

BACHELOROPPGAVE:

**Hvordan kan sykepleiere bidra til å
forebygge underernæring hos hjemmeboende
pasienter med demens?**

FORFATTERE:

ANNE-LISE KVÅLE, 140912

ANNE MARTE LYSENG, 140907

Dato: 16. mai 2018

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens?	Dato : 16.05.18
Deltaker(e)/	Anne-Lise Kvåle Anne Marte Lyseng	
Veileder(e):	Wenche Bergseth Bogsti	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord	Forebygge underernæring, hjemmesykepleien, eldre, hjemmeboende med demens	
Antall ord: 10698	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om hva sykepleiere kan gjøre, for å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter med demens. Dette er et litteraturstudie og vårt resultat bygger på funnene fra 6 vitenskapelige artikler. Vårt resultat viser at personrelatert tilnærming og skreddersydde måltider er gode tiltak for å forebygge underernæring. Det er viktig å ta vare på personlig integritet og tilrettelegge sykepleien slik at pasientene opprettholder sine evner og uavhengighet. Ved å kartlegge ernæringsstatus hos den enkelte pasient vil sykepleiere se hvem som står i fare for eller allerede er underernært. Det finst flere forskjellige typer ernæringskartleggingsverktøy til hjelp i kartleggingen av ernæringsstatus. For at sykepleiere i hjemmesykepleien systematisk skal kunne jobbe med ernæringskartlegging er det viktig med en god ledelsesforankring og god bemanning, samt at det settes av midler og tid til dette arbeidet. Holdninger til at ernæringsarbeidet er en viktig del av jobben, er en forutsetning for at dette blir gjort i praksis. Sykepleiere må ha god kunnskap om ernæring og har et ansvar for opplæring av annet pleiepersonell. Sykepleier bør legge til rette for et godt tverrfagelig samarbeid for at andre som også jobber hos denne pasientgruppen har gode kunnskaper om ernæring. Videre har sykepleiere et ansvar for å inkludere pårørende, samt å «se» dem og gi dem den støtten som trengs.		

ABSTRACT

Title:	How can nurses help patients living at home to prevent malnutrition?	Date : 16.05.18
Participants/	Anne-Lise Kvåle Anne Marte Lyseng	
Supervisor(s)	Wenche Bergseth Bogsti	
Employer:		
Keywords (3-5)	Prevent malnutrition, home health services, elderly, people with dementia living at home	
Number of words: 10698	Number of appendix: 0	Availability open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>The purpose of the assignment is to gain knowledge about how nurses can prevent malnutrition in elderly patients with dementia living at home. This is a literature study and our result is based on the findings of 6 scientific articles. Our results show that person-related approaches and tailor-made meals are good measures to prevent malnutrition. It is important to take care of personal integrity and facilitate nursing so that patients maintain their abilities and independence. By mapping the nutritional status of the individual patient, the nurse will see who is at risk or already is malnourished. There are several types of nutrition mapping tools to help nutritional status mapping. In order for nurses in the home nursing environment to systematically be able to work with nutrition mapping, it is important to have good management routines and good staffing, and to allocate funds and time for this work. Attitudes that nutrition is an important part of the job is a prerequisite for this work with dementia patients. Nurses must have good knowledge of nutrition and have a responsibility for training other nursing staff. Nurses should facilitate a good multidisciplinary cooperation so that others who work with this patient group also have good knowledge of nutrition. Furthermore, nurses have a responsibility to include relatives, as well as to "see" them and provide the support needed.</p>		

Innholdsfortegnelse

1	INTRODUKSJON.....	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	2
1.3	OPPGAVENS OPPBYGGING	4
2	BAKGRUNN.....	6
2.1	HENSIKT MED OPPGAVEN.....	6
2.2	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	6
2.3	SYKEPLEIERENS YRKESETISKE RETNINGSLINJER	6
2.4	KVALITET, KUNNSKAP OG PASIENTSIKKERHET	6
2.5	EMPOWERMENT	7
2.6	DEMENS	7
2.7	MENNESKERS ERNÆRINGSBEHOV	8
2.8	UNDERERNÆRING	9
2.9	HJEMMESYKEPLEIEN.....	9
2.10	MAT OG KULTUR	9
2.11	AVGRENSNINGER AV PROBLEMSTILLING	9
3	METODE.....	11
3.1	DEFINISJON METODE.....	11
3.2	KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE.....	11
3.3	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	12
3.4	LITTERATURSØK OG SØKEPROSESS	12
3.5	INKLUSJONSKRITERIER OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	12
3.6	IMRAD.....	13
3.7	SØKETABELLER.....	13
3.8	FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER.....	15
3.9	FORSKNINGSETIKK	15
3.10	BAKGRUNN FOR VALG AV ARTIKLER.....	16
3.11	ANALYSE	17
4	RESULTAT.....	18
4.1	ARTIKKELMATRISE 1	18
4.2	ARTIKKELMATRISE 2	20
4.3	ARTIKKELMATRISE 3	21
4.4	ARTIKKELMATRISE 4	23
4.5	ARTIKKELMATRISE 5	24
4.6	ARTIKKELMATRISE 6	25
4.7	VÅRE RESULTATER.....	26
5	DISKUSJON.....	28
5.1	PERSONRELATERT TILNÆRMING OG SKREDDERSYDDE MÅLTIDER.....	28
5.2	PERSONLIG INTEGRITET	30
5.3	LEDELSEFORANKRING, DÅRLIG BEMANNING, TIDSPRESS OG ØKONOMI	31
5.4	KARTLEGGING ERNÆRINGSSTATUS OG VERKTØY VED SCREENING	32
5.5	KUNNSKAP OG HOLDNINGER BLANT PERSONALET	34
5.6	INKLUDERE PÅRØRENDE	35
6	KONKLUSJON	37
6.1	SVAR PÅ PROBLEMSTILLING	37

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven handler om hva sykepleiere i hjemmesykepleien kan bidra med, for å forebygge at mennesker med diagnosen demens, som bor hjemme, ikke blir underernærte. Bakgrunn for valg av tema til bacheloroppgave bygger på erfaringer fra praksis og arbeid i kommunehelsetjenesten, både i hjemmesykepleien og på sykehjem, i møte med eldre mennesker med demens og ernæringsproblematikk. Vi har erfart i mange tilfeller at eldre mennesker med demens som bor hjemme ikke husker å spise, ikke har matlyst, eller av andre grunner ikke får i seg nok mat og går gradvis ned i vekt.

Pasientgrupper som har særlig risiko for underernæring er eldre, demente, enslige, funksjonshemmede, psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere og pasienter med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom (Helsedirektoratet, 2013, s. 10).

Så mange som 46 prosent av alle som bor hjemme med oppfølging av hjemmesykepleie er underernært. Andelen underernærte eldre på sykehjem er opptil 60 prosent, mens tallet på underernærte pasienter på sykehus er 25 prosent. Tallene er fra 2009, da Helsedirektoratet ga ut retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Det finnes få undersøkelser på området, men mye tyder på at situasjonen dessverre ikke har endret seg de siste seks årene (Sygnestveit mfl., 2015).

Det kan være flere grunner til at eldre med demens ikke får i seg den næringen de har behov for. Ifølge Brodtkorb (2008) kan normale aldersforandringer, funksjonssvikt og sykdom hver for seg eller sammen begrense den gamles evne og lyst til å spise tilstrekkelig og riktig sammensatt kost.

Ut fra våre erfaringer fra praksis har vi en oppfattelse av at ernæring ikke har stort fokus i hverdagen, og at dette ofte blir unnlatt i en hektisk hverdag. Det er viktig å understreke at dette er vår oppfatning, og at det slettes ikke er sikkert at dette er slik andre steder. Vi ønsker

derfor å fordype oss i hva sykepleiere kan gjøre, for å sikre at personer med demens ikke blir underernærte i hjemmet.

Vi ønsker å belyse temaet, og vi vil forsøke å få bedre innsikt gjennom forsknings- og faglitteratur. Årsaken til at vi har valgt å ha fokus på mennesker med demenssykdom er at mange av pasientene som bor på sykehjem og hjemme med hjelp av hjemmetjenesten, har diagnosen demens. Personer med demens gir en ekstra utfordring til helsepersonell, da det vil være vanskeligere å legge til rette for gode tiltak på grunn av sviktende hukommelse hos pasienten. Det er viktig å understreke at god ernæring ikke er helbredende, da demenssykdom i følge Bertelsen (2015) en progredierende sykdom som det ikke er noen helbredende behandling for per i dag. Det er likevel sannsynlig at god ernæring kan gjøre at pasienten oppnår en økt/oppretholder livskvalitet og kan bo lenger i eget hjem.

1.2 Sykepleiefagelig relevans

I Norge finnes det i overkant av 40 000 sykehjemsplasser. Forskning viser at over 80 prosent av dem som bor på sykehjem i Norge, har demens, og at demens er den viktigste årsaken til innleggelse på sykehjem blant dem som mottar hjemmetjenester. Når i sykdomsforløpet den enkelte personen med demens får behov for sykehjemsplass, avhenger både av sykdomsbildet til pasienten og hjelpetilbudet i hjemmet (Tretteteig og Røen, 2017).

Da samhandlingsreformen kom i 2012 var det flere ting i helsevesenet som skulle forbedres. Ifølge Helsedirektoratet (2017) er målet med samhandlingsreformen å bedre folkehelsen og helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Dette skal gjøres ved å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre på tvers av sektorene, slik at pasientene og brukerne skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor.

Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesensen, og gir økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2013, s.11).

Det er derfor viktig at personer som bor hjemme med oppfølging av hjemmesykepleien får god og individuell sykepleie ift. ernæring, da dette kan utsette sykdomsforløpet og føre til at personer med demens kan bo lenger hjemme.

For å belyse temaets sykepleiefagelige relevans har vi valgt å bruke sykepleieteoretiker Virginia Hendersons teori om grunnleggende sykepleie.

Henderson hevder at sykepleierens grunnleggende formål er å ivareta de universelle menneskelige behovene, for eksempel behovet for å puste, sove, være i aktivitet og spise (Holter, 2011, s. 142).

