

Malin Farstad

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens

Antall ord: 8029

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Marianne Frilund

Mai 2019

Malin Farstad

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens

Antall ord: 8029

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Marianne Frilund
Mai 2019

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

Sammendrag

Norsk tittel: Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens.

Hensikt: Hensikten med studien er å skaffe mer kunnskap om hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens. Dette for å øke kunnskapen hos sykepleieren med tanke på viktigheten av ernæringskartlegging og bruken av kartleggingsverktøy. Studien har et sykepleieperspektiv.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie hvor det har blitt brukt åtte forskningsartikler. Temaet for oppgaven og problemstillingen er selvvalgt. Det ble det gjennomført en innholdsanalyse av artiklenes resultat,

Resultat: Redusert appetitt og spiseadferd er et stort problem hos hjemmeboende eldre med demens, det er en sammenheng mellom ernæringsstatus og kognitiv funksjon. Eldre med demens har utfordringer med å utføre dagligdagse aktiviteter som å handle inn og tilberede måltider. Å være uavhengig var viktig for de eldre som bodde hjemme, selv om det betydde at de måtte endre måtene de utførte måltidsoppgaver på. Gamle vaner og innarbeidede rutiner bidro til at de var i stand til å utføre oppgaver rundt måltider.

Konklusjon: For at sykepleier skal kunne forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens må man sette søkelys på ernæringsarbeid og bruk av kartleggingsverktøy. Det er ulike utfordringer i forhold til ernæringskartlegging hos hjemmeboende eldre med demens, sykepleierne opplever at de ikke har tid eller ressurser til å utføre kartlegging. Om ernæringskartleggingen er en fast rutine er det lettere for sykepleierne å fange opp om pasientene er i risiko for å utvikle underernæring og sette i gang tiltak tidlig før pasienten utvikler dette.

Abstract

English title: How can nursing prevent malnutrition in elderly people with dementia living at home.

Purpose: The purpose of the study is to gain more knowledge about how nurses can prevent malnutrition in elderly people living at home with dementia. This is to increase the knowledge of the nurse in view of the importance of nutrition mapping and the use of mapping tools. The study has a nursing perspective.

Method: The thesis is a systematic literature study where eight research articles have been used. A content analysis of the results of the articles was carried out.

Results: Reduced appetite and eating behavior is a major problem in elderly people living with dementia, there is a correlation between nutritional status and cognitive function. Elderly people with dementia have challenges in carrying out everyday activities such as shopping and preparing meals. Being independent was important to the elderly who lived at home, even though it meant changing the ways they performed meal tasks. Old habits and incorporated routines helped them to perform tasks around meals.

Conclusion: In order for the nurse to be able to prevent malnutrition in elderly people living with dementia, one must focus on nutrition work and the use of mapping tools. There are various challenges in relation to nutrition mapping at elderly people with dementia living at home, the nurses feel that they do not have the time or resources to carry out mapping. If the nutrition mapping is a regular routine, it is easier for the nurses to detect if the patients are at risk of developing malnutrition and initiate action early on before the patient develops this.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	10
1.1	Tema for oppgaven	10
1.2	Bakgrunn for valg av tema	10
1.3	Hensikten med studiet	10
1.4	Problemstilling	10
1.5	Avgrensning	11
1.6	Begrepsavklaring	11
1.7	Oppgavens videre oppbygning	11
2	Teoribakgrunn.....	12
2.1	Dorothea Orems – Egenomsorgsteori	12
2.2	Demens	12
2.3	Underernæring.....	13
2.4	Ernæringskartlegging.....	14
2.5	Lovverket.....	14
3	Metode.....	15
3.1	Valg av metode.....	15
3.2	Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	16
3.3	Datasamling	16
3.4	Kildekritikk og Kvalitetsbedømming	17
3.5	Etiske vurderinger	17
3.6	Analyse.....	18
4	Resultat.....	19
4.1	Pasienter med demens har høy risiko for å utvikle underernæring	19
4.2	Sykepleierens ansvar for vurdering av ernæringstatus	19
4.3	Bruk av kartleggingsverktøy	20
4.4	Pasientens selvstendighet.....	21
5	Diskusjon	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.2	Resultatdiskusjon	22
5.3	Årsaker til at hjemmeboende eldre med demens er i risiko for å utvikle underernæring	22
5.4	Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring ved kartlegging og vurdering av ernæringstatus	24
5.5	Bruk av kartleggingverktøy i ernæringarbeidet.....	24
5.6	Pasientens selvstendighet.....	25
6	Konklusjon.....	27
7	Referanser.....	28
	Vedlegg 1. Søkehistorikk.....	30
	Vedlegg 2 MNA-Skjema	31
	Vedlegg 3 Litteraturmatriser: 8stk.....	32

1 Innledning

I denne delen av oppgaven vil det bli lagt vekt på tema for oppgaven, hensikt, problemstilling, avgrensninger, begrepsavklaring og oppgavens videre oppbygging.

1.1 Tema for oppgaven

Omtrent 70000 mennesker i Norge har en demensdiagnose, omtrent halvparten av disse bor hjemme. Noen deler bolig med en ektefelle eller andre pårørende, men mange bor alene (Fjørtoft, 2016, s.70). Felles for alle er at de på et eller annet tidspunkt vil trenge hjelp til å klare seg i hverdagen. Demens er i dag den hyppigste årsaken til at mennesker ikke lenger kan bo hjemme, men får behov for en plass på institusjon (Fjørtoft, 2016, s.70). Sykepleie til hjemmeboende eldre med demens er komplekst, man må ta hensyn til å sikre en kvalifisert omsorg og ikke krenke pasienten. De er en sårbar gruppe og trenger hjelp til å ivareta sine rettigheter. For å kunne gi god sykepleie til denne gruppen kreves det faglig og etisk kompetanse og empati og engasjement fra sykepleieren (Fjørtoft, 2016, s.78). Underernæring er det største ernæringsproblemet hos eldre. Aldersforandringer, funksjonssvikt og sykdom kan begrense den eldre sin evne og lyst til å spise tilstrekkelig og riktig sammensatt kost (Brodtkorp, 2010, s.254).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har jobbet i hjemmesykepleien i 5 år og før dette arbeidet som kokk. Problemstillingen for oppgaven var jeg inne på tidlig i studiet, da jeg har alltid hatt en interesse for ernæringsarbeid. Hoveddelen av pasientene jeg møter i løpet av en arbeidsdag er eldre som bor alene hjemme, mange har ikke pårørende som bor i nærheten og det er hjemmesykepleien som har ansvar for å tilrettelegge for måltider. Jeg møter ofte utfordringer med pasienter som forteller de akkurat har spist men det er ingen tegn på at de har gjort det. Pasientgruppen kan være vanskelig og følge opp med tanke på ernæring.

1.3 Hensikten med studiet

Hensikten med studien er å skaffe mer kunnskap om hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens. Dette for å øke kunnskapen hos sykepleieren med tanke på viktigheten av ernæringskartlegging og bruken av kartleggingsverktøy. Studien har et sykepleieperspektiv

1.4 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens.

1.5 Avgrensning

I oppgaven er aldersgruppen avgrenset til eldre fra 65 og oppover, med en demensdiagnose. Pasientgruppen er i en tidlig fase av demensutviklingen, og kan derfor klare seg hjemme med bistand fra hjemmesykepleien. Pasienter med mer alvorlig grad av demens er ikke med i oppgaven da denne pasientgruppen helst bor på institusjon. I oppgaven vil de i hovedsak bli kalt pasienter men kan bli presentert som eldre der det passer inn. Pasientene bor hjemme i eget hjem eller i en omsorgsbolig fra kommunen, i oppgaven bor pasienten alene. Pårørende kan bli nevnt men dette er pårørende som ikke deler hjem med pasienten.

1.6 Begrepsavklaring

- **Hjemmesykepleien:**

Blir brukt om tjenesten som organisasjon og som en del av den kommunale helsetjenesten. Hjemmesykepleier blir brukt når det er sykepleier som yter tjenesten (Fjørtoft, 2016, s.13).

- **Pasient:**

Bruker er begrepet som blir mest brukt i hjemmesykepleien. I oppgaven blir pasient brukt mot de som mottar sykepleie i hjemmet. I Pasient- og brukerrettighetsloven er pasient definert slik:

«(...) en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3a).

- **Demens**

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket i av ulike organiske sykdommer. Tilstanden kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt (Fjørtoft 2016, s.71).

- **Underernæring:**

I Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring defineres underernæring slik: «Underernæring defineres som en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og – funksjon, samt klinisk resultat» (Helsedirektoratet, 2010 s. 14).

1.7 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven er oppbygd i seks kapitler: Innledning, teoribakgrunn, metode, resultat, diskusjon og konklusjon. I metodekapittelet blir det gjort rede for hvilken metode som ble brukt i litteratursøket, her metoden for søk og de valgte forskningsartiklene presentert. I teoribakgrunnen er relevant teori fra pensum og selvvalgt litteratur presentert. I resultatdelen presenterer jeg funnene fra forskningsartiklene, og de blir brukt i diskusjonsdelen sammen med teorien for å diskutere problemstillingen min. Oppgaven avsluttes med en kort konklusjon. Litteraturmatriser, skjema for søkehistorikk, MNA-skjema er lagt ved som vedlegg.

