

Sarukesi Vasanthavasan
Emilie Mari Bjørkavoll Lervåg

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens?

Antall ord: 8741

Bacheloroppgave i SY300215 Bachelor i sykepleie

Veileder: Lindis Kathrine Helberget

Mai 2021

Sarukesi Vasanthavasan
Emilie Mari Bjørkavoll Lervåg

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens?

Antall ord: 8741

Bacheloroppgave i SY300215 Bachelor i sykepleie
Veileder: Lindis Kathrine Helberget
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie. Problemstillingen blir drøftet i lys av forskningsartikler, relevant teori og selvvalgt litteratur. Det ble utført et systematisk litteratursøk i ulike databaser som er relatert til helsefag og medisin. Litteraturstudien inkluderer totalt 8 forskningsartikler.

Resultat: I denne litteraturstudien kom vi frem til tre hovedresultat som gikk igjen i forskningsartiklene. Et av hovedfunnene er at forebyggingsarbeidet avhenger av sykepleierens kompetanse. Et annet er at manglende ressurser påvirker sykepleierens evne til å gi tilstrekkelig ernæringsomsorg. Det siste hovedfunnet er at samhandling spiller en stor rolle i forebyggingen av underernæring. Dette funnet viser også at det er manglende samarbeid mellom sykepleiere og ledelsen.

Konklusjon: Vår konklusjon er at tilrettelagte måltider, kunnskapsbasert planlegging, det sosiale aspektet og kunnskap inngår i sykepleierens kompetanse. Behovet for sykepleierkompetanse er nødvendig i forbedringsarbeidet av pasientens ernæringsstatus. Manglende ressurser er et stort problem i hjemmesykepleien. Sykepleieren er avhengig av tilstrekkelig tid, nok bemanning og kartleggingsverktøy. For å kunne gi best mulig ernæringsomsorg er det viktig at sykepleieren samhandler med pasient, pårørende og andre profesjoner. Sykepleieren må kunne gi tilpasset ernæringsveiledning, respektere pasientens autonomi og gi støtte til pårørende.

Abstract

Aim: The aim of the study was to find out how nurses can prevent malnutrition in elderly people with dementia living at home.

Method: This is a systematic literature study. The issue is discussed based on research studies, relevant theory and self-chosen literature. A systematic literature search was conducted in different databases that was related to health sciences and medicine. The literature study includes totally 8 research articles.

Results: In this literature study we came up with three main results. One of the main findings is that the preventative work is relying on the competence of the nurse. Another finding is that lack of resources is affecting the nurse's ability to give good nutritional care. The last main finding is that interaction plays a big role in the prevention of malnutrition. This finding also shows that there is a lack of collaboration between nurses and the management.

Conclusion: Our conclusion is that tailor-made meals, knowledge-based planning, the social aspect and knowledge is all included in the competence of nurses. The nurses competence is necessary in improving the patient's nutritional status. Lack of resources is a big issue in homecare nursing. The nurse is relying on sufficient time, enough staff and nutrition screening tools. To provide good nutritional care it is important that the nurse interacts with the patient, next of kin and other professions. The nurse must be able to give tailored nutritional guidance, respect the patient's autonomy and give support to next of kin.

Forord

Vi kan bare bevare en god helse ved å
spise det vi ikke har lyst på, drikke det
vi ikke liker og gjøre det vi helst vil
slippe.

-Mark Twain

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	9
1.1	Bakgrunn for valgt tema	9
1.2	Oppgavens hensikt	9
1.2.1	Avgrensing av problemstilling	10
1.3	Begrepsavklaring	10
1.4	Oppgavens oppbygging	10
2	Teoretisk perspektiv	11
2.1	Demens	11
2.2	Underernæring blant eldre	11
2.3	Ernæringskartlegging	12
2.4	Sykepleierens rolle og funksjon i hjemmesykepleien	12
2.5	Virginia Hendersons sykepleieteori.....	12
3	Metodebeskrivelse.....	14
3.1	Systematisk litteraturstudie.....	14
3.2	Litteratursøk og seleksjonsprosess	14
3.3	Inklusjonskriterier	15
3.4	Kvalitetsvurdering	15
3.5	Etisk vurdering.....	16
3.6	Analyse	17
4	Resultat	19
4.1	Sykepleierens kompetanse.....	19
4.2	Ressurser.....	20
4.3	Samhandling	21
5	Diskusjon	24
5.1	Metodediskusjon	24
5.2	Resultatdiskusjon	25
5.2.1	Sykepleierkompetanse	25
5.2.2	Ressurser	27
5.2.3	Samhandling	29
6	Konklusjon.....	32
	Referanser	33
	Vedlegg	36

Vedlegg 1 - Søkehistorikk

Vedlegg 2 - Litteraturmatriser (8 stk.)

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Temaet for denne litteraturstudien er sykepleierens rolle i forebygging av underernæring hos eldre demente som er hjemmeboende. Det er i dag omtrent 80 000 til 100 000 mennesker som lider av demens i Norge (Folkehelseinstituttet, 2020), hvor nærmere halvparten av disse bor hjemme (Fjørtoft, 2016, s. 70). Ifølge Helsedirektoratet (2019) vil økningen av antall eldre føre til at flere får demens, da forekomsten av demens øker ved aldring.

Fra 2015 til 2019 var det en økning i hele 13 prosent hos nordmenn som mottok hjemmesykepleie (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2020). Forskning tyder på at hjemmeboende eldre er utsatt for underernæring, og at deres situasjon bør vies mer oppmerksomhet (Tomstad et al., 2012). Vi ønsket derfor å rette fokus mot hjemmeboende eldre.

Eldre med demens er i større grad utsatt for et dårligere kosthold enn andre (Sjøen & Thoresen, 2019, s. 101). Over halvparten av eldre hjemmeboende som mottar helsetjenester, har eller står i fare for underernæring (Næss, 2020, s. 251). Mentale endringer, nedsatt livskvalitet, økte komplikasjoner og dødelighet, samt redusert overlevelse er noen konsekvenser som kan oppstå ved underernæring (Sjøen & Thoresen, 2019, s. 157). Optimal ernæringsstatus fremmer vekst og utvikling, og bidrar til å vedlikeholde god helse, daglige aktiviteter og beskytter kroppen mot sykdom. Da helse og ernæringsstatus er relatert til hverandre, er det å opprettholde god ernæringsstatus hos den eldre et viktig forebyggende tiltak (Brodtkorb, 2020, s. 302).

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å drøfte hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens.

Problemstillingen er følgende:

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens?

1.2.1 Avgrensning av problemstilling

I denne litteraturstudien er det valgt å fokusere på eldre som er over 65 år. Hovedfokuset i studien vil være å søke etter hvordan sykepleiere kan identifisere og kartlegge risikofaktorer for denne pasientgruppen, og iverksette tiltak som forebygger underernæring. Videre er det valgt å fremheve hjemmesykepleierens rolle og funksjon i forhold til hjemmeboende pasienter med demens.

1.3 Begrepsavklaring

Eldre: «Aldringsprosesser begynner allerede fra man er 20 år, men 65 år regnes gjerne som grensen for å være eldre.» (Eide & Eide, 2017, s. 309).

Demens: Demens er et fellesbegrep for ulike hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt (Helsebiblioteket, 2019). Det er en progredierende kognitiv funksjonssvikt som forekommer hos personer som tidligere har vært kognitivt velfungerende (Bertelsen, 2017, s.334).

Underernæring: «Underernæring er en tilstand som oppstår når kroppens behov for energi og/eller næringsstoffer over tid ikke tilfredsstilles gjennom inntak av mat og drikke.» (Bjørneboe & Tronstad, 2018).

Forebygging: Sykdomsforebyggingens hensikt er å hindre sykdom hos friske individer, forhindre at sykdommer utvikler seg, eller å redusere følgetilstander av sykdommen (Mæland, 2016, s. 16).

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er inndelt i fem hoveddeler som består av teoretisk perspektiv, metodebeskrivelse, resultat, diskusjon og konklusjon. I teoridelen presenteres det relevant teori som belyser problemstillingen. Metodebeskrivelsen tar for seg datainnsamling, som inkluderer brukte databaser, søkeord, inklusjonskriterier, kvalitetsvurdering og etisk vurdering. Resultatdelen består av funnene og resultatene som er funnet i de åtte forskningsartiklene. Diskusjonsdelen er delt inn i to deler; metodediskusjon og resultatdiskusjon. Under metodediskusjonen diskuteres metoden som blir brukt, og eventuelle styrker og svakheter ved oppgaven blir presentert. I resultatdiskusjonen drøftes sentrale funn fra artiklene i lys av teoribakgrunn, og knyttes opp imot problemstillingen. Diskusjonen munner ut i en konklusjon.

2 Teoretisk perspektiv

2.1 Demens

Demens er en paraplybetegnelse for flere hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt (Helsebiblioteket, 2019). Symptomene for de ulike sykdommene er forskjellige, og avhenger av hvordan hjernen har blitt påvirket. Det finnes mange ulike former for demens, og andre tilstander som kan gi lignende symptomer. På bakgrunn av dette, er det viktig å stille riktig diagnose så tidlig som mulig (Skovdahl, 2020, s. 419). Det er omtrent 10 000 personer som får sykdommen hvert år, men undersøkelser viser at bare halvparten er diagnostisert og utredet. Risikoen for å utvikle en demenssykdom vil øke med stigende alder (Skovdahl, 2020, s. 421).

Alzheimers sykdom er den vanligste årsaken til demens. Andre vanlige typer er vaskulær demens og Lewy legeme-demens (Helsebiblioteket, 2019). Redusert hukommelse og konsentrasjon er ofte de første symptomene ved Alzheimers sykdom (Skovdahl, 2020, s. 419). Ved vaskulær demens vil en ofte miste evnen til å ta initiativ, og personer med diagnosen vil kunne oppfattes som passive og trege. I flere tilfeller vil Alzheimers sykdom og vaskulær demens opptre samtidig (Skovdahl, 2020, s. 421).