I følge Mathisen (2011) satte Virginia Henderson opp 14 punkter på hva som er menneskers grunnleggende behov. Et av punktene handler om å kunne spise og drikke tilstrekkelig. Henderson sier at dersom et menneske ikke har krefter, vilje eller kunnskap til å ivareta sine egne behov på et eller flere av punktene, trenger de hjelp av en profesjonell sykepleier.

Alle disse 14 behovene som Henderson beskriver henger nøye sammen og påvirker hverandre. Selv om vi kun fokuserer på ernæring må de andre grunnleggende behov være tilfredsstilte. Hvis en person har problemer med for eksempel å kvitte seg med kroppens avfallsstoffer eller å kunne puste normalt, er dette vesentlige ting som kan gjøre til at personen har problemer med å spise tilstrekkelig.

Som tidligere beskrevet er det mange i Norge med diagnosen demens, og forskning viser at antall personer som vil utvikle en form for demens i framtiden vil stige. Kiil (2018) skriver at over 77 000 har demens i Norge. Antallet vil dobles i løpet av de neste tiårene, dersom vi ikke lykkes i å finne behandling.

Demens er en sykdom som er uhelbredelig og som utvikler seg i den retning at personen til slutt blir totalt avhengig av hjelp. For å kunne hjelpe disse menneskene er sykepleieprosessen en viktig arbeidsmetode for systematisk å kunne utøve en tilrettelagt sykepleie, tilpasset hver enkelt pasients behov og egne ressurser.

Opplysninger som sykepleieren har innhentet gjennom datainnsamlingen, danner grunnlaget for planleggingen av sykepleien. Planleggingen innebærer å identifisere og prioritere aktuelle sykepleiediagnoser, med en faglig og skjønnsmessig vurdering. Sykepleiediagnoser danner beslutningsgrunnlaget for å iverksette målrettede tiltak til beste for pasienten (Rotegård og Solhaug, 2011, s. 193).

Joyce Travelbee sier at som person er ethvert menneske unikt og enestående. Det har sin spesielle livshistorie, sine enestående evner og anlegg, sine erfaringer, muligheter og drømmer. Dette er kjennetegn som også reflekterer personens indre ressurser (Reitan, 2010, s. 84).

Sykepleieren har et stort ansvar for å sikre tilstrekkelig næringstilførsel til eldre pasienter. Målet er tredelt:

1. Å identifisere pasienter som har eller er i ferd med å utvikle feil- eller underernæring.
2. Å fremme ernæringstilstanden og forebygge underernæring hos risikopasienter.
3. Å bedre ernæringstilstanden hos feilernærte og underernærte pasienter.

Ernæringsstatus og helse henger nøye sammen. Optimal ernæringsstatus fremmer vekst og utvikling, bidrar til å opprettholde god helse, daglige aktiviteter og beskytter kroppen mot sykdom og skader (Brodtkorb, 2008, s. 254).

1.3 Oppgavens oppbygging

Kapittel 2 er bakgrunnen for oppgaven. Her presenteres relevant faglitteratur og hensikten med oppgaven samt vår problemstilling. I bakgrunnen avklares sentrale begreper og definisjoner, samt tidligere forskning.

I kapittel 3 presenteres oppgavens metode. I dette kapitlet defineres metode og litteraturstudie som metode. Her redegjøres det for oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier. Litteratursøk og søkeprosess presenteres i tabeller. Til slutt redegjøres det for hvordan vi har analysert, for å velge ut vitenskapelige artikler.

I kapittel 4 er artiklene presentert i artikkel-matriser, etterfulgt av et kort sammendrag av resultatene.

Vi har kommet frem til 6 temaer som går igjen fra resultatene i artiklene. Disse drøfter vi rundt, for å besvare vår problemstilling i kapittel 5.

I kapittel 6 presenterer vi konklusjonen på problemstillingen vår.

2.0 Bakgrunn

2.1 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om hva sykepleiere kan gjøre, for å forebygge og iverksette mest mulig effektive tiltak, for å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter med demens.

2.2 Presentasjon av problemstilling

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

2.3 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer

Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011) beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som tilligger en god sykepleiepraksis. De skriver videre at sykepleieren har et fagelig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurdering i utøvelsen av sykepleie, og at enhver har ansvar for å sette seg inn det lovverk som regulerer tjenesten. De sier blant annet at som sykepleier har en ansvar for å utøve en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, og ivaretar den enkeltes behov for helhetlig omsorg.

2.4 Kvalitet, kunnskap og pasientsikkerhet

Helsepersonelloven (1999) sier at 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 situasjon forøvrig.

Holter (2011) skriver at ved å ha fokus på pasientens grunnleggende behov, retter sykepleieren sin oppmerksomhet mot den enkeltes opplevelse av det å være syk. For å kunne observere, vurdere og utføre tiltak for å hjelpe pasienten med å ivareta de grunnleggende behovene, må sykepleier ha god kunnskap innenfor fysiologi, patofysiologi, pasientens medisinske symptomer, samt diagnose og behandling. Sykepleieren må også ha en individuell forståelse for hver enkelt pasient og den sosiale sammenhengen som pasienten inngår i. Videre skriver Holter om Kari Martinsen sine argumenter for at sykepleie er en personorientert profesjonalitet. Med dette menes at en profesjonell sykepleieutøvelse

innebærer at sykepleiere i hvert enkelt pasientmøte kombinerer solide fagkunnskaper med et personlig engasjement for pasienten og dens pårørende.

Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) skriver at det femårige nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014-2018), «I trygge hender 24-7», er et program som skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Det er 16 innsatsområder i inneværende periode, og forebygging og behandling av underernæring er et av de. De er kategorisert og det er laget tre ulike tiltakspakker: For sykehjem, sykehus og hjemmetjenesten.

2.5 Empowerment

Den helsefremmende ideologien bygger på at enkeltmennesker og fellesskapet må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen - *empowerment*. Det betyr at folk må få mer kunnskap om disse forholdene, for å kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen, og delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn lokalt og globalt. I denne sammenhengen er prosessen like viktig som resultatet: Det å oppleve at man har rimelig kontroll over livet sitt er sentralt for selvbildet og mestringsevnen, og har dermed konsekvenser for mental og fysisk helse (Mæland, 2014, s. 306).

2.6 Demens

Johannessen (2017) sier at demens er en fellesbetegnelse på flere beslektede tilstander som fører til gradvis økende svinn og tap av funksjoner i hjernen.

Ifølge Bertelsen (2015) er demens en progredierende kognitiv hjerne-funksjonssvikt som opptrer hos tidligere kognitivt velfungerende personer. Det er flere forskjellige typer demens, men Alzheimers er den demensformen som forekommer hyppigst, og utgjør ca. 70 % av alle demenstilstander. Diagnosen generelt stilles på grunnlag av et typisk klinisk bilde med progredierende hukommelsessvikt, forandringer i personligheten og nedsatt tenkeevne hos en tidligere frisk person, der andre årsaker er utelukket. Det finnes ingen kurativ behandling, men mangel på kolinerge funksjoner inngår som ledd i sykdommen, og tilskudd av stoffer som øker acetylkolin-effekten i hjernen, har vist seg å dempe på hukommelsessvikt og atferdsforstyrrelse.

Ifølge Johannessen (2017) er hensikten med behandlingen å skape trygghet og god livskvalitet for pasient og pårørende. Hvis det foreligger noen underliggende årsak til sykdommen vil denne bli behandlet. Et viktig ledd av behandlingen til personer med demens er at de syke forsøker å trene og vedlikeholde intellektuelle funksjoner i størst mulig grad. Isolasjon og passivitet bør unngås, da dette vil ha en negativ påvirkning for utviklingen av sykdommen.

2.7 Menneskers ernæringsbehov

For å kunne si noe om hva som er tilstrekkelig næringsinntak har vi tatt med denne tabellen:

Ernæringsbehov (energiinntak per. kilo ønskelig kroppsvekt)	Korrigert energibehov
Basalt behov: 22 kcal/kg	Dersom pasienten er >70 år: - 10 %
Sengeliggende = basalt behov + 30 % = 29 kcal/kg	Dersom pasienten er mager: + 10 %
Oppegående = basalt behov + 50 % = 33 kcal/kg	For hver grad >37 C + 10 %
Oppbyggingsfase = 44 kcal/kg	

(Norum og Pedersen i Brodtkorb, 2008, s. 255).

Tabellen viser oss at mennesker har et basalt energibehov på 22 kcal/ kg. Dette er hva kroppen trenger for å fungere. Er pasienten sengeliggende trenger han 30 % mer, dvs. 29 kcal/kg, mens en oppegående pasient trenger 50 % mer, det vil si 33 kcal/ kg. Dette er på grunn av et større energibehov/forbruk. En person på 70 kg vil således trenge 2030 kcal dersom han er sengeliggende. Men, dersom han er oppegående trenger han 2310 kcal. Dersom han er over 70 år, minus 10 %, altså 2079 kcal på en oppegående person. En mager person vil trenge 10 % mer, dvs 2541 kcal. Ved feber vil energibehovet øke med 10 % pr grad over 37 grader C. Dersom en person er i en oppbyggingsfase trenger han 44 kcal/kg.

Videre skriver (Ferry i Brodtkorb, 2008) at friske, spreke og aktive eldre anbefales å drikke ca. 1,5 liter væske daglig. For mange svekkede eldre er dette urealistisk, men et inntak på 0,7 - 0,8 liter regnes som et absolutt minimum.

2.8 Underernæring

Ifølge Bjørneboe og Tonstad (2017) er underernæring en tilstand som forekommer når inntaket av kroppens behov av energi og/eller næringsstoffer gjennom inntak av mat og drikke over tid ikke er tilfredsstillende. Protein- og fettreservene i kroppen avtar, og dette fører til vekttap, muskelsvinn og mangel på vitaminer og mineraler. Risikoen for sykdom, komplikasjoner til sykdom og dødelighet øker ved underernæring. Men, sykdommer kan også bidra til underernæring, på grunn av økt behov for næringsstoffer, redusert næringsopptak og nedsatt appetitt.