2 Teoribakgrunn

Her presenteres teoribakgrunnen i oppgaven som er valgt ut for å belyse problemstillingen: Dorothea Orem's egenomsorgsteori, demens, underernæring, ernæringskartlegging og lovverket

2.1 Dorothea Orem – Egenomsorgsteori

Dorothea E. Orem (f. 1914), var en amerikansk sykepleier og sykepleieteoretikerne. Hun begynte utviklingen av sine sykepleieteorier i 1950-årene. Hun ønsket å skape en sykepleie utdannelse bygget på eget sykepleieteoretisk fundament. Teorien ble utformet ut ifra behovet for å forstå sykepleiens egenart (Biermann 1995, s. 1)

Begrepet egenomsorgssvikt uttrykker en kvantitativ og kvalitativ sammenheng mellom begrepene egenomsorgskapasitet og eget omsorgskrav. Ordet defineres som en ubalanse mellom en persons kapasitet for omsorg og vedkommende terapeutiske egenomsorgskrav. Delvis egenomsorgssvikt innebærer at individet kan imøtekomme noen av behovene som utgjør de terapeutiske egenomsorgskravene, mens andre behov ikke kan imøtekommes. En forutsetning for at sykepleieren skal kunne identifisere egenomsorgssvikt er at sykepleieren kalkulerer hvilke egenomsorgshandlinger som må utføres og deretter vurdere pasientens evne til å utføre dem (Biermann, 1995, s.16). Ved egenomsorgssvikt oppstår et behov for assistanse, enten ved behov for hjelp fra pårørende eller fra en sykepleier. Behovet for sykepleie er tilstede når hverken pasient eller pårørende har evne til å møte pasientens egenomsorgskrav. Det er vesentlig at hjelpen som gis er etter det behovet for hjelp som pasienten faktisk har, at det er en balanse mellom det å gi hjelp og ikke gi hjelp. For mye eller for lite hjelp kan gå ut over pasienten evne til å utøve egenomsorg (Biermann, 1995, s.16). Orem gjengitt i (Biermann, 1995, s. 17) ser på sykepleie som en tjeneste, en spesiell måte å assistere mennesker på.

2.2 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket i av ulike organiske sykdommer. Tilstanden kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt. Den kognitive svikten fører til at evnen til å mestre dagliglivets aktiviteter svikter, at adferden endres er vanlig. Demens er en progredierende sykdom, symptomene kommer gradvis og hjelpebehovet øker, den kognitive svikten vil bli mer og mer uttalt. Den enkeltes personlighet, mestringsevne og omgivelsene vil ha betydning for hvordan demensen utvikler seg (Fjørtoft, 2016, s.71). Personer med demens kan ha vanskeligheter med å formidle hvordan de har det og hvilke behov de har, mange prøver også å skjule svikten. Opplevelsen av egen situasjon avhenger av hvor de er i sykdomsforløpet. I en tidlig fase har man større innsikt og det kan virke som den mest frustrerende fasen for dem selv (Fjørtoft, 2016, s.74). I Norge finnes det per i dag ca. 70000 mennesker med diagnosen demens, omtrent halvparten av disse bor i eget hjem. Noen bor sammen med ektefelle eller andre pårørende mens mange bor alene. Felles for disse er at de vil trenge mer hjelp for å kunne mestre hverdagen, og demens er i dag den viktigste årsaken til at eldre ikke lenger kan bo hjemme og må flytte på sykehjem (Fjørtoft, 2016, s.70).

2.3 Underernæring

Kroppsmassesammensetningen endrer seg etterhvert som vi eldes. Andelen væske og muskulatur reduseres, mens det relative fettinnholdet øker. Kroppens basalskifte synker, redusert muskelmasse og lavere basalstoffs-kifte og aktivitetsnivå gjør at kroppens energibehov avtar med alderen. Kaloribehovet hos eldre er 20–30% mindre enn hos unge voksne. Det er i hovedsak behovet for fett og karbohydrater som reduseres, mens behovet for proteiner minker i mindre grad. Behovet for vitaminer og mineraler er stabilt livet igjennom. Det er derfor utfordrende å dekke ernæringsbehovet hos eldre som spiser lite (Brodtkorp, 2010, s.255). Hos de fleste fører redusert energibehov til at de spiser mindre. Appetitten reduseres og magen venner seg til at måltidene er mindre, som bidrar til en kjenner seg raskere mett (Brodtkorp, 2010, s.255). Underernæring opptrer når næringsinntaket er mindre enn behovet, enten grunnet økt behov eller redusert inntak. Underernæring hos eldre skyldes ofte en kombinasjon av for lavt kalori og proteininntak, resultatet blir tap av fett og muskelvev. (Brodtkorp, 2010, s.259). I Nasjonale faglige retningslinjer for demens (Helsedirektoratet, 2019) står det at eldre med demens kan være spesielt utsatt for underernæring og/eller feilernæring og de ulike ernæringsutfordringene i forhold til demens er sammensatte. Vanlige utfordringer kan være redusert evne til å handle og lage mat selv, redusert beslutningsevne, endringer i lukt og smaksans, svelgeproblemer, redusert spiseferdighet, dårlig tannhelse, redusert appetitt eller redusert evne til å gjenkjenne mat som en matvare (Helsedirektoratet, 2019). Utsatt vekt og dårlig ernæringsstatus kan føre til en negativ endring i helsetilstanden med forverring av kognitiv funksjon, nedsatt muskelstyrke, økt falltendens, økt infeksjonsfare, tap av selvstendighet og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2019).

Selv om kroppsmasseindeks (KMI) er et lite nyansert mål er det likevel den viktigste metoden for vurdering av pasientens ernæringsstatus. KMI uttrykker forholdet mellom høyde og vekt: $KMI = \text{vekt (kg)} / \text{høyde}$. Eldre mennesker bør ha høyere KMI enn yngre da de har prosentvis høyere andel fettvev på kroppen. KMI-verdier mellom 24 og 27 antas å være gunstige for eldre utenfor institusjon (Brodtkorp, 2010, s. 257).

Underernæring er det største ernæringsproblemet hos eldre. Aldersforandringer, funksjonssvikt og sykdom kan begrense den eldre sin evne og lyst til å spise tilstrekkelig og riktig sammensatt kost (Brodtkorp, 2010, s.254). Mange eldre har et godt og sammensatt kosthold mens andre kan spise for lite eller for dårlig sammensatt mat. Noen eldre er i mindre aktivitet og trenger mindre mat. Det er derfor mer viktig at den maten de spiser er rik på næringsstoffer slik de ikke utvikler mangelsykdommer. Mange eldre har vanskeligheter med å komme seg til butikken for å handle matvarer eller å tilberede mat selv. I slike tilfeller er det viktig at de får hjelp fra pårørende eller hjemmesykepleien (Sjøen og Thoresen, 2012, s.142) Ernæring spiller en stor rolle for helse og forebygging av sykdom hos eldre. Det har de siste årene blitt rapportert om underernæring og feilernæring hos eldre i Norge. Aleneboende eldre med demens er en av risikogruppene der en må være oppmerksomme på ernæringsstatus (Fjørtoft, 2016, s.67).

2.4 Ernæringskartlegging

I Nasjonale faglige råd for Ernæring, kosthold- og måltider i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2016) står det at vektendringer over tid i kombinasjon med KMI er det enkleste målet på endringer i ernæringsstatus. Pasienter bør derfor veies ved innkomst/oppstart av tjenester (Helsedirektoratet 2016). I sykehus skal pasientene veies ukentlig og i hjemmebaserte tjenester skal de veies månedlig. Det finnes ulike screeningverktøy som kan brukes for å gi en rask vurdering av ernæringsstatus. Denne vurderingen skal i kommunehelsetjenesten dokumenteres i IPLOS-systemet. Om pasienten er i ernæringsmessig risiko bør det gjøres en mer grundig vurdering rundt årsaksfaktorer som sykdom, fysisk funksjon, medisiner og psykososiale forhold (Helsedirektoratet, 2016) Med skalaen «Mini nutritional assesment» (vedlegg 2) kan en systematisk kartlegge årsaksforhold ved underernæring i primærhelsetjenesten, skalaen anbefales brukt 1 til 2 ganger per år (Brodtkorp, 2010, s. 257).

2.5 Lovverket

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er formålet med loven er å tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, den skal også fremme sosial trygghet, sørge for likeverd og likestilling samt forebygge sosiale problemer. Den enkelte skal få muligheten til å leve og bo selvstendig og ha en meningsfylt tilværelse i felleskap med andre. Sikre tjenestetilbudets kvalitet og at det er likeverdig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1).

Kommunenes overordnede ansvar for Helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1).

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, § 3-3).

I helsepersonelloven er lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tilliten til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999, § 16).

3 Metode

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie. I Forsberg og Wengström (2016, s.27) utgår en litteraturstudie fra et tydelig formulert spørsmål som blir besvart systematisk igjennom å identifisere, velge og analysere forskning som er relevant. I metodedelene av oppgaven vil jeg gjøre rede for metode og datasamlingen. Det vil også bli gjort rede for kvalitetsvurdering og etiske vurderinger, temaet avsluttes med en redegjørelse av analysearbeidet.

3.1 Valg av metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte for å skaffe ny kunnskap eller etterprøve kunnskap. Dalland siterer sosiologen Vilhelm Aubert som definerer begrepet metode på følgende måte:

«En metode er en fremgangsmåte, ett 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 2014, s.112).