2.2 Underernæring blant eldre

Kroppsmassesammensetningen endrer seg etter hvert som man blir eldre. Det relative fettinnholdet øker, og andelen av væske og muskulatur reduseres. Kroppens basalstoffsforbruk synker. Redusert muskelmasse, lavere basalstoffsforbruk og aktivitetsnivå, vil bidra til at kroppens energibehov avtar med alderen. Selv om behovet for fett og karbohydrater hos eldre blir mindre, vil vitamin og mineralbehovet være stabilt gjennom hele livet. Derfor er det en særlig utfordring å få dekket næringsbehovet til eldre mennesker som spiser lite (Brodtkorb, 2020, s. 302).

Underernæring er det største og vanligste problemet blant eldre, og er et problem sammensatt av flere faktorer. Dårligere luktesans og færre smaksløker gir dårligere smaksans med årene, og fører ofte til nedsatt matlyst. Flere eldre opplever at maten smaker mindre enn tidligere, og dermed også frister mindre (Brodtkorb, 2020, s. 301). Depresjon kan også føre til nedsatt matinntak, og er et utbredt problem. Eldre mennesker opplever ofte mange tap, som nære familiemedlemmer og venner, og den sosiale omgangskretsen blir dermed stadig mindre. I tillegg blir ferdighetene de tidligere hadde redusert, som kan gi ytterligere tapsopplevelser (Brodtkorb, 2020, s. 303). Andre risikofaktorer for utvikling av underernæring er problemer med å tygge og svelge, demens, multifarmasi, ensomhet, sår og diaré (Brodtkorb, 2016, s. 308).

Utfallet av underernæring kan både være tap av fett og muskelvev, generell svekkelse, nedsatt immunforsvar og økt infeksjonsfare (Brodtkorb, 2016, s. 308). Den reduserte muskelmassen og muskelkraften medfører nedsatt bevegelighet, og dermed er det høyere risiko for fall (Aagaard, 2016, s. 215). Andre konsekvenser er lavere toleranse for

operativ behandling, økt komplikasjonsfare, forsinket sårtilheling og lettere forekomst av infeksjoner og decubitus (Brodtkorb, 2016, s. 308; Aagaard, 2016, s. 215). Fordi underernærte pasienter trenger lengre rehabiliteringsfase etter sykdom og kirurgiske inngrep, er det denne pasientgruppen som har lengre sykehusopphold (Aagaard, 2016, s. 215).

2.3 Ernæringskartlegging

Med ernæringsstatus menes resultatet av tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer. Kartlegging av ernæringsstatus kan bekrefte eller avkrefte om pasienten er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem. Ernæringskartlegging danner grunnlaget for å kunne forbedre pasientens ernæringsstatus (Brodtkorb, 2020, s. 305). Ifølge nasjonale faglige råd fra Helsedirektoratet (2016), skal beboere på sykehjem og hjemmebaserte tjenester veies månedlig, og vurderingen av ernæringsstatus skal dokumenteres i pasientens journal.

Det finnes flere ulike verktøy for å kartlegge ernæringsstatus. MNA (Mini Nutritional Assessment) er en skala som systematisk kartlegger årsaksforhold ved underernæring hos eldre pasienter i primærhelsetjenesten og i sykehus (Brodtkorb, 2020, s. 305). Ernæringsjournalen er et kartleggingsverktøy utviklet av Helsedirektoratet, og tar for seg blant annet høyde, vektutvikling og avkryssing for ernæringsrelaterte data, som for eksempel nedsatt matlyst, kvalme/oppkast og tygge/svelgeproblemer (Helsedirektoratet, 2013, s. 49-50).

2.4 Sykepleierens rolle og funksjon i hjemmesykepleien

«Hjemmesykepleien er en viktig del av dagens helsetjeneste.» (Fjørtoft, 2016, s. 11). Det er stadig flere som er hjemmeboende, og som mottar helsehjelp i eget hjem. Hjemmesykepleien har de siste årene økt drastisk i omfang, både i hensyn til antall pasienter og ansatte. Pasientene er i tillegg blitt sykere og mer pleietrengende. Utfallet av dette er økt behov for omfattende pleie og omsorg, samt spesialisert behandling og oppfølging. I hjemmesykepleien er sykepleierens funksjon å bidra til at den enkelte pasient mestrer en krevende livssituasjon. Dette kan både være å fysisk assistere eller å styrke ressurser og livsmot. For å oppnå best mulig helse og livskvalitet, kreves det at sykepleieren har kunnskap om og forståelse av pasientens situasjon (Fjørtoft, 2016, s. 11-12).

2.5 Virginia Hendersons sykepleieteori

Virginia Hendersons sykepleieteori baserer seg på sykepleierens ansvar i forhold til å ivareta menneskets grunnleggende behov når pasientens egne ressurser ikke er tilstrekkelig som følge av sykdom eller helsesvikt (Kristoffersen, 2015, s. 22). Hendersons sykepleieteori henviser til nødvendige gjøremål for god helse, helbredelse og en fredfull død. På bakgrunn av dette kan en erkjenne et menneskesyn som tar utgangspunkt i at mennesket har visse grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016, s. 36).

Ifølge Hendersons teori er sykepleierens rolle å hjelpe personer med å utføre gjøremål, eller skape forhold som kan sette pasienten selv i stand til å utføre gjøremålene. Det blir stilt 14 punkt som inneholder hva sykepleieren kan bistå pasienten med i konkrete situasjoner. Disse betegner hun som grunnleggende sykepleieprinsipper. Punktene er knyttet til menneskets grunnleggende behov, og utgjør sykepleierens sentrale oppgaver. De åtte første punktene gjelder i særlig grad fysiologiske behov, mens de seks siste tar utgangspunkt i psykososiale behov (Kristoffersen, 2016, s. 38-39).

Sykepleieren skal forholde seg til pasientens grunnleggende behov, ved å ta utgangspunkt i at behovene kan oppleves og ivaretas ulikt fra person til person. Derfor må sykepleieren tilegne seg kunnskap om hva pasienten opplever som sine behov, og hvordan behovene kan tilfredsstilles på best mulig måte (Kristoffersen, 2016, s. 39). Henderson (1961) (sitert i Kristoffersen, 2016, s. 39) forteller at det kan oppleves utfordrende for sykepleieren å skaffe seg en slik forståelse, men at det er helt avgjørende.

At den enkelt pasient har krav på tilpasset pleie og omsorg, påpekes gjentatte ganger av Henderson (sitert i Kristoffersen, 2016, s. 39). Hun formulerer dette slik: «(Sykepleieren) kan bare hjelpe den syke med de gjøremål som bidrar til å sette ham i en tilstand som betyr helse – *for ham* – tilfriskning av sykdom – *for ham* –, eller det som – *for ham* – er en god død.» (Henderson, 1997, sitert i Kristoffersen, 2016, s. 39).

3 Metodebeskrivelse

3.1 Systematisk litteraturstudie

En litteraturstudie innebærer å søke systematisk, kritisk granske, samt sammenstille litteraturen innenfor et valgt tema eller problemstilling. Den bør samt fokusere på relevant forskning i forhold til det emnet og problemområdet som er valgt (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30). Når problemområdet er avgrenset, kan det formuleres søkeord, som videre er grunnleggende for litteratursøkingen. Litteratursøkingen kan utføres manuelt eller gjennom søk i database (Forsberg & Wengström, 2016, s. 63).

3.2 Litteratursøk og seleksjonsprosess

For å finne aktuelle artikler som kan besvare problemstillingen, er det søkt i flere ulike databaser. Følgende databaser har blitt brukt: CINAHL, PubMed (Medline), SveMed+, Scopus (Elsevier) og Sage Journal. Det er også utført et manuelt søk i tidsskriftet Sykepleien Forskning. Pubmed er en bred database som dekker medisin, sykepleie og odontologi. 75% av referansene er på engelsk, og en finner hovedsakelig vitenskapelige tidsskriftartikler når en søker i databasen. CINAHL derimot er en database som dekker sykepleie, medisin og ergoterapi (Forsberg & Wengström, 2016, s. 65).

CINAHL og PubMed opplevdes som gode databaser for å finne forskningsartikler med høy sykepleiefaglig relevans og kvalitet. Databasene SveMed+, Scopus, Sage Journal og tidsskriftet Sykepleien Forskning, inneholdt også aktuell forskning innenfor sykepleiefaget. Søkeordene er valgt ut ifra sentrale ord i oppgavens problemstilling som: «underernæring», «demens», «hjemmeboende». Det ble valgt å søke både med norske og engelske søkeord for å finne gode artikler. Når søket ble utført med engelske ord i databasene, er søkeordene blitt oversatt til: «malnutrition», «dementia», «home» og «homecare». Ordene ble kombinert med «AND», noen ganger bare to av søkeordene, mens andre ganger flere av søkeordene.

Figur 1 – Antall treff i ulike databaser

Dato	Databaser/ tidsskrift	Antall treff (med avgrensninger)
25.11.2020	SveMed+	3
25.11.2020	CINAHL	6
01.12.2020	PubMed	121
01.12.2020	Scopus	110
02.12.2020	SAGE Journals	529
25.03.2021	Medline	22
31.03.2021	CINAHL	1
25.03.2021	Sykepleie forskning	8

Tabellen viser en oversikt over antall treff i ulike databaser og dato.