2.9 Hjemmesykepleien

Ifølge Fermann og Næss (2008) har hjemmesykepleietjenesten utviklet seg mye fra 70- tallet og frem til i dag, og er i dag den største av mange deltjenester i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Hjemmesykepleien ivaretar innbyggernes behov for sykepleie uavhengig av alder.

2.10 Mat og kultur

I følge Syggestveit mfl. (2015) ble det før i tiden ofte foreskrevet av lege hva slags mat pasienten skulle ha, tilpasset pasientens sykdomsbilde. Nå for tiden får de fleste pasientene den samme maten på de fleste institusjoner. Statens anbefalinger er at pasientene vurderes for energi og næringstett kost. Vi vet lite om hvordan dette fungerer rundt om i landet. Men erfaringen tilsier at det fortsatt blir servert kjeks og saft som mellommåltid.

I følge Hougaard (2011) er det i Norge betydelige forskjeller i matkulturen. De faktorer som påvirker menneskers kostvalg og kostvaner er kulturelle regler og sosiale normer, tidens og stedets matrielle omgivelser og vilkår og hver enkelts personlige livssituasjon. Måltidene er fortsatt familiens samlingspunkt, og vanligvis er det kvinnene som står for matlagingen i hverdagen. Men, felles-måltidene er ikke hverdagslig lenger. Måltider innebærer mer enn bare mat. De handler om sosial omgang, kos, hygge og fellesskap.

2.11 Avgrensninger av problemstilling

Siden størrelsen på oppgaven er begrenset, må vi avgrense oppgaven og problemstillingen. Vi hadde først en plan om å skrive om både personer som bor på sykehjem og hjemme, men for å kunne gå i dybden i stoffet har vi valgt kun å fokusere på hjemmeboende. Vi vil fokusere på

mennesker med demens, med demens som en overordnet diagnose og ikke gå i dybden på forskjellige typer demens. Siden vi har valgt å ta for oss pasientgruppen som bor hjemme, er det snakk om personer i et tidlig stadium av demenssykdommen. Det handler da om personer som har fått påvist demensdiagnose og har svikt i hukommelse og kognitive funksjoner. Vi har valgt å ikke skille på kjønn og når vi skriver handler det om både menn og kvinner. Siden oppgaven handler om personer som mottar helsetjenester fra hjemmesykepleien, bruker vi ofte “pasient” når vi skriver om personer med demens.

3.0 Metode

I dette kapitlet gjør vi rede for vår metode for litteratursøket og litteraturstudiet. Vi vil knytte dette opp mot relevant litteratur som støtter det vi skriver.

3.1 Definisjon metode

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 (Vilhelm Aubert i Dalland, 2017, s. 51).

Ifølge Dalland (2017, s.51) er en metode noe som forteller hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Når vi skal undersøke noe hjelper metoden vi bruker oss til å samle inn data og ellers den informasjonen vi trenger.

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

For å besvare problemstillingen skal vi bruke både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Om artiklene vi velger er av kvalitativ eller kvantitativ metode har betydning for oss, fordi det forteller oss noe om forskningsdesignet, altså hvordan forskerne har gått frem for å samle data.

I følge Helsebiblioteket (2016) er kvalitativ metode en forskningsmodell som brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaringer. I de fleste tilfeller blir det brukt intervjuer eller observasjoner for å samle inn data. Det blir ofte brukt kun et lite utvalg deltakere. Forskere analyserer materialet for å finne meningen i det og funnene presenteres i fortellende format med utdrag fra datamaterialet.

Ifølge Aaland (2013, s. 165) er hensikten med kvantitativ metode å avdekke så sikker og gyldig kunnskap som mulig om det kan telles, veies og måles. Målet for denne type metode er eksakt kunnskap om harde data. For å kunne finne tydelige mønstre, sammenligne og utvinne

kunnskap som kan generaliseres, trengs harde data. Kvantitativ metode er avhengig av statistikk og matematikk som hjelpedisipliner i bearbeiding av de dataene en samler inn.

Aaland (2013, s. 20) skriver også at i kvantitative undersøkelser er det vanlig å legge frem de svarene man har fått inn og talt opp, for så å analysere dem videre.

3.3 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er metoden for denne bacheloroppgaven. I følge Støren (2016, s. 16) er det litteraturen vi skal studere. Derfor bruker vi i denne type studie materiale som allerede eksisterer og kunnskap fra artikler som vi henter fra databaser. På den måten kommer det ingen ny kunnskap, men ved å sammenligne kunnskapen fra flere artikler kan vi komme frem til nye erkjennelser. Ved å søke etter kunnskapen i de vitenskapelige artiklene, samle, vurdere og sammenfatte den, setter vi denne kunnskapen i system. Vi kan også finne relevant kunnskap i lærebøkene, men her blir kunnskapen formidlet i en instruerende sjanger. Derfor kan det være vanskelig å se hvor grundig argumentene er underbygd.

3.4 Litteratursøk og søkeprosess

Søkeprosessen gikk ut på å finne vitenskapelige artikler som er relevante for oppgaven. Det er da viktig å finne søkeord som gir artikler som er sentrale for vår problemstilling. Vi har søkt i forskjellige databaser, for å få et bredere utvalg av artikler. I litteratursøket bruker vi de databasene skolen abonnerer på, der vi får tilgang til å lese artiklene i fulltekst, samt Sykepleien Forskning. Søket gikk ut på å finne relevante artikler om hjemmeboende mennesker med demens og problemer med ernæring.

3.5 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Vi har satt følgende kriterier for de vitenskapelige artiklene vi har valgt. Artiklene skal være publisert i løpet av de siste 10 årene. Dette for å få relevant nyere forskning. Artiklene må ha vitenskapelig nivå 1 eller 2. Dette er en forsikring på at artiklene er fagfellevurdert og er vitenskapelige. For at en artikkel skal få en fagfellevurdering er det visse kriterier som må være oppfylt. Blant annet må den være metodisk riktig gjennomført og forskningsetisk forsvarlig. Vi har brukt nsd.no (norsk senter for forskningsdata) for å sjekke dette. Artiklene skal inneholde IMRaD-struktur som er den vanligste oppbyggingen av vitenskapelige artikler og gjør dem lettere å lese. For å finne artikler som svarer på vår problemstilling er det et

inkludering av artiklene har fokus på ernæring og mennesker med demens. For at vi skal kunne forstå og tyde artiklene på rett måte har vi begrenset det til kun engelsk, norsk, svensk og dansk. Forskningen skal være basert på begge kjønn, da det er dette som er interessant for vår oppgave. Vi har valgt å konsentrere oss om hjemmeboende pasienter, og vi har derfor ekskludert artikler som omhandler personer som bor i institusjon.

3.6 IMRaD

Når vi har søkt etter vitenskapelige artikler har vi lagt vekt på at de skal følge IMRaD-metoden. I følge Thidemann (2015, s. 68-70) er oppbyggingen av en vitenskapelig artikkel innenfor medisin og helsefag som oftest i IMRaD-struktur. Denne strukturen samsvarer med forskningsprosessen og på den måten blir det enklere å finne frem til den informasjonen vi er på jakt etter. IMRaD står for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon.

3.7 Søketabletter

I tabellene nedenfor er en oversikt over søkeord, database, kombinasjoner og antall treff, og eventuelle avgrensninger. Dette for å lettere finne tilbake til artiklene og at andre skal kunne etterprøve søkene. Under tabellene vises tittelen på artiklene utvalgt for oppgaven.

Tabell 1: Søk i Cinahl 09.04.18

Nummer	søkeord/term	avgrensninger	Resultat
s 1	dementia		37 110
s 2	nutrition		70 864
s 3	home care		38 405
s 4	s1 and s2 and s3		46

Her valgte vi artikkelen som låg som treff nr. 2: Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home.

Tabell 2: Søk i Svemed+ 10.04.18

Nummer	Søkeord/term	Avgrensninger	Resultat
s 1	dementia		1814
s 2	malnutrition		825
s 3	s1 and s2		21

Her valgte vi artikkelen som låg som treff nr. 4: Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens.

Da Swemed+ ledet oss videre til Sykepleien Forskning, fikk vi en ide om at vi der kunne finne flere artikler. Vi gikk inn på Sykepleien.no, og trykket oss videre til «forskning» og søkte på «Demens og ernæring» og fikk 51 treff. Sykepleien Forskning er et heldigitalt nivå 1-tidsskrift, der alle forskningsartiklene er fagfellevurderte. Der fant vi to artikler som er relevante for vår oppgave:

- Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien.
- Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre.

Tabell 3: Søk i Cinahl 18.04.18

Nummer	Søkeord/trem	Avgrensninger	Resultat
s 1	dementia		37 110
s 2	malnutrition		7280
s 3	undernutrition		849
s 4	s 2 or s 3		7751
s 5	s1 and s 4	linked full text	66

Her valgte vi artikkelen som låg som treff nr 15: Managing mealtime tasks: Told by persons with dementia.

Tabell 4: Søk i MEDLINE Ovid 18/4-18:

Nummer	Søkeord/term	Avgrensninger	Resultat
s 1	dementia or alzheimer Disease		145651
s 2	Meals		3945
s 3	s 1 and s 2		2

Her valgte vi artikkel som lå som treff nr. 2: How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents?

Når vi har søkt i forskjellige databaser og begrenset søket, har vi lest igjennom abstraktet for å vurdere om artiklene er relevante. De artiklene vi fant relevante gjennom å lese abstraktet, leste vi i sin helhet.

3.8 Forskningsetiske overveielser

Vi kunne ha søkt mer, men på grunn av tidsbegrensning måtte vi bestemme oss for at vi nå hadde et akseptabelt utvalg artikler, for å besvare problemstillingen vår. På grunn av tidsbegrensningen og antall ord gir ikke denne oppgaven noen absolutt fasit på at det er kun våre resultater som reduserer faren for underernæring hos disse pasientene. De kan likevel være gode tiltak, som er med å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demensdiagnose.

3.9 Forskningsetikk

For å kunne vurdere forskningsetikken i de vitenskapelige artiklene, er det vesentlig å vite hvilke retningslinjer forskerne har i forhold til etikk.