Bakgrunnen for valg av metode blir gjort på grunnlag av problemstillingen og det en ønsker å undersøke, og er derfor et hjelpemiddel for å samle inn relevant informasjon om det valgte temaet (Dalland, 2014, s.136). Innen metode skiller vi hovedsakelig mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvalitative metoden lar seg ikke måle, men gir informasjon om meninger og opplevelser hos mennesker. I motsetning vil kvantitativ metode gi informasjon som lar seg tallfeste eller uttrykke i form av tall. Begge metodene vil på hver sin måte gi oss en pekepinn på hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2014, s.112)

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie, en litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og deretter sammenligne litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. En systematisk litteraturstudie har som mål å oppnå en syntese av data fra tidligere gjennomførte empiriske studier. Den systematiske litteraturstudien bør sette søkelys på aktuell forskning innenfor det valgte området og ha som mål å finne beslutninger for klinisk virksomhet (Forsberg og Wengström, 2016, s.30) For at en systematisk litteraturstudie skal være gjennomførbar må det være nok studier av god kvalitet tilgjengelig, slik det bidrar til en diskusjon og konklusjon (Forsberg og Wengström, 2016, s. 26).

3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

- Artikler med Engelsk, Norsk, Dansk eller Svensk som språk.
- Artiklene skulle omhandle eldre med demens som bodde hjemme, artikler som i hovedsak omhandlet eldre på institusjon ble ekskludert, selv om det kan være nevnt i noen av de valgte artiklene.
- Omhandle eldre som mottok hjemmesykepleie
- Artiklene skulle være fagfellevurdert og ikke eldre enn 10 år
- IMRAD-struktur
- I artikler fra andre land skulle helsevesenet kunne sammenlignes med det Norske.

3.3 Datasamling

Søkene mine er utført i anerkjente databaser som Cinahl og Swemed+, ved å bruke problemstillingen som bakgrunn for søk valgte jeg å bruke søkeordene som blir presentert nedenfor. Historikken for søk er vedlagt som eget vedlegg (Se vedlegg 1). Artiklene som er valgt ut er presentert i metodedelene med en kildehenvisning, henviser derfor til referanselisten og litteraturmatrisene som egne vedlegg.

Jeg vil i denne delen av oppgaven skrive om fremgangsmåten i for litteratursøket og analysen, hvorfor jeg har valgt forskningen jeg har med og hvorfor jeg har ekskludert annen forskning. Søkeordene jeg har brukt er basert på problemstillingen min. Jeg har avgrenset søkene mine ved å søke på artikler publisert mellom 2008 – 2018 på denne måten sikrer jeg meg oppdatert forskning. Artiklene skal ha vitenskapelig nivå på 1 eller 2, dette har jeg kontrollert via nsd.no (norsk forskningsdata). Forskningen skal være fagfellevurdert, dette betyr at artiklene blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland 2014).

Cinahl:

Ved første søk ble søkemotoren CINAHL brukt. Jeg startet først ved å bruke søkeordene «nutrition» and «dementia» dette søket var ikke spesifikt nok og resulterte med 1005 treff. Treffene var såpass mange at jeg ikke leste overskrifter eller abstrakter. Søket ble derfor avgrenset til å kun vise artiklene fra de siste 10 årene. Dette også for å få frem nyere forskning om temaet. Det ble avgrenset for free full text, abstract available og at treffene skulle gjelde for eldre fra alderen 65 +. Treffene ble da redusert til 214. Jeg leste over overskriftene på artiklene men det ble for mange treff og vanskelig å finne noe som var relevant for min problemstilling. Søket ble derfor gjennomført på nytt. I Forsberg og Wengström (2016, s.69) står det at man kan kombinere søkeord i fritekst ved å bruke de boolske operatørene «AND», «OR» og «NOT». Jeg valgte derfor å bruke søkeordene «malnutrition» or «undernutrition» or «undernourishment» and «dementia». Jeg fikk da 85 treff, av de treffene ble 5 abstrakter lest, i to abstrakter virket det som artiklene var aktuelle i forhold til min problemstilling og jeg skrev dem ut og leste dem i sin helhet. Begge artiklene som ble lest ble valgt ut: (Johansson, L., Wijk, H. & Christensson, L, 2017; Johansson, L., Christensson, L & Sidenvall, B, 2011).

Jeg valgte å prøve å utføre søket på nytt men ved å legge til flere søkeord, jeg la derfor til «homecare» or «homehealth» jeg fikk da ingen treff. Søkeordene ble byttet ut med «elderly» or «elder» or «older» jeg fikk da 104 treff men valgte å bla igjennom for å se hvilke treff jeg fikk og om jeg skulle vurdere andre søkeord. Her leste jeg 6 abstrakter og

valgte ut 2 artikler til å ha med i oppgaven: (Rist, G., Miles, G. & Karimi, L, 2012; Visser, M., van der Pols-Vijlbrief, R & Wijnhoven, H, 2017).

Swemed+

Det ble utført ett nytt systematisk litteratursøk i databasen Swemed+, her brukte jeg søkeordene «malnutrition» and «dementia» jeg fikk 8 treff hvor alle abstraktene ble lest. Det ble valgt ut to artikler som jeg valgte å bruke videre: (Rognstad, M.K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C., & Lühr, N. 2013; Aagaard, H & Grøndahl, V.A, 2017).

Treffene var såpass få så det ble utført ett nytt søk i samme database, søkeordene «home nursing» and «nutrition». Søket resulterte i 33 treff, 6 artikler ble lest og to ble valgt til å ha med i oppgaven: (Gjerlaug, A.M., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A, 2016; Meyer, S.E., Velken, R & Jensen, L.H. (2017). Da jeg var fornøyd med treffene jeg hadde valgt jeg å ikke foreta ett nytt søk med nye eller flere søkeord.

3.4 Kildekritikk og Kvalitetsbedømming

For å vurdere strukturen og oppbygningen i artiklene har IMRaD-strukturen blitt brukt, det er den mest brukte normen for oppbygning og struktur for artikler. IMRaD-strukturen bidrar til at det er enklere å orientere seg i tidsskrifter og kan gjøre lesingen enklere (Dalland, 2014, s.79). Artiklene ble gjennomgått ut ifra sjekklister for vurdering av kvalitative og kvantitative studier (Forsberg og Wengström, 2016). Det ble konkludert med at valgte artikler var av god kvalitet. Artiklene i oppgaven er publisert i godkjente tidsskrifter og er fagfellevurdert. For at publiseringskanalen skal være godkjent må den ha nivå 1 eller nivå 2, de nivåene bekrefter at det er en vitenskapelig publiseringskanal. Nivå 2 bekrefter også særlig høy prestisje. Alle publiseringskanalene fra hvor jeg hadde valgt ut artikler ble kontrollert. 1 av publiseringskanalene hadde nivå 2, mens de 7 andre publiseringskanalene hadde nivå 1 (Norsk senter for forskningsdata, 2018).

Artiklene som ble valgt skulle ha et resultat som kunne bidra til å svare på problemstillingen, 4 av artiklene er engelskspråklige og 4 er norske. De engelskspråklige artiklene ble oversatt til norsk i arbeidet med analysen og resultatet i oppgaven, dette ved bruk av ordbok og Google translate der det var behov for det, det kan ha forekommet misforståelser i oversettingen og tolkningen selv jeg behersker det engelske skriftspråket godt. De norskspråklige og en av de engelske er utført i Norge, å ha med nyere forskning som omhandler det norske helsevesenet er med på å gi oppgaven en styrke da de omhandler resultater fra hjemmesykepleien i Norge samt retningslinjer og lovverk. De andre artiklene er fra Sverige, Nederland og Sverige og er land hvor helsevesenet og helsetilbud kan sammenlignes med Norge.

3.5 Etiske vurderinger

Under en systematisk litteraturstudie bør en begynne med etiske vurderinger, etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning (Forsberg og Wengström, 2016, s.59). I alle de valgte forskningsartiklene så er inkludert i min oppgave kom det tydelig frem at de var etisk godkjent og det var tatt etiske vurderinger. Vitenskapsrådet har publisert retningslinjer for god medisinsk forskning og understreker at fusk og uærlighet ikke skal forekomme i forskningen (Forsberg og Wengström, 2016, s.59). I denne oppgaven har juks og uærlighet ikke forekommet. Det er ikke blitt tatt ære for andres arbeid, og alle kilder er referert til.

Innenfor all medisinsk og helsefaglig forskning er Helsinkideklarasjonen viktig, og det er anbefalte retningslinjer for forskning som omfatter mennesker (Slettebø, 2016, s.242). Under en studie er det viktig at all informasjon blir anonymisert dette for å beskytte deltagerne og unngå å påføre de noen form for skade. Interessen for å innhente kunnskap skal alltid vurderes mot kravet for å beskytte deltagerne i studien (Forsberg og Wengström, 2016, s.132). Det er viktig å innhente samtykke fra deltagerne, informere om det er frivillig og delta og de alltid har mulighet til å trekke seg underveis om de ønsker det (Slettebø, 2016, s.244). Hos pasienter som ikke har samtykkekompetanse kan man spørre pårørende om pasienten kan inkluderes i studien. Helseforskningsloven §18 gjengitt i (Slettebø, 2016, s.246) setter betingelser for at pasienter uten samtykkekompetanse kan inkluderes i forskning. Det forutsettes at det er en ubetydelig risiko og det kreves at pasienten selv ikke motsetter seg i å delta. Og at man har grunn til å anta at resultatene fra forskningen kan være til nytte for pasienten selv eller andre med samme lidelse. En forutsetning er at forskningen må utføres på denne pasientgruppen og ikke isteden gjøres på en gruppe som har samtykkekompetanse (Slettebø, 2016, s.246).