3.3 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier hjelper forfatteren å avgjøre hvilke artikler som skal inkluderes i oppgaven (Forsberg og Wengström, 2016, s. 174). For å finne gode artikler som er relevante for oppgaven ble det valgt å ha følgende inklusjonskriterier:

Figur 2 – Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Eldre over 65 år• År: 2010 – per dags dato• Artikler fra Europa, Australia og Amerika• Hjemmeboende pasienter• Pasienter med demens

Tabellen viser inklusjonskriterier for forskningsartiklene

Demens forekommer som regel i en alder av 65 år, og derfor er det valgt å bruke dette som ett av inklusjonskriteriene for forskningsartiklene (Folkehelseinstituttet, 2014). Det er også inkludert artikler fra 2010 til per dags dato, da det viser nyere og mer relevant forskning. Artikler fra de nevnte kontinentene er valgt på bakgrunn av at deres helsesystem kan sammenlignes med helsesystemet i Norge. For å utelukke pasienter som bor på institusjon eller omsorgsboliger, og som ikke har en demensdiagnose er det valgt å bruke inklusjonskriteriene: «hjemmeboende pasienter» og «pasienter med demens». Vi fokuserer ikke på én type demensdiagnose, da den eldre kan ha de samme utfordringene uavhengig av dette.

3.4 Kvalitetsvurdering

Verdien av en systematisk litteraturstudie avhenger av hvordan en vurderer og identifiserer relevante studier. Videre bør hver studie vurderes i flere steg.

Kvalitetsvurderingen bør omfatte studiens hensikt og problemstilling, design, måleinstrument, analyse, utvalg og tolkning (Forsberg & Wengström, 2016, s. 104).

Av de åtte forskningsartiklene som er funnet, er 5 av dem kvantitative studier, mens 3 er kvalitative studier. Kvalitative forskningsmetoder er en felles betegnelse på metoder som tar utgangspunkt i å beskrive eller tolke ett fenomen og dets egenskaper så presist som mulig (Forsberg & Wengström, 2016, s. 117). Kvantitativ forskning er en hypotetisk-deduktiv metode. Det vil si at den er basert på aksepterte teorier og prinsipper basert på objektivitet og nøytralitet som referanseramme (Forsberg & Wengström, 2016, s. 42).

For å kritisk vurdere og bekrefte at forskningsartiklene er kvalitetssikre, er det brukt sjekklister fra Helsebiblioteket. Det ble spesielt lagt vekt på om artikkelen hadde en klar problemstilling, og om designet var velegnet for å svare på problemstillingen. Videre ble det vurdert om funnene, resultatene og tiltakene i artiklene var troverdige, og om det var relevant for vår egen problemstilling. Artiklene måtte også være i IMRaD-struktur. Til slutt var det viktig å utføre kvalitetsvurdering av tidsskriftene som artiklene var publisert i. For å vurdere artiklenes nivå, ble det gjort søk i Register over Vitenskapelige Publiseringkanaler gjennom Norsk senter for forskningsdata (NSD). Nivå 1 inneholder

ordinære vitenskapelige publiseringskanaler, mens nivå 2 holder kanaler med høyest internasjonal prestisje (Norsk senter for forskningsdata, 2021). Alle åtte artiklene var publisert i tidsskrifter som holdt nivå 1.

3.5 Etisk vurdering

Når en litteraturstudie skal utføres, bør man av hensyn til utvalg og presentasjon av resultat, gjennomføre noen etiske vurderinger (Forsberg & Wengström, 2016, s. 59). Forsberg og Wengström (2016, s. 132) skriver at det etiske aspektet er viktig i all vitenskapelig forskning. De forteller videre at engasjementet for å innhente ny kunnskap, alltid må veies opp mot kravet om å beskytte deltakerne i undersøkelsen. I denne oppgaven vil det gjelde den hjemmeboende pasienten og helsepersonellet. Helsinkideklarasjonen (1964) tar for seg etiske retningslinjer om medisinsk forskning som er knyttet til forskning der mennesker er involvert. Deklarasjonen er utarbeidet av Verdens legeforening, og blir brukt både nasjonalt og internasjonalt. Helsinkideklarasjonen angir at all forskning, som involverer mennesker, må legges frem og godkjennes av en etisk komité før selve forskningen kan settes i gang (World Medical Association, 2018).

Alle forskningsartiklene som blir brukt i denne systematiske litteraturstudien, er etisk vurdert. Fem av åtte artikler har fått etisk godkjenning (Isaia et al., 2011; Meyer, Velken & Jensen, 2017; Mole, Kent, Hickson & Abbot, 2019; Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Lühr, 2013; Suominen et al, 2015). I tre av artiklene (Droogsma et al., 2013; Landmark, Gran & Grov, 2014; Johansson, Björklund, Sidenwall & Christensson, 2017) ble det vurdert at det ikke var behov for etisk godkjenning, da deltakerne var anonymiserte og data som ble tatt i bruk var uidentifiserbare.

3.6 Analyse

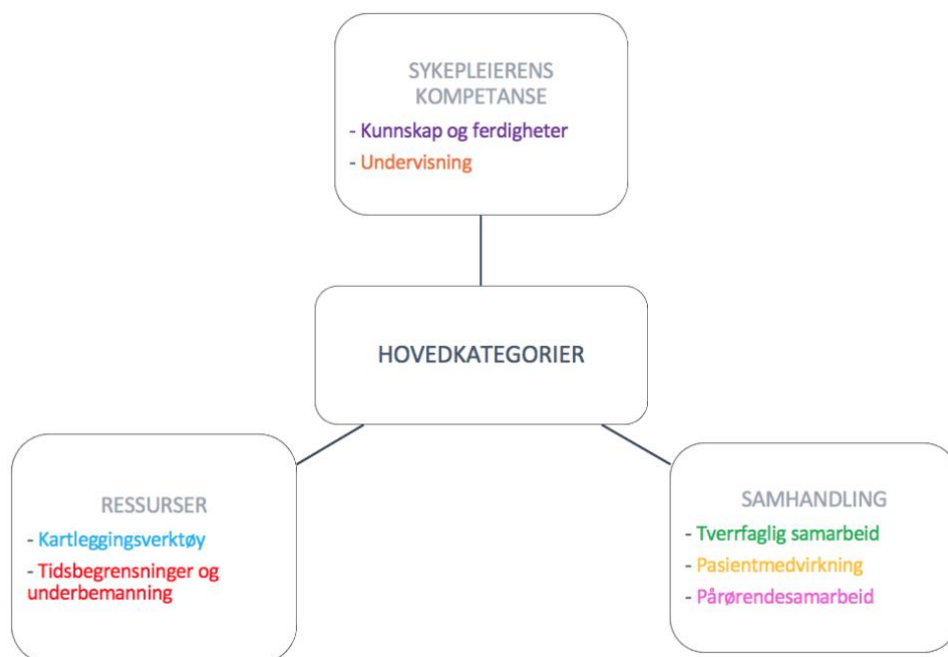
Analysearbeidet innebærer å dele opp det undersøkte materialet i mindre biter, og senere undersøke dem adskilt. Deretter starter prosessen med å sette bitene sammen til en helhet (Forsberg & Wengström, 2016, s. 152). Vi har valgt å bruke Forsberg & Wengström sin analysemetode som inneholder fem steg.

Steg 1 handler om å lese gjennom teksten som skal analyseres flere ganger for å bli kjent med materialet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 153). Forskningsartiklene ble kopiert ut og nummerert fra en til åtte, slik at vi fikk bedre oversikt over materialet. For å bli kjent med innholdet, leste vi grundig gjennom de åtte artiklene flere ganger hver for oss. Vi fokuserte spesielt på resultat- og diskusjonsdelen for å hente frem funnene i artiklene. Denne prosessen tok omtrent en uke og la grunnlaget for steg 2.

I **Steg 2** skal en finne ut hva teksten handler om, og gi innholdet koder (Forsberg & Wengström, 2016, s. 153). Etter å ha lest nøye gjennom de åtte forskningsartiklene, diskuterte vi og kom frem til disse kodene i fellesskap: undervisning, kartleggingsverktøy, kunnskap, tidsbegrensninger, underbemanning, ferdigheter, tverrfaglig samarbeid, pasientmedvirkning og pårørendesamarbeid.

Steg 3 handler om å gjøre kodene om til kategorier (Forsberg & Wengström, 2016, s. 153). Vi diskuterte, og besluttet å gjøre om kodene til kategoriene: Kunnskap og ferdigheter, undervisning, Kartleggingsverktøy, tidsbegrensninger og underbemanning, Tverrfaglig samarbeid, pasientmedvirkning og pårørendesamarbeid.

Figur 3- Hovedkategorier med underkategorier



Figuren viser hovedkategorier med tilhørende underkategorier

I **Steg 4** vil en finne ut om kategoriene kan sammenfattes til ett eller flere tema (Forsberg & Wengström, 2016, s. 153). Vi valgte å dele underkategoriene inn i tre hovedkategorier:

- 1)** Sykepleierens kompetanse: Undervisning, kunnskap og ferdigheter
- 2)** Ressurser: Kartleggingsverktøy, tidsbegrensninger og underbemanning
- 3)** Samhandling: Tverrfaglig samarbeid, pasientmedvirkning og pårørendesamarbeid

Figur 4 – Artikler fordelt på kategorier

Hovedkategorier	Underkategorier	Artikkelnummer
Sykepleierens kompetanse	Undervisning, kunnskap og ferdigheter	4, 5, 6
Ressurser	Kartleggingsverktøy, tidsbegrensninger og underbemanning	1, 3, 4, 6, 7, 8
Samhandling	Tverrfaglig samarbeid, pasientmedvirkning og pårørendesamarbeid	1, 2, 4, 5, 6, 7

Tabellen viser de tre hovedkategoriene og hvilke underkategorier og artikkelnummer som er tilhørende.

Steg 5 handler om å tolke og diskutere resultatene (Forsberg & Wengström, 2016, s. 53). Dette blir gjort under punkt 4.0, Resultat.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres det tre hovedtemaer som det ble funnet i forskningsartiklene.

4.1 Sykepleierens kompetanse

Flere av artiklene tar for seg hvordan sykepleierens kompetanse og ferdigheter kan bidra til å forebygge underernæring (Johansson et al., 2017; Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019).