Slettebø (2014) forteller oss at Helsinkideklarasjonen bygger videre på Nùmbergkodeksen fra 1946, der de tok et oppgjør med den uetiske forskningen som ble utført under andre verdenskrig. For medisinsk og helsefaglig forskning er retningslinjene fra Helsinkideklarasjonen viktig. Hensynet til individet skal alltid gå foran hensynet til samfunns- og forsknings-nytte. Det er i all forskning viktig å veie mulig nytte opp mot mulig skade. Fordi forsøkspersonen alltid utsettes for en viss risiko eller ulempe er det viktig med frivillig

deltakelse og at personen er godt nok informert om hva prosjektet innebærer. Dersom pasientene ikke er samtykkekompetente er det strenge krav til forskning på disse gruppene. I Helseforskningsloven §18 sies det at forskning på personer uten samtykkekompetanse kan skje dersom risikoen er ubetydelig, personen ikke motsetter seg deltakelsen, og det er grunn til å anta at forskningen er til nytte for personen selv eller andre med samme lidelse. Det er også en forutsetning at denne forskningen ikke kan utføres på andre personer som er samtykkekompetente.

Konfidensialitet og anonymisering er viktig for at forsøkspersonen skal være trygg på at ingen får kjennskap til fortrolige opplysninger. Det at personen er trygg på dette gir også en mest mulig åpen og ærlig informasjon. Dersom informasjonen som personen gir kan være viktig for behandlende lege/sykepleier, må pasienten selv gi tillatelse til at informasjonen bringes videre.

Alle medisinske og helsefaglige prosjekter som berører pasienter, eller andre sårbare og utsatte grupper, skal vurderes av REK (Regional komité for medisinsk forskningsetikk).

I Forskningsetikkloven (2017) står det at etikk er viktig i forskningssammenheng. Derfor har vi i Norge i 2017 fått en lov som skal bidra til at all forskning, både i offentlig og privat regi, blir utført i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. Loven stiller krav til faglig uavhengighet, og at forskere skal opptre med aktsomhet. Til forskningsinstitusjonene blir det stilt krav om de skal sikre at forskningsetiske normer blir fulgt, at de gir nødvendig opplæring til kandidater og ansatte, og at alle som deltar er kjent med forskningsetiske normer.

Nylenna og Torp (2017) skriver at når man driver med forskning har man et ansvar overfor kollegaer, andre mennesker, dyr, miljø og samfunn. Forskningens sannhetsforpliktelse forplikter forskerne til å påvise sanne og forkaste falske påstander.

3.10 Bakgrunn for valg av artikler

Den første artikkelen er hentet fra Cinahl. Vi gikk inn gjennom Helsebiblioteket for å komme inn på denne databasen. Artikkelen ble valgt fordi den omhandler forslag fra forskjellige yrkesgrupper til hvordan man kan forbedre måltidsrelaterte oppgaver og måltidene til personer med demens.

Artikkel nr 2 er hentet fra Swemed+. Dette studiet ble valgt fordi den hadde som hensikt å kartlegge ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende med demens som får hjelp av hjemmesykepleien.

Artikkel nr 3 fant vi på Sykepleien Forskning. Denne artikkelen tok vi med fordi vurdering av ernæringsstatus hos pasienter i hjemmesykepleien er viktig for å kunne avdekke hvem som er underernærte eller står i fare for å bli det.

Artikkel nr 4 er også hentet fra Sykepleien Forskning. Dette er et litteraturstudie som tar for seg forskjellige screeningverktøy til bruk i ernæringskartlegging.

Artikkel nr 5 valgte vi fordi denne omhandler pasientenes eget syn på hvordan de syns de behersker mat og måltider. Dette er interessant for oss, fordi som sykepleiere er det viktig å ha innsikt hvordan pasientene selv ser ting, da det kan gjøre det lettere å tilpasse sykepleien.

Artikkel nr 6 er et studie fra Australia og handler om hvor mye kunnskap om ernæring personalet i en eldrebolig har. Dette gjør at det kanskje ikke var dette vi var ute etter, men ved å lese gjennom den, ser vi at den har stoff som kan relateres til hjemmesykepleien og Norge.

3.11 Analyse

Da vi analyserte artiklene gikk vi frem på følgende måte som beskrevet i Forsberg og Wengström (2013, s. 167), der steg 1 var å lese nøye gjennom teksten. Steg 2 var å finne ut hva teksten handlet om, og finne overordnede stikkord over artiklenes hovedbudskapet. Steg 3 var å omforme stikkordene til kategorier. Steg 4 var å finne ut om kategoriene kunne sammenfattes i et eller flere tema. Steg 5 var å tolke og diskutere vårt resultat.

Etter å ha gjort som beskrevet ovenfor satt vi igjen med 6 temaer som er vårt resultat.

4.0 Resultat

4.1 Artikkelmatrise 1:

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode
Johansson, L. mfl. (2017) Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home, <i>SAGE journals</i> , vol 16 (7) s. 835-852 Doi: https://doi.org/10.1177/1471301215619083	Målet med dette studiet var å utforske og beskrive helsepersonells syn på hvordan man kan forbedre måltider for personer med demens som fortsatt bor hjemme.	En kvalitativ beskrivende undersøkelse ble utført, og data ble samlet inn i 2011-2012 gjennom fire fokusgruppeintervjuer med ansatte som arbeider i hjemmet til personer med demens. Data ble analysert ved bruk av induktiv innholdsanalyse.

Funn:

Resultatene fra studiet viser at hovedkategorien som ble fremhevet var “skreddersydde måltider”. Dette betyr at måltidet skal være kjent for pasienten. Tiltakene skulle være strukturerte og individualiserte. Det er viktig med god kjennskap til pasienten og hans/hennes måltidssituasjon og handle etter dette. Deltakerne beskrev flere måter å forberede måltider på, men dette bør forstås ut fra det perspektivet at de tiltakene som tas, skal individualiseres, basert på pasientens identifiserte behov, og fortsatt bevare pasientens uavhengighet.

Kunnskapsbasert planlegging er viktig for å vite hvordan måltidet skal justeres etter den enkeltes behov. Underliggende årsak til problemet må kartlegges, og deltakerne beskrev kjennskap til både pasienten og hans/hennes familie som viktig.

Deltakerne understreket at det er viktig å være oppmerksom på pasientens egne ressurser og ikke bare fokusere på hindringer. Ved å skaffe seg denne kunnskapen kunne det identifiseres,

utvikles og introduseres. Det er pasienten selv som bestemmer seg for å akseptere det som blir foreslått av personalet. Til slutt skal omsorgen som tilbys evalueres.

Deltakerne beskrev at tiden personalet brukte hjemme hos pasienten var gunstig for å kunne evaluere/identifisere når ytterligere støtte var nødvendig. Deltakerne mente også at omsorgen bør gis av ansatte med spesiell kunnskap om demens, da de var tro ved at kunnskap og interesse for demens kunne øke ens evne til å løse problemene til den enkelte pasient på et passende nivå. Bevaring av en pasients evner og uavhengighet ble ansett som viktig, og deltakerne ønsket å hjelpe dem med demens til å fortsette å spise sine måltider hjemme. Å involvere pasienten i matlagingen kunne være et tiltak for dette, og kan innebære å la pasienten være ansvarlig for forberedelse av deler av måltidet. Deltakerne fremhevet at det viktigste var at pasienten følte at han/hun var med og følte seg ansvarlig på en eller annen måte.

Det ble foreslått at ansatte skal tilby støtte på en måte som gjør det mulig for individet å forbli uavhengig, inkludert å være der og overvåke, men ikke ta over. Spise-prosessen kan også kreve oppmerksomhet, og det ble foreslått at ansatte kunne være tilstede og overvåke under måltidet, for å sikre at pasienten begynte å spise, samt bli ferdig med måltidet.

Det er viktig å involvere partneren i å yte støtte, da hun/han kan hjelpe pasienten i å forberede mat. Matkurs ble foreslått som en måte å aktivere partneren på, som var ukjent med disse oppgavene, for å lære å lage mat. Dette kunne også gi muligheten for å møte andre som var i samme situasjon.

Noen ganger er det nødvendig å ta over ansvaret for matlagingen, for å sikre at pasienten mottar mat. Bytte av vanlige måltider med matombringing, blir gjort når pasienten ikke lenger kan bidra til måltidforberedelser på egenhånd.

Deltakerne understreket at folk kunne spise på restauranter i stedet for hjemme, noe som kan være en løsning for både pasienten og partneren, da det reduserte kravene til partneren. På dagsenter kan pasienten stimuleres og ta del i måltidsforberedelser.

For partnere som bodde hos dem med demens, trodde deltakerne at dagsenter lettet presset på partneren. Dette ga dem hjelp, reduserte antall måltider hjemme og ga dem tid til å være alene. Deltakerne diskuterte at det var viktig å skape en hjemmekoselig atmosfære med kjente måltider, selv om det hadde skjedd forandringer for eksempel at pasienten hadde begynt å

bruke måltider på hjul eller spise på dagsenter. Dette betyr at maten som serveres, bør være noe pasienten er vant til å spise og smake, som om den var tilberedt hjemme. Miljøet, for eksempel når og hvor og andre gamle rutiner, bør også vurderes for å gjøre mat og måltider så kjent som mulig. Det ble også sagt at måltider skal være mer enn bare mat. I stedet ble det lagt vekt på en sosial dimensjon rundt måltidet.

4.2 Artikkelmatrise 2:

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode
<p>Rognstad, M-A, mfl. (2014) Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens, <i>Sykepleien Forskning</i>, vol 8(4) s. 298-307</p> <p>DOI: https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137</p>	<p>I hvilken grad forekommer underernæring blant eldre hjemmeboende pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt?</p> <p>Hvilke risikofaktorer for underernæring peker seg ut som særlig sentrale hos denne utsatte pasientgruppen?</p>	<p>Det ble gjennomført et tverrsnittsstudie i fire utvalgte bydeler i Oslo, (N=282). Instrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) ble benyttet til innsamling av data. Logistisk regresjonsanalyse ble anvendt for å analysere dataene, og resultatene presenteres i oddsratioer.</p>

Funn:

Studiet viser at hele 40,4 % av pasientene er i fare for underernæring, mens det er 10,3 % i utvalget som var underernært. 47,9 % stod ikke i fare for å bli underernært. Det går også frem at 30 % av pasientene i utvalget hadde stort behov for eller trengte full bistand i de daglige aktivitetene. Av de utvalgte pasientene var det 71,7 % kvinner og 28,3 % menn. Hele 91 % sier at de ikke har fysiske problemer med matinntaket. Det kommer frem at 71 % bor alene. 56% av pasientene får hjelp av familien til innkjøp av matvarer, 28 % får praktisk hjelp av kommunen til handling, mens 16 % handler selv.