3.6 Analyse

Analyse er å dele opp i mindre deler, ved å gjøre analysearbeid deler man opp det undersøkte arbeidet i mindre deler og undersøker det hver for seg. Man utfører så en syntese og setter delene sammen til en helhet (Forsberg og Wengström, 2016, s.152). For å analysere de valgte forskningsartiklene ble Evans sin analysemodell brukt (Evans, 2002). Det ble først gjennomført et litteratursøk hvor jeg fant flere artikler, og valgte ut 8 artikler som jeg mente var relevante, søkene ble utført i to databaser. Søkene ble utført ved bruk av bestemte søkeord. De valgte artiklene ble lest igjennom flere ganger for å skape kjennskap til innholdet (Evans, 2002). Temaer ble identifisert og forskjellene mellom studiene ble sammenlignet, kontraster og lignende tema ble identifisert. De viktigste funnene ble gruppert og kategorisert i områder av likhet.

Temaene og undertemaene blir revurdert for å tolke innholdet i hvert tema, og til identifiseringskonsekvenser og ulemper, hvert tema ble skrevet opp og referert tilbake til studiet for å sjekke nøyaktigheten av beskrivelsen. Funnene fra syntesen ble skrevet og er dermed presentert som egne tema: Pasienter med demens har høy risiko for å utvikle underernæring, sykepleierens ansvar for å vurdere ernæringsstatus, bruk av kartleggingsverktøy og pasientens selvstendighet.

Hvert av temaene fikk utdelt en fargekode og artiklene ble lest igjennom på nytt, funnene ble markert etter hver sin fargekode, det ble vurdert å slå sammen to av temaene da de gikk inn i hverandre. Funnene som omhandlet ernæringskartlegging og screeningverktøy ble derfor slått sammen til et felles tema. Funnene måtte samles til tema på tvers av studiene for å så settes sammen til en syntese (Evans, 2002), det ble da en mer strukturert oversikt over de ulike funnene i artiklene som ble brukt. Og ble da de temaene som blir brukt i min oppgave.

4 Resultat

Resultatene fra analysearbeidet kom frem til fire tema, som er presentert med overskrifter: Pasienter med demens har høy risiko for å utvikle underernæring, sykepleierens ansvar for å vurdere ernæringsstatus, bruk av kartleggingsverktøy og pasientens selvstendighet.

4.1 Pasienter med demens har høy risiko for å utvikle underernæring

Ifølge Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Lürh (2013) er redusert appetitt og spiseatferd er et stort problem blant eldre hjemmeboende med demens. Studien til Johansson et al, (2017) støtter dette der ble det funnet en sammenheng mellom ernæringsstatus og kognitiv funksjon, redusert kognitiv funksjon økte risikoen for underernæring. I deres studie var 20% av de inkluderte med demens vurdert som underernærte og 54% var i risiko for å utvikle underernæring. Ett sentralt funn i undersøkelsen til Rognstad et al (2013, s.306) var at kjønn hadde en betydning for sannsynligheten for å være underernært: «Kvinner har betydelig høyere sannsynlighet for å stå i fare for underernæring eller være underernært sammenliknet med menn ...» I studien til Visser et al (2017) påpeker de at det er kjønnsmessige forskjeller i forhold til risiko for underernæring, men at tidligere studier påpeker at eldre menn som bor alene hjemme har høyere risiko for utvikling av underernæring.

Studien til Visser et al (2017) undersøkte årsakene til underernæring hos eldre voksne som er underernærte eller har vært det. Studien viste til et stort antall av årsaker til underernæring som ble nevnt av de eldre. Mange mulig modifierbare årsaker ble rapportert som mentale, sosiale og temaer rundt appetitt og matvarer. Et eksempel var dårlig matkvalitet i måltider levert av måltidstjenester, redusert evne til å handle inn matvarer, ensomhet og sorg. Andre årsaker som var rapportert var ikke modifierbare, som glemsomhet, aldring, kirurgi og sykehusinnleggelse.

4.2 Sykepleierens ansvar for vurdering av ernæringsstatus

Rist, Miles & Karimi, (2012) påpeker at underernæring ikke er en konsekvens av aldring, og det bør ikke få lov til å fortsette som om det er en normal prosess ... Studien identifiserte underernæring og ernæringsrisiko i et utvalg av eldre som bodde hjemme og mottok hjemmesykepleie. Funnene bidro til å bevise at utbredelsen av underernæring hos hjemmeboende eldre er et problem som må løses. Behovet for å screene ernæringsstatus og følge opp hos eldre mennesker som bor hjemme ble demonstrert i studien. De påpeker også at direktoratet for helse og regjeringen i Australia hvor studien er utført har et ansvar for å sikre at det ble utviklet nasjonale retningslinjer for å sikre tilstrekkelig ernæringsstiltak i forhold til underernæring hos eldre. Dette mener de vil sikre bedre helseutfall og redusere konsekvensene underernæring påfører helsevesenet (Rist et al, 2012).

I Aagaard og Grøndahl (2017) viste det seg at under halvparten av Norges kommuner hadde rutiner for å kartlegge og vurdere ernæringsstilstanden til brukere av

hjemmesykepleien. Enda færre har det nedfelt i skriftlige prosedyrer. Når det ikke blir benyttet skriftlige prosedyrer kan det tyde på at kartleggingsverktøy heller ikke blir brukt. I en skandinavisk undersøkelse om evaluering av ernæringsstatus var standardprosedyre i sykehus kom Norge dårligst ut, selv om flere screeningverktøy var tilgjengelige (Aagaard og Grøndahl, 2017). I undersøkelsen utført i Aagaard og Grøndahl (2017) oppga en av fem faglige ledene og en av fem blant helsepersonellet at det var vanlig å veie brukeren ved innskrivning i hjemmesykepleien. 12.5% av helsepersonellet svarte at de ikke visste om det var vanlig å veie brukeren ved innskrivning. Til tross for at dette er av de viktigste tiltakene for å vurdere ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017). For å kunne følge vektutviklingen over tid må brukeren veies ved faste intervaller. Undersøkelsen vår viste at flere av helsepersonellet veide brukeren ved faste intervaller enn ved innskriving i hjemmesykepleien. Allikevel viser resultatene at det å veie brukeren fremdeles er en utfordring i hjemmesykepleien i flere kommuner. Vekt og høyde er de to verdiene som brukes for å beregne KMI, og i tillegg til vekt kan KMI brukes som et mål for ernæringsstatus. Undersøkelsen viste at å måle denne heller ikke var så vanlig, manglende rutiner i å måle vekt kan være en medvirkende årsak til at KMI-verdien ikke blir beregnet (Aagaard & Grøndahl, 2017).

4.3 Bruk av kartleggingsverktøy

I Gjerlaug et al, (2016) ble det funnet 4 screeningverktøy som var validert for bruk i to grupper. Hjemmeboende eldre og eldre bosatt i langtidsinstitusjon, verktøyene var MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI. Av de fire verktøyene kom MNA-SF ut som det screeningverktøyet med relativt entydige resultater og moderat høy validitet når det ble brukt som referansemetode.

Gjerlaug et al (2016, s.153) påpeker: «Det er derfor grunnlag for å si at MNA-SF er egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko hos eldre i langtidsinstitusjon og blant hjemmeboende eldre».

Et av funnene i studien var at sensitiviteten til MNA-SF syntes høyere blant hjemmeboende enn blant eldre i langtidsinstitusjon. Forskjellene kunne være grunnet at mobilitet og kognitiv funksjon vektlegges i høy grad i MNA-SF, og det er nettopp de funksjonene som er svekket når eldre får plass i en langtidsinstitusjon. Deres grunnleggende behov kan allikevel være ivaretatt i høyere grad enn hos hjemmeboende grunnet tilstedeværende helsepersonell. Overdiagnostisering er en kjent risiko ved alle typer screeningverktøy. De tre andre verktøyene så ut til å overdiagnostisere (Gjerlaug et al, 2016).

4.4 Pasientens selvstendighet

I studien til Johansson et al, (2011) refererte ikke informantene til hukommelsestapet som et handikap, selv om det noen ganger kunne påvirke situasjonen.

Informantene beskrev at det å være uavhengige var viktige for dem, selv om dette noen ganger betydde at de måtte endre måtene de utførte måltidsoppgaver på. Gamle vaner og innarbeidede rutiner gjorde at de var i stand til å gjennomføre oppgaver rundt måltidene som å handle, lage mat, dekke på bordene og ta oppvasken, og det mente de fungerte bra. Informantene påpekte at de fungerte og ønsket å være selvstendige, de påpekte at de kunne gjøre ting selv og trengte ikke hjelp fra andre (Johansson et al, 2011).

«Enkelte av sykepleierne mente det var upassende å veie pasienten og begrunnet dette med pasientens verdighet og selvbestemmelse.» (Meyer et al 2017).

I undersøkelsen understrekte sykepleierne respekten for de hjemmeboende og at de skulle få bestemme selv, de la vekt på den hjemlige arenaen som et privat rom. De la vekt på hva de mente var passende atferd i pasientenes hjem. Noen av sykepleierne mente at de krenket pasientenes verdighet og bestemmelse ved å veie dem. Men når pasientene ble spurt var de positive til dette. Sykepleierne la vekt på pasientenes selvstendighet og verdighet når de omtalte hjemmet, dette funnet samsvarer med tradisjonelle verdier i hjemmesykepleien, som kjennetegnes ved at hjemlige trekk bevares og hjemmet forblir pasientens arena (Meyer et al, 2017).