Kunnskap og ferdigheter

En viktig del av sykepleierens kompetanse for å kunne forebygge underernæring var å iverksette individuelle og personsentrerte tiltak i forhold til ernæringsproblemet (Johansson et al., 2017; Meyer et al., 2017). Johansson et al. (2017) introduserte at kunnskapsbasert planlegging kan bidra til å utvikle skreddersydde måltider. Planleggingen tok utgangspunkt i sykepleierens observasjoner av pasientens måltidsituasjon og individuelle behov. Fokus på pasientens situasjon, bidro til å vurdere hvilke tiltak som kunne være passende og aktuell for den enkelte.

Ifølge Mole et al. (2019) sin studie mente helsearbeiderne at godt miljø og sosialisering påvirker mental helse og velvære. Slik helsearbeiderne oppfattet det, viste ikke resultatene og målene i studien fordelene ved sosial interaksjon. Viktigheten av å skape et miljø der mennesker kan samhandle for å fremme velvære, kunne gi positive, men umålelige resultater. En annen helsearbeider uttalte seg slik om det sosiale aspektet: «I don't think we can ever underestimate social interaction. I think there is so much now based om outcomes, but we don't actually appreciate enough just socially in how important that is (...).» (Mole et al., 2019, s. 5).

Det kom frem at måltidene som tok plass på dagsenter, gjorde at pasientene utviklet bedre måltidsrutiner og hadde økt appetitt, noe som medførte økt konsumering av mat. Måltider ble sett på som en sosial dimensjon, da det å spise sammen med andre kan øke og vedlikeholde et sosialt nettverk (Johansson et al., 2017). I studien til Meyer et al. (2017) ble det å spise sammen med aleneboende pasienter med lite appetitt, lagt frem som et trivselsskapende tiltak for å kunne øke appetitten.

Undervisning

En viktig faktor for å kunne utføre tiltak til underernærte pasienter, er tilstrekkelig kompetanse (Johansson et al., 2017; Mole et al., 2019). I studien til Mole et al. (2019) kommer det frem at flere av helsearbeiderne følte de hadde mangel på kunnskap om ernæringsomsorg. Kunnskap var nødvendig for å kunne identifisere ernæringsproblemer, samt iverksette tiltak. Det var flere sykepleiere som uttrykte at de ønsket å få et

utdanningsprogram for demens som var tilpasset for personalet. Mange mente også at deling av refleksjoner og erfaringer var mangelfullt i arbeidshverdagen (Johansson et al., 2017).

4.2 Ressurser

Flere av artiklene tok for seg ulike ressurser som var viktige for å kunne forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens (Droogsma et al., 2013; Isaia et al., 2010; Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019; Rognstad et al., 2013).

Tidsbegrensninger og underbemanning

I studien til Mole et al. (2019) kommer det frem at mange av deltakerne, og spesielt de som jobbet i hjemmetjenesten var opptatt av hvordan tidsbegrensninger kan påvirke rollen deres, og ernæringsomsorgen til pasienter med demens.

Sykepleierne som deltok i studien til Meyer et al. (2017) mente at det å spise sammen med andre var et viktig trivselsskapende tiltak, spesielt for aleneboende pasienter som spiste lite. De uttrykte at det ikke var mulig for dem å spise sammen med pasientene på grunn av tidsbegrensninger. Sykepleierne i studien var i tillegg kritiske til myndighetenes bestemmelser angående nøyaktig tidsbruk hjemme hos pasientene.

I den samme studien kom det også frem at det å jobbe under stort press, førte til at noen sykepleiere valgte å utsette ernæringskartleggingen til en annen dag. Flere av sykepleierne som deltok i studien pekte også på bemanningssituasjonen, og hvordan den hindret dem i å utføre ernæringskartlegging (Meyer et al., 2017). Mange av deltakerne i studien til Mole et al. (2019) trakk frem bemanningssituasjonen, og hvordan kostnader av ernæringspleie påvirket omsorgen. Dette førte blant annet til at pasientene fikk mikrobølgeovnmater gjennom matleveringstjenester istedenfor at pleierne brukte tid hjemme hos pasienten for å tilberede maten. En av deltakerne uttalte seg slik:

«It's really quite hard, because of the budgets and stuff like that, they want to cut down on care. So, when we put care packages in, it has to be timed. They don't like us putting in carers to cook a meal. So, instead, they will say Community Meals or microwave meals.» (Mole et al., 2019, s. 5).

Kartleggingsverktøy

Et stort antall av artiklene omhandlet viktigheten av ulike former for kartleggingsverktøy, og hvordan helsepersonell kunne bruke disse til forebyggende arbeid (Droogsma et al., 2013; Isaia et al., 2010; Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017; Rognstad et al., 2013).

Både artikkelen til Landmark et al. (2014) og Meyer et al. (2017) trakk frem Ernæringsjournalen, anbefalt av Helsedirektoratet som et kartleggingsverktøy. Artikkelen til Landmark et al. (2014) konkluderte med at Ernæringsjournalen var et godt egnet instrument for å kartlegge risiko for underernæring og andre ernæringsrelaterte faktorer. Det kom samtidig frem at kartleggings skjemaer alene ikke var tilstrekkelig. I studien til Meyer et al. (2017) kom det frem at sykepleierne som benyttet seg av Ernæringsjournalen mente at det styrket deres observasjoner og interaksjoner med pasientene. En deltaker uttrykte dette slik: «We are able to make lots of observations while we are preoccupied with this.» (Meyer et al., 2017, s. 8). Andre erfaringer med dette kartleggingsverktøyet var at nye ernæringsrelaterte tiltak ble iverksatt, og effekten ble evaluert i forhold til pasientens situasjon. Sykepleierne påpekte at ernæringskartleggingen ikke tok opp mye ekstra tid. (Meyer et al., 2017, s. 8). Den andre gruppen i studien til Meyer et al. (2017) hadde ikke bestemt seg for et spesifikt ernæringskartleggingsverktøy. Disse deltakerne problematiserte at mangel på en slik avgjørelse hindret dem i å implementere ernæringskartleggingsverktøy.

Artikkelen til Droogsma et al. (2013) påpekte at nedsatt funksjon i dagliglivet var relatert til ernæringsstatus. Kartlegging av ernæringsstatus bør derfor inkluderes i den helhetlige vurderingen av Alzheimers pasienter (Droogsma et al., 2013). Isaia et al. (2010) konkluderte med at evaluering av ernæringsstatus kan forebygge og behandle ernæringsrelaterte problemer, selv hos eldre demente hjemmeboende pasienter.

Meyer et al. (2017) og Rognstad et al. (2013) satt fokus på viktigheten av at helsepersonell har gode rutiner for ernæringskartlegging. I studiet til Meyer et al. (2017) var sykepleierne enige i at dersom systematisk ernæringskartlegging skulle bli gjennomført, trengte de støtte fra ledelsen av hjemmesykepleien. De mente at ledelsen måtte være bevisste og interesserte i temaet. Ernæringskartlegging måtte integreres i organisasjonen. I tillegg måtte rutiner innarbeides, både for personalet som fatter vedtak om hjemmetjenester og for personalet ut i hjemmetjenestene. En sykepleier uttalte seg slik: «It's easy to let things slide; we need to have routine put in place.» (Meyer et al., 2017, s. 6). Artikkelen til Rognstad et al. (2013) konkluderte med at det er viktig at helsepersonell har rutiner for å innhente data relatert til ernæringsstatus hos hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt eller demenssykdom.

4.3 Samhandling

6 av artiklene (Droogsma et al., 2013; Johansson et al., 2017; Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019; Suominen et al., 2015) trekker frem sykepleierens samhandling med pasient, pårørende og samarbeid med andre yrkesprofesjoner.

Pasientmedvirkning

Fra sykepleierens perspektiv var det ønskelig at pasientens selvstendighet og medbestemmelse ble fremmet i bearbeidingsprosessen av ernæringsproblemet (Johansson et al., 2017). Johansson et al., (2017) og Mole et al. (2019) fremhevet at pasientens involvering i matlaging, var en viktig faktor for å ivareta pasientens selvstendighet. En deltaker fortalte at en effekt av pasientinkludering kunne være dette: «(...) So getting them actively involved you'll see a significant difference, you would,

because their minds – they're using their mind rather than letting it seize up.» (Mole et al., 2019, s. 4).

I forskningsartiklene kom det frem at det ble gitt personlig skreddersydd veiledning. Veiledningen ble fremhevet som et viktig samarbeid mellom sykepleier og pasient. Ved noen tilfeller ble også ektefellen inkludert. I situasjoner der det ble gitt ernæringsveiledning, viste det seg at pasientens selvstendighet ble fremmet og at funksjon ble vedlikeholdt i lengre tid (Droogsma et al., 2013; Suominen et al., 2015).

Selv om sykepleierne kunne formidle ernæringskunnskap og foreslå mulige tiltak, var det opp til pasienten å avgjøre og akseptere tilbudet (Johansson et al., 2017). Sykepleierne i Meyer et al. (2017) sin studie, understreket at en skulle ha respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Studien til Landmark et al. (2014) støtter også dette, og fokuserte på at sykepleieren skulle ta hensyn til eldre sine ønsker, og respektere at noen kunne oppleve å være «mett».

Pårørendesamarbeid

Nærmeste pårørende spilte en stor rolle for ivaretagelse av pasienten i studiene. Dermed hadde involveringen av pårørende en stor betydning for den dementes ernæringsforbedring (Johansson et al., 2017; Mole et al., 2019). Pårørende var i bedre stand til å håndtere pasientens situasjon og kunne gi hjelp og støtte i forhold til ernæringsutfordringer fordi de kjente pasienten bedre. Betydningen av at pårørende og pasienten utførte hverdagslige aktiviteter sammen, ble fremhevet. Dette bidro til forbedring i pasientens ernæringsproblem. I denne prosessen var det nødvendig at sykepleier samarbeidet med pårørende (Mole et al., 2019). Anerkjennelsen av hvordan pårørende med en omsorgsrolle taklet å gi ernæringsomsorg, ble trukket frem i studien til Mole et al. (2019) og Johansson et al. (2017). Helsepersonell fortalte dette om pårørendes utfordringer:

«I think that must be the hardest bit is the guilt, that they have the mixed emotions of what they must go through. They must go through so much frustration. They must get to the point where they get so exasperated by it all. (...) I think he'd need just as much support in a different way.» (Mole et al., 2019, s. 5).

