjemmeboende pasienter med

demens.

1.3 Presentasjon og presisering av problemstilling

Ut i fra temaet vårt, har vi valgt følgende problemstilling:

Hvilke faktorer øker risikoen for underernæring hos hjemmeboende pasienter som har en demensdiagnose?

1.4 Avgrensning

De vi har valgt å ta for oss er pasienter med demens som bor i eget hjem eller i omsorgs-/kommunalboliger, vi har også valgt å ta med polikliniske pasienter. Vi har valgt å konsentrere oss om studier som omhandler pasienter med demenssykdom, og ikke andre sykdommer, da dette hadde blitt et veldig vidt spekter å ta for seg.

1.5 Definisjoner av begrep

Berentsen (2013) beskriver demens slik:

«En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare seg i dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Berentsen, 2013, s.354)».

Underernæring:

Underernæring er når næringsinntaket er mindre enn behovet, det kan komme av at behovet

øker eller næringsinntaket blir mindre. Risikofaktorer for å utvikle underernæring er blant annet høy alder, demens, tann- og svelgeproblem, redusert smak og luktesans, sår, diare, stort medisinforbruk og alvorlig somatisk sykdom. Dette medfører en rekke negative faktorer som redusert muskelmasse, nedsatt immunforsvar, generell svekkelse og infeksjonsfare (Brodtkorb, 2013).

Hjemmebasert omsorg:

Dette er et tilbud til pasienter som trenger hjelp i hverdagen i eget hjem over korte eller lengre perioder. Målet ved hjemmebasert omsorg er at pasienten skal klare å mestre sin egen hverdag i eget hjem. Dette innebærer pleie og omsorg når alderdom, sykdom, redusert helse eller livssituasjon gjør at pasienten har behov for hjelp. (Fjørtoft, 2012).

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Videre i oppgaven vil vi presentere teoribakgrunnen som inneholder teori om demens, underernæring og hjemmesykepleie. Deretter kommer metodebeskrivelsen der vi går inn på datainnsamlingen og analysen av artiklene som har blitt anvendt i oppgaven. Så kommer resultatkapitlet der sentrale funn fra artiklene blir presentert. Deretter kommer diskusjonskapitlet, først med metodediskusjon og resultatdiskusjon i lys av teoribakgrunnen og hovedfunnene fra artiklene. Helt til slutt kommer konklusjon med en oppsummering av oppgaven.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapittelet skal vi presentere relevant teori om underernæring, demens og hjemmesykepleie. Her vil vi også nevne hva som er konsekvensene ved underernæring og hva en sykepleier kan gjøre i arbeidet med underernæring for denne pasientgruppen. Vi vil også presentere en utvalgt sykepleieteoretiker.

2.1 Demenssykdom

Demens er en fellesbetegnelse på hjernesykdommer som kan sees ved kognitiv svikt, endringer i følelser og personlighet, og redusert evne til å fungere i det daglige liv.

Demenssykdom påvirker menneskets livssituasjon, der man fungerer dårligere og dårligere, og til slutt blir helt avhengig av andre sin hjelp (Demensplan 2020, 2015).

Demens utvikler seg over tid og har ulike grader. Tilstanden er definert i det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 som kan være et hjelpemiddel for å komme frem til diagnosen. Spørsmål i ICD-10 ved demens går på svekket hukommelse, bevissthet, sviktende emosjonell kontroll og at symptomene må ha vart i minimum seks måneder (Berentsen, 2013).

2.1.1 Å leve med demens

Demensplanen 2020 (2015) trekker frem at det er viktig å huske på at sykdommen kan utvikle seg forskjellig fra person til person, og at vi må se hele mennesket. Det som rammer alle med demenssykdommer over tid er endret selvbilde, samvær med andre og hvordan de mestrer hverdagen. Det er enkelte punkter som har kommet frem om det å leve med demens. De handler om å miste tilhørigheten, at den grunnleggende tryggheten i livet blir borte, dårlig mestringsfølelse, redusert medvirkning, bestemme over eget liv og nære relasjoner blir mye viktigere enn tidligere, dette kan føre til belastning på pårørende.

2.2 Underernæring

Det kommer frem i litteraturen at underernæring sees hos mellom en tidel og to tredjedeler av pasientene som er hjemmeboende. Det er nødvendig å kartlegge og observere tegn på underernæring tidlig, da denne tilstanden ikke blir synlig før etter lang tid. Forebygging av underernæring viser seg å være enklere enn å behandle de som allerede er alvorlig underernærte (Sjøen og Thoresen, 2012).

Underernæring er et stort problem over hele verden, og feil- og underernæring virker negativt på flere organfunksjoner i kroppen. Pasienten er utsatt for å tape muskelmasse og redusert muskelkraft. Konsekvensen av dette er redusert lungefunksjon, dårlig hostekraft, redusert hjertefunksjon, utmattelse og lavere immunforsvar. Ved underernæring får ikke pasienten i seg nok proteiner, som fører til at huden blir atrofisk og mister evnen til optimal sårtilheling. Pasienten kan dessuten være utsatt for ødem og dårlig blodgjennomstrømming i vevet, som fører til iskemi. Når kroppen ikke får i seg de næringsstoffene den trenger i løpet av en dag, vil den reagere med konsentrasjonsvansker, irritabilitet og apati (Stubberud et al, 2013).

I Norge har vi de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Retningslinjene handler om anbefalinger for hvordan man kan indentifisere og behandle underernærte, samt pasienter i risiko for underernæring i institusjon, i sykehjem og i hjemmet. I retningslinjene står det informasjon om årsaker, forekomst og konsekvens, og effekten av behandling av underernæring. Dette er et verktøy for alt helsepersonell som jobber med pasienter, særlig eldre i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009). I primærhelsetjenesten skal alle pasientene i hjemmesykepleien gjennomgå en ernæringsrisiko ved oppstart av tjenesten, videre så gjennomføres dette månedlig. Det er anbefalt å bruke screeningverktøyet MNA og MUST. For å få et godt klinisk undersøkelse- og behandlingstilbud til pasientene, er det anbefalt å bruke dokumentasjon om ernæringsstatus til alle pasientene (Ibid).

I forskningsartiklene vi har valgt å ta for oss, har alle brukt screeningverktøyet MNA, Mini Nutritional Assessment. Verktøyet er mye brukt i geriatrien og hos eldre over 65 år. Som beskrevet i artiklene består MNA av to deler. Den første delen består av 6 spørsmål som gir

poeng, hvis pasienten får en poengscore på 11 eller lavere, kan man gå rett til den andre delen av screeningen som består av 12 spørsmål om blant annet boforhold og matinntak. Dersom summen til slutt blir mellom 17 og 23,5 poeng, er pasienten i fare for underernæring. Ved en poengsum på under 17 poeng, er pasienten alvorlig underernært (Sjøen og Thoresen, 2012). I noen av artiklene har de også brukt kroppsmasseindeks, KMI, for å vurdere pasientenes ernæringstilstand. Dette er den vanligste metoden å bruke til vurdering, her tar man kroppsvekten og dividerer med høyden x2.

2.3 Hjemmesykepleie og sykepleier i HBO

Hjemmesykepleie er et tilbud til hjemmeboende mennesker som har behov for helsehjelp. Hjemmesykepleie har blant annet fokus på å forebygge, behandle, ta vare på pasientenes helse og rehabilitere. Det er viktig at helsepersonellet hjelper pasientene til å mestre hverdagen og den livssituasjonene de befinner seg i, slik at de kan leve et godt liv i sitt eget hjem (Fjørtoft, 2012).

Fjørtoft definerer hjemmesykepleie slik:

«Hjemmesykepleie er å yte sykepleie til akutt og kronisk syke i alle aldre i deres eget hjem. Det innebærer en helhetlig tilnærming med fokus på miljømessige, psykososiale, økonomiske, kulturelle og personlige faktorer som påvirker den enkeltes og familiens helsestatus (Fjørtoft, 2012, s.19)».

2.3.1 Sykepleier i hjemmesykepleien

I hjemmesykepleien møter sykepleier mange ulike pasienter og sykdommer, dette krever et bredt kunnskapsbehov. Funksjonen til en sykepleier er å hjelpe den enkelte pasient i en vanskelig livssituasjon i eget hjem. Dette er en pasientsentrert praksis som handler om at det er pasientens behov, ressurs og preferanser som står sentralt, og det er viktig at pasienten får delta aktivt i hjelpen og behandlingen for å få et godt samarbeid (Fjørtoft, 2012). En arbeidsdag i hjemmesykepleien kan se svært ulik ut, fordi hjemmesykepleien er oppdelt ut fra

geografisk område og ikke sykdomstilstander som ved et sykehus. Arbeidet er både farlig og personlig utfordrende, og det er ofte tidspress å forholde seg til for sykepleieren i hjemmesykepleien. For å være tilstede for hver pasient, passe tiden og mestre utfordringene som dukker opp, må sykepleieren være både engasjert og kunnskapsrik (Fjørtoft, 2012).

2.3.2 Observere og vurdere behov

Som sykepleier i hjemmesykepleien er det å observere og vurdere pasientens behov en sentral oppgave i arbeidshverdagen, og behovene kan forandres fra dag til dag. I tillegg til akutte situasjoner som oppstår må det hele tiden vurderes hva pasienten trenger hjelp til, hvordan han/hun mestrer dagligdagse aktiviteter og om det er forsvarlig å bo hjemme (Fjørtoft, 2012). Mennesker med demensdiagnose trenger tilpasset behandlingstilbud til deres behov, men hjelpebehovet vil stadig bli større etter hvert som sykdommen utvikler seg (Fjørtoft, 2012).

2.3.3 Pårørende

Det sies at når en person får en demens diagnose, rammes ikke bare personen, men hele familien. I følge Fjørtoft (2012) er kanskje demens sykdommen en sykdom som rammer like mye eller mer pårørende enn selve pasienten. Det kan være veldig krevende og belastende å være nær en med denne sykdommen. Den fører med seg mye bekymring, det kan være vondt å oppleve personforandringer og økende kognitiv svekkelse som denne sykdommen fører med seg. Pårørende kan også være en veldig stor ressurs, men det er viktig at sykepleier støtter og gir nødvendig hjelp når det trengs. Avlastning og informasjon om pårørendegrupper kan være noe hjemmesykepleien hjelper til med. Det er også viktig at hjemmesykepleien samarbeider med pårørende, da ofte pårørende har betydning for hvor lenge pasienten har mulighet til å bo hjemme.