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg først presentere en kort metodediskusjon og en resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

Arbeidet med oppgaven ble påbegynt høsten 2018, da med å utarbeide en prosjektplan. Det ble utført søk i databaser for å finne forskning innenfor temaet underernæring hos hjemmeboende eldre med demens. Ulike varianter av søkeord og kombinasjoner ble vurdert og utprøvd i to ulike databaser for å kunne svare på oppgavens problemstilling. En svakhet med studien er at det ikke ble søkt i flere databaser, samt at under søkene ble det huket av for free full text, relevant forskning kan da ha blitt utelatt. Det ble laget en fremdriftsplan for å legge til rette for god planlegging for arbeidet med oppgaven. Denne ble til dels fulgt, det var til tider vanskelig og følge opp egne mål for arbeidet. En av egne utfordringer var at oppgaven ble skrevet alene og manglet derfor noen å diskutere med under søk av forskningsartikler og analysen av disse. Litteratur fra pensum og selvvalgt ble lest for å finne litteratur som kunne hjelpe til å svare på problemstillingen. I analysen av artiklene ble Evans (2002) sin analysemodell brukt, jeg hadde ikke gode kunnskaper om analyse av forskningsartikler på forhånd og analysemodellen har vært til god hjelp i arbeidet.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil jeg diskutere hvordan sykepleieren kan bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens. Resultatene fra analysen vil bli diskutert i lys av valgt bakgrunns litteratur, hensikt og problemstilling. Resultatene blir presentert under som egne tema: Pasienter med demens har høyere risiko for å utvikle underernæring, Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring ved å kartlegge og vurdere ernæringsstatus, Bruk av kartleggingsverktøy i ernæringsarbeidet og pasientens hjem som arena.

5.3 Årsaker til at hjemmeboende eldre med demens er i risiko for å utvikle underernæring

I flere av studiene kom det frem sammenhenger med en demensdiagnose og det å være i risiko for underernæring eller å være underernært. I studien til Johansson et al (2017) underbygger dette, 20% av de inkluderte i studien med en demensdiagnose underernærte og 54% var i risiko for å utvikle underernæring.

Rist, Miles & Karimi, (2012) påpeker at underernæring ikke er en konsekvens av aldring, og det bør ikke få lov til å fortsette som om det er en normal prosess ... Studien identifiserte underernæring og ernæringsrisiko i et utvalg av eldre som bodde hjemme og mottok hjemmesykepleie. Funnene bidro til å bevise at utbredelsen av underernæring hos hjemmeboende eldre er et problem som må løses. Behovet for å screene ernæringsstatus og følge opp hos eldre mennesker som bor hjemme ble demonstrert i studien. Det ble påpekt at direktoratet for helse og regjeringen i Australia hvor studien er utført har et ansvar for å sikre at det ble utviklet nasjonale retningslinjer for å sikre

tilstrekkelig ernæringstiltak i forhold til underernæring hos eldre. Dette mener de vil sikre bedre helseutfall og redusere konsekvensene underernæring påfører helsevesenet (Rist, et al, 2012).

Mange i en tidlig fase av demens kan prøve å skjule demensen sin for andre rundt seg, de kan derfor ha vanskeligheter med å få frem hvordan de egentlig har det. På denne måten er det ikke sikkert at behovene de har kommer godt nok frem, det vil være frustrerende for da de gjerne kan ha innsikt i egen situasjon men samtidig ikke ønske å ta imot hjelp (Fjørtoft, 2016, s.74). Orem gjengitt i Biermann (1995, s.16) nevner at for at sykepleieren skal kunne oppdage at pasienten ikke kan ta vare på seg selv så må sykepleieren identifisere behovene pasienten har, og vurdere evnen til å utføre dem. Informantene i studien til Johansson et al (2011) fortalte at det noen ganger var behov for å forenkle matlagingen, de beskrev hvordan de valgte å heller tilberede ukomplisert mat eller kjøpte delvis eller ferdiglagde måltider som de bare trengte å varme opp. Informantene mente at hukommelsestapet ikke påvirket evnen deres til å forberede eller å spise måltider.

Aldersforandringer, funksjonssvikt og sykdom kan begrense den eldre sin evne og lyst til å spise tilstrekkelig og riktig sammensatt kost (Brodtkorp, 2010, s.254). I de Nasjonale faglige retningslinjer for demens (Helsedirektoratet, 2019) og (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 142) støttes dette funnet, de ulike ernæringsutfordringene i forhold til demens er sammensatte, og de vanlige utfordringene de nevner der er at den demente kan ha utfordringer med å handle og lagre mat selv, endringer i mat- og luktesans, redusert evne til å gjenkjenne mat som en matvare kan være en medvirkende årsak. Vekttap og dårlig ernæringsstatus kan medføre en negativ endring i helsetilstanden. Dette kan føre til at helsetilstanden svekkes med en påfølgende forverring i den kognitive funksjonen, nedsatt muskelstyrke, økt falltendens, økt fare for infeksjoner, tap av selvstendighet og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2019). I slike tilfeller er det viktig at de kan få hjelp fra pårørende eller hjemmesykepleien (Sjøen og Thoresen, 2012, s.142). En demensdiagnose er en av de hyppigste årsakene til at eldre ikke lenger kan bo hjemme, men til slutt har behov for plass på en institusjon (Fjørtoft, 2016, s.70).

I Studien til Visser, M et al, (2017) rapporterte deltagerne at de spiste mindre da de ikke hadde evnen til å handle inn matvarer lenger, da de ikke lenger hadde muligheten til å bli fristet av attraktive matvarer i butikken. En av deltagerne i studien uttalte at når du fortsatt kan bevege deg utendørs kan man handle i dagligvarebutikken og bli fristet av bestemte matvarer, og du vil derfor ta med deg matvarene hjem. Men når du ikke kommer deg ut lenger blir du ikke lenger påvirket, dette mente hun resulterte i redusert matinntak. Mange eldre har et godt og sammensatt kosthold mens andre kan spise for lite eller for dårlig sammensatt mat. Noen eldre er i mindre aktivitet og trenger mindre mat. Det er derfor mer viktig at den maten de spiser er rik på næringsstoffer slik de ikke utvikler mangelsykdommer. (Sjøen og Thoresen, 2012, s.142)

I studien til Rognstad et al (2013), fant de ut at kvinner hadde høyere risiko for å utvikle underernæring enn menn uten å finne en direkte årsak til dette. Men igjen påpeker studien til Visser et al (2017) at det er kjønnsmessige forskjeller i forhold til risiko for underernæring, men at tidligere studier påpeker at eldre menn som bor alene hjemme har høyere risiko for utvikling av underernæring. I begge studiene påpeker de at man må være ekstra oppmerksom på risiko for underernæring i hos henholdsvis menn og kvinner. Studiene som er med i denne oppgaven er entydige om at eldre med demens

som bor hjemme er i risiko for å utvikle underernæring, og at sykepleier her bør være ekstra oppmerksom.

5.4 Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring ved kartlegging og vurdering av ernæringstatus

Sykepleieren har ansvar for ernæringskartleggingen og å utarbeide en ernæringsplan og sammen med annet pleiepersonell følge opp denne. Sykepleier har på samme måte som legen ansvar for å hente inn bistand og samarbeide med annet kvalifisert personell om det er behov for dette. Sykepleieren vil ofte ha som oppgave å følge opp ernæringsbehandlingen, samt sørge for at pasienten er tilstrekkelig informert og så langt som det er mulig ha forståelse for egen situasjon (Helsedirektoratet, 2019). Å kartlegge årsaker og tiltak for å løse ernæringsproblemer til den enkelte pasient krever en systematisk og tverrfaglig tilnærming. Som sykepleier har man ansvar for å veilede og lede hjelpepleiere, assistenter, også å utvikle fleksible rutiner og systemer som gjør det mulig å ivareta den enkelte pasients individuelle ernæringsbehov (Brodtkorp, 2010 s.257). I studien til (Aagaard og Grøndahl, 2017) var både helsepersonell og ledere av den formening at det var nødvendig med mer kunnskap om underernæring. Begge gruppene beskrev at mangel på kunnskap var en barriere de måtte fjerne for å få helsepersonell til å vurdere å følge opp pasientenes ernæringsstatus. Manglende kompetanse er en av hovedårsakene til at pasienter ikke får den hjelpen de trenger (Brodtkorp, 2010 s.259). 1 av 5 av lederne i studien til Aagaard og Grøndahl svarte at de ikke trodde at helsepersonellet forsto hvor viktig det var å utføre ernæringscreening men av helsepersonellet svarte 1 av 4 at de følte at ledelsen ikke forsto viktigheten av screening. Man kan spørre seg hvem ansvaret hviler på. I henhold til Helsepersonelloven (1999, § 4) skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med kravene om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner. Med helsehjelp menes handlinger som er forebyggende, diagnostisk og/eller pleiende. En dyktig sykepleier i hjemmesykepleien må ha evnen til å handle der og da, i en arbeidshverdag som ofte er kompleks og uforutsigbar. Det setter krav til et bredt grunnlag av kunnskaper, ferdigheter og egenskaper. Det å arbeide i andres hjem stiller særlige krav til sykepleierens evne til å samarbeide med pasienten og finne kreative løsninger (Fjørtoft, 2016, s. 215).