Kravet om at det skulle være like mye støtte for pårørende som for den demente, var en bemerkelse i de sistnevnte studiene (Mole et al., 2019; Johansson et al., 2017).

Tverrfaglig samarbeid

Helsepersonell uttrykte at ledelsen tok alle bestemmelser i forhold til omsorgstilbud, og at de hadde manglende evne til å vurdere viktige faktorer som for eksempel sosialt miljø (Mole et al., 2019). I studien til Meyer et al. (2017) konkluderes det i tillegg med at tett samarbeid mellom ledelsen og personal i hjemmesykepleien er nødvendig for å kunne gjennomføre systematiske vurderinger av ernæringsmessig risiko.

Mole et al. (2019) påpekte i sin studie at pasientens ernæringsomsorg var et delt ansvar mellom de ulike yrkesgruppene. Ernæringsfysiologen var selve drivkraften for å forbedre den dementes kosthold, mens helsepersonellens rolle var å vedlikeholde pasientens tilstand så lenge som mulig. Selv om de ulike profesjonene hadde hver sin rolle og ansvar, var det et felles mål om å sikre et trygt miljø og fremme velvære for den syke.

5 Diskusjon

Dette kapittelet tar for seg to diskusjoner. Metodediskusjonen presenterer styrker og svakheter ved oppgaven. Resultatdiskusjonen tar for seg pensumlitteratur, relevant teori og aktuelle funn fra forskningsartiklene. Dette blir drøftet opp mot problemstillingen.

5.1 Metodediskusjon

Den systematiske litteraturstudien baserer seg på åtte relevante forskningsartikler med høy kvalitet som er hentet ved et systematisk litteratursøk. Som grunnmur for metode- og resultatdelen er boken til Forsberg & Wengström (2016) tatt i bruk.

Forskningsartiklene er etisk vurdert, samt kvalitetssikret gjennom Norsk Senter for Forskningsdata (2021). De individuelle veiledningene ga oss et godt utbytte gjennom arbeidsprosessen av litteraturstudien.

En styrke ved oppgaven er at det har blitt foretatt et systematisk litteratursøk i flere ulike databaser. Alle databasene som blir brukt er kjent innenfor medisin og helsefag, og vi er derfor sikre på at artiklene er anerkjente. Vi var allerede kjent med forskjellige databaser og hvordan vi skulle utføre en systematisk litteraturstudie fra tidligere i studieløpet. Dette så vi på som positivt, da det hjalp oss til å komme i gang med arbeidet.

En mulig svakhet kan være at vi har gått glipp av gode artikler som vi har ekskludert, fordi de ikke oppfyller våre kriterier. Et eksempel på dette er at vi har valgt artikler som enten er fra Europa, Asia og Amerika. Noen av artiklene er oversatt fra engelsk til norsk. Oversettelsen kan føre til at det oppstår misforståelser, og at det hentes ut ukorrekte opplysninger av det som står i artiklene.

Siden de fleste forskningsartiklene handlet om demente på institusjon og sykehjem, opplevde vi det som utfordrende å finne artikler som omhandlet eldre hjemmeboende. En av artiklene (Droogsma et al., 2013) tar for seg både hjemmeboende pasienter og pasienter i omsorgsboliger, og kan derfor være en svakhet. Vi ser også på artikkelen til Isaia et al. som en mulig svakhet, da den er fra år 2010. Selv om artikkelen blir lite brukt, ser vi likevel på innholdet som relevant for oppgaven.

I oppgaven er det brukt to utgaver av boken Geriatrisk sykepleie (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff), som er fra år 2016 og 2020. Utgaven fra 2016 kan være en svakhet fordi opplysningene kan være utdaterte. Likevel er det noen emner som er bedre formulert i 2016 utgaven, derfor ser vi på begge versjonene som aktuelle for oppgaven.

En ukontrollerbar svakhet, var den pågående koronapandemien med nedstenging, som blant annet medførte at vi hadde begrenset tilgang på bibliotek og litteratur. Denne situasjonen førte også til at vi hadde få muligheter til å møtes og samarbeide fysisk. Til tross for disse hindringene, hadde vi god kommunikasjon, var strukturerte og samarbeidet godt gjennom hele oppgaveskrivingen. I tillegg har vi begge erfaring fra å jobbe med eldre mennesker, både i institusjon og i hjemmesykepleien. På bakgrunn av dette, kan våre egne opplevelser relateres til teori, som kan være en styrke for vår oppgave.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykepleierkompetanse

I vår studie fremkommer det at sykepleierens kompetanse og rolle er en sentral faktor for å forebygge underernæring. Samtidig er det viktig å konkretisere hvilken kompetanse det er behov for i hjemmesykepleien (Næss, 2020, s. 257). Brodtkorb (2020, s. 315) forklarer dette ved å påpeke at sykepleieren er ansvarlig for å utarbeide tiltaksplaner for å sikre den enkelte pasient individualisert hjelp.

Funn i studiene fokuserte på at måltidene skulle være kjent for den demente (Meyer et al., 2017; Johansson et al., 2017). Det kreves først og fremst at sykepleieren har kjennskap til pasientens måltidsituasjon. Denne påstanden kan knyttes til Hendersons sykepleieteori (1997, s. 30-31). Hun skriver at sykepleieren må ta i betraktning hvilket kosthold pasienten er vant til, for å lykkes i motiveringen til gode helsevaner. Vi mener derfor at en viktig sykepleieferdighet er å observere pasientens matvaner. Ut ifra observasjonene kan sykepleieren tilrettelegge for måltider i hjemmet. I hjemmesykepleien kan tilretteleggingen innebære å smøre, varme og sette frem mat (Sjøen & Thoresen, 2019, s. 27). Vår erfaring fra praksis tilsier at tilrettelagte måltider, fører til at pasienten etter hvert klarer å spise og tilberede mat etter sin evne. Ved mangel på dette, opplevde vi at pasienten kunne glemme å spise. Derfor mener vi at tilrettelegging av måltid, kan føre til bedre kjennskap, samt økte matinntak og bevare selvstendigheten hos pasienten.

Sykepleieren må ha mer fokus på hvordan man kan jobbe effektivt for å iverksette ernæringstiltakene. I en av studiene ble kunnskapsbasert planlegging fremhevet som en effektiv strategi for å forbedre pasientens ernærings situasjon. Planleggingen baserte seg på å finne underliggende årsaker og å ha kjennskap til pasientens familie. Ut ifra dette ble det justert måltider etter individuelle behov og undersøkt hvilke tiltak som fungerte best for den enkelte (Johansson et al., 2017). Dersom pasienten er underernært, kan næringstette måltider og tilbud om mellommåltid, være alternative tiltak. Vi mener at integrering av kunnskapsbasert planlegging medfører en helhetlig oversikt over pasientens situasjon. Det vil også kunne gjøre det lettere å kartlegge pasientens ressurser og utfordringer. I sammenheng med Hendersons teori (1997, s. 31), kan sykepleieren på denne måten oppdage gode helsevaner, og motarbeide de dårlige. Ifølge vår praksiserfaring, fokuseres det for lite på kunnskapsbasert planlegging, og det blir dermed lite brukt. Det resulterer i at det ikke blir iverksatt tilstrekkelige ernæringstiltak ut ifra pasientens konkrete situasjon.

Ifølge funnene viste det seg at flere pasienter spiste måltider hjemme alene. Ensomhet og lite veiledning rundt de ferdigproduserte måltidene som ble levert, skapte mye forvirring, nedsatt appetitt og redusert matinntak hos den demente (Johansson et al., 2017; Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019). Forskingen kan knyttes til Brodtkorbs (2020, s. 311) litteratur, som poengterer at isolasjon og ensomhet fører til redusert appetitt. Henderson (1997, s. 31) påpeker at sykepleieren bør ha en ervervet kunnskap om spisingens psykologi for å kunne forstå hvordan psykiske forhold påvirker appetitten. Vår opplevelse er at eldre som spiser alene, har lavere matinntak enn de som har selskap under måltider. Derfor er sykepleierens ansvar å skape et godt og trivelig måltidsmiljø. Sykepleierens tilstedeværelse under måltids situasjoner, kan øke pasientens matinntak. Etter vår erfaring i praksis, er dette et trivselsskapende tiltak, som i tillegg

gjør det mulig å observere pasientens matinntak. Men i de fleste tilfeller vil dette være vanskelig, da sykepleieren også må prioritere andre pasienter. Et annet tiltak som blir løftet frem i Johanssons et al. (2017) studie er å ha måltider på dagsenter. Her har den demente mulighet til å komme i sosial interaksjon, og bryte ensformigheten. I tilfeller der pasienten er preget av alvorlig demens, kan det være utfordrende å motivere den eldre, da dagsenteret er en ny og ukjent omgivelse for dem. Det sosiale aspektet har en bemerkelsesverdig betydning for den dementes ernærings situasjon og psykososiale behov. Vi kommer derfor frem til at sykepleieren bør tilrettelegge for at den eldre får en god atmosfære ved måltidene.