«Jeg freste når alle sa at jeg måtte ta vare på meg selv: Fortell meg hvordan jeg skal ta vare på meg selv når jeg må ta vare på den demente 24 timer i døgnet og vi i tillegg har en ungdom i huset (Demensplanen 2020,2015, s.7)»

2.3.4 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen

Kari Martinsen forklarer at omsorg er noe vi mennesker opplever og kjenner på daglig, dette beskriver hun med tre dimensjoner. Det første er at omsorgen er relasjonell, den er alltid avhengig av hverandre, det er en sosial relasjon der det må være minimum to partnere involvert, man bryr seg om hverandre. Den andre dimensjonen til Kari Martinsen er at omsorgen er praktisk og konkret. Dette handler om at for å klare å gi omsorg og hjelpe ett annet menneske må personen forstå situasjonen og sette seg inn i den. Den tredje dimensjonen handler om at omsorgen er moralsk, å være tilstede i relasjonen og at handlingene vi utfører må være ekte. God moralsk omsorg er å hjelpe noen til å hjelpe seg selv. Disse tre dimensjonene hører alltid til en situasjon der man utøver omsorg til andre mennesker. Det kan vise seg ved å lytte, hjelpe og respektere mennesker. Sykepleiere gir hele tiden omsorg i sitt arbeid, som gjerne blir definert som omsorgsarbeid. I omsorgsarbeidet forventer ikke sykepleieren å få noe tilbake fra de andre. Hvis pleien for en person inneholder de kvalitetene som beskriver omsorg, som er den relasjonelle, den praktiske og den moralske, får pasienten god pleie og omsorg (Alvsvåg, 2010).

Martinsen definerer det slik:

«Omsorg er å ta ansvar for den andre, men ikke ta ansvaret fra ham (Alvsvåg, 2010, s.422)»,

3.0 Metodebeskrivelse

I dette kapitlet har vi hovedsakelig valgt å bruke pensumlitteraturen til Forsberg og Wenström (2013), men også brukt Dalland (2013) som støttelitteratur. Vi har brukt en systematisk litteraturstudie som metode, dette er et verktøy for å søke og kritisk undersøke litteraturen for et spesielt emne. De vil fokusere på dagens forskning og utvalgte felt.

Rapportene er basert på vitenskapelig tidsskrift og andre vitenskapelige rapporter som gjør at litteraturen er en informasjonskilde.

Den systematiske litteraturstudien er bygd opp av åtte ulike steg (Forsberg og Wengström, 2013):

- Forklare hvorfor studien er gjennomført
- Formulere spørsmål som går an å besvare
- Formulere en plan for litteraturstudie
- Søkeord og søkestrategi
- Identifisere og velge litteratur i form av vitenskapelige artikler eller rapporter.
- Kritisk vurdere, kvalitetsbedømme og velge litteratur
- Analysere og diskutere resultat
- Konklusjon

I metodekapitlet vil vi arbeide med steg 4, 6 og 7 som handler om søkeord, søkestrategi, kritisk vurdere, kvalitetsbedømme, analysere og diskutere resultatet.

3.1 Hva er metode?

I følge Forsberg og Wengström (2013) kan metodekapitlet se ulikt ut i forhold til studiens design og datainnsamling, men metoddelen skal inneholde utvalg, målemetoder, datainnsamling, dataanalyse og etiske vurdering. Dalland (2013) beskriver metode som et redskap til å finne svar på noe som vi lurer på.

Aubert definerer metode som:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2013, s.111)».

3.2 Søkestrategi

Til søkeprosessen har vi brukt databasene som hører til under NTNU i Ålesund. Vi brukte søkebasene Pubmed, Sykepleien Forskning, Science Directs og Cinal Complete. Søkeord vi brukte var malnutrition, malnutrition risk, nutrition, nutrition status, underernæring, dementia, alzheimers, in their home og home living. I noen av databasene er det kun mulighet for å bruke et søkeord, mens man i andre databaser kan velge å kombinere ord sammen. Hvis vi ikke har funnet artikler til de søkeordene vi brukte først i en database, har vi valgt å benytte oss av synonymord for å få opp korrekte søk til vår oppgave. Når vi kombinerte flere ord sammen brukte vi «and» i mellom (Se vedlegg 1 angående søkestrategi).

3.3 Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kartlegging av risikofaktorer for underernæring.	Artikler med for mye fokus på andre geriatriske sykdommer
Pasienter med demens	Pasienter som bor i institusjon eller er innlagt på sykehus.
Artiklene kunne også handle delvis om andre geriatriske sykdommer	Forskning eldre enn 10 år
Hjemme/kommunale boliger/polikliniske pasienter	
Norske og engelske artikler	
Forskning gjort innen 10 år	
Fagfelleverderte, nivå 1 eller 2	
Artikler med etiske hensyn	
IMRAD-struktur	

I utgangspunktet ønsket vi å finne flest kvalitative forskningsartikler, dette fordi det er en mer fleksibel metode der det er lettere å få frem risikofaktorene ved underernæring hos enkeltmenneske. Etter hvert i søkeprosessen fant vi ut at fra vår første problemstillingen, som handlet om hvordan sykepleiere kunne kartlegge ernæringsstatusen til hjemmeboende personer med en demenssykdom, var det svært lite kvalitative forskningsartikler og at demenssykdommen gjorde det vanskelig med denne metoden. Etter første veiledning viste det seg at de fleste artiklene våre hadde et pasientperspektiv, og vi måtte av den grunn endre problemstillingen vår. Vi satt igjen med syv kvantitative forskningsartikler og en artikkel som var kombinert.

3.4 Kvantitative og Kvalitative forskningsmetoder

Som nevnt tidligere har vi brukt en systematisk litteraturstudie, der vi skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, det blir brukt spørreskjema med faste svaralternativer, samt systematiske og strukturerte observasjoner. Dette er en god metode for å få gjennomsnittsberegninger på det vi ønsker å finne ut. Kvalitativ metode ønsker å finne opplevelsene og meningene, og bruker intervju uten faste svaralternativer og ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2013). Det er også mulig for forskeren å bruke en kombinert metode, både kvantitativ og kvalitativ. Dette blir brukt når forskeren ønsker å få ulike synsvinkler på samme tema (Forsberg og Wengström, 2013).

3.5 Kvalitetsvurdering

Vi har brukt Forsberg og Wengström (2013) for å kvalitetsvurdere forskningsartiklene vi har funnet. De mener det ikke er noen fast måte å kvalitetsvurdere artiklene på, men det finnes noen kriterier som kan brukes. Artiklene må svare på hva som er formålet med undersøkelsen, oppnådde resultat og om resultatene er gyldige.

For å kvalitetsvurdere artiklene sjekket vi opp alle i databasen til norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, der alle artiklene ble vurdert til nivå 1, som betyr at de er referee bedømt, etisk

vurdert og av høy kvalitet. Vi brukte sjekklistene for systematisk litteraturliste til Forsberg og Wangström (2013) for å bedømme kvaliteten på artiklene (Se vedlegg 10).

Vi leste gjennom 33 artikler, med hovedvekt på metode og resultatdel, for å finne ut om artiklene svarte på problemstillingen vår. Noen ble ekskludert på grunn av manglende relevans for oppgaven, manglende IMRAD-struktur eller at de ikke var vurdert av etisk komite. 17 av artiklene ønsket vi å se nærmere på så vi skrev de ut på papirark og leste de hver for oss, for deretter å diskutere de i felleskap. To artikler ekskluderte vi raskt siden de handlet om pasienter etter innleggelse på sykehus, og ikke hjemmeboende. Vi analyserte de resterende artiklene der vi markerte ut funnene risikogrupper og elementer som belyser problemstillingen, og sammenlignet de med hverandre.

Det ble skrevet litteraturmatriser på hver og en av de 8 artiklene som ble brukt i denne oppgaven (Se vedlegg 2-9).

3.6 Etiske vurderinger

Som nevnt tidligere er alle artiklene godkjent i Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Før man gjennomgår de ulike studiene, er det viktig å kjenne til hva de etiske overveielser dreier seg om. Ved et systematisk litteratursøk er det viktig å velge ut studier som er gjennomgått i etisk komite (Forsberg og Wengström, 2013). Alle som deltok i studiene ble anonymisert, fikk informasjon om undersøkelsen, gav samtykke til å delta og stod fritt til å trekke seg når som helst (Dalland, 2013). De som ikke var i stand til å gi informert samtykke, hadde pårørende som ble spurt om å delta i studien.

3.7 Analyse

I følge Forsberg og Wengström (2013) betyr analyse og dele opp i mindre deler, undersøke materialet hver for seg, for deretter å sette materialet sammen til en helhet. Når man skal analysere et sett med artikler, kan man bruke en såkalt koding. Når alle artiklene er lest gjennom, kan man kategorisere ut hovedfunnene. Hovedkategoriene kan være funn eller

kategorier som er basert på problemstillingen eller teorier. Til analyseprosessen kan man bruke en enkel variant, en såkalt innholdsanalyse, den består av 5 ulike steg.

Steg 1

Fase 1 går ut på at man skal lese gjennom materialet man har samlet inn flere ganger for å gjøre seg godt kjent med artiklene og få et overblikk over hva de handler om (Forsberg og Wengström 2013). Til analysen satt vi igjen med 8 artikler. Vi skrev ut artiklene i papirform og begge to leste nøye gjennom alle artiklene.

Steg 2

Fase 2 innebærer å gjøre seg kjent med hva artikkelen handler om, og gi de forskjellige stikkordene i teksten koder (Ibid). Vi merket ut funnene som svarte på problemstillingen. Vi merket også ut hva artiklene foreslo som sykepleietiltak for hvert enkelt problem i de ulike artiklene. Artiklene ble delt mellom oss, der vi jobbet med litteraturmatrisene, for deretter å diskutere de i fellesskap. Vi måtte begrense litteraturmatrisene, og være mer konkret i funn som belyser problemstillingen. Vi fant etter hvert 13 koder på risikofaktorer for underernæring.

Steg 3

Fase 3 handler om å putte de ulike kodene i kategorier. Vi gikk gjennom alle artiklene for å finne de ulike funnene som de belyser i sin studie. Vi skrev så opp alle funnene på en liste, og nummererte hvor mange av artiklene som belyste de ulike funnene. Alle hovedfunnene som vi valgte ut, ble så satt inn en tabell. De 13 kodene ble da til 4 kategorier.

Steg 4

Fase 4 handler om å se om kategoriene kan sammenfattes i et eller flere temaer, for eksempel likheter og forskjeller (Ibid). Det ble ikke naturlig for oss å sammenfatte kategoriene til et eller flere tema, derfor gjorde vi de fire kategoriene om til tema.

Steg 5

Tolke og diskutere resultatet, dette gjøres senere i oppgaven.