Videre ser de på ernæringsstatus hos brukere av hjemmetjenesten sett ut fra kjønn, problemer med matinntak og bistand til matinnkjøp. Det viser seg at menn hadde 49 % lavere odds for å være underernært, eller det å stå i fare for underernæring enn kvinner. Problemer med matinntak vises som en stor betydning for pasientens ernæringsstatus. De som ikke har problemer med matinntak har hele 86 % lavere odds for å være underernært eller stå i fare for underernæring. Står en for matinnkjøp selv har en 64 % lavere odds for å være underernært eller stå i fare for underernæring, sammenliknet med dem som får hjelp til handling.

4.3 Artikkelmatrise 3:

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode
<p>Meyer, S.E. mfl. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien, <i>Sykepleien Forskning</i>, vol 12</p> <p>DOI: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797</p>	<p>Å utforske hvordan hjemmesykepleierne fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis, sett i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.</p>	<p>Analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter. Analysen ble gjort trinnvis med identifisering av meningsbærende enheter, undertemaer og temaer. Fire temaer ble identifisert og kategorisert på tvers. Datamaterialet omfatter tolv gruppesamtaler med nitten sykepleiere fra to kommuner.</p>

Funn:

I denne artikkelen blir resultatene presentert som fire temaer.

1. Forankring: Sykepleierne som var med i undersøkelsen var samstemte om at ledelsen i kommunen og hjemmesykepleien må ha fokus på ernæringskartlegging. Det må innarbeides rutiner både når det gjelder vedtak, bruk av kartleggingsverktøy og for personalet i hjemmesykepleien.

2. Kjennskap til pasientens ernæringsbehov: Hjemmesykepleierne diskuterte ernæring og lokal kunnskap i grupper og på personalmøter. De beskrev betydningen av praktisk tilrettelegging i pasientsituasjoner. De mente de hadde god kunnskap om pasientenes ernæringsbehov, og sette inn tiltak når det var nødvendig. Pasienter med stor vektnedgang eller syke pasienter ble prioritert.

3. Selvbestemmelse og krav til systematisk kartlegging av pasientens ernæringsbehov: Respekten for selvbestemmelse ble vektlagt, og spesielt siden dette var i pasientens hjem. Veiing kunne være problematisk grunnet selvbestemmelse. Sykepleierne syntes også det var problematisk å følge opp hva de spiser og drikker, og var bekymret for at pasientene glemmer det.

4. Praktiske utfordringer i ernæringsarbeidet: Kartleggingen var ofte avtalt på forhånd, og sykepleierne opplevde at både pasienten og pårørende var positive til kartleggingen, og at det ble rettet faglig oppmerksomhet mot manglende matinntak og vekttap. Det viste at sykepleierne hadde omsorg for pasientene. Noen brukte kartleggingskjemaet Ernæringsjournalen. Dette styrket observasjonene og samarbeidet med pasientene. Tiltak og evaluering ble iverksatt. Dårlig bemanning og tidspress førte til at noen av sykepleierne utsatte kartleggingen. Trivsel rundt måltidene og appetittvekkende middager ble nemt som viktig for pasienter med dårlig appetitt.

4.4 Artikkelmatrise 4:

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode
Gjerlaug, A.M., mfl. (2017). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre, Sykepleien Forskning vol 11(2) s. 148-156 DOI: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692	Å identifisere screeningverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring blant eldre bosatt i langtidsinstitusjoner og eldre som mottar hjemmesykepleie, ved å oppsummere hva forskning sier om validitet, reliabilitet og anvendbarhet.	Søkene ble gjennomført i 2014 i databasene MEDLINE, Cinahl, Ovid Nursing of Food Science Source, PubMed, Embase og The Cochrane Central Register of Controlled Trials. I tillegg ble det gjennomført hundsøk.

Funn:

De fant fire ulike screeningverktøy – MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI – fordelt på ni valideringsstudier. MNA-SF var validert flest ganger (fire studier), og både sensitivitet og spesifisitet var høy. MST var validert i én studie med moderat spesifisitet. De andre verktøyene viste moderat validitet. Ingen av de inkluderte studiene undersøkte anvendbarheten av verktøyet. Det var mellom 83-90 % samsvar mellom klassifiseringen gjort med MNA og MNA-SF og 72-90 % samsvar mellom MNA og MNA-SF-CC hos hjemmeboende pasienter. En undersøkelse viser at resultatet ble likt ved bruk av MNA-SF-self og MNA-SF. Dette studiet konkluderte med at MNA-SF-self gjerne kan brukes som ernæringscreening blant hjemmeboende. Det var en moderat validitet i bruk av Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) sett i forhold til MNA. SNAQ-BMI brukt i langtidsinstitusjon var mer nøyaktig enn MNA, men den klassifiserte mange flere for å være i risikozonen for underernæring uten at de var det. Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) ble validert opp mot MNA, og viste seg som et noe dårligere verktøy, da det overestimerer risikoen. Malnutrition Screening Tool (MST) ble validert til moderat validitet, fordi det var lite spesifikt.

4.5 Artikkelmatrise 5:

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode
Johansson, L. mfl. (2011). Managing mealtime tasks: told by persons with dementia, <i>Journal of clinical nursing</i> , vol 20 (17-18), s. 2552-2562. Doi: https://doi.org/ 10.1111/j.1365- 2702.2011.03811.x	Hensikten med studiet var å undersøke hvordan hjemmeboende personer med demens selv opplever at de behersker oppgaver rundt måltidene.	Kvalitativ studie, der data ble samlet inn gjennom intervju med deltakerne i sine egne hjem. Det var 10 kvinner og 5 menn i alderen 69-86 år.

Funn:

Målet med dette studiet var å undersøke hvordan personer med demens, som bor hjemme, selv opplever at de behersker måltidsoppgaver, da det er lite kjent hvordan pasientene selv oppfatter dette. Resultatet i studiet viser at deltakerne ønsket å være uavhengige og at tapet av hukommelse ikke i stor grad skulle påvirke dem. Gamle vaner og rutiner, samt nytviklede strategier hjalp dem med å administrere måltidsoppgaver til tross for sykdommen. Deltakerne var fornøyd med deres nåværende situasjon, selv om det noen ganger betydde at ting hadde forandret seg, for eksempel å motta ferdige måltider. Uavhengighet var høyt verdsatt, og det å kunne mestre måltidsoppgaver var en måte å virke uavhengig på. Dette studiet viser relevans for klinisk praksis da det er viktig for omsorgspersoner å forstå at personer med demens kanskje ikke uttrykker vanskeligheter med å administrere oppgaver rundt måltidene, fordi de er redde for å miste sin uavhengighet. Det er derfor viktig å skape et tillitsfullt forhold før det oppstår problemer med å støtte pasienten når det blir nødvendig.

4.6 Artikkelmatrise 6:

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode
Beattie, E., mfl.(2014). How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents?, <i>Wiley Online Library</i> , vol 9(1). s. 56-64 https://doi.org/10.1111/opn.12016	Underernæring, vekttap og dehydrering er et stort problem blant mennesker med demens. Denne undersøkelsen er fra Brisbane, Australia. Undersøkelsen ønsker å se på holdningen og kunnskapen blant personalet, ansatt i omsorgsbolig, sett i forhold til pasientenes behov og måltidspraksis.	Undersøkelsen er basert på 76 personalsvar på spørsmål om ernæringskunnskap, deres mening om mattjenesten, hyppigheten av måltider og mating.

Funn:

Av personalet som deltok i undersøkelsen var det 22 % som hadde gjennomført bachelorstudie eller høyere. 32 % hadde videregående/artium eksamen, mens 60 % var pleiepersonell.

Kunnskapen om ernæring var sterkt varierende fra 1-9 på en skala med 10 oppnåelig. Svarene ble også analysert i en tabell for hvor mange % som hadde svart riktig på spørsmålene. 76 % svarte riktig om risikofaktorer assosiert med underernæring. 65 % svarte riktig om ernæringsbehov i alderdommen. 63 % svarte riktig om væskebalansen, 64 % om matingsstrategier ved demens. 38 % så behovet av økt protein og energi hos pasienter med trykksår, og kun 15 % hadde riktig kunnskap om væskebehov. Det var ingen signifikant forskjell mellom demografiske forskjeller og skåringen på spørsmålene.

Når det kommer til ernæringsvurdering indikerte 52,9 % at de foretok næringsevaluering. Av disse var det 40 % som vurderte vektreduksjonsstatus, 39 % svelgeproblemer, 38 %

Drikke/Diurese. Andre vurderinger var tygge problemer, vektøkning og antall måltider pasientene deltar i. Bare 26 % av de ansatte oppga at de vurderte typen mat, eller konsistensen av maten som blir tilbudt. 8 % vurderte kaloriinntak. Vurderinger som hudkvalitet, munnstell, funksjonell status og laboratorieverdier var det også bare et begrenset antall ansatte som foretok.

Ernæringsrelaterte holdninger:

83 % så på ernæringsvurdering som en viktig del av jobben, på tross av dette var det bare 53 % som sa at de faktisk utfører ernæringsvurderinger. Det respondentene så på som et hinder for en optimal ernæring var: 56 % mente at det var utilstrekkelig med tid til å observere pasienten ved måltider, 46 % var uvitende angående ernæringsproblemet, 44 % manglet kunnskap om ernæringsvurdering og 57 % mente maten var uappetittlig.

88 % var enige om at det var viktig å observere pasienten under måltidet. 73 % oppga at de var klar over hvor mye hjelpebehov pasientene hadde. 74 % mente at maten var tilstrekkelig. 55 % mente at maten var tilstrekkelig variert for pasientenes behov, og at pasientene var fornøyde med maten. 25 % av personalet mente at pasientene var generelt misfornøyde med maten.