For at pasienten skal kunne få tilstrekkelig ernæringsomsorg og hjelp, er det nødvendig at helsepersonellet, inkludert sykepleieren, er faglig oppdatert til enhver tid. I studiene viser det seg at flere av helsepersonellet opplevde at de hadde manglende kunnskap om ernæring og ernæringsomsorg. Det var også flere som savnet å dele refleksjoner og erfaringer i arbeidshverdagen (Johansson et al., 2017; Mole et al., 2019). Vi tror årsaken til dette er at ernæringskunnskap blir for lite prioritert. Manglende kunnskap er dermed en medvirkende årsak til at pasienter får utilstrekkelig hjelp. I slike tilfeller er sykepleierens ansvar å undervise og veilede assistenter og andre helsearbeidere. På denne måten tilegner de seg kunnskap om hva som skal gjøres under måltidene, og hvorfor (Brodtkorb, 2016, s. 306). I praksis foreslår vi at sykepleieren legger opp til fagdager og holder ernæringskurs. Det kan også settes av et bestemt tidspunkt der personalet har mulighet til å dele refleksjoner og erfaringer. Studiene oppgir at undervisning og opplæring bidro til at pasienten fikk økt bevissthet over den dementes ernæringsbehov. Dette medførte at ernæringsproblemer ble identifisert og tiltak iverksatt tidligere (Johansson et al., 2017; Mole et al., 2019). Vi mener at deling av refleksjon og erfaringer bør integreres i hjemmesykepleiens hverdag, da det kan bidra til å finne ulike metoder å håndtere krevende situasjoner på. Vår opplevelse av manglende kunnskap i praksis, er at det blir brukt uheldige metoder og strategier i møte med den underernærte. Derfor mener vi at økt kunnskap kan styrke personalets evner til å håndtere den enkeltes ernæringsproblem.

5.2.2 Ressurser

Ifølge våre funn, hadde ressurser en stor betydning i forebyggingsarbeidet av underernæring. Tidsbegrensninger, underbemanning og kartleggingsverktøy blir trukket frem som sentrale ressurser i de ulike studiene (Droogsma et al., 2013; Isaia et al., 2010; Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019; Rognstad et al., 2013).

I studiene ble det uttrykt at helsepersonell ønsket å spise sammen med enslige hjemmeboende. De ønsket også å hjelpe pasienten med matlagingen hjemme, slik at de unngikk å få måltider oppvarmet i mikrobølgeovn. Flere opplevde at dette ikke var mulig på grunn av tidsbegrensninger (Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019). Fjørtoft (2016, s. 164) skriver at tid er en essensiell faktor for å kunne yte god omsorg som er tilpasset den individuelle pasienten. Mangelen på tid og tidspress er et problem som går ut over pasientens ernæringsomsorg. Sykepleieren kan for eksempel ikke rekke å observere at pasienten spiser. Dette motstrider Hendersons teori (1997, s. 33) som forteller at sykepleieren har ansvar for å gi tilstrekkelig næringstilførsel. Det kommer også frem i studiet til Meyer et al. (2017) at sykepleierne var kritiske til kommunens utforming av tidsbestemte vedtak i minutter, fordi det var faglig begrensende. Dette blir også trukket frem i Fjørtoft (2016, s. 165), her omtalt som *omsorg etter stoppeklokke*. Basert på dette mener vi at god nok tid til ernæringsrelatert arbeid er en viktig ressurs for å gi tilstrekkelig, individuelt tilpasset omsorg. I praksis vil dette være utfordrende, da rammene i hjemmesykepleien påvirker hva som er mulig å gjøre hos den enkelte pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 165). Erfaringsmessig er det mange sykepleiere som ønsker å bruke mer tid hjemme hos pasientene. Det gjelder både å sitte sammen med pasientene når de spiser, og til å gjøre viktige observasjoner. Orvik (2015, s. 91) beskriver tid som en knapphetsressurs, og at det er avhengig av bemanning og prioritering. Derfor mener vi at ledelsen og myndighetene bør ta ernæringsomsorg på alvor, og sørge for at sykepleierne får nok tid til å gjennomføre disse tiltakene.

Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) pekte på bemanningssituasjonen som begrensende for å gjennomføre ernæringskartlegging. Når presset var stort i hverdagen valgte noen å utsette ernæringskartleggingen til en annen dag. Personalet og deres kompetanse er den viktigste ressursen i hjemmesykepleien for å dekke pasientens behov og sørge for forsvarlig oppfølging. Men økonomiske, politiske og faglige prioriteringer bestemmer tilgangen på kompetent personale (Fjørtoft, 2016, s. 162). Ifølge Nasjonale faglige råd fra Helsedirektoratet (2016) skal pasienter i hjemmebaserte tjenester veies månedlig, og vurderingen av ernæringsstatus skal dokumenteres i pasientjournalen. Dersom dette blir gjennomført, vil det bli lettere å identifisere pasienter i risiko for underernæring. Det er også viktig i forhold til pasientsikkerhet og kontinuitet i sykepleien. Vi mener at tilstrekkelige ressurser er helt avgjørende for at sykepleiere i hjemmesykepleien skal kunne følge disse rådene. God bemanning er ikke bare nødvendig for å opprettholde forsvarlighet og god kvalitet, men også for å sikre god arbeidshelse blant helsepersonell (Orvik, 2015, s. 150). I likhet med tilstrekkelig tid er også bemanningssituasjonen noe som bør bli satt fokus på fra et ledelsesnivå. Vi ser i tillegg på sykepleieren selv som ansvarlig for at dette blir tatt opp.

Flere av studiene tar for seg ulike kartleggingsverktøy og viktigheten av disse i forhold til identifisering av underernæring. Ved å kartlegge ernæringsstatus bekreftes eller avkreftes det om pasienten har eller er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem

(Brodtkorb, 2020, s. 304). Studiene til Droogsma et al. (2013) og Isaia et al. (2010), trekker frem kartlegging av ernæringsstatus som en viktig del av ernæringsomsorgen til hjemmeboende demente. Dette fastslår Brodtkorb (2020, s. 304) og skriver at kartlegging danner grunnlaget for å fremme pasientens ernæringsstatus. De skriver videre at det derfor bør være en etablert rutine i institusjoner som arbeider med eldre pasienter. Flere av helsepersonellet uttrykte viktigheten av gode rutiner for ernæringskartlegging i studiene. Mange opplevde at kartleggingen ble utsatt dersom det ikke var svært nødvendig (Meyer et al., 2017; Rognstad et al. 2013). I forbindelse med vår praksiserfaring, ser vi at ernæringskartleggingen ikke alltid blir prioritert i en travel hverdag. Konsekvens av manglende rutiner, kan være at pasienter med risiko for underernæring blir oppdaget for sent. Dermed vil det hindre sykepleieren i å iverksette forebyggende tiltak på et tidlig stadium. Et forslag kan være at sykepleieren tar initiativ til å opprette en ressursgruppe på arbeidsplassen som skal arbeide med å etablere gode systematiske rutiner, og sørge for at ernæringskartleggingen blir gjennomført.

I studien til Landmark et al., 2014 blir det lagt vekt på at kartleggings skjemaer alene ikke er tilstrekkelig. Vår erfaring fra praksis er også at det hjelper lite med ernæringskartlegging dersom pasientene i risiko for underernæring ikke blir fulgt opp. Ifølge Brodtkorb (2020, s. 307) bør det lages ernæringsplan for hvordan ernærings situasjonen kan forbedres dersom kartleggingen viser at den eldre har problemer knyttet til ernæring. I hjemmetjenesten bør denne planen lages innen en uke etter risikovurdering, og evalueres regelmessig og minimum månedlig. Pasienter som har risiko for underernæring, vil dermed få bedre oppfølging. Derfor mener vi at sykepleieren har et viktig ansvar med å opprette ernæringsplan, og sørge for at denne blir oppdatert jevnlig.

Ernæringsjournalen utviklet av Helsedirektoratet ble brukt i studiene (Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017). Sykepleierne som benyttet seg av dette kartleggingsverktøyet mente at det styrket deres observasjoner og interaksjoner med pasientene (Meyer et al., 2017). Videre uttrykker sykepleierne som deltok i studien at de observerte mye underveis i kartleggingen, og at nye tiltak ble iverksatt. En av gruppene i studien til Meyer et al. (2017) hadde ikke bestemt seg for et spesifikt kartleggingsverktøy på forhånd. De uttrykte at mangelen på en slik avgjørelse hindret dem i å bruke verktøy for ernæringskartlegging. For å vurdere ernæringsmessig risiko i primærhelsetjenesten anbefaler Helsedirektoratet (2013, s. 16) blant annet bruk av MNA og Ernæringsjournalen. Vår erfaring i praksis er at mangel på valg av kartleggingsverktøy gjør det vanskeligere å gjennomføre ernæringskartlegging. Vi mener derfor at sykepleieren sammen med ledelsen bør sørge for at det finnes rutiner for dette på arbeidsplassen. Dette kan også være et fokus i en eventuell ressursgruppe, hvor det blir tatt en avgjørelse om hvilket kartleggingsverktøy som benyttes. Vår oppfatning er at det vil føre til bedre kontinuitet i sykepleien, og være en viktig del av god ernæringsomsorg.

5.2.3 Samhandling

Ifølge funnene våre kom det frem at sykepleierens samhandling med både pasient, pårørende og tverrprofesjoner, er nødvendig for å kunne gi best mulig ernæringsomsorg til pasienten (Droogsma et al., 2013; Johansson et al., 2017; Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017; Suominen et al., 2015). Under dette punktet vil vi diskutere og trekke frem hvordan samhandlingen påvirker ernæringsomsorgen til den demente.

Sykepleieren må ha mer fokus på å samhandle med pasienten i praktiske situasjoner. Pasienten kan lett bli initiativløs, og det er viktig å oppmuntre til aktivitet og endring (Mole et al., 2019). Når sykepleieren i samarbeid med pasienten legger en dagsplan, har man en mulighet til å oppmuntre enhver arbeidsinteresse pasienten viser, og kan tilrettelegge forhold etter det (Henderson, 1997, s. 58-59). I studiet til Johanssen et al. (2017) var det viktig at pasienten følte seg deltakende og ansvarlig for noe. Ved å hjelpe pasienten med å fortsette å lage til måltider hjemme, har sykepleieren i større grad mulighet til å involvere og aktivisere pasienten. Involveringen skjer gjennom å planlegge innkjøp, handle eller tilberede deler av måltidet sammen med pasienten. Under slike handlinger, er sykepleierens oppgave å veilede og fungere som en trygghet for pasienten (Johansson et al., 2017). Det er viktig å involvere pasienten i mattilberedningen så langt det er mulig, da det kan bidra til økt matlyst og interesse for ernæringsforbedring hos pasienten. Dette kan relateres til vår praksiserfaring, hvor pasienten viser større engasjement for å spise maten de har laget selv enn ferdiglagede måltider. Dessuten er vår mening at dette kan være en god måte å bevare pasientens evner og selvstendighet på.