Tabell 2: Risikofaktorer for underernæring

Hovedfunn	Undertema
Måltidsrelaterte problemer	<ul style="list-style-type: none">• Bo alene• Ikke i stand til å lage mat selv• Ikke i stand til å spise selv• Orale problemer• Dårlig matlyst
Gjentatte sykehusinnleggelse, mer utsatt for sykdom.	<ul style="list-style-type: none">• Kroniske og geriatriske sykdommer• Høyere infeksjonsfare• Lavere blodverdier• Adferdsforstyrrelser
Aktivitetsforstyrrelser	<ul style="list-style-type: none">• Ikke i stand til å handle selv• Bolig vs Hjemme
Alder og kjønn	<ul style="list-style-type: none">• Yngre eldre, middels eldre og de eldste eldre• Kvinner

4.0 Resultat

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

4.1. Måltidsrelaterte problemer gir risiko for underernæring

Det er fem artikler som nevner at det er problemer med å bo alene som gjør at pasientene er underernært, og seks artikler som nevner måltidsrelaterte problemer som oralproblem (Isaia et al, 2011, Lee et al, 2009, Rognstad et al, 2013, Rullier et al, 2013, Saka et al, 2010 og Spaccavento et al, 2009).

Rognstad et al (2013) forklarer i sin studie at problemer med å spise er en vesentlig risikofaktor for underernæring. Årsaken til underernæring blir forklart med at de ikke har energi til å handle selv og at de har nedsatt evne til å planlegge innkjøp og matlaging. Studien viste at de som var utsatt for underernæring ofte hadde fysiske problemer med å få i seg mat selv og tannproblemer. Studien mener også at å spise alene er en faktor for underernæring.

«Det å kunne planlegge, handle sin egen mat og velge selv hva man skal spise, samtidig som man er i stand til å innta måltidet, faktisk bidrar til bedre matlyst og reduserer risikoen for underernæring (Rognstad, 2013, s. 305)».

Noe av det samme sier Lee et al (2009), men han peker i tillegg på at kognitiv funksjon og underernæring har en sammenheng.

«I have tooth or mouth problems that make it difficult to eat (Lee et al, 2009, s.97)»

“I am not always physically able to shop, cook, and feed myself (Lee et al, 2009, s.97)”

Det ble i studien rapportert om tilfeller med sammenheng mellom orale problem og nedsatt kognitiv funksjon. Men denne studien alene kan ikke bekrefte at orale problemer er en risikofaktor for underernæring. Om tann- og munnproblemene kom før underernæringen eller om den nedsatte kognitive funksjonen gjorde at det ble endringer i livet som førte til orale problemer, er ikke bevist (Lee et al, 2009). Men Saka et al (2010) sier også at orale problemer er en av mekanismene som påvirker underernæring hos eldre, spesielt eldre dementpasienter. Han nevner dårlig appetitt, nedsatt lukte og smaksans, og feilernæring som faktorer som øker risikoen.

Isaia et al (2011) sin studie sier at de med Alzheimers sykdom, som bor alene har en stor risiko for underernæring.

«It is important to focus the attention on demented patients living at home and on their risk of malnutrition. Since it is commonly accepted that home is a protective ambient for elderly people requiring acute cares, especially if they are affected by different types and grades of dementia (Isaia et al, 2011, s. 250)».

4.2 Gjentatte sykehusinnleggelses og mer utsatt for sykdom gir risiko for underernæring

Isaia et al (2011) og Saka et al (2010) har begge funnet ut i sin studie at pasienter med gjentatte sykehusinnleggelses har større risiko for underernæring. I tillegg til de to studiene, er det to andre studier som sier at pasienter med underernæring er mer utsatt for ulike sykdommer, Rognstad et al (2013) og Spaccavento et al (2009).

I Saka et al (2010) sin studie har de funnet ut at pasienter som hadde mange sykehusinnleggelses var mer utsatt for underernæring, i tillegg mer kroniske og geriatriske sykdommer og stort inntak av ulike medikamenter. Av de med hyppige sykehusinnleggelses var det 32 % av deltakerne av yngste eldre, 56 % av middels eldre og 51 % av de eldste eldre som hadde lav skår på MNA og var i risiko for underernæring. Studien sier også at pasienter som er i risiko for underernæring er mer utsatt for ulike plager og sykdommer som

soveproblem, større fallrisiko og depresjon. Studien viser også at de med dårlig MNA skår hadde lavere blodverdier, som hemoglobin, albumin og en høyere CRP som viser infeksjon i kroppen, enn de med normal MNA skår.

«It is known that many undetected problems of the elderly can increase morbidity and mortality. Acute hospital admissions expose them to risks associated with hospitalization (Saka et al, 2010, s.277)».

Forskningen Spaccavento et al (2009) mener at atferdsforstyrrelser og dårlig psykisk helse øker faren for underernæring og i likhet med Saka (2010) sin studie sier han at redusert matinntak, spesielt når det gjelder proteinmangel, gir lavere blodverdier. Hos Alzheimers pasienter viste det seg at irritabilitet og uro var assosiert med endringer i matvanene, reduksjon av matinntak, sammen med lavt inntak av protein fører til mye vandring, apati, natteforstyrrelser, depresjonstegn og aggressivitet. Hos pasienter med demenssykdom og underernæring var adferdsforstyrrelser vanlig.

«Nutrition is an important issue for elderly people, especially in patients with dementia. It is also related to clinical outcome, such as cognition, autonomy and behaviour (Spaccavento et al, 2009, s.359)».

4.3 Aktivitetsforstyrrelser gir risiko for underernæring

Det kommer frem i seks artikler at aktivitetsforstyrrelser er risikofaktor for underernæring (Droogsma et al, 2013, Isaia et al, 2011, Riches og Jeanes, 2014, Rognstad et al, 2013, Rullier et al, 2013 og Spaccavento et al, 2009).

Både Rullier et al (2013) og Rognstad et al (2013) sine studier har funnet ut at ernæringsstatusen virker inn på aktiviteter og funksjonelle begrensninger i dagliglivet. Deltakerne i studien som hadde problemer med å kjøpe inn mat selv var mer underernært, og de som klarte å handle inn selv var mindre utsatt for underernæring.

«Concerning factors related to older people with dementia, our results showed a strong association between the level of limitation ADL and nutritional status, confirming the literature results (Ruliler et al, 2013, s.284)».

Det viser seg i forskningen til Droogsma et al (2013) at det er en sammenheng mellom underernæring og svekket ADL funksjon. Pasienter med Alzheimers sykdom som var i risiko for underernæring var mer svekket i dagligdagse aktiviteter enn de som var godt ernærte. Undersøkelsen som er gjort påpeker at flere studier bekrefter funnet deres, at de med Alzheimers og aktivitetsforstyrrelser har større risiko for underernæring.

«There is a mutual relation between nutritional status and daily functioning, in which on the one hand functional decline worsens nutritional status and on the other hand malnutrition worsens functional status (Droogsma, 2013, s. 60)».

Studien til Riches og Jeanes (2014) handler om utbredelsen av underernæring i bolig og hjemmet. Studien har funnet ut at pasienter som bor hjemme er mer selvstendig og aktiv i dagliglivet, mens pasienter som bor i bolig viser aktivitetsforstyrrelser i dagliglivet og er mer underernært.

«Participants who were dependent were significantly older and more malnourished than those who were independent (Riches og Jeanes, 2014, s. 326)».

4.4 Alder og kjønn gir risiko for underernæring

Alle åtte artiklene vi har valgt handler om eldre pasienter, flere tar for seg forskjellen mellom de «yngre» eldre og «eldre» eldre og alle artiklene som tar for seg dette har kommet frem til at de eldste er mest utsatt for underernæring. Flere tar for seg ulikheter mellom kjønnene og konkluderer med at kvinner er mer utsatt enn menn.

Saka et al (2010) har tatt for seg pasientene i ulike aldersgrupper, i alderen 65-74 som yngre eldre, alderen 75-84 som middels eldre og over 85 år som de eldste eldre. Hans studie viser at

eldre er mer utsatt for underernæring og at det er mange faktorer som spiller inn. Hver tredje av de yngste eldre og halvparten av de eldste eldre hadde dårlig ernæringsstatus.

«Risk can be minimized if the health centers provide specialized care for older adults (Saka et al, 2010, s.747)».

Spaccavento et al (2009) har delt pasientene i to grupper i studien, den ene gruppen var for pasienter som var i risiko for underernæring og den andre var for godt ernærte. Det kom frem at pasienter som står i risiko for underernæring er eldre enn pasienter som er godt ernært.

«Patients at risk of malnutrition were older than well-nourished ones (Spaccavento et al, 2009, 358)».

I forskningen til både Rognstad et al (2013) og Lee et al, (2009) sier de at kvinner er mer utsatt enn menn for underernæring. Lee (2009) har tatt for seg ernæringsstatusen til menn og kvinner, der resultatet viste at kvinner er mer utsatt for underernæring. Hos kvinner var det 79,9 % som var i risiko for underernæring og hos menn var det 20,1 %.

«Et annet sentralt funn i vår undersøkelse er at kjønn har signifikant betydning for sannsynligheten for å være underernært eller stå i fare for underernæring. Kvinner har betydelig høyere sannsynlighet for å stå i fare for underernæring eller være underernært sammenliknet med menn, dette er også vist i andre studier (Rognstad et al, 2013, s.306)».

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet starter vi med å presentere metodediskusjon der vi går inn på metoden vi har brukt i vår oppgave. Deretter presenteres resultatdiskusjon i lys av funnene fra studiene og teoribakgrunnen, konsekvenser for sykepleien vil også bli belyst. På bakgrunn av dette skal vi besvare problemstillingen vår: Hvilke faktorer øker risikoen for underernæring hos hjemmeboende pasienter som har en demensdiagnose.

5.1 Metodediskusjon

Høsten 2015 startet vi allerede med litteratursøk i skolens databaser, da vi hadde snakket om et tema som begge viste interesse for og ønsket å få mer kunnskap om. Vi lagde en prosjektplan som inneholdt tema for oppgaven, problemstilling, begrunnelse for valg av tema og problemstilling, hvordan vi ønsket å gå frem for å besvare problemstillingen, relevant forskning og aktuell teori for oppgaven. Prosjektplanen skulle også inneholde en fremdriftsplan. Fremdriftsplanen som da ble utarbeidet, har vi gjort noen endringer på underveis i forløpet. I utgangspunktet ønsket vi å bruke et sykepleieperspektiv, men fant ut etter en god del søk i ulike databaser, og ut fra de artiklene vi satt igjen med til slutt, at de tok for seg pasientperspektiv. Vi måtte derfor endre på problemstillingen vår slik at den var mer tilpasset de artiklene som vi ønsket å bruke. I søkeprosessen brukte vi en notatbok for å notere ned artikler vi fant som vi valgte å se nærmere på. Det ble notert navn på artiklene, databaser, søkeord og antall treff. Etter en periode med søking kom vi frem til et akseptabelt antall artikler som vi kunne begynne å lese gjennom. Ved hjelp av denne notatboken kunne vi lage en tabell over søkehistorikk. Vi brukte også notatene våre til å kunne utelukke artikler som ikke var relevante for vår oppgave, dermed unngikk vi å velge ut og lese gjennom de samme artiklene etter hvert som vi måtte gjøre nye søk. I oppgaven har vi brukt 4 ulike databaser. For denne oppgaven ønsket vi i utgangspunktet å finne kvalitative forskningsartikler. Dette fordi kvalitative studier har rikere og mer utfyllende resultater enn kvantitative studier. For vår del ble det vanskelig å finne disse studiene, da søkeordene vi brukte og kombinasjonene av disse kun ga kvantitative studier. Selv om de fleste av våre studier er kvantitative, 7 kvantitative og 1 kombinert studie, gir de et godt svar på problemstillingen vår. Det var ønskelig at studiene

skulle være av nyere forskning, innen 5 år. Men etter funn av gode studier som var eldre enn dette, valgte vi å inkludere studier som var innenfor de siste 10 årene, vi satt da igjen med studier fra 2009-2014.