5.5 Bruk av kartleggingverktøy i ernæringarbeidet

Å observere vektendringer hos pasientene over tid i kombinasjon KMI registreringer er den enkleste måten å oppdage endringer i ernæringsstatus. Helsedirektoratet påpeker at pasienter i hjemmesykepleien bør veies ved oppstart av tjenester og deretter veies månedlig. Ulike screeningverktøy finnes som kan brukes for å gi en rask vurdering av ernæringsstatus, i kommunehelsetjenesten skal denne vurderingen dokumenteres i IPLOS-systemet (Helsedirektoratet, 2019). Brodtkorp (2010, s.259) skriver at når ernæringskartleggingen viser at pasienten har ernæringsmessige utfordringer skal det utarbeides en målrettet plan for hvordan ernæringsstatusen kan forbedres. En slik plan skal inneholde sykepleietiltak og de må dokumenteres godt og evalueres jevnlig. Ved å bruke en individuell og systematisk tilnærming mener hun at det er med på å forebygge å bedre ernæringsstatus.

I undersøkelsen til Aagaard & Grøndahl (2017) kom det frem at det ikke var så vanlig å veie brukere ved innskrivning i hjemmesykepleien. 1 av 5 fra ledelsen og 1 av 5 av helsepersonellet svarte i undersøkelsen at det var vanlig å veie. 12.5% av

helsepersonellet svarte at de ikke visste det var vanlig å veie pasientene ved innskrivning. Dette er et av de viktigste tiltakene for å vurdere ernæringsstatus og man kan stille spørsmål ved om når helsepersonellet ikke vet at dette er en rutine om pasientene da faktisk blir veid (Aagaard og Grøndahl, 2017). Å måle vekt og høyde er nødvendig for å kunne beregne KMI, i undersøkelsen til Aagaard & Grøndahl (2017) viste det seg at å beregne KMI heller ikke var så vanlig.

Et funn i Gjerlaug et al, (2016) var at screeningverktøyene GNRI, SNAQ og MST så ut som å overdiagnostisere og at de egentlig passet best for pasienter i langtidsinstitusjon og på sykehus. Når det gjelder overdiagnostisering ved bruk av screeningverktøy, om det er heldig eller uheldig og overdiagnostisere underernæring kan diskuteres, behandlingen gir pasientene ekstra ernæringsmessig oppmerksomhet. Og det vil trolig ikke påføre pasienten noen skade, konsekvensen av dette er at det går ressurser til en pasient som nødvendigvis ikke har behov for det og det kan gå utover ressurser tiltenkt de pasientene som har behov for det. Samt fører det til unødvendige kostnader for helsevesenet (Gjerlaug et al, 2016). For å kunne unngå dette er det viktig at screeningverktøyet man velger har høyest mulig spesifisitet og sensitivitet, og samtidig ha søkelys på at screeningen blir utført på grupper der man vet at det er risiko for underernæring, det er viktig og huske på at verktøyet i seg selv kun avdekker hvorvidt pasienten er i fare for underernæring. Når det skal bedømmes om et verktøy er egnet til å screene for ernæringsmessig risiko er det viktig at det er i stand til å oppdage de personene som er i ferd med å utvikle underernæring. På slik måte kan de følges opp med vurdering av ernæringsstatus og eventuelle tiltak for å hindre utvikling av underernæring. Av de fire verktøyene kom MNA-SF ut som det screeningverktøyet med relativt entydige resultater og moderat høy validitet når det ble brukt som referansem metode. Det ble påpekt at MNA-SF var best egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko hos eldre i langtidsinstitusjon og blant hjemmeboende eldre (Gjerlaug et al, 2016). Med skalaen MNA skjema (vedlegg 2) kan en systematisk kartlegge årsaksforhold ved underernæring i primærhelsetjenesten, skalaen anbefales brukt 1 til 2 ganger per år (Brodtkorp, 2010, s. 257).

Sykepleierne er faglig ansvarlige for ivaretagelse av pasientenes ernæringsbehov, og det er vesentlig at det blir fulgt opp i forhold til ernæringsmessige tiltak, dette kan være hyppigere måltider med mindre porsjoner i gangen og at maten som serveres er næringsrik (Gjerlaug et al, 2016).

5.6 Pasientens selvstendighet

Sykepleie til hjemmeboende eldre med demens er komplekst, man må ta hensyn til å sikre en kvalifisert omsorg og ikke krenke pasienten. De er en sårbar gruppe og trenger hjelp til å ivareta sine rettigheter. For å kunne gi god sykepleie til denne gruppen kreves det faglig og etisk kompetanse og empati og engasjement fra sykepleieren (Fjørtoft, 2016, s.78). Å kunne gi god sykepleie til eldre med demens som bor alene i eget hjem er utfordrende, man må ta hensyn til at man sikrer en kvalifisert omsorg og at man ikke krenker pasienten. De er en sårbar gruppe og har behov for hjelp til å ivareta sine rettigheter. For å sørge for at denne gruppen får god sykepleie er det nødvendig at sykepleieren har en god faglig og etisk kompetanse, og at sykepleieren har evne til å vise empati og engasjement (Fjørtoft, 2016, s.78).

I Meyer et al, (2017) understrekte sykepleierne respekten for at den hjemmeboende skulle få bestemme selv, de la vekt på den hjemlige arenaen som et privat rom. De vektla hva de mente var passende atferd i pasientenes hjem. Noen av sykepleierne i studien mente det var upassende å veie pasientene og begrunnet dette med pasientens

verdighet og bestemmelse. Men de ble overasket over at pasientene var positive til dette. Motsetningen mellom sykepleiernes antagelser og pasientenes opplevelser av å bli veid understreker hvor viktig det er at sykepleierne i hjemmesykepleien er oppmerksomme på pasientenes verdier og preferanser i ernæringsarbeidet. Den hjemlige arenaen har en betydning for ernæringsarbeidet, man kan beskrive hjemmet med positive begreper som trygghet, intimitet, privatliv og kontroll (Meyer et al, 2017)

Orem i (Biermann, 1995, s. 19) beskriver at når sykepleieren møter pasienten blir det etablert en sykepleiesituasjon. For at en slik situasjon skal oppstå er det en forutsetning at det hos pasienten foreligger en egenomsorgssvikt og at det derfor for sykepleie. Pasienten er nødt å se eget behov for å motta hjelp og være villig til å ta imot. Det er komplisert for sykepleieren å gå inn i et hjem for å gi hjelp når pasienten ikke ønsker det, jeg har selv opplevd å komme inn i hjem for å tilrettelegge måltider hos eldre med demens som bor hjemme, og pasienten ikke ønsker og motta hjelp. Det er utfordrende når en skal respektere pasientens ønsker samtidig som en skal sikre god omsorg. Sykepleieren må være oppmerksom på at hjelpen man gir må samsvare med behovet for hjelp som pasienten faktisk har, og at det er en balanse mellom det å gi hjelp og det og ikke gi hjelp (Biermann, 1995, s.16). I loven om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-1 er formålet med loven at man skal tilrettelegge for mestring av sykdom, skade og nedsatt funksjonsevne, her skal ikke sykepleieren komme å ta over for hva pasientene fortsatt klarer selv, men tilrettelegge og sørge for at den eldre skal ha muligheten til å leve og bo selvstendig og ha en meningsfylt tilværelse i felleskap med andre.

I studien til (Johansson et al, 2011) beskrev informantene at de hadde et ønske om å være uavhengige, selv om det noen ganger betydde at det måtte bytte ut måtene de utførte måltidsoppgaver på. At de hadde hukommelsestap ble ikke referert til som et handicap, selv om det kunne påvirke situasjonen. Gamle vaner og innarbeidede rutiner gjorde det mulig å utføre oppgaver i forbindelse med måltider.

6 Konklusjon

For at sykepleier skal kunne forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens må man sette søkelys på ernæringsarbeid og bruk av kartleggingsverktøy. Denne gruppen er spesielt utsatt for underernæring. Mange av de eldre bor alene og har nødvendigvis ikke pårørende i nærheten, da er det hjemmesykepleien som er innom og følger opp. Det er ulike utfordringer i forhold til ernæringskartlegging hos hjemmeboende eldre med demens, sykepleierne opplever at de ikke har tid eller ressurser til å utføre kartlegging. Mye av dette bunner ut i at mange opplever at de ikke har nok kunnskaper om bruk av kartleggingsverktøy eller at kommunen/ledelsen ikke har klare nok retningslinjer i forhold til hvilke kartleggingsverktøy som skal brukes, og når og hvor de skal brukes. MNA-SF var det kartleggingsverktøyet som var validert for bruk i hjemmesykepleien, det er viktig å bruke riktig kartleggingsverktøy i ernæringsarbeidet da andre typer verktøy kunne overdiagnostisere. Selv om det blir rettet søkelys på ernæring hos de som blir overdiagnostisert og dette ikke til skade for pasienten så kan fokuset bli rettet mot feil pasienter og det kan gå utover de som faktisk er i risiko for underernæring eller er underernærte. Samtidig som det kan få unødige økonomiske konsekvenser.

Om ernæringskartleggingen er en fast rutine er det lettere for sykepleierne å fange opp om pasientene er i risiko for å utvikle underernæring og sette i gang tiltak tidlig før pasienten utvikler dette.

Konsekvenser for praksis: En av de viktigste ressursene i hjemmesykepleien er de ansatte og den kompetansen de sitter inne med, det bør være nok av sykepleiere med ernæringskompetanse slik at den pasientenes behov kan dekkes. Det bør være klare retningslinjer i kommunene for hvordan ernæringskartleggingen skal utføres, og når pasientene skal kartlegges.