Helsepersonell opplevde at pasientens kosthold var uendret grunnet manglede ernæringsveiledning. Tilpasset ernæringsveiledning ble gitt både til den underernærte pasienten og pårørende. Pasienter med dårligere ernæringsstatus kunne trenge mer veiledning enn andre (Droogsma et al., 2013; Suominen et al., 2015). Hendersons sykepleieteori (1997, s. 63) påpeker at veiledning og undervisning er del av den generelle sykepleien. I forhold til ernæring, innebærer det at «sykepleieren må kunne gi råd om normal vekt i forhold til høyde og alder, ernæringsmessig behov og hvordan maten bør tilberedes.» (Henderson, 1997, s. 30). For å kunne gi tilpasset veiledning, vurderer vi det slik at sykepleieren bør ta utgangspunkt i pasientens ønsker i forhold til kostholdsendringer. På denne måten kan pasienten få et større utbytte av ernæringsveiledningen. Etter vår mening, kan dette være en utfordring i praksis da den demente er preget av nedsatt hukommelse. Det kan gjøre at ønskene er i endring. Personlig tilpasset veiledningen resulterer i at pasientens selvstendighet og funksjon vedlikeholdes i en lengre periode (Droogsma et al., 2013; Suominen et al., 2015). Vi støtter denne påstanden, da vår erfaring viser at ernæringsveiledning vekket pasientens interesse og motivasjon for å utføre endringer i kostholdet.

Ivaretakelsen av pasientens selvbestemmelse blir lagt betydelig vekt på i forskningsartiklene (Johansson et al., 2017; Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017). Sykepleieren må respektere pasientens autonome valg. Det innebærer pasientens rett til selvbestemmelse, og samtidig ha forståelse for pasientens opplevelse av egen sykdom (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 107). Sykepleieren kan legge frem mulige tiltak og råd for ernæringsforbedring. Men det er opp til pasienten å velge om vedkommende ønsker å akseptere det eller ikke (Johansson et al., 2017). Dette underbygger også studien til Landmark et al. (2014), som forteller at sykepleieren må ha kjennskap til

eldres ønsker, og respektere at noen kan oppleve å være «mett», selv om matinntaket ideelt sett ikke dekker ernæringsbehovet. Ifølge våre praksiserfaringer, har pasienter som er «mette» et lavt matinntak. Dette ses spesielt i tilfeller der pasienten må bli påminnet å spise. Vi vurderer det slik at sykepleieren må ta etiske forhold til betraktning ved tilrettelegging av tiltak. Som sykepleier må en reflektere over om det er naturlig at pasienten ikke vil spise lenger og om de skal få velge det.

Brodtkorb (2020, s. 313) forteller at det ofte er en ansvarsfordeling mellom helsepersonell og pårørende. Funn i studiene viser at pårørende spiller en stor rolle for ivaretagelse av pasienten (Johansson et al., 2017; Mole et al., 2019). Pårørende kan ofte håndtere pasientens problemer og situasjoner bedre, fordi de kjenner pasienten best og kan gi best ernæringsstøtte. Etter vår erfaring i praksis støtter vi denne påstanden, og mener at pårørendes ernæringsstøtte kan medføre økt matinntak hos pasienten. Ernæringsstøtten kan gis ved at pårørende sammen med pasienten lager handlelister eller sorterer matvarer (Johansson et al., 2017; Mole et al., 2019). Vi mener at pårørende bør involveres i forbedringen av pasientenes ernæringsproblem. Brodtkorb (2020, s. 313) understøtter denne påstanden, og skriver at pårørende kan bidra til en hyggelig atmosfære og økt appetitt hos den eldre ved å være til stede. Ved at sykepleieren gir tilstrekkelig informasjon om ernæring og underernæringsrisiko i en tidlig fase, mener vi at pårørende kan være en ressurs for pasienten. Dette kan forbindes med Hendersons teori (1997, s. 66) som innebærer at sykepleieren bør lære pårørende hvordan han/hun skal utføre en del av en behandling.

Selv om pårørende fungerte som en ressurs for pasienten, kunne de bli utslitt i lengden. Slitsomheten førte til at pårørende uttrykte frustrasjon, sinne og oppgitthet. Derfor ville de aller fleste pårørende trenge støtte og omsorg fra helsepersonell (Johansson et al., 2017; Mole et al., 2019). Forskningen kan knyttes til Skovdahl (2020, s. 437) som oppgir at: «De pårørende har behov for å bli sett og ivaretatt som viktige personer med omsorgsansvar for en nærstående som har demenssykdom». Tiltak sykepleier kan tilby er å bruke tid og lytte til pårørendes opplevelser av situasjonen. Sykepleier må samtidig anerkjenne de følelsene pårørende har, og innsatsen de gjør. Dette kan gjøres ved å stille spørsmål som: «Hvordan går det med deg i denne situasjonen?» eller «Har du behov for avlastning?». Andre tiltak er å redusere antall måltider hjemme, og få pasienten til å spise på restauranter eller som tidligere nevnt, på dagsenter. På denne måten kan sykepleier bidra til å avlaste pårørende, og gi dem tid for seg selv. I artikkelen til Johansson et al. (2017) ble det også foreslått at pårørende kunne delta i støttegrupper eller matklasser, hvor de kunne treffe andre mennesker i lik situasjon. Sykepleieren kan fungere som en styrke for pårørende ved å gi støtte og avlastning i utfordrende situasjoner, slik at den gode relasjonen mellom pasienten og pårørende blir bevart. Samtidig vil det bidra til at pårørende kan fortsette å være en ressurs for pasienten.

For å løse den enkeltes ernæringsproblem kreves det en systematisk og tverrfaglig tilnærming (Brodtkorb, 2020, s. 313). I funnene var tiltakene preget av sykepleierens samarbeid med kollegaer i hjemmesykepleien, men også andre yrkesprofesjoner som lege og ernæringsfysiolog (Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019). Erfaringsmessig opplever vi mangel på samarbeid mellom ledelse og sykepleier. Hjelpen som pasienten får, er dermed ikke tilstrekkelig kvalitetssikret. I studiene fremkommer det at ledelsen tok de fleste avgjørelsene i forhold til omsorgstilbud. Flere mente at ledelsen hadde manglende evne til å prioritere viktige faktorer som hadde betydning for den demente

(Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019). Vi mener at tett samarbeid mellom ledelsen og sykepleieren er en forutsetning for integrering av blant annet ernæringskartlegging. Fra ledelsens side kreves det interesse og oppmerksomhet, mens fra sykepleierens er det viktig at det innarbeides rutiner. Vår opplevelse av manglende samarbeid mellom ledelse og sykepleier, er at pasienten ikke får kvalitetssikret hjelp.

Pasientens ernæringsomsorg er et delt ansvar mellom de ulike yrkesprofesjonene (Mole et al., 2019). Sykepleierens rolle er knyttet til å kartlegge og forbedre ernæringsstatusen til den eldre. Både lege og ernæringsfysiolog er viktige samarbeidspartnere i det tverrfaglige samarbeidet. Legen har det medisinske ansvaret, mens ernæringsfysiologen har spesialisert kompetanse innenfor kartlegging av ernæringsstatus og vurdering av ernæringsbehovet til den enkelte (Brodtkorb, 2020, s. 313). Ved underernæring må sykepleieren i samråd med lege og ernæringsfysiolog vurdere ernæringsbehov og behov for kosttilskudd. Etter vår erfaring vil mangel på tverrfaglig samarbeid medføre at ernæringsproblemet ikke blir nok prioritert. I studien til Mole et al. (2019) uttrykte de ulike yrkesgruppene et felles mål om å sikre et trygt miljø og fremme velvære for den syke, selv om de hadde hver sin rolle og ansvarsområde. Det var også flere som erkjente nødvendigheten av å utøve en utvidet rolle som ikke angikk deres fagområde. Særlig var dette fordi de i noen tilfeller var eneste helsepersonell som besøkte pasienten. For å ivareta de tverrfaglige utfordringene, er vår vurdering at det bør etableres ernæringsteam med en sykepleier som kostansvarlig.

6 Konklusjon

I denne litteraturstudien ønsket vi å fokusere på hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens.

Forskningen som blir brukt viser at sykepleierkompetanse er en av de viktigste faktorene i forebyggingen av underernæring hos den eldre demente. For at pasienten skal ha kjennskap til matsituasjonen kreves det at måltider blir tilrettelagt. I forhold til dette må sykepleieren ha kompetanse om kunnskapsbasert planlegging, og ta det sosiale aspektet til betraktning. Manglende kunnskap hos helsepersonell påvirker ernæringsarbeidet negativt. Derfor må sykepleieren sørge for at helsepersonell tilegner seg mer kunnskap om ernæring.

Manglende ressurser i hjemmesykepleien er tid, bemanning og kartleggingsverktøy. Tilstrekkelig tid og bemanning er nødvendig for at sykepleieren skal kunne gi god ernæringsomsorg. Bruken av ernæringskartleggingsverktøy er viktig for å identifisere underernæring. Ledelsen må derfor legge til rette for at sykepleieren kan gi tilstrekkelig ernæringsomsorg og innarbeide gode rutiner.