5.2 Resultatdiskusjon

Mat må vi mennesker ha for å overleve, men det kan også være en del av en behandling. Mat er en viktig kilde til næringsstoffer, rehabilitering og forebygging av sykdom, men det er også kjærighet, trygghet, glede, tilhørighet og trøst. På den måten kan vi si at mat både er behandling og omsorg (Sjøen og Thoresen, 2012)

Som nevnt tidligere er eldre som bor alene og har demens sykdom i særskilt utsatt for å utvikle feil- og underernæring. Det er en viktig oppgave for sykepleieren å ha spesielt omsorg for de skrøpelige eldre, for å få kompetent faglig tilsyn og riktig oppfølging (Fjørtoft, 2012).

5.2.1 Måltidsrelaterte problemer gir risiko for underernæring

Det kommer frem i flere av studiene at pasientene er underernærte eller står i fare for underernæring fordi de bor alene, som naturlig nok fører til at de spiser alene (Isaia et al, 2011, Lee et al, 2009, Rullier et al, 2013, Saka et al, 2010, og Spaccavento et al, 2009). I følge Fjørtoft (2012) må sykepleier i hjemmesykepleien hele tiden vurdere om det er forsvarlig å bo hjemme og tilrettelegge behandlingstilbudet individuelt etter hvordan pasientsituasjonen er. Det å ha problemer med å spise er også et problem som blir beskrevet i studiene og årsaken til dette var ofte tann- og munnproblemer. I følge Brodtkorb (2013) er miljøet rundt et måltid viktig, det sies at maten smaker bedre når man spiser sammen med andre. Dette har også innvirkning på appetitten der de eldre spiser bedre, samtidig som man dekker psykososiale behov. Samson og Strand (2013) mener at etter hvert som man blir eldre, skjer det normale aldersforandringer i munnen og i mage-tarm-kanalen. Spyttproduksjonen reduseres, som gjør at tennene råtner og skades. Når eldre får redusert spyttsekresjon påvirker det smakssansene, da smaksstoffene ikke løses opp på samme måte som tidligere. Forandringene kan vise seg ved at pasienten får sprø tenner, tilbaketrukket tannkjøtt og svekkede slimhinner, for å nevne noen. Enkle tiltak kan settes i verk for pasienter med slike plager, og sykepleieren har derfor

en viktig rolle i å hjelpe og forebygge. Tiltakene kan for eksempel være å kontakte tannlegen, oppfordre til tannstell hver dag, helst to ganger daglig, tilby fluorholdige produkter som er med på å styrke tennene, og for pasienter som bruker tannproteser bør det oppfordres til å rengjøre med såpe og protesetannbørste. Siden pasientene har en demenssykdom, kan det være vanskelig å oppfordre dem til å gjøre dette daglig. Kommunikasjon kan være vanskelig, det er viktig at sykepleieren ordlegger seg riktig og gir bekreftelser med kroppsspråket (Berentsen, 2013). Med eksempelet der de oppfordres til å pusse tennene daglig, kan sykepleieren være til stede og veilede den demente. Her kan man veilede dem og kommunisere tydelig, slik at det vi sier med ord bekreftes med kroppsspråket.

Underernæring kan være vanskelig å oppdage og sykepleier har en viktig forebyggende oppgave. Når man gjør en slik vurdering må man se på den enkeltes pasients størrelse og deretter regne vekttapet ut i prosent. Kartleggingen er til for å hjelpe pasienter som er underernærte eller i risiko for underernæring, til å bedre deres ernæringsstatus (Brodtkorb, 2013). Kroppsvekten er en sikker måte for å vite forholdet mellom tilførsel og forbruk av næringsstoffer. For pasienter som er brukere av hjemmesykepleien er det vanlig rutine å veies en gang i måneden (Stubberud, Almås, Kondrup, 2013). Hvis det er tydelige tegn på at pasienten ikke får i seg den næringen han/hun trenger, er det viktig at sykepleieren tar ansvar for å veie pasienten utenom de faste tidspunktene for å kartlegge og bremse utviklingen av videre underernæring hos pasientene. For å registrere underernæring ser man på vektendringer, symptomer som gjør det vanskelig for den eldre å spise og hvordan matinntaket er (Sjøen og Thoresen, 2012). Ved inspeksjon av pasientene, for eksempel under stellesituasjoner, kan man se tydelig at bein stikker frem, spesielt ved skuldrene og brystkassen (Ibid). I tillegg måles også KMI for vurdering av ernæringsstatusen. Hos eldre skal KMI være høyere enn hos andre, rundt 24-27, fordi de har høyere fettvev. Viktige tiltak er å vurdere og observere pasientenes mat- og drikkeinntak, og dokumentere dette slik at man kan se endringene tydelig (Brodtkorb, 2013).

En viktig oppgave for sykepleierne i en slik situasjon er å følge med på at det hele tiden er mat i kjøleskapet som ikke har gått ut på dato og at det er variert kost som pasienten liker. I funnene til Rognstad (2013) sa de at pasientene som ikke har vært med på å handle selv, har dårligere ernæringsstatus, nettopp fordi de ikke har vært med selv og valgt varer. Et av Saka (2010) sine funn er dårlig matlyst hos eldre demente, dette viser viktigheten av å være med å

velge matvarer selv og få handle noe pasienten liker. Det som kan være en utfordring i hjemmesykepleien grunnet det stadige tidspresset, er å observere hva pasientene faktisk spiser og drikker (Brodtkorb, 2013). Eldre har evnen til å beholde søtsmaken lengere enn andre, og selv om dette ikke inneholder så mange næringsstoffer, kan det være nyttig å tilby den demente søte pålegg (Brodtkorb, 2013). Middager, for eksempel, blir bare varmet og satt frem på bordet før sykepleieren må reise videre på neste besøk. De beskriver også at hvis noen har tid til å sette seg ned med den eldre noen minutter under måltidet, kan dette være helt nødvendig for appetitten og at pasienten får i seg mat. Kommunikasjonen mellom sykepleieren og den demente er viktig for å gjøre måltidet til en positiv opplevelse. Dette er viktig for å sikre tilstrekkelig ernæring og for å unngå vekttap (Rognstad, 2013). Her kan vi trekke inn det relasjonelle fenomenet som Kari Martinsen beskriver i sin omsorgsteori. Martinsen mener man må gå grunnleggende inn på relasjonen mellom pasient og sykepleier for å avdekke hva det er å ta ansvar for et sykt menneske. Sykepleieren kan ikke forvente noe tilbake fra en pasient, og har en plikt å hjelpe pasienten uansett (Nortvedt, 2012). Studiene vi har tatt i bruk i vår oppgave har tatt for seg kartleggingsverktøyet, Mini Nutritional Assessment. Som forklart tidligere i oppgaven, er dette et godt verktøy for å finne ut hvorfor underernæring oppstår hos pasienter i primærhelsetjenesten. I noen av studiene som ble anvendt i denne oppgaven, var det ikke alle pasientene som deltok som var i stand til å gi informasjon. Pårørende var derfor tilgjengelig, de ga samtykke til å være med i studien og svare på spørsmål om pasientenes matvaner. (Brodtkorb, 2013).

5.2.2 Gjentatte sykehusinnleggelser og mer utsatt for sykdom gir risiko for underernæring

I følge studien til både Saka et al (2010) og Isaia et al (2011) har de med gjentatte sykehusinnleggelser økt fare for underernæring. Pasienter i risikoen for underernæring er mer utsatt for sykdom og infeksjon i kroppen. Funnene i studien til Isaia et al, (2011) sier at pasienter med demens sykdom som bodde alene og hadde depresjon, hallusinasjoner eller adferdsforstyrrelser var mer utsatt for underernæring enn pasienter med mild kognitiv svikt. Studien viser også at det var ulikheter med de med demens diagnose og uten; pasienter med demens diagnose og gjentatte sykehusinnleggelser var mer utsatt for underernæring enn kognitiv «normale» pasienter. Brodtkorb (2013) sier sykdom og medisinsk behandling

påvirker matinntaket og ernæringsstatusen i en negativ retning. Ved sykdom mister man ofte matlysten, og sykdom øker energi- og proteinbehovet betraktelig. Ranhoff (2013b) bekrefter studiene vi har funnet med at pasienter som er innlagt i sykehus er mer utsatt for underernæring, dette er gjerne assosiert med lengre liggetid. Hjemmebesøk etter et akuttopphold på sykehuset har vist seg å bedre funksjonsevnen, redusert dødsfall utenfor sykehus og minsket risikoen for nye sykehusinnleggelse. Dette viser viktigheten av at hjemmesykepleien kommer innom etter sykehusopphold og har et ekstra tilsyn til pasienten. Sjøen og Thoresen (2012) nevner også at en av konsekvensene til underernæring er nedsatt infeksjons-motstand. Gjentatte sykehusinnleggelse er også assosiert med økt fare for underernæring, dette gjelder også pasienter som før sykehusoppholdet var godt ernærte. Som et forebyggende tiltak er det nødvendig med jevnlig vurdering av ernæringstilstanden til pasienten.

Deltakerne i studien til Spaccavento et al (2009) som hadde demens sykdom og var i risiko for underernæring, hadde adferdsforstyrrelser som apati, aggresjon og natteforstyrrelser. Det er ingen behandling mot å helbrede demens diagnosen sier Berentsen (2013), men vi kan behandle plagene som ofte følger med sykdommen, som aggresjon og natteforstyrrelser. God omsorg, og tilrettelegging av livssituasjon og miljø er tiltak som kan hjelpe pasienten. Vi må vurdere pasienten individuelt og de ulike demens typene kan utgjøre store forskjeller, som videre kan gjøre at pasienten trenger ulike tiltak og oppfølging.

I følge Brodtkorb (2013) kan sykdom føre til underernæring, og underernæring føre til sykdom. Demens pasienter har agnosi, som betyr at de har svekket evne til å tolke sanseinntrykk, som lukt og smak. Det kan føre til at de spiser uspiselige ting eller lar være å spise. De har også en lavere toleranse for stress som gjør at de trenger å skjermes for mange inntrykk rundt matsituasjonen, for mye å forholde seg til eller mye rot på bordet kan for eksempel skape forvirring. I hjemmet rundt sine egne ting er pasienten tryggere enn ute blant ukjente omgivelser.