Anbefalinger for videre forskning: Jeg ønsker å se forskning på kjønnsmessige forskjeller for å være i risiko for eller å være underernært, to av studiene mine motsatte hverandre i forhold til om et spesielt kjønn er mer utsatt. Hadde vært interessant å sett årsaker til at det finnes eventuelle forskjeller. Effekten av bruk av kartleggingsverktøy over tid hadde vært interessant å sett mer forskning om.

7 Referanser

- Aagaard, H., & Grøndahl, V.A. (2017). Routines in the community nursing services for accessing nutritional status. *Sykepleien Forskning*. Doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219>
- Biermann, K.U. (1995) *Dorothea E. Orems egenomsorgsteori* Oslo:Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011020308076
- Brodtkorp, K. (2010). Ernæring, mat og måltider. I Kirkevold, M., Brodtkorp, & Ranhoff, A.H (red), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 254-266). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive datasynthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2), s. 22 –26 hentet fra <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utgave). Stockholm: Natur & Kultur.
- Gjerlaug, A. M., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016) 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.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering>
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet (2019). Nasjonal faglig retningslinje om demens. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Johansson, L., Wijk, H., Christensson, L. (2017) Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program. *Journal of Nutrition, Health & Aging* Mar2017; 21(3): 292-298 <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7>

- Johansson, L., Christensson, L & Sidenvall, B (2011). Managing mealtime tasks: told by persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.). Sep 2011, Vol. 20 Issue 17-18, s. 2552-2562 DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03811.x>
- Meyer, S.E. et al. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien, *Sykepleien Forskning*, vol 12 DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>
- Nestlè Nutrition Institute. (2006). MNA: *Mini nutritional assesment*. Hentet fra https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_norwegian.pdf
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Register over vitenskapelige forskningskanaler*. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rist, G., Miles, G., & Karimi, L (2012). The presence of malnutrition in community-living older adults receiving home nursing. *Nutrition & Dietetics* (69): 46–50 DOI: [10.1111/j.1747-0080.2011.01572.x](https://doi.org/10.1111/j.1747-0080.2011.01572.x)
- Rognstad, M.K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens. *Sykepleien Forskning* (1), 10. DOI: [10.4220/sykepleienf.2013.0137](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137)
- Sjøen, R.J & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2016). Forskningsetikk. I Brinchmann, B.S (Red), *Etikk i sykepleien* (s.241-259). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Visser, M., van der Pols-Vijlbrief, Rachel & Wijnhoven, H (2017). Perspectives on the causes of undernutrition of community-dwelling older adults: A qualitative study, *The journal of nutrition, health & aging* December 2017, Volume 21, Issue 10, s. 1200–1209 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-017-0872-9>

Vedlegg 1. Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
S1. Nutrition and dementia	10.12.18	CINAHL	1005	0	0	0
S2 S1 + free full text Age 65+ (2008-2018)			214	0	0	0
S3 malnutrition or undernutrition or undernourishment and dementia	10.12.18	CINAHL	85	5	2	2
S4: S3 + Homecare or homehealth	14.12.18	CINAHL	0			
S5: S3 + elderly or elder or older	14.12.18	CINAHL	104	6	2	2
S6 malnutrition and dementia	14.12.18	SWEMED+	8	8	2	2
S7 Home nursing and nutrition	14.12	SWEMED+	33	10	6	2

Mini Nutritional Assessment MNA[®]



Etternavn: Fornavn:
 Kjønn: Alder: Vekt, kg: Høyde, cm: Dato:

Besvar undersøkelsen (screeningen) ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre, fortsett med del II for å få en samlet vurdering av ernæringsstilstanden.

Screening, del I

A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?
 0 = betydelig redusert matinntak
 1 = noe redusert matinntak
 2 = ingen endring i matinntaket

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

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

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

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

F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde(m) x høyde(m)]
 0 = BMI mindre enn 19
 1 = BMI 19 til mindre enn 21
 2 = BMI 21 til mindre enn 23
 3 = BMI 23 eller større

Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng)

12 - 14 poeng: Normal ernæringsstatus
 8 - 11 poeng: Risiko for underernæring
 0 - 7 poeng: Underernært

For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R

Screening, del II

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

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

I Trykksår eller hudsår
 0 = ja 1 = nei

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

K Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja nei
- To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja nei
- Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag ja nei

0.0 = hvis 0 eller 1 ja
 0.5 = hvis 2 ja
 1.0 = hvis 3 ja

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

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

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

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

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

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

R Leggkomkrets (LO) i cm
 0 = LO mindre en 31 cm
 1 = LO 31cm eller større

Screening, del II (maks. 16 poeng)

Screening, del I

Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)

MNA resultat

24 til 30 poeng Normal ernæringsstatus
 17 til 23.5 poeng Risiko for underernæring
 Mindre enn 17 poeng Underernært

Lagre Skriv ut Reset

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA[®] - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Se mer info på: www.mna-elderly.com