4.7 Våre resultater

Ut fra disse artiklenes resultater har vi kommet frem til følgende 6 temaer:

- 1. Personrelatert tilnærming og skreddersydde måltider:** Det er viktig med individuell sykepleie og måltider tilpasset hver enkelt.
- 2. Personlig integritet.** Når vi er i hjemmene til pasienten er det viktig å ta vare på pasientens integritet.
- 3. Ledelsesforankring, dårlig bemanning, tidspress og økonomi:** Faktorer som påvirker ernæringskartleggingen og tiltakene.
- 4. Kartlegging ernæringsstatus og verktøy ved screening:** Viktig for å systematisk kartlegge ernæringsstatus.
- 5. Kunnskap og holdninger blant personalet:** Påvirker i svært stor grad oppfølgingen av ernæringsarbeidet.

6. Inkludere partner og andre pårørende: Når det gjelder pasienter med demens blir ofte de pårørende like hardt rammet som den syke. Pårørende er en viktig støttespiller for pasienten, både når det gjelder det sosiale og hjelp til praktiske gjøremål i hverdagen. Å ta vare på og inkludere de pårørende blir derfor viktig.

5.0 Diskusjon

I problemstillingen vår stiller vi spørsmål om hva sykepleiere kan gjøre for å forebygge underernæring til pasienter med demens som bor hjemme. I diskusjonen dikuterer vi de 6 resultatene våre.

5.1 Personrettet tilnærming og skreddersydde måltider

Ifølge Johansson mfl. (2017) er det viktig at måltidssituasjonen er tilpasset hver enkelt pasient, og de skal være skreddersydde etter pasientens behov og identitet. Pasientene bør kjenne igjen måltidene, både rettene som blir servert og oppbyggingen rundt måltidene. Det er viktig med god kjennskap til pasienten og hans/hennes måltidssituasjon og handle etter dette. Tiltakene som iverksettes bør være basert på pasientens identifiserte behov. En må kartlegge pasientens egne ressurser og sørge for at han får bruke disse. På denne måten kan en tilpasse måltidene og assistansen til den enkelte pasient.

Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) skriver at brukere og pårørende er viktige kilder til informasjon og gode samarbeidspartnere, når en skal gjennomføre tiltak for å forebygge underernæring. De skriver at det er viktig å tidlig etablere en god dialog med pasienten om hvordan de selv kan forebygge underernæring og involvere pårørende i tiltak der det er naturlig.

I følge Hougaard (2011) er smak og behag forskjellig fra person til person. Alle er sosialiserte til et sett av smakspreferanser gjennom barndommen. Dette skaper et skille mellom personer og blir en del av ens identitet. Maten kan være en kilde til å opprettholde selvaktelse. Aktiviteten ved måltidet forbindes ofte med nytelse og inspirasjon og dette bidrar til personlig velvære.

Videre skriver Hougaard (2011) at i forbindelse med sammensetningen og porsjoneringen av måltider kommer pasientens smakspreferanser og kultur- og kjønns spesifikke kostvalg til syne. Man må da forhandle med pasienten, slik at pasienten får et måltid som gjør at han har lyst til å spise, det faller i smak og det dekker pasientens ernæringsfysiologiske behov.

Dette gjør at det blir en viktig oppgave for sykepleiere som jobber i hjemmene til disse pasientene. De må ha kunnskap om dette og må administrere det på en best mulig måte. Det er da viktig å ha godt kjennskap til pasienten og deres matvaner, samt appetitt og ernæringsbehov.

Det er en ekstra utfordring i hjemmesykepleien at man ikke med sikkerhet kan vite om pasienten hva pasienten har spist og drukket, eller om han i det heletatt har spist. Dette påpekte også sykepleierne som deltok i studiet til Meyer mfl. (2017).

Det er flere faktorer som påvirker ernæringsstatusen til disse pasientene, ikke kun hva de spiser. Den sosiale atmosfæren rundt måltidene for eksempel. Meyer mfl. (2017) sier at sykepleierne la vekt på at det sosiale hadde stor betydning for pasienter med dårlig appetitt. Trivsel skapes når en spiser sammen med andre. Sykepleierne mente at det å spise sammen med disse, kunne være et godt trivselsskapende alternativ hos de personene som bor alene.

Rognstad mfl. (2014) skriver at om pasientene står for matinnkjøpet selv har de 64 % lavere odds for å være underernært eller stå i fare for å bli det, sammenlignet med dem som får hjelp til handling. Ut fra deres tverrsnittsstudie var det ikke mulighet til å si hva som kunne være årsaken til dette. Men, vi kan tenke oss at det kan være på grunn av at det gir dem en større mulighet til selv å velge hva de vil spise, eller at de føler mestring ved å selv utføre denne oppgaven. Dette kan føre til livslyst og matlyst. En annen faktor er at de som handler selv, sannsynligvis er de som i utgangspunktet er minst påvirket av demenssykdommen, og derfor er mindre utsatt for å bli underernært. Rognstad mfl. (2014) sier også at det å være kvinne og ha problemer med matinntak vil gi en større fare for underernæring og at helsepersonell må være spesielt oppmerksom på denne pasientgruppen.

Johansson mfl. (2017) sier at det i noen tilfeller er nødvendig å ta over middagslagingen, for å opprettholde god ernæring. Da kan det være aktuelt med ferdig mat levert på døren, eller at de kan gå ut å spise på restaurant eller dagsenter. På dagsenter kan pasientene stimuleres og ta del i matlagingen. Deltakerne i studiet diskuterte at det er viktig å skape en hjemmekoselig atmosfære med kjente måltider, selv om pasientene hadde begynt å gå på dagsenter noen dager i uken eller fikk ferdig mat levert hjem. Det er da like viktig at maten som blir servert er noe pasienten er vant til å spise og at det smaker som om den hadde vært laget hjemme.

Gamle rutiner, hvor og når pasientene spiser, bør vurderes for at mat og måltider fortsatt skal være så kjent som mulig.

Ut fra erfaring fra arbeid i hjemmesykepleien vet vi at det som regel ikke er flere alternativer å velge mellom. Maten som pasientene mottar blir laget på et kjøkken, der det er en rett per dag, uten valgmuligheter, med mindre det er snakk om allergi eller spesielle dietter. Dette gir utfordring i den grad at det blir vanskelig å servere pasientene det de ha lyst på, det de liker og /eller det de er vant til. Ferdiglaget mat lager ikke noen spesiell matlukt i huset, noe som kan være appetittskapende i seg selv og gjøre at en får lyst på mat.

Ifølge van Staveren mfl i Brodtkorb (2008) vil svakere luktesans og færre smaksløker føre til dåligere smakssans med årene, og dermed nedsatt appetitt.

5.2 Personlig integritet

I studiet Johansson mfl. (2017) gjennomførte beskrev deltakerne at det var viktig å være oppmerksom på pasientens egne ressurser og ikke bare hindringer og utfordringer. Det er pasienten selv som bestemmer seg for å akseptere det som blir foreslått av personalet. Bevaring av en pasients evner og uavhengighet ble ansett som viktig. Det ble foreslått at ansatte skulle gi støtten på en slik måte at pasienten forblir mest mulig uavhengig. Dette innebærer at hjelperen ikke må ta over, men passe på å inkludere pasienten og la pasienten gjøre det han selv klarer.

Utifra egne erfaringer ser vi at det i mange tilfeller er lett å overstyre pasientene og heller gjøre oppgaver selv. Dette fordi en ofte ser på det som enklere og tidsbesparende der og da. Dette er ikke gunstig for pasientene da en ikke bare tar ifra dem muligheten til å gjøre det de faktisk klarer selv, men etter hvert også evnen til å gjøre det.

Meyer mfl. (2017) sine resultater fra studiet viser også at respekten for selvbestemmelse blir vektlagt sammen med den systematiske kartleggingen av ernæringsbehov, og spesielt siden dette er snakk om pasienter i egne hjem.

I Johanssons mfl. (2011) sitt studie legger deltakerne, som var pasienter med påvist demensdiagnose, vekt på at de ønsket å være uavhengige og at tapet av hukommelse skulle påvirke dem minst mulig.

Ifølge Berentsen (2008) handler sykepleie til pasienter med demens først og fremst om å gi pasienten opplevelsen av verdighet og bidra til mestringsopplevelser.

Mæland (2014) hevder at Empowerment på det individuelle nivå innebærer at en i kontakt med enkeltmennesker har anledning til å stimulere de helsefremmende prosesser. Dette gjøres ved at en er lydhør overfor pasienten, viser pasienten respekt og lar han være med i beslutningsprosessen. Det å anerkjenne pasientens rett til å velge, gir han kontroll og mestringsfølelse. Dette er helsefremmende både i det å selv kunne velge og gjennom konsekvensene av valgene.

Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011) skriver at sykepleier skal ivareta den enkeltes verdighet og integritet, med dette retten til helhetlig sykepleie og retten til å være medbestemmende og ikke bli krenket. Sykepleiere skal legge til rette for at pasientene skal ha mulighet til å ta egne valg, og må derfor gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og forsikre seg om at pasientene har forstått den informasjonen som har blitt gitt.

5.3 Ledelsesforankring, dårlig bemanning, tidspress og økonomi

I Meyer mfl. (2017) sitt studie la sykepleierne vekt på at det var viktig at ledelsen i kommunen og hjemmesykepleien var samstemte om å ha fokus på systematisk ernæringskartlegging. Det er viktig at det innarbeides rutiner for de som fatter vedtak om tjenester og for personalet som jobber i hjemmesykepleien.

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Johansson mfl. (2017) sier at sykepleierne som deltok i intervjuene beskrev at den tiden personalet brukte hjemme hos pasientene med demens var viktig, for å kunne identifisere når ytterligere støtte var nødvendig. Ofte strekker ikke tiden til og ifølge Meyer mfl. (2017)

førte dårlig bemanning og tidspress til at noen av sykepleierne utsatte kartleggingen.