Når eldre pasienter blir akutt syke må sykepleieren tenke tverrfaglig, diagnostikk, medisinsk behandling, forebygge komplikasjoner og rehabilitering må sees samtidig. Syke eldre skiller seg fra syke yngre, og er mer sårbare og skrøpelige. Eldre har ofte mer diffuse symptomer og sykepleieren må være spesielt oppmerksom på delirium. De er ofte mer avhengige av

pårørende og kommunikasjonen kan bli mer utførende på grunna av sansesvikt, kognitiv svikt eller demens sykdom. Hos demente pasienter er det ekstra viktig med pårørende som kan gi verdifull informasjon til helsepersonell og skape trygghet rundt pasienten (Ranhoff, 2013a). I arbeidet med denne pasientgruppen er det viktig å få en god dialog med både pasient og pårørende. Demente pasienter kan ha problemer med å forstå ironi og vi må være konkret, kortfattet og tydelig i samtalen. Hvis pasienten har problemer med å forstå samtalen eller innholdet i informasjonen som blir gitt, kan det føre til utagering og angst. For å få en god og tillitsfull kommunikasjon er det viktig med kontinuitet og et stabilt forhold mellom sykepleier og pasienten. En god dialog og et godt samarbeid med pårørende er viktig i arbeidet for at de skal føle seg godt ivaretatt. De er viktig å lytte og avlaste når det er behov for dette. Pårørende kan også hjelpe til å gi god informasjon om hvordan pasienten har vært tidligere, noe som kan hjelpe til i arbeidet (Berentsen, 2013).

Autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet er noen av de viktigste etiske prinsippene i sykepleien. Dette sier noe om å ha respekt for medmenneske, og at alle har like rettigheter (Nordvert, 2012). Pasienten har rett til å bestemme over egen behandling, dette kan være særs utfordrende ovenfor demente som kanskje har mistet samtykkekompetansen og har problem med å se sitt eget beste. Ifølge Nordvert (2012) er det beskrevet i lovverket at det skal ha blitt prøvd omsorgstiltak og kommunikasjon før det brukes tvang og bestemmes over en pasient, og dette skal bare gjøres ved «nødvendig» helsehjelp, lik rett til lik omsorg.

I de yrkesetiske retningslinjene står det beskrevet om respekt for autonomi;

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (ICN, 2011)».

Barmhjertighetsprinsippet er et femte prinsipp som kan være sentralt i arbeidet til hjemmesykepleien, da det handler om å ta individuelle hensyn til den enkelte pasienten, også ved vanskelige prioriteringer. Kari Martinsen mener dette prinsippet er viktig for å fremme idealet om den barmhjertige som er viktig i sykepleien (Nordvert, 2012).

I hjemmesykepleien kommer vi inn i hjemmet til pasienten, dette kan føles både veldig nært og utførende. Vi må legge til rette for at pasienter med demens fremmer livskvaliteten og

bevarer restfunksjonen. Demenssykdommen vil utvikle seg til å bli verre over tid, det er derfor ikke et mål å kurere sykdommen, men få gode øyeblikk og stunder (Fjørtoft, 2012).

5.2.3 Aktivitetsforstyrrelser gir risiko for underernæring

I studien til Riches og Jeanes (2014) blir det beskrevet at pasientene med demens som bodde hjemme var mer selvstendig og klarte seg bedre i dagliglivet, enn de pasientene med demens som bodde i kommunale boliger. De som var mer selvstendig hadde en høyere skår på Mini Nutritional Assessment og hadde dermed en mye bedre ernæringsstatus. Pasientene som bodde i bolig var i risiko for underernæring (Riches og Jeanes, 2014). For pasientene som sliter med å utføre dagligdagse gjøremål, er det viktig å tilrettelegge for at de skal være så selvstendig som mulig. Hjemmemiljøet blir tryggere og mer oversiktlig. Som Kari Martinsens sier er omsorg å ta ansvar for den andre, men ikke ta ansvaret fra ham (Alvsvåg, 2010).

I Helsepersonelloven paragraf 4 står det følgende;

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Hpl).»

I følge Berentsen (2013) har pasienter med alvorlig kognitiv svikt vanskeligheter for å klare seg selv i sitt eget hjem og utføre praktiske oppgaver. Tilrettelagt botilbud kan være nødvendig, slik de beskriver det i studien. Studien til Droogsma (2013) sier at pasienter med Alzheimer's sykdom er mer svekket i dagligdagse oppgaver. Pasienter med Alzheimer's sykdom er utsatt for betydelig handlingssvikt, i tillegg til at de har problemer med å orientere seg i ulike situasjoner, utsatt for apraksi, agnosi, sviktende romoppfatning og ulike atferdsproblemer. Det er viktig at sykepleier er med på å tilrettelegge for at miljøet skal bli så trygt som mulig som vil forenkle de daglige gjøremålene, og bidra til glede og mestring (Berentsen, 2013). I studien til Rognstad et al (2013) kommer de frem at pasienter som ikke

får være med å handle selv er mer utsatt for underernæring. At pasientene får være med å handle og velge matvarer selv kan virke forebyggende for underernæring hos hjemmeboende demente.

Eldre, demente og personer med en annen form for forvirring er blant mange som er utsatt for fall. Årsaken til dette kan være blant annet fordi de har for lite væske- eller næringsinntak (Nhi, 2013). På grunn av redusert gangfunksjon og dårlig balanse, vil det også være vanskelig å dra ut for å handle og lage mat (Brodtkorb, 2013). Fermann og Næss (2013) sier at mange hjemmeboende trenger hjelp til å handle, lage mat og spise. Bevegelsesfunksjonene blir endret jo eldre man blir og de får en redusert muskelstyrke. De bruker ofte den maksimale muskelstyrken ved dagligdagse aktiviteter. Det blir beskrevet at kvinner er mer utsatt for lavere muskelkapasitet enn det menn er, og derfor har de vanskeligere for å utføre daglige gjøremål, som skyldes inaktivitet. Dette kan resultere i blant annet dårlig balanse, da tyngdepunktet blir skjøvet bakover mot hælene. Vi har balansen, som er en dynamikk for å hindre at vi faller. Dårlig balanse gjør at den eldre fungerer dårlig i dagligdagse aktiviteter (Helbostad, 2013). Velferdsteknologi er svært aktuelt i dag, og er ulike hjelpemidler til den hjemmeboende demente som kan bidra til forebygge fall, ensomhet og forverring av kognitiv svikt. Velferdsteknologi kan blant annet bidra til at pasienten kan klare seg lengre hjemme. Eksempel på hjelpemidler kan være forglemmegei kalender og klokke og komfyrvakt (helsedirektoratet, 2012).

5.2.4 Alder og kjønn gir risiko for underernæring

I Norge i dag blir vi bare eldre og eldre, med økende levealder følger også økende antall demenstilfeller. Statistisk sentralbyrå har undersøkt at antall personer over 67 år vil øke betydelig i fremtiden, fra 624 000 i 2010 til rundt 1,5 millioner i 2060. Kvinner lever lenger enn menn og hos kvinner over 80 år er det 70 % som bor alene, samtidig det er bare en tredjedel av mennene i samme aldersgruppe som bor alene. Det er flere kvinner enn menn som får demens sykdom, dette kan delvis ha en sammenheng med at kvinner lever lenger.

Men det viser seg også at graden er større blant kvinner enn menn, i den samme aldersgruppen (Andreassen, 2010).

I Saka et al (2010) sin studie kommer det frem at de med høy alder har større risiko for underernæring enn de yngre eldre. Pensumlitteraturen bekrefter at dette stemmer og at faktisk halvparten av de gamle pasientene i hjemmesykepleien står i fare for underernæring (Fermann og Næss, 2013) Kvinner blir nevnt blant annet i Rognstad (2013) sin studie ved å ha større risiko for underernæring enn menn. Men det er også bevisst at kvinner lever lengre og at alderen spiller en rolle i ernæringsproblematikk. Om kvinner er mer utsatt for underernæring fordi de lever lengst eller om de er i større risiko på grunn av kjønnet, spekuleres det i flere studier. I litteraturen til Sjøen og Thoresen (2012) står det at kvinner er spesielt utsatt for lavere opptak av blodverdier og vitamin D, som gjør at skjelettet tappes for kalk. Redusert opptak av viktige næringsstoffer er en normal aldringsprosess, men det gjør at pasienten har større risiko for å utvikle underernæring. Ved høy alder kommer også ulike konsekvenser av alderen, dette kan være nedsatt stoffskifte, problemer i fordøyelsessystemet og forminskede lever. Nedsatt stoffskifte kommer av lavere mengde aktive celler, som gjør at det er viktig å få i seg næringsstoffer med den maten som inntas. Med alderen følger det også med seg mindre smak og luktesans, som ofte fører med seg dårligere matlyst og glede over maten. Den forminskede leveren fører til at blodsukkeret blir vanskelig å korrigere, dette gjør det ekstra viktig å ha næringsrike og regelmessige måltid. Tørstefølelsen blir redusert med alderen, og det er viktig at den eldre ikke bare drikker når den føler seg tørst. Eldre kan ha større problemer med ernæring av en rekke årsaker, som dårligere matlyst, dårligere helse og vanskeligheter med å komme seg på butikken (ibid).

Både i studiene og litteraturen viser at som sykepleier i hjemmesykepleien må vi være ekstra oppmerksom mot de eldste, og særs kvinner. I arbeidet i hjemmesykepleien bør sykepleieren legge til rette for små hyppige måltider, og pasienten bør alltid ha ett glass vann i nærheten. Kvinner bør være ekstra oppmerksom på å få i seg nok kalsium og opprettholde inntak av melkeprodukter, eventuelt kalsiumtilførsel, også D vitamin og tiaminmangel er de utsatt for. Der i mot er menn mer utsatt for mangel på vitamin C, grunnet at kvinner er spiser mer frukt og grønnsaker (Sjøen og Thoresen, 2012). Pasientene kan ha behov for kunnskap om hvilke matvarer som er næringsrike, men dette kan være vanskelig for demensgruppen. Demente

pasienter i hjemmesykepleien kan ha nytte av å veiledes med hjelp til innkjøp og tilberedning av mat.

Kari Martinsens sin teori handler blant annet om etikk og det hun mener er etiske fenomener i praksisen til sykepleiere. Martinsen mener man må gå grunnleggende inn på relasjonen mellom pasient og sykepleier for å avdekke hva det er å ta ansvar for et sykt menneske. Sykepleieren kan ikke forvente noe tilbake fra en pasient, og har en plikt å hjelpe pasienten uansett. Det moralske ansvaret er ulikt fordelt og sykepleieren har et spesielt ansvar for de svake. Med dette menes den sårbare pasienten å være spesielt oppmerksom på de utsatte gruppene som de eldre (Nortvedt, 2012).