Vedlegg 3 Litteraturmatriser: 8stk

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Johansson, L., Christensson, L & Sidenvall, B (2011). Managing mealtime tasks: told by persons with dementia. <i>Journal of Clinical Nursing</i> (John Wiley & Sons, Inc.). Sep 2011, Vol. 20 Issue 17-18, s. 2552-2562 DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03811.x</p>	<p>Mål: Det er flere faktorer som påvirker matinntaket negativt hos personer med demens som kan øke risikoen underernæring. Problemer med å administrere daglige aktiviteter skjer ofte Problemer med å handle inn og administrere måltider kan være utfordrende. Likevel er det lite kjent om hvordan personer med demens selv opplever dette problemet Hensikt: Å fange selvbeskrivelsen for å administrere måltidsoppgaver for personer med demens.</p>	<p>feeding, living at home, mealtime tasks, nursing, nutrition, persons with dementia</p>	<p>Design.En kvalitativ studie med en etnografisk tilnærming. Metode: personer i alderen 69-86 år ble intervjuet. Intervjuer ble gjennomført i informantenes egne boliger og en tematisk analyse ble utført.</p>	<p>Resultater. Informatørene beskrev at de ønsket å være uavhengige og at minnetapet ikke hadde betydning. Gamle vaner og rutiner, samt nyutviklede strategier, hjalp dem med å administrere måltidsoppgaver til tross for sykdommen. Informatørene var tilfreds med situasjonen, selv om det å administrere måltidsoppgaver hadde forandret seg, for eksempel å motta måltidslevering. Konklusjon: Personer med demens synes å kunne klare måltidsoppgaver da aktivitetene var basert på gamle vaner og rutiner. Uavhengighet var høyt verdsatt og håndtering av måltidsoppgaver synes å være en viktig del av dette</p>	<p>De eldres opplevelser av å administrere måltidsoppgaver</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Johansson, L., Wijk, H., Christensson, L. (2017) Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program. <i>Journal of Nutrition, Health & Aging</i> Mar2017; 21(3): 292-298 http://dx.doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7</p>	<p>Målet med studien var å undersøke utfallet av endring i kroppsvekt forbundet med bruk av en strukturert forebyggende omsorgsprosess blant personer med demens vurdert som utsatt for underernæring eller underernæring. Den forebyggende omsorgsprosessen er en pedagogisk modell som brukes i Senior Alert (SA) kvalitetsregister, der ernæring er et av de prioriterte områdene og omfatter fire trinn: vurdering, analyse av underliggende årsaker, utførte handlinger og utfall</p>	<p>Nursing process, nutrition assesment, quality improvment, registers</p>	<p>Design: En analyse av data fra SA med en pre-post-design ble utført. Innstilling: Deltakerne bodde i vanlig bolig eller spesielle boliger i Sverige. Deltakere: 1912 personer, 65 år og eldre, registrert i både SA og demenskvalitetsregistret Svedem ble inkludert. Intervensjon: Et nasjonalt forebyggende omsorgsprogram, inkludert individuelle tiltak. Målinger: MNA-SF ble brukt til å vurdere næringsstatus. Kroppsvekten ble målt og fulgt opp (7-106 dager etter baseline)</p>	<p>Resultat: 74,3% personer var underernærte eller utsatt for underernæring. De som har risiko for underernæring eller underernærte som var registrert i alle fire trinnene i forebyggende behandling, økte i kroppsvekt. De med ufullstendig registrering ble det ikke funnet økning i kroppsvekt. Konklusjon: Å bruke alle trinnene i den strukturerte forebyggende omsorgsprosessen ser ut til å forbedre ernæringsstatusen til personer med demens vurdert som risiko for underernæring eller underernæring. Denne studien bidrar til utvikling av evidensbasert praksis om underernæring og personer med demens.</p>	<p>Bruk av forebyggende prosess for å bedre ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende med demens</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Rognstad, M.K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens. <i>Sykepleien Forskning</i> (1), 10. DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0137</p>	<p>Bakgrunn: Eldre personer med hukommelsestap er svært utsatt for underernæring. Tidligere studier har i hovedsak fokusert på pasienter som bor på institusjon.</p> <p>Hensikten med denne studien er å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt som får bistand av hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo.</p>	<p>Elderly, dementia, nutrition, home nursing</p>	<p>Utvalg: Eldre hjemmeboende pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt, 67 år eller eldre som scoret 3 -5 på IPLOS, og som mottar kommunale helsetjenester i hjemmet.</p> <p>Data ble samlet inn ved bruk av instrumentet Mini Nutritional Assesment (MNA)</p> <p>Dataanalyse: Logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å analysere data, og resultatene presenteres i oddsratioer.</p>	<p>Konklusjon: Det var avgjørende at helsepersonell er kjent med risikofaktorene for underernæring, og at nødvendige tiltak måtte igangsettes på et tidlig stadium for å forhindre alvorlig underernæring og sykdom som følge av dette.</p>	<p>Viktigheten rundt kjennskap til risikofaktorer, og bruk av ernæringscreeningverktøyet MNA</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Visser, M., van der Pols-Vijlbrief, Rachel & Wijnhoven, H (2017). Perspectives on the causes of undernutrition of community-dwelling older adults: A qualitative study, <i>The journal of nutrition, health & aging</i> December 2017, Volume 21, Issue 10, s. 1200–1209 DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s12603-017-0872-9</p>	<p>Underernæring er et stort helseproblem spesielt hos sårbare eldre voksne. Studien har som mål å avdekke årsakene til underernæring som rapportert av samfunnsboende eldre voksne</p>	<p>Perception, appetite, food intake, weight-loss, thinness</p>	<p>Utvalg: Tjuefem halvstrukturerte intervjuer og to fokusgruppediskusjoner ble utført og analysert.. Deltakere: Eldre over 65. Målinger: Et spørreskjema om demografi, Kort ernæringsvurdering Spørreskjema 65 + og intervjuer om potensielle årsaker til underernæring</p>	<p>Resultat: 33 eldre voksne deltok i intervjuene og fokusgruppene. Funnene indikerer en rekke ulike årsaker til underernæring, både modifiserbare og ikke-modifiserbare, ble nevnt av eldre voksne. Mange modifiserbare årsaker til underernæring ble rapportert i temaet for det mentale, sosiale eller mat og appetitt, for eksempel dårlig matkvalitet levert av måltidstjenester, manglende evne til å skaffe dagligvarer, ensomhet og sorg. Ikke-modifiserbare årsaker inkluderte, glemsomhet, aldring, kirurgi og sykehusinnleggelse. Konklusjon: studien gir veiledning for å bedre forstå de underliggende årsakene til underernæring fra de eldres perspektiv. De modifiserbare årsakene gir spesifikk retning mot praktiske implikasjoner som kan redusere eller forhindre underernæring. Ikke-modifiserbare årsaker bør øke bevisstheten om økt risiko for underernæring av helsepersonell i primær- og videregående omsorg, omsorgspersoner og familiemedlemmer.</p>	<p>Studien har med en forståelse for de underliggende årsakene til underernæring sett fra de eldre perspektiv.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Aagaard, H., & Grøndahl, V.A. (2017). Routines in the community nursing services for accessing nutritional status. <i>Sykepleien Forskning</i>. Doi: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219</p>	<p>Bakgrunn: Undersøkelser viser at pasienter som får hjelp av hjemmesykepleien, kan være utsatt for underernæring. For å kartlegge ernæringsstatus utga Helsedirektoratet i 2009 «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring». Der er det framhevet at alle pasienter som innlegges i institusjon eller personer som er innskrevet i hjemmesykepleien, skal vurderes for ernæringsmessig risiko.</p> <p>Hensikt: beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientenes ernæringsstatus.</p>	<p>Ernæring, hjemmesykepleie, kvantitativ studie, underernæring</p>	<p>Undersøkelsen var en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse og besto av to delstudier: en studie blant ledere av hjemmesykepleien og en studie blant helsepersonell i hjemmesykepleien. Data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema. 273 ledere (svarprosent 59) og 212 blant helsepersonell (svarprosent 74) besvarte spørreskjemaet.</p>	<p>Resultater: 67% av lederne og 37% av helsepersonellet kjenner til Helsedirektoratets retningslinjer. En av tre respondenter svarte at hjemmesykepleien har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus. Åtti prosent av lederne og 69 prosent av helsepersonellet oppga at det ikke var vanlig å veie brukeren ved innskriving i hjemmesykepleien.</p> <p>Konklusjon: Det bør utarbeides skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus i kommunene. Retningslinjer finnes, men disse må gjøres bedre kjent, og opplæring av helsepersonell bør være et prioritert område.</p>	<p>Vise viktigheten ved at helsepersonell må ha gode kunnskaper og prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Rist, G., Miles, G., & Karimi, L (2012). The presence of malnutrition in community-living older adults receiving home nursing. <i>Nutrition & Dietetics</i> (69): 46–50 DOI: 10.1111/j.1747-0080.2011.01572.x</p>	<p>For å fastslå omfanget av underernæring og underernæringrisiko blant eldre (alderen 65 år og over) som mottar hjemmesykepleie i Victoria, Australia.</p>	<p>ageing, community health, malnutrition, nutrition screening, nutritional status.</p>	<p>Over en 3-måneders periode (mai-juli 2009) ble 235 klienter i alderen 65 år og over som mottok hjemmesykepleie vurdert for underernæring ved hjelp av Mini Nutritional Assessment.</p>	<p>Resultater: 34% av klientene ble identifisert som utsatt for underernæring, mens 8,1% var funnet å være underernærte. Det var ingen vesentlig sammenheng mellom ernæringsrisiko og kjønn, fødselsland eller levestandard.</p> <p>Konklusjon: Underernæring og ernæringsrisiko var et problem blant denne gruppen av eldre som mottok hjemmesykepleie i Victoria, Australia. I studien var litt over 40% av deltakerne enten utsatt for underernæring eller underernærte, noe som fremhever sårbarheten til denne gruppen eldre mennesker og behovet for rutinemessig ernærings screening og et målrettet intervensjonsprogram for å løse ernæringsproblemer.</p>	<p>Nødvendigheten rundt ernæringscreening og et målrettet program for å forebygge og behandle underernæring hos eldre</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Meyer, S.E., Velken, R & Jensen, L.H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien, <i>Sykepleien Forskning</i>, vol 12 DOI: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797</p>	<p>Bakgrunn: Anbefalingene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring pålegger hjemmesykepleierne å vurdere ernæringsmessig risiko ved innleggelse eller vedtak, og deretter månedlig.</p> <p>Hensikt: 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>Metode: En kvalitativ studie med 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>	<p>Ledelsesforankring er viktig når systematisk ernæringskartlegging skal gjennomføres. Sykepleierne ga uttrykk for at kjennskap til pasienten og ernæringsbehovet er betydningsfullt ved praktisk tilrettelegging i hjemmet. Sykepleierne syntes det var utfordrende å vurdere mat- og drikkeinntak i løpet av døgnet. Sykepleierne sto i spenningsfeltet mellom selvbestemmelsen til den hjemmeboende, anbefalingene om systematisk ernæringskartlegging og tidspress.</p> <p>Konklusjon: Ernæringsarbeidet er personsentrert, praktisk og tilpasset hjemmearenaen. Hjemmesykepleierne stiller spørsmål om hvorvidt kravene i de nasjonale faglige retningslinjene tar tilstrekkelig hensyn til en hjemmebaserte konteksten, Systematiske vurderinger av ernæringsmessig risiko innenfor eksisterende ressurser krever tett samarbeid mellom ledere og ansatte.</p>	<p>For å styrke sykepleiernes ernæringsarbeid i hjemmesykepleien er det viktig å fortsette å dele erfaringer og bidra til kritisk refleksjon om hvordan standardiserte kartleggingsverktøy kan kvalitetssikre praksis. Å gjennomføre systematiske vurderinger av ernæringsmessig risiko innenfor eksisterende ressurser i hjemmesykepleien krever tett samarbeid mellom den enkelte pasient, de pårørende, ledelsen og personalet i hjemmesykepleien.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Gjerlaug, A. M., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016) Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre, <i>Sykepleien Forskning</i>, vol 11(2), s. 148-156. DOI: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692</p>	<p>Bakgrunn: Forekomsten av underernæring blant eldre på sykehjem og hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, ligger henholdsvis mellom 30–60 prosent og 2–10 prosent. Hvis man avdekker risiko for underernæring tidlig, kan man iverksette ernæringsbehandling og dermed forebygge underernæring. Det er imidlertid uklart hvilke screeningverktøy som er egnet til å avdekke denne risikoen i de to gruppene av eldre pleietrengende.</p> <p>Hensikt: 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</p>	<p>Eldre, ernæringscreening, litteraturstudie, screeningsverktøy, underernæring</p>	<p>Metode:</p> <p>Systematisk litteraturstudie: Søkene ble utført i 2014 i databasene Medline, CINAHL, Ovid Nursing and Food Science Source, PubMed, Embase and The Cochrane Central Register of Controlled Trials</p> <p>Inklusjonskriterier: Eldre over 65 år, Hjemmeboende med hjemmesykepleie, Bosatt i langtidsinstitusjon med pleiepersonell til stede, Studier gjennomført for å validere ett eller flere screeningverktøy</p>	<p>Resultat: Det ble funnet 4 forskjellige screeningverktøy: MNA-SF, SNAQ, MST & GNRI, rapportert i 9 valideringsstudier. MNA-SF var validert flest ganger. Og både sensitivitet og spesifitet var høy. MST var validert i en studie med moderat spesifitet. De andre verktøyene viste moderat validitet. Ingen av de inkluderte studiene undersøkte nytten av screeningverktøy.</p> <p>Konklusjon: Fire screeningverktøy var validert i de to gruppene av pleietrengende: MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI. MNA-SF var best egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko i begge gruppene, men mer forskning er nødvendig.</p>	<p>Bruken av screeningsverktøy for å avdekke risiko for underernæring.</p>