Johansson mfl. (2011) sier at personer med demens ikke uttrykte vanskeligheter med oppgaver i forbindelse med måltider, fordi de var redde for å miste sin uavhengighet. Det blir derfor viktig å skape et tillitsfullt forhold før det oppstår problemer, slik at det blir mulig/lettere å hjelpe pasienten når det blir nødvendig. Sykepleiere må få pasientens tillit og i følge Moksnes (2015) må personalet opptre rolig og med et rolig tonefall for at pasientene skal kjenne seg trygge. Det trengs tid for å etablere et forhold, der pasienten kjenner seg trygg og klar til å samarbeide. For å oppnå dette trengs det mer personale.

Å skape tillit kan være tidkrevende, og det kan by på utfordringer hvis en i tillegg har dårlig tid når man er hjemme hos pasientene. For å kunne gjøre en god jobb og jobbe med systematisk ernæringskartlegging hos denne pasientgruppen er det vesentlig at man har hatt tid til å bli kjent med pasientene, for å kunne tilpasse omsorgen etterhvert som sykdommen utvikler seg.

I følge Sygnestveit mfl. (2015) er underernæring et økende problem, fordi det blir stadig flere eldre i samfunnet. Det blir stadig større sprik mellom utgiftene til velferd og inntekten på statsbudsjettet, med en større andel eldre. En god måte å sikre god bruk av de midlene som er bevilget, er å sørge for at de eldre holder seg friske lenger. God og riktig ernæring er grunnleggende og et viktig forebyggende tiltak til eldre. Dette vil være best både samfunnsøkonomisk og ikke minst for pasientene.

Sykepleiernes jobb med å forebygge underernæring hos pasienter med demens som bor hjemme, er viktig i flere sammenhenger. Det er først og fremst for pasienten sin del, med at de holder seg friske og kanskje kan bo hjemme lenger. Dette gjenspeiles i resultatet i studiet til Johansson mfl. (2011) som viser blant annet at deltakerne ønsket å være uavhengige og at tapet av hukommelse ikke i stor grad skulle påvirke dem.

5.4 Kartlegging av ernæringsstatus, og verktøy ved screening

Ut fra studiet til Rognstad mfl. (2014) fremgår det at ved MNA-screening stod hele 40,4 % av de utvalgte pasientene i fare for underernæring, mens 10,3 % allerede var underernærte. Ved

IPLOS-registrering går det frem at 30 % av pasientene hadde stort hjelpebehov i forhold til daglige gjøremål.

“Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg” (Helsedirektoratet, 2013, s. 8).

Artikkelen til Rognstad mfl. forteller oss at underernæring er utbredt. Ved å systematisk kartlegge pasientenes ernæringsstatus kan sykepleiere se hvor det er behov for å sette inn tiltak og sette inn ressursene der det trengs. Kirkevold og Brodtkorb (2008) sier at å gi grundige og presise vurderinger om pasientens tilstand, er sykepleieres faglige og moralske ansvar. Da eldre pasienter ofte har diffuse symptomer er det desto viktigere med grundige kartlegginger. Det er internasjonalt enighet om at systematiske og omfattende vurderinger av pasienten er grunnleggende, for å kunne gi god og riktig behandling til de syke. Her er det naturlig å bruke vurderingsskjemaer i tillegg til de observasjoner en sykepleier gjør i det daglige.

I følge Melheim og Sandvoll (2017) vil det være vanskeligere å oppdage underernæring uten gode kartleggingsrutiner. Helsedirektoratet (2013) skriver at en tidlig identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko gjør det mulig å iverksette tiltak før underernæring oppstår. Underernæring får ofte utvikle seg fordi problemet ikke bli identifisert.

Ernærings-screeningsverktøy er laget for at sykepleiere skal identifisere de pasientene som er i faresonen for underernæring, eller allerede er underernært. Dette er et viktig hjelpemiddel i denne prosessen. Utifra studiet til Gjerlaug mfl. (2017) er det MNA-SF og MNA-SF-self som best ut. MNA-SF var det skjemaet som var mest brukt i skråningene i disse undersøkelsene, og det var også denne som kom best ut sammenlignet med andre verktøy.

I Meyer mfl. (2017) sin undersøkelse brukte noen av sykepleierne Ernæringsjournalen. Denne er ikke vurdert i Gjerlaug mfl. (2017). De mente at det å bruke dette verktøyet styrket observasjonene og samarbeidet med pasientene. Sykepleierne opplevde at både pasienter og pårørende var positive til kartleggingen, da dette gav dem en opplevelse av omsorg. De sykepleierne som jobbet der det ikke var bestemt noe fast kartleggingsverktøy opplevde at det var vanskeligere å utføre kartleggingen.

Dette viser at det den systematiske ernæringskartleggingen blir lettere viss det er fastsatt et verktøy som skal brukes.

Brodtkorb (2008) skriver at dersom kartleggingen viser at pasienten har ernæringsproblemer må det settes inn målrettede tiltak. Dette må skje i samarbeid med pasienten selv.

Sykepleietiltakene må evalueres etterhvert.

5.5 Kunnskaper og holdninger blant personalet

For å kunne jobbe systematisk og kunnskapsbasert med ernæringskartlegging hos pasienter med demens som bor hjemme, er det viktig at sykepleierne har god kunnskap om ernæring og ser på dette som en viktig del av jobben. Johansson mfl. (2017) skriver at kunnskapsbasert planlegging er viktig, for å justere måltidene etter hver enkelts behov.

I Norsk sykeplierforbuns yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det at sykepleiere skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og skal med dette bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis.

For at tjenestene kontinuerlig skal utvikle seg til det bedre for pasientene er det viktig at sykepleiere gjør dette. I følge Beatti mfl. (2014) var kunnskapen om ernæring sterkt varierende. Dette var blant personalet ansatt i eldrebolig, men tallene viste at 76 % var klar over risikofaktorer forbundet med underernæring. 65 % svarte riktig om ernæringsbehovet til eldre. 63 % svarte riktig i forhold til væskebalanse, og 64 % om matings-strategier til pasienter med demens, mens kun 15 % hadde riktig kunnskap om behovet for væske.

Dette viser at det er stort forbedringspotensial, når det gjelder kunnskapen blant personalet i forhold til ernæring og væske. Hva som skyldes disse tallene er vanskelig å si, men dårlige holdninger blant personalet om ernæring og væske, kan være en av grunnene. I Beatti mfl. (2014) sine resultater står det at 83 % så på ernæringsvurdering som en viktig del av jobben, til tross for at det kun var 53 % som sa at de faktisk utførte ernæringsvurdering. Dette viser at en stor andel vet at ernæringskartlegging er en viktig del av deres jobb, men at bare rundt halvparten gjorde tiltak for å vurdere dette. Deltakerne i studiet så på forskjellige faktorer som hindrer en optimal ernæring: For lite tid til å observere pasientene ved måltider, uvitenhet

angående ernæringsproblemer, manglende kunnskap om ernæringskartlegging og uapetittelig mat. Deltakerne i studiet til Johansson mfl. (2017) mente at omsorgen til pasienter med demens som bor hjemme, burde gis av personer med spesiell kunnskap.

Det er selvfølgelig at personer med demens trenger hjelp og tilrettelegging fra personer med kunnskap om dette. Men, i en hverdag med personell med ulike yrkestitler på jobb, kan en ikke forvente at alle er like spesialisert på alt. Det er derfor viktig at personalet på jobb jobber sammen som et team, utfyller hverandre og gir hveandre hjelp og støtte. I Nork sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det blant annet at sykepleieren skal fremme åpenhet og forhold som legger til rette for godt tverrfagelige samarbeid, og at sykepleierene har et faglig og etisk veiledningsansvar overfor andre helse- og omsorgsarbeidere.

For å øke fokuset på kartlegging av ernæringsstatus og ernæringsarbeid, er det viktig at ledelsen som nevnt tidligere har fokus på dette. Sykepleierne må også legge vekt på og ha gode holdninger om at dette er viktig i hverdagen og ha gode kunnskaper om ernæring.

I følge Helsedirektoratet (2016, s. 58) er kompetanse nødvendig både hos de som fatter vedtakene om hjemmetjenester og hos dem som i praksis utfører ernæringsarbeidet.

I hjemmesykepleien bør det være et tverrfagelig team som sørger for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet. Dette teamet bør bestå av de som fatter vedtak om hjemmesykepleie, sykepleiere/omsorgsarbeidere som utfører arbeidet, samtidig bør pasienten og eventuelt pårørende være representert.

Dette vil skape en arena for et godt tverrfagelig samarbeid, der personene bidrar med kunnskap og erfaringer fra ulike innfallsvinkler. Dette kan kanskje også bevisstgjøre hver enkelt ansvaret de har i samarbeidet, og på den måten føre til økt kunnskap og bedre holdninger rundt arbeidet med systematisk ernæringsarbeid.

5.6 Inkludere pårørende

Pårørende har en viktig rolle som hjelpere til pasienter med demens. Sykepleierne må ta vare på disse, ved å veilede dem og gi avlastning når dette trengs. I artikkelen til Johansson mfl. (2017) mener deltakerne at kunnskap til pasientens familie kan være en viktig faktor, for å få

hele bildet i pasientens matsituasjon. Å inkludere partneren er av stor betydning, både på grunn av den kunnskapen de har til pasienten og på grunn av at også de trenger støtte. Å inkludere partneren kan også bety å legge til rette for at de to skal lage mat sammen. Et forslag var matkurs for partnere til mennesker med demens. Det kan være et avbrekk i hverdagen, samt at det også kan være godt å møte andre pårørende i lignende situasjoner. Det er viktig å «se» samboere av pasienter med demens. Ofte er de utslitte av å stelle for sin nærmeste. Noen tør ikke sove om natten i frykt for hva partneren kan finne på og har mange bekymringer. I slike tilfeller trenger de avlastning, dagsenter kan være en god løsning. Da kan samboeren ha noen timer å slappe av på og samle krefter. Dette var også foreslått i Johansson mfl. (2017).