Sykepleierne i hjemmesykepleien er avhengig av tverrfaglig samarbeid for å kunne forebygge og behandle underernæring hos hjemmeboende demente, aktuelle samarbeidspartnere er blant annet legen. Pasientenes ernæringsproblemer og KMI skal alltid diskuteres med legen. En annen viktig samarbeidspartner er ernæringsfysiologen som har spesialkompetanse innen ernæringsstatus og ernæringsbehov hos den enkelte. Som nevnt tidligere i oppgaven er sykepleierne også avhengig av å samarbeide med tannlegen, og i dette tilfellet på grunn av tann- og munnproblemer (Brodtkorb, 2013).

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket vi å finne risikofaktorer og øke kunnskapen om underernæring hos hjemmeboende pasienter med demensdiagnose. Hovedfunnene til vår litteraturstudie var måltidsrelaterte problemer, gjentatte sykehusinnleggelses, mer utsatt for sykdom, aktivitetsforstyrrelser, alder og kjønn.

Diskusjonen viser at konsekvensen for sykepleie i hjemmebasert omsorg til hjemmeboende demens pasienter med underernæring er krevende og kompleks. Sykepleieren må arbeide tverrfaglig, samarbeide med blant annet lege og ernæringsfysiolog. Tiltak som vi har funnet spesielt viktig i arbeidet med denne målgruppen er tannhygiene, kartlegge og observere/vurdere behov, arbeide med god kommunikasjon med både pasient og pårørende, tilrettelegging av matsituasjon og hjemmemiljø, bruk av velferdsteknologi, og gi spesiell oppmerksomhet til kvinner og de eldste eldre. Sykepleieren må vurdere pasienten individuelt, arbeide med hele pasienten og delta i etiske avgjørelser om behandlingsgrad og nivå.

Anbefalinger for videre forskning

I arbeidet med denne oppgaven har vi funnet ut at det finnes mye forskning innenfor kartlegging av risikofaktorer når det gjelder underernæring hos pasienter med demens sykdom, men lite på hvilke tiltak som fungerer. Vi mener det er behov for å forske mer på hvilke tiltak som hjelper mot forebygging og hvordan behandle underernæring hos denne pasientgruppen.

7.0 Litteraturliste

Alvsvåg, H. (2010) 'Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning'. i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2*. 3.utg. Oslo: Akribe. s. 417-450.

Andreassen, K.K. (2010). *Befolkningen sin størrelse og aldersfordeling*. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa120/kap1.pdf>. (Hentet: 9.mai 2016).

Berentsen, V.D. (2013). 'Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 350-382.

Brodtkorb, K. (2013). 'Ernæring, mat og måltider. I Kirkevold, M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 254-265.

Dalland, O. (2013). '*Metode og oppgaveskriving*'. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Droogsma, E. Van Asselt, D.Z.B. Scholzer-Dorenbos, C.J.M. Van Steijn, J.H.M. Van Walderveen, P. E og Van der Hooft, C.S. (2013). 'Nutritional status of community dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status', *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(7), s. 53-64.

Fermann, T og Næss, G (2013). 'Eldreomsorg i hjemmesykepleien'. I Kirkevold, M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 196-218.

Fjørtoft, A.K. (2012). 'Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter'. 2.utg.
Bergen: Fagbokforlaget

Folkehelseinstituttet. (2015) *Folkehelse rapporten 2014 – Helsetilstanden i Norge*.
Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf> (Hentet: 27.april
2016).

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm:
Natur & Kultur

Helbostad, JL (2013) 'Bevegelse og aktivitet', i Kirkevold. M, Brodtkorb. K. og Ranhoff.
A.H. (red.) Geriatrik sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten. 1.utg. Oslo:
Gyldendal Akademisk, s. 287-304.

Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av
velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*.
Tilgjengelig fra:
[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om
implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene
2013-2030-IS-1990.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf) (Hentet: 19.Mai 2016).

Helsedirektoratet. (2013) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av
underernæring*. Tilgjengelig fra:
[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonalfaglig
retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonalfaglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf) (Hentet:
27.april 2016).

Helsepersonelloven (1999). Lov-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Isaia, G. Mondino, S. Germinara, C. Cappa, G. Bo, M. Isaia, G.C. Nobili, G. og Massaia, M. (2011) 'Malnutrition in an elderly demented population living at home', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(3), s. 249-251.[Online]
Doi:10.1016/j.archger.2010.12.015 (Hentet: 15.mars 2016)

Lee, K.S. Cheong, H.C. Kim, E.A. Kim, K.R. Oh, B.H. Hong, C.H. (2009) 'Nutritional risk and cognitive impairment in the elderly', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(1), s. 95-99. [Online] Doi: 10.1016/j.archger.2007.11.001(Hentet:29.Mars 2016).

Norsk Helseinformatikk. (2013) Fall og falltendens hos eldre. Tilgjengelig fra:

<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/eldre/fall-og-fallskader-hos-eldre/1326.html> (Hentet: 10.mai 2016).

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkes etiske retningslinjer*. ICNs etiske regler. Oslo:NSF

Lokalisert fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER_hefte_pdf.pdf. (Hentet 10. Mai 2016).

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke-en innføring i sykepleiens etikk*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ranhoff, A.H. (2013a). 'Den akutt syke gamle'. I Kirkevold, M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. 1.utg. Oslo:Gyldendal Akademisk, s.181-195.

Ranhoff, A.H. (2013b) 'Forebyggende og helsefremmende sykepleie'. I Kirkevold, M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. 1.utg. Oslo:Gyldendal Akademisk, s.137-147.

Regjeringen. (2015) *Demensplan 2020 – Et mer demensvennlig samfunn*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf (Hentet: 27. april 2016).

Riches, K. og Jeanes, Y. (2014) 'The prevalence of malnutrition in elderly residents in a ward-assisted setting compared with a home-living environment', *British Journal of Community Nursing*, 19(7), s. 324-327.

Rognstad, M-K. Brekke, I. Holm, E. Lindberg, C. Lühr, N. (2013) 'Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens', *Sykepleien Forskning*, 8(4), s. 298-307. [Online] Doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0137 (Hentet: 14. mars 2016)

Rullier, L. Lagarde, A. Bouisson, J. Bergua, V og Barberger-Gateau, P. (2013) 'Nutritional status of community-dwelling older people with dementia: associations with individual and family caregivers' characteristics', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(6), s. 580-588. [Online] Doi:10.1002/gps.3862 (Hentet: 14.Mars 2016).

Saka, B. Kaya, O. Ozturk, G.B. Erten, N. Akif Karan, M. (2010) 'Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes', *Clinical Nutrition*, 29(6), s. 745-748. [Online] Doi: 10.1016/j.clnu.2010.04.006 (Hentet: 17. Mars 2016).

Samson, H. og Strand, G.V. (2013) 'Munnhelse'. I Kirkevold, M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 267-272.

Sjøen, RJ og Thoresen, L. (2012) *Sykepleierens ernæringsbok*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Spaccavento, S. Prete, M.D. Fiore, P.(2009) 'Influence of nutritional status on cognitive, functional and neuropsychiatric deficits in Alzheimer's disease', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), s. 356-360. [Online] Doi: 10.1016/j.archger.2008.03.002 (Hentet: 29.mars 2016)

Stubberud., D.G, Almås., H & Kondrup., J. (2013) 'Ernæring ved sykdom', i Almås., H, Stubberud., D-G & Grønseth., R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 477-504.

Vedlegg 1 - Litteratursøk: skjema for søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Underernæring.	14.03.2016	Sykepleien Forskning	1	1	1	Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens.
Malnutrition, Nutritional status, Alzheimers.	18.03.2016	CinahlComplete	12	12	12	Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status.
Malnutrition with dementia in their homes	14.03.2016	PubMed	120 treff. Innen 5 år: 54 treff. Full text: 44 treff.	14	2	Nutritional status of community-dwelling older people with dementia: associations with individual and family caregivers' characteristics.
Nutritional status, dementia	15.03.2016	Science Direct.	7 060 2009: 363 treff.	24	7	Malnutrition in an elderly demented population living at home.
Malnutrition, home living, dementia	17.03.16	CinahlComplete	6	6	6	The prevalence of malnutrition in elderly residents in a ward-assisted setting compared with a home-living environment. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes.
Malnutrition risk in elderly with dementia	29.03.16	Science Direct	2863 treff. Søkte på ulike årstall, deriblant 2009: 132 treff.	20	5	Influence of nutritional status on cognitive, functional and neuropsychiatric deficits in Alzheimer's disease. Nutritional risk and cognitive impairment in the elderly.

Vedlegg 2 - Literaturmatrise 1:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Rognstad, M-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C og Luhr, N. 2013.</p> <p>Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens.</p> <p>Sykepleien Forskning. Vol.nr 8. Utgave nr. 4. S. 298-307</p>	<p>Hensikten med studien var å kartlegge ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende personer med demens og kognitiv svikt som får hjelp av hjemmetjenesten.</p> <p>Forskningsspørsmålene lyder som følger:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad forekommer underernæring blant eldre hjemmeboende pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt? 2. Hvilke risikofaktorer for underernæring peker seg ut som sentrale hos denne utsatte pasientgruppen? 	<p>Eldre, Ernæring, Demens & Hjemmesykepleie.</p>	<p>Det var 282 deltakere i studien. 80 menn og 202 kvinner.</p> <p>Inklusjonskriterier: Eldre, hjemmeboende pasienter med demens eller kognitiv svikt, 67 år eller eldre og som har hjemmesykepleie. Eksklusjonskriteriene var pasienter som skåret for lavt på IPLOS-skalaen (1-2). Det ble utført en tverrsnittstudien i Oslo.</p> <p>Datainnsamling: Tverrsnittstudie med kartlegging med spørreskjema. For å kartlegge ernæringsstatusen ble det brukt MNA.</p> <p>Analyse: I studien ble det brukt logistisk regresjonsanalyse for å analysere dataene. Den avhengige variabelen analysene er ernæringsstatus.</p>	<p>Funn viser at underernæring er svært utbredt hos personer med demens og kognitiv svikt. Nesten halvparten av de som var med i undersøkelsen var underernært eller stod i fare for underernæring. Kvinner som hadde problemer med matinntak, hadde også problemer med underernæring. Det viste seg at de personene som står for matinnkjøpet sitt selv, har lavere sannsynlighet for å bli underernært, enn de som ikke kjøper maten sin selv. Det vil være en gevinst hvis personen er med hjemmehjelpen på butikken å handle, slik at han/hun kan få se og velge selv hva de vil ha. Det er viktig at hjemmetjenesten observerer ernæringsstatusen til personer i denne gruppen. Samtidig er det viktig at hjemmehjelpen og pårørende samarbeider om risikofaktorene for underernæring. Andre risikofaktorer som blir nevnt er det å spise alene og dårlig tannstatus. Aktivitetsforstyrrelser viste seg også i form av at pasientene hadde fysiske plager med å få i seg mat. Sykdommer oppstår ofte etter at pasienten ble underernært. Det er viktig at tiltak blir satt i verk så fort som mulig, slik at alvorlig underernæring og sykdom unngås. For pasientene som ikke kunne svare selv, hadde hjemmehjelpen observert og hadde god oversikt over ernæringsstatusen til dem, at de kunne svare på undersøkelsen. Den totale svarprosenten i de fire bydelene var 63,4. Resultatene viser også at kvinner er mer utsatt for underernæring, enn menn.</p>	<p>Detter et problemsom er viktig å ta tak i. Mange personer med demens og kognitiv svikt mister etter hvert evnen til å ta hånd om seg selv og sine tidligere funksjoner. Det betyr at de glemmer å gjøre livsnødvendige aktiviteter i hverdagen. Det er viktig at vi som sykepleiere observerer og vurderer dette problemet, slik at vi kan sette i gang tiltak for den enkelte pasient. Personer med demens og kognitiv svikt bor lengere og lengere hjemme, noe som betyr at hjemmesykepleien har en stor oppgave fremfor seg når det gjelder å dekke et grunnleggende behov som ernæring. Et tiltak som vi sykepleiere kan sette i gang kan for eksempel være å skrive en handlelapp, slik at den demente kan dra å handle med pårørende eller en hjemmehjelp.</p>

Vedlegg 3 - Literaturmatrise 2:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Droogsma, E., Asselt, D.Z.B van, Schölzel-Dorenbos, C.J.M, Steijn, J.H.M van, Walderveen, P.E van & Hooft, C.S. van der.</p> <p>2013.</p> <p>Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: prevalence og malnutrition and the relation of various factors to nutritional status.</p> <p>The Journal of Nutrition, Helath & Aging.</p> <p>Vol nr. 17.</p> <p>Utgave nr. 7.</p> <p>S. 53-64.</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke underernæring og dets konsekvenser for pasienter med nylig diagnostisert Alzheimers.</p>	<p>Nutrition, dementia & home care.</p>	<p>En retrospektiv tverrittstudie, basert på data samlet inn over 10 år med 312 pasienter. Inklusjonskriterier; Alzheimers diagnose, bodde i kommunale boliger eller hjemme og var 65år eller eldre. Datainnsamling: Spørreskjema med spørsmål tilknyttet forverring i daglige gjøremål hos demente. Skjemaet er utviklet for å vurdere funksjonelle endringer hos demente som bor hjemme. Ernæringsstatusen ble vurdert med MNA og BMI. Analyse: Data ble analysert med statistikk- program for samfunnsvit. Standardavvik og median blir brukt ved beskrevet statistikk.</p>	<p>Det var 0% i studien som var underernært og 14,1% i risiko for underernæring. Siden ingen av pasientene i denne studien var underernærte, ble pasientene som var godt ernærte sammenliknet med de pasientene som stod i fare for underernæring.</p> <p>Resultatet viser at BMI var lavere hos pasientene som stod i fare for underernæring sammenliknet med pasientene som var godt ernærte. Pasientene med Alzheimer's som stod i fare for underernæring ble mer svekket i enkle og komplekse dagligdagse gjøremål enn godt ernærte pasienter. Det ble ikke funnet forskjeller når det gjelder alder, kjønn, kognitiv funksjon, grunnleggende daglig fungering og atferd.</p> <p>Resultatet viser at det er svært viktig å forebygge og kartlegge forholdet mellom daglig fungering, ernæringsstatus og Alzheimers sykdom.</p> <p>1 av 7 pasienter som bodde i omsorgsboliger eller hjemme i sitt eget hjem, og som nylig hadde blitt diagnostisert med Alzheimers sykdom, stod i fare for underernæring.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave fordi den tar fatt på å kartlegge underernæring og konsekvensene/risikofaktorer dette medfører. Pasientene i de to ulike gruppene ble sammenliknet med hverandre. Studien belyser at det er en klar sammenheng mellom ernæringsstatusen til pasientene og dere funksjonelle status i dagliglivet.</p>

Vedlegg 4 - Litteratormatrise 3:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Rullier, L, Lagarde, A, Bouisson, J, Bergua, V og Barberger-Gateau, P.</p> <p>2013</p> <p>Nutritional status of community-dwelling older people with dementia: associations with individual and family caregivers' characteristics.</p> <p>International Journal of Geriatric Psychiatry.</p> <p>Vol nr. 28.</p> <p>Utgave nr. 6.</p> <p>S. 580-588.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske ernæringsstatusen mellom mennesker med en demens sykdom og mennesker med demens sykdom som har familien medlemmene som har omsorg for dem, og se dette opp imot livstilen og kostholdet deres.</p>		<p>Utvalg: Pilot studie, 56 eldre pasienter med demens sykdom og 56 familiemedlemmer. Inklusjonskriterier: Demens diagnose, bodde alene eller med pårørende som hadde ansvar. Data: Intervju med pasient og pårørende i 1 time. De gjennomgikk også MNA score for begge gruppene. Analyse: All analyse ble utført med IBM, SPSS (statistisk pakke for Sosiale vitenskaper) for Windows versjon 18.0 (SPSS Inc., 2009)</p>	<p>Det var 58,9% eldre med demens som var i fare for underernæring . Dårlig ernæringsstatus ble funnet hos 23,2%, og blant familien, 32,1% og 5,4%, henholdsvis. MNA score på eldre mennesker med demens var assosiert med ADL score og ble sterkt og positivt forbundet med MNA score på familien omsorgsperson. Disse to faktorene betydelig forklarte 32% av variasjonen i MNA score på eldre mennesker med demens. Funnene bekrefter verdien av å undersøke ernæringsmessige mangler ved demens og foreslår at den akseptable statusen til eldre mennesker med demens og ernæringsstatus av pårørende bør vurderes nøye. Risikofaktorer for underernæring i studien var måltidsrelaterte problem, handle problem, aktivitetsforstyrrelser, depresjon og apati.</p>	<p>Denne studien er relevans for ernæringsstatus for eldre med demenssykdom og se om det har sammenheng mellom de som har pårørende som følger pasienten opp på ernæring og de som bor alene og klarer seg selv. Dette var den eneste kombinert studien som var relevans til vår studie, der ble gjort intervju. Dette er en god måte å få frem enkeltmenneskene sine meninger og synspunkt. Funnene påpeker viktigheten av å undersøke ernæringsstatusen med pårørende og sammenhengen mellom funksjonen til den eldre med demens sykdom.</p>

Vedlegg 5 - Litteratormatrise 4:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Isaia. G, Mondino. S, Germinara. C, Cappa. G, Aimonino-Ricauda. N, Bo. M, Isaia. GC, Nobili. G & Massaia. M.</p> <p>2011.</p> <p>Malnutrition in an elderly demented population living at home.</p> <p>Archives of Gerontology and Geriatrics.</p> <p>Vol nr. 53.</p> <p>Utgave nr. 3.</p> <p>S. 249-251.</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke og rapportere underernæring hos personer med demenssykdom som bor hjemme.</p>	<p>Malnutrition, Elderly demented patients, Mini nutritional assessment (MNA) & Neuro-psychiatric inventory (NPI).</p>	<p>Observasjonstudie av pasienter med kognitiv svikt og tidligere innlagt i sykehjem, Inklusjonskriteriene for studien var tilstedeværelse av kognitive forstyrrelser, fravær av bevissthetsforstyrrelser og systemiske sykdommer som kan føre til demens. Eksklusjonskriterier var pasienter med svært lav inntekt, dysfagi eller parenteral ernæring. Det var 89 kvinner og 41 menn i studien. Datainnsamling: Demografiske data, fortid og nyere kliniske data og sosioøkonomisk status hos pasientene ble samlet. Analyse: det ble brukt SPSS. En deskriptiv analyse der kategoriske variabler ble utført. Alle testene ble gjennomgått.</p>	<p>I studien hadde 17,7% Alzheimer, 39,2% mild kognitiv svikt og 43,1 % vaskulær demens. De med mild kognitiv svikt viste mindre risiko for underernæring enn pasienter med Alzheimers eller vaskulær demens. Ernæringsrisikoen var lavere hos de pasientene som hadde assistanse i hjemmet, enn hos pasienter som ikke hadde assistanse i hjemmet. Pasientene med mild kognitiv svikt var yngre, var mindre kognitivt svekket og lavere psykososiale forstyrrelser. Pasientene med mild kognitiv svikt var også mindre utsatt for underernæring og atferdsforstyrrelser enn pasientene med Alzheimers og Vaskulær demens. Eldre pasienter som er rammet av Alzheimers sykdom og som bor alene hadde økt risiko for underernæring.</p> <p>Resultatet viser at pasientene kan få psykososiale konsekvenser av underernæring. Vrangforestillinger, hallusinasjoner, dysfori, angst, aggresjon, eufori, irritabilitet, apati og atferdsforstyrrelser.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår studie fordi den tar for seg forskjeller for de ulike deltakerne i studien, noe som er interessant for vår oppgave. Den får også frem at de som hadde hjelp i hjemmet var mindre underernærte, enn de som fikk hjelp i hjemmet. Resultatet av denne studien viser at det må bli økt fokus på demente som bor hjemme og deres risiko for underernæring. Siden flere eldre mennesker og mennesker med ulike typer av demens bor hjemme, er det viktig å rette oppmerksomheten mot deres ernæringsstatus.</p>

Vedlegg 6 - Litteratormatrise 5:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Riches, K og Jeanes, Y. 2014.</p> <p>The prevalence of malnutrition in elderly residents in a warden-assisted setting compared with a home-living environment.</p> <p>British journal of community Nursing.</p> <p>Vol nr. 19.</p> <p>Utgave nr. 7.</p> <p>S. 324-327.</p>	<p>Denne studien påpeker at underernæring har mange negative kliniske utfall og at det er få studier som tar for seg underernæring i kommunale boliger. Hensikten med studien er å kartlegge utbredelsen av underernæring hos eldre mennesker som bor i bolig sammenlignet med de som bor hjemme.</p> <p>Studien tar også for seg forholdet mellom dementia og underernæring.</p>	<p>Malnutrition Elderly Nutrition Warden-assisted Sheltered accommodation Mini Nutritional Assessment</p>	<p>Utvalg: Kvantitativ studie, 20 personer fra bolig og 20 hjemmeboende. 21 av deltakerne i studien hadde dement diagnose.</p> <p>Datasamling: All data samlet inn av en trent forsker.</p> <p>Deltakerne ble veid og målt. De brukte «hand-grep-styrke» og MNA for finne ut om kroppen har blitt svekket av underernæring .</p> <p>Analyse: Studien ble analysert ved hjelp av en statikkpakke for Sosial Sciences, software for Windoes versjon 17,0.</p>	<p>I bolig viste studien at 25% var godt ernært, 45% var i risikogruppen for å bli underernært og 30 % var underernært. Hjemmeboende var 75% godt ernært, 15% i risikogruppen og 10% underernært. Studien viser ved både MNA og «hand grep» styrken at hjemmeboende var bedre ernært. Av de 21 demente i studien var det 48% som var i risikogruppe for underernæring og 33 % var allerede underernært. Av de syv deltakerne som hadde dement diagnose og var underernært bodde 5 av de i bolig.</p> <p>Studien viser at sykepleierne har en viktig rolle i å identifisere underernæring og de i risikogruppen av dette. Underernæring har en rekke negative helseinnvirkning på pasientene.</p>	<p>Dette var en veldig liten studie, men viser likevel at underernæring hos eldre er utbredt. Denne studien viser at underernæring i bolig kan være større en i hjemmet og viktigheten av at sykepleierne har fokus på å identifisere underernæring og pasientene i risikogruppen for dette. Selv om dette var en studie som var rettet mot eldre var det 53% av de 40 deltakerne som hadde en dement diagnose, som viser hvor aktuell demens sykdommen er.</p>