Som tidligere nevnt skal vi ikke skille på kjønn i denne oppgaven, men Rognstad mfl. (2014) skriver at menn har 49 % mindre sjanse enn kvinner for å være underernært eller være i risiko for å bli det. Dette er interessant og det kan være flere grunner til det. Hvem som er pårørende for hvem i et parforhold kan kanskje være en av årsakene. Viss det er kona som har hatt ansvar for matlagingen og hun utvikler en demenssykdom, og ikke lenger mestrer å lage mat på egenhånd, må mannen som tidligere ikke har laget mat ta ansvar og kanskje ta over oppgaven på sikt. Dette kan være en utfordring og skape en risiko for at maten som lages ikke er næringstett nok eller apettittvekkende for kona. En annen grunn kan være at kvinner lever lenger enn menn, så ofte er det de som sitter igjen alene når mannen dør. Og da er det ingen som hjelper med mat hjemme. Kona blir kanskje ensom og deprimert etter mannens bortgang og dette utgjør en risikofaktor for å ikke få i seg tilstrekkelige mengder næring. I slike tilfeller er det viktig for sykepleiere å se hva som er den bakenforliggende årsaken til pasientens ernæringsproblematikk og gi støtte og råd, til pasient og pårørende. Når dette er kartlagt er det viktig å finne gode tiltak og kontinuerlig evaluere effekten av tiltakene og eventuelt gjøre endringer.

6.0 Konklusjon

6.1 Svar på problemstillingen

Vår problemstilling var hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens. Ut fra resultatene våre er dette en sammensatt oppgave som inneholder flere prosesser. Eldre med demens har en større utfordring i forhold til ernæring enn eldre ellers. Fokus på ernæring og kartlegging er i seg selv gode tiltak, både hos ledelsen og personalet som er i kontakt med pasientgruppen. At ledelsen tar ernæring alvorlig, og setter av tid og midler til at sykepleiere kan utføre dette arbeidet er viktig. Det vil også skape interesse og gode holdninger til ernæring hos de ansatte. MNA-SF var et ernærings- kartleggingsverktøy med høy pålitelighet og er anbefalt å bruke for å systematisk kartlegge pasientenes ernæringsstatus. Sykepleierne må ha god kjennskap til pasienten, dens måltidsvaner og hva han/hun håndterer bra på egen hånd. Dette kan sykepleier gjøre ved å ha tid til å sette seg ned hos pasienten, snakke om eventuelle ernæringsproblemer, samt å observere pasienten i måltidssituasjoner. Dette vil gi gode vilkår for at sykepleier og pasient kan jobbe godt sammen og iverksette tiltak, der det er nødvendig for å forebygge underernæring. Pasientene er redde for å miste sin uavhengighet, samt at de vil bo hjemme og klare seg selv lengst mulig. Det er derfor viktig at pasientene har tillit til sykepleier. Sykepleierens oppgave blir da bygge tillit, slik at pasientene åpner seg og uttrykker sitt hjelpebehov. For å bygge tillit må sykepleier tilpasse seg hver enkelt pasient og møte han på hans premisser. God ernæringskartlegging og godt kjennskap til pasienten gjør at tiltakene som blir iverksatt blir individuelt tilpasset etter pasientens behov.

Atmosfæren rundt et måltid er en viktig faktor for å unngå underernæring. Trivsel skaper matlyst. Sykepleier kan sørge for at pasienten har noen å spise med eller foreslå at pasienten kan spise på dagsenter. Sykepleier bør etterstrebe at maten og måltidene bør være mest mulig lik det pasienten er vant med og liker. Gjenkjennelse skaper trygghet og matlyst. Noen ganger kan det være nødvendig å ta over matlagingen eller deler av måltidsforbredelsene. Sykepleier kan bistå pasienten under matlaging eller foreslå at pasienten får middag ferdig levert på døren. Det er viktig at sykepleier tilrettelegger for at pasientene skal gjøre mest mulig selv, og støtter dem eller hjelpe dem når ting er vanskelig, for å ivareta pasientenes personlige integritet. Dette legger til rette for medbestemmelse, mestringsopplevelse og verdighet hos pasientene, som igjen vil gi livslyst og matlyst.

Da det ikke bare er sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen, har sykepleierne et ansvar når det gjelder opplæring av annet personell. Å tilrettelegge for et godt tverrfagelig samarbeid kan føre til økt kunnskap og oppmerksomhet på ernæring til pasienter med demens. Sykepleier må ta hensyn til pårørende, da de er en viktig ressurs for å hjelpe pasienten med oppgaver rundt måltidet, samt det sosiale. En må gi dem avlastning samt foreslå og/eller sette inn tiltak som kan bedre hverdagen for dem begge. Pårørende er også en ressurs når det gjelder kunnskap til pasientens ønsker og vaner i de tilfeller pasienten ikke selv kan uttrykke seg.

Litteraturliste

Aaland, E. (2013) "og eg ser på deg..." 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Beattie, E., O'Reilly, M., Strange, E., Franklin, S. og Isenring, E. (2014) How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents?, *Wiley Online Library*, vol 9(1), s.56-64. doi- <https://doi.org/10.1111/opn.12016>

Berentsen, V.D. (2008) Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M og Brodtkorb, K og Ranhoff, A. H. (red). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 254-265.

Bertelsen, A.K. (2015) Sykdommer i nervesystemet, I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red) *Sykdom og behandling*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 313-335.

Bjørneboe, G-E. og Tonstad, S. (2017) *Underernæring, Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.sn.no/underern%C3%A6ring> (Hentet: 06. mars 2018).

Brodtkorb, K (2008) Ernæring, mat og måltider. I: Kirkevold, M og Brodtkorb, K og Ranhoff, A. H. (red). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 254-266.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fermann, T. og Næss, G. (2008) Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Kirkevold, M og Brodtkorb, K og Ranhoff, A. H. (red). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 196-218.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utgave. Stockholm: Natur og kultur.

Forskningsetikkloven (2017) *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23> (Hentet: 7. mars 2018).

Gjerlaug, A. M., Harviken, G., Uppsata, S. og Bye, A. (2017) Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre, *Sykepleien Forskning*, vol 11(2), s. 148-156.

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>

Helse og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om Kommunale helse og omsorgstjenester.m.m.*

Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)

[30?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven) (Hentet: 24. april 2018).

Helsebiblioteket (2016) *Kvalitativ metode*. Tilgjengelig fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/249258.cms> (Hentet: 07. Mars 2018).

Helsedirektoratet (2013) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. (IS-1580). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering-IS-1580.pdf)

[retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering-IS-1580.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering-IS-1580.pdf) (Hentet 19.april 2018).

Helsedirektoratet (2016) *Kosthåndboken, Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. (IS-1972) Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>

(Hentet: 17.april 2018).

Helsedirektoratet (2017) *Samhandlingsreformen*. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen> (Hentet: 09. mai 2018)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A725 (Hentet: 19.

april 2018).

Holter, I.M. (2011) Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse, I: Holter, I.M. og Mekki, T.E.(red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- sykepleieboken 1*. 4. utgave. Oslo: Akribe AS, s. 139-147.

Hougaard, L. (2011) Ernæring, I: Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie-sykepleieboken 1*. 4. utgave. Oslo: Akribe AS, s.523-552.

Johannessen, T. (2017) *Demens-en kort oversikt*. Tilgjengelig fra:

<https://nhi.no/sykdommer/hjernenesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/?page=4>

(Hentet: 04. april 2018).

Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B. og Christensson, L. (2017) Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home, *SAGE journals*, vol 16 (7) s. 835-852. Doi: <https://doi.org/10.1177/1471301215619083>

Johansson, L., Christensson, L. og Sidenvall, B. (2011) Managing mealtime tasks: told by persons with dementia, *Journal of clinical nursing*, vol 20(17-18), s. 2552-2562. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03811.x>

Kiil, R(red) (2018)Demensforskning. Nasjonalforeningen for folkehelsen. Tilgjengelig fra: <http://nasjonalforeningen.no/forskning/demensforskning/> (Hentet: 07.mars 2018).

Kirkevold, M. og Brodtkorb, K. (2008) Kartlegging, I: Kirkevold,M., Brodtkorb, K og Ranhoff,A. H. (red). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 113-122.

Mathisen, J. (2011) Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I: Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- sykepleieboken 1*. 4. utgave. Oslo: Akribe AS, s.149-168.

Melheim, B.G., og Sandvoll, A.M. (2017) Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast, *Sykepleien Forskning*, vol 12. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64708>

Meyer, S.E., Velken, R. og Jensen, L.H., (2017) Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien, *Sykepleien Forskning*, vol 12
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>

Moksnes, K.M. (2015) Livets siste faser. I: Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stånicke, E. (red.) *Psykiatriboken*. 1 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s 446-486.

Mæland, J.G. (2014) Forebygging – vakker tanke eller fornuftig handling? I: Stamsø, M.A. (red.) *Velferdstaten i endring*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske. s. 299-322.

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet: 19. april 2018).

Nylenna, M og Torp , I. (2017) *Forskningsetikk, Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.sn.no/forskningsetikk> (Hentet: 7. Mars.2018).

Reitan, A.M. (2010) Mestring. I: Knutstad, U. (red). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie-sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS. s. 74-107.

Rognstad, M-K, Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C. og Lühr, N., (2014) Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens, *Sykepleien Forskning* 8(4) s. 298-307.

DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137>

Rotegård, A.K. og Solhaug, M. (2011) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I: Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie-sykepleieboken 1*. 4. utgave. Oslo: Akribe AS, s.190-212.

Slettebø, Å. (2014) *Forskningsetikk, I: Brinchmann, B.S. (red.) Etikk i sykepleien*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.209-226.

Støren, I. (2016) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. 2. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS.

Sygnstveit, K., Eidset, R. og Moseland, A.R. (2015) *Underernæring er fortsatt et problem*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/06/underernaering-er-fortsatt-et-problem> (Hentet 27. februar 2018).

Tretteteig, S. og Røen, I. (2017) *Sykehjem passer ikke for alle demenssyke*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/06/kunne-vi-bare-fatt-en-sykehjems plass> (Hentet: 27. februar 2018).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) «I trygge hender 24/7», tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (hjemmetjenesten). (IS-nummer 2598). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/4180?download=false&ts=15ad62c2afb> (Hentet: 17. april 2018).

Tidemann, I.-J. (2015) Bachelor-oppgaven for sykepleiestudenter. Oslo: Universitetsforlaget AS.