Vedlegg 7 - Litteratormatrise 6:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Saka, B, Kaya, O, Ozturk, G-B, Erten, N og Karan, M-A .</p> <p>2010.</p> <p>Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes.</p> <p>Clinical Nutrition</p> <p>Vol nr. 29.</p> <p>Utgave nr. 6.</p> <p>S. 745-748.</p>	<p>Hensikten med denne studien var hvordan alders relatert nedgang i matinntak er forbundet med forskjellige fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Målet i studien var å ha tilgang til næringstilstanden eldre pasienter og sammenhengen dette har mellom geriatrike sykdommer. Studien vil finne ut om tidlig oppmerksomhet på underernæring kan være forebyggende for geriatrike sykdom.</p>	<p>Older age</p> <p>Malnutrition</p> <p>Geriatric assessment</p>	<p>Utvalg: Det var 413 eldre pasienter som deltok.</p> <p>Inklusjonskriterier: Alder over 65 år, vært behandlet på poliklinikken innen 12 måneder.</p> <p>Datainnsamling: MNA test ble gjennomført for å kartlegge ernæringsstatusen til deltakerne. MNA test resultatet ble sammenlignet med laboratorium funnene og dette ble sett opp sammen med de geriatrike sykdommene.</p> <p>Analyse: De brukte en SPSS 15.0 Statistisk Software for å analysere funnene.</p>	<p>Dårlig ernæringsstatus ble funnet hos 181 pasienter som ble 44% av deltakerne. 13% var underernært og 31% var i risiko for å bli det. Dementia var blant sykdommene som var assosiert med dårlig ernæringsstatus. Halvparten over 65 år i studien var underernært, studien påpeker at ernæringsproblem er utbredt blant de eldste eldre. Pasienter som hadde problemer med å få i seg mat selv, dårlig kognitiv funksjon, deprimerte, ondartet sykdom, søvn og fallproblemer er også funnet som risiko til underernæring i denne studien. De ble funnet en sammenheng mellom underernæring og pasienter som var mye innlagt på sykehus. Pasienter med dårlig ernæringsstatus hadde lavere blodverdier, mer kroniske og geriatrike sykdommer. Denne studien har funnet ut at hver tredje pasient blant yngre eldre og halvparten av pasientene ved de eldste eldre har dårlig ernæringsstatus.</p>	<p>Studien tar for seg både ulike risikofaktor og konsekvens for underernæring som belyser problemstillingen i vår oppgave.</p> <p>Studien mener at ved å gi ekstra omsorg for eldre pasientene kan risikoen reduseres for underernæring og mange sykehusopphold.</p> <p>Videre viser studien at underernæring er et sammensatt problem og disse må sees helhetlig. For at sykepleier skal hjelpe pasienten med underernæring må de ha kunnskap om ulike sykdommer.</p>

Vedlegg 8 - Litteratormatrise 7:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Spaccavento, S., Prete, MD., Craca, A & Fiore, P.</p> <p>2009.</p> <p>Influence of nutritional status on cognitive, functional and neuropsychiatric deficits in Alzheimer's disease.</p> <p>Archives of Gerontology and Geriatrics.</p> <p>Vol nr. 48.</p> <p>Utgave nr. 3.</p> <p>S. 356-360.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å vurdere ernæringsstatusen til personer med kognitiv-, funksjonell og nevropsykiatrisk svikt hos pasienter med Alzheimers.</p>	<p>Alzheimer's disease, Nutrition and cognition, Neuropsychiatric deficits & Functional autonomy.</p>	<p>Studie med 49 polikliniske pasienter. Inklusjonskriterier: Diagnosen Alzheimer. Eksklusjonskriterier: Pasienter med sykehistorie som hodeskader, rusmisbruk, psykiske forstyrrelser før demensdebut. Datainnsamling: Kognitive funksjonen ble vurdert ved MMSE og MNA ble brukt for å registrere og vurdere ernæringsstatusen. Funksjonell autonomi ble vurdert ved ADL-skjema. Nevropsykiatriske symptomer ble evaluert med NPI Alle tidligere tester samlet og vurdert i en ny U-test og kontrollert 3000 ganger for å finne gjennomsnittlige forskjeller.</p>	<p>28 pasienter var godt ernærte og 21 i risiko for underernæring. Gruppene ble sammenlignet på bakgrunn av alle demografiske variabler, med unntak av alder. De eldste pasientene var i fare for underernæring. Resultatet viser at i begge gruppene var hallusinasjoner, vrangforestillinger, agitasjon, depresjon, angst, apati og avvikende oppførsel på grunn av underernæring, og da på grunn av proteinmangel. Lave blodverdier viste seg også å føre til disse aktivitetsforstyrrelsene. Disse forstyrrelsene var mer alvorlig hos pasienter med risiko for underernæring. Pasientene i begge gruppene hadde også måltidsrelaterte problemer. Studien viser at det er noe sammenheng mellom ernæringsstatus og kognitiv funksjon. Pasientene som hadde stor risiko for underernæring ble mer funksjonelt svekket enn godt ernærte pasienter. For pasientene som led av nevropsykiatriske forstyrrelser, var de i risikogruppen for å utvikle apati. Pasientene som stod i fare for underernæring var mer funksjonelt svekket og viste alvorligere forstyrrelser i daglig aktivitet, enn pasientene som var godt ernærte. Denne studien viser at det er viktig at ernæringsstatusen til pasientene blir kartlagt på et tidlig stadium fordi det påvirker graden av funksjonshemming og pasientens autonomi. Jo dårligere ernæringsstatus, jo dårligere kognitiv funksjon.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave fordi den kartlegger ernæringsstatusen til hjemmeboende pasienter med demens, og viser til hvor mange som var i risikogruppen for underernæring.</p> <p>Studien viser at det er en klar sammenheng mellom ernæringsinntak og funksjonell, kognitiv og psykiatrisk svikt hos pasientene. Ved å oppdage underernæring hos disse pasientene tidlig, kan man sette opp en liste over matinntaket til pasienten eller ha en mat-plan som kan forhindre et ytterligere utbrudd og alvorlige symptomer på underernæring hos pasienter med Alzheimer som bor hjemme.</p>

Vedlegg 9 - Litteratormatrise 8:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Lee, K-S. Cheong, H-k. Kim, E-A. Kim, K-R og Oh, B-H.</p> <p>2009</p> <p>Nutritional risk and cognitive impairment in the elderly.</p> <p>Archives of Gerontology and Geriatrics.</p> <p>Vol nr. 48.</p> <p>Utgave nr 1.</p> <p>S. 95-99.</p>	<p>Denne studien sin hensikt var å finne forskjellen mellom ernæringsrisiko og kognitiv svekkelse hos eldre som bor i kommunen.</p> <p>Underernæring hos eldre er ofte et oversett problem og har en rekke negative faktorer med seg. Studien vil finne ut om det er sammenheng mellom risikoen for underernæring hos eldre og kognitiv svikt.</p>	<p>Nutritional Nutritional Screening Initiative checklist Mini Mental State Examination Cognitive impairment</p>	<p>Utvalg: Kvantativ studie gjort med 912 menn og 2022 kvinner.</p> <p>Inklusjonskriterier: Pasienter over 60år.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Pasienter med ADL vanskeligheter, kommunikasjonsproblem, behandling for kreft siste 5 år, brukte antidepressive, hadde epilepsi eller psykiatrisk diagnose.</p> <p>Datasamling: Spørreskjema med Ja/nei spørsmål og ernærings screening sjekkliste. De ble tatt blodtrykk, glukosenivå og KMI.</p> <p>Analyse: En test sammenlignet god, moderat og høy risiko for underernæring.</p> <p>Regresjon analyse ble gjort for å sammenligne underernæring og kognitiv svikt. Alle analysene ble betraktet som statistisk signifikant,</p>	<p>Blant de 2934 deltakerne var det 199 menn og 793 kvinner som enten var i fare for underernæring eller allerede var underernært i denne studien.</p> <p>Studien viser at underernæring har en sammenheng med kognitiv funksjon, selv om det forholdet mellom underernæring og det å være i risikogruppen er kompleks. Kognitiv svikt kan være en risikofaktor til underernæring konkluderte de med.</p> <p>Andre årsak til underernæring som kom frem i studien var tann/munn problemer, økonomi, deltakerne må spise måltidene alene eller ikke var ikke i stand til å handle og lage mat selv.</p>	<p>Forskningen er veldig spesifikk med risikofaktor tilknyttet måltidsrelaterte problemer som tann og munn problem og at pasientene ikke klarer å handle selv. Dette er aktuelle risikofaktorer til vår oppgave.</p> <p>Denne studien er den første store studien som er gjort for å finne sammenheng mellom underernæring og kognitiv svikt.</p> <p>Resultatet av studien kan være til hjelp til å etablere en flerdimensjonal geriatrisk vurdering, som viser at alle eldre bør bli gjennomføre en ernæring og kognitiv undersøkelse.</p>

BILAGA I

*Checklista för systematiska litteraturstudier**

A. Syftet med studien?

.....
.....

B. Litteraturval

I vilka databaser har sökningen genomförts?

.....

Vilka sökord har använts?

.....

Har författaren gjort en heltäckande litteratursökning?

Ja Nej

Har författaren sökt efter icke publicerade forskningsresultat?

Ja Nej

Vilka var inklusionskriterierna för att ta med artiklar?

.....

Vilka begränsningar har gjorts?

.....

* C. Forsberg & Y. Wengström, 2003.

Är inkluderade studier kvalitetsbedömda?

Ja Nej

C. Resultat

Hur många artiklar togs med?

.....

Hur många artiklar valdes bort? Redovisas dessa?

Anges motivering för uteslutning av dessa?

.....

Vilka var huvudresultaten?

.....

.....

Gjordes en metaanalys?

Ja Nej

Om ja, vilket resultat erhöles?

.....

Vilka slutsatser drar författaren?

.....

.....

Instämmer du?

Ja Nej

Om nej, varför inte?

.....

D. Värdering

Kan resultaten ha klinisk betydelse?

Ja Nej

Ska denna systematiska litteraturstudie inkluderas?

Ja Nej

Motivera varför eller varför inte!

.....
.....