Sykepleierens samhandling med pasienten, pårørende og andre profesjoner spiller en vesentlig rolle i forebyggingsarbeidet. Som sykepleier må en involvere både pasienten og pårørende i ernæringsarbeidet. Vi mener at pårørende er den viktigste ressursen for hjemmeboende pasienter, men de kan trenge støtte selv. Sykepleieren må gi tilpasset ernæringsveiledning, og samtidig ha respekt for pasientens autonomi i samhandlingen. Et godt tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for at pasienten skal få kvalitetssikret ernæringsomsorg.

Vi ser et stort behov for mer forskning om hvordan underernæring kan forebygges hos hjemmeboende demente. Det er et veldig aktuelt tema, da det stadig blir flere eldre som bor hjemme. Identifisering av underernæring blir for lite prioritert, og tiltak iverksatt for sent. Det er viktig at sykepleiere har større fokus på å fremme god ernæringshelse.

Referanser

Aagaard, H., (2016). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bind 2, s. 190-242). Gyldendal Akademisk.

Bertelsen, A.K. (2017). Sykdommer i nervesystemet. I I.S. Ørn & E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321-343). Gyldendal Akademisk.

Bjørneboe, G-E. & Tonstad, S. (2018, 22. november). Underernæring. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/underern%C3%A6ring>

Brodtkorb, K. (2016). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301- 315). Gyldendal Akademisk.

Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 301-316). Gyldendal Akademisk.

Droogsma, E., Van Asselt, D.Z.B., Scholzel-Dorenbos, C.J.M., Van Steijn, J.H.M., Van Walderveen, P.E. & Van Der Hooft, C.S. (2013). Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer`s disease: Prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(7), 606-610. <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0032-9>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2020, 28. januar). *Tilrettelagte tiltak for at eldre med demens skal kunne bo lengre hjemme*. <https://www.fhi.no/publ/2020/tilrettelagte-tiltak-for-at-eldre-med-demens-skal-kunne-bo-lengre-hjemme/>

Folkehelseinstituttet. (2014, 30. juni). *Demens*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & Kultur.

Helsebiblioteket. (2019, 10.september). *Demens – hva er Demens?*. <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nevrologi/alzheimers-sykdom-og-andre-typer-demens>

Helsedirektoratet. (2013, april). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering> (PDF)

Helsedirektoratet (2016, 14 juni). *Nasjonale faglige råd: Vurdering av pasientens Meyer, S., Velken, R. & Jensen, L. ernæringsstatus, tiltak og oppfølging*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/vurdering-av-pasientens-ernaeringsstatus-tiltak-og-oppfolging#vurdering-av-pasientens-ernaeringsstatus-tiltak-og-oppfolging>

Helsedirektoratet. (2019, 27. november). *Om demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Henderson, V. (1997). ICN Sykepleierens grunnprinsipper. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nb.no/items/1150919fd82ea2cef27a9726ffdbf081?page=1>

Isaia, G., Mondino, S., Germinara, C., Cappa, G., Aimonino- Ricauda, N., Bo, M., Isaia, G.C., Nobili, G. & Massaia, M. (2010). Malnutrition in an elderly demented population living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(3), 249-251. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.12.015>

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

Kristoffersen, N., Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 89-138). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., bind 3, s.15-80). Gyldendal Akademisk.

Landmark, B.T., Gran, S.V. & Grov, E.K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved Ernæringsjournalen. *Klinisk Sygepleje*, 28(1), 4-14.

Meyer, S., Velken, R. & Jensen, L. (2017). Nutritional status assesment – a professional responsibility in community nursing. *Sykepleien Forskning*. 1-15. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>

Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbott, R. (2019). 'It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home. *BMC Geriatrics*, 19 (250), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1270-4>

Mæland, J.G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4.utg.). Universitetsforlaget.

Norsk senter for forskningsdata (2021). *Register over Vitenskapelige Publiseringkanaler*. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringkanaler/Forside>

Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 245- 258). Gyldendal Akademisk.

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm AS.

Rognstad, M.K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 298-307. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137>

Sjøen, R. J., Thoresen, L. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.

Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416- 439). Gyldendal Akademisk.

Statistisk sentralbyrå. (2020, 18. juni). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>

Suominen, M.H., Puranen, T.M., Jyväkorpi, S.K. Eloniemi- Sulkava, U., Kautiainen, H., Siljamäki-Ojansuu & U., Pitkala, K.H. (2015). Nutritional guidance improves nutrient intake and quality of life, and may prevent falls in aged persons with Alzheimer disease living with a spouse (NuAD trial). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 19(9), 901-907. <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0558-0>

Tomstad, S.T., Söderhamn, U., Espnes, G. & Söderhamn, O. (2012). Living alone, receiving help, helplessness, and inactivity are strongly related to risk of undernutrition among older home-dwelling people. *International Journal of General Medicine*, 5, 231-240. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28507>

World Medical Association. (2018, 09. juli). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition (S1)	25.11.20	SveMed+	252			
Dementia (S2)			451			
Home (S3)			1142			
S1 AND S2 AND S3 Avgrensinger: Peer reviewed Full text			3	3	1	1 Landmark, B.T., Gran, S.V. & Gro, E.K. (2014).

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition (S1)	25.11.20	CINAHL	9085			
Dementia (S2)			74 312			
Home (S3)			175 617			
S1 AND S2 AND S3 Avgrensinger: Linked full text 2010- 2020 Peer Reviewed Research Article 65+ years Australia & New Zealand, Canada, Europe, Mexico & Central/South America, UK & Ireland, USA Danish, English, Norwegian, Swedish			6	5	4	1 Suominen, M.H., Puranen, T.M., Jyväkorpi, S.K. Eloniemi-Sulkava, U., Kautiainen, H., Siljamäki-Ojansuu, U. & Pitkala, K.H. (2015).

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition (S1)	01.12.20	PubMed	149 638			
Dementia (S2)			219 318			
Home (S3)			265 164			
S1 AND S2 AND S3 Avgrensinger: 2010- 2020 Full text English 65+			121	6	5	1 Isaia, G., Mondino, S., Germinara, C., Cappa, G., Aimonino- Rica uda, N., Bo, M., Isaia, G.C., Nobili, G. & Massaia, M. (2010).

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition AND Dementia AND Home care Avgrensinger: 2010-2020 Article English	01.12.20	Scopus	110	5	3	1 Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbot, R. (2019)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste Abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition, dementia, home Avgrensinger: 2010-2020	02.12.20	SAGE Journals	529	7	5	1 Johansson, L., Björklund, A., Sidenwall, B. & Christensson, L. (2017).

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste Abstracter (antall)	Leste artikler	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition (S1)	25.03.21	Medline	124232			
Dementia (S2)			172364			
Community-dwelling (S3)			25257			
S1 AND S2 AND S3 Avgrensinger: 2010 - 2021			22	8	5	1 Droogsma, E., Van Asselt, D.Z.B., Scholzel- Dorenbos, C.J.M., Van Walderveen, P.E. & Van Der Hoof, C.S. (2013).

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste Abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Underernæring (S1)	31.03.21	CINAHL	17			
Demens (S2)			50			
S1 AND S2 Avgrensinger: Peer reviewed 2010-2021			1	1	1	1 Rognstad, M.- K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C & Lühr, N. (2013).

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste Abstracter (antall)	Leste artikler	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition, dementia, home	25.03.21	Sykepleien forskning	8	4	3	1 Meyer, S., Velken, R. & Jensen, L (2017).
Avgrensinger: 2010-2020						

Vedlegg 2 – Litteratormatriser (8 stk.)

Litteratormatrise 1

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Landmark, BT., Gran, SV. & Grov, EK. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved Ernæringsjournalen. <i>Klinisk Sygepleje</i>, 28(1), 4-14.</p>	<p>Artikkelens hensikt er å bruke Ernæringsjournalen for å kartlegge pasientens ernæringsstatus, samt å få kunnskap om risikoen for underernæring.</p> <p>Følgende spørsmål ønsket å bli besvart i studien:</p> <p>Hva er forekomsten av underernæring etter Helsedirektoratets KMI-kriterier hos eldre over 67 år innlagt i sykehjem og/eller som mottar hjemmesykepleie daglig?</p> <p>Hva er frekvensen for rapporterte ernæringsmessige problemer hos eldre innlagt i sykehjem og/ eller mottar hjemmesykepleie daglig?</p> <p>Er det forskjell i KMI hos eldre over 67 år innlagt i sykehjem og eldre som mottar hjemmesykepleie daglig?</p>	<p>Elderly</p> <p>Home care nursing</p> <p>Nursing home</p> <p>Nutrition status</p> <p>Survey</p>	<p>Det ble i studien utført en beskrivende design i form av punktprevalensundersøkelse hvor data ble innsamlet med en måneds intervall. Det deltok 532 pasienter fra 67 år og oppover som oppholdt seg på sykehjem eller som mottok hjemmesykepleie. Data om pasientens høyde, vekt, KMI og kliniske data som er relevante for ernæringsstatus ble inkludert og vurdert. Ernæringsjournalen (Helsedirektoratets ernæringsjournal) ble benyttet for å kartlegge ernæringsstatus hos pasientene.</p>	<p>Resultat: Blant 50% av pasientene var KMI lavere enn det som ble anbefalt, og 30% ble rapportert som underernært. Pasienter med manglende appetitt og redusert evne til å tygge og/ eller svelge hadde betydelig lavere KMI enn pasienter uten disse problemene.</p> <p>Konklusjon: Forekomsten av underernæring hos eldre i sykehjem og i hjemmesykepleien som har behov for daglig hjelp er 30%, og har en klar sammenheng mellom KMI- verdi, redusert matlyst, tann/tygge/svelgeproblem og behov for assistanse i matsituasjoner. Systematisk bruk av Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy var hensiktsmessig for å vurdere ernæringsstatusen blant eldre for å tilby tilstrekkelig behandling og systematisk oppfølging.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til vår oppgave med tanke på at den fokuserer på kunnskapene om ernæringsstatus for eldre som mottar hjemmesykepleie.</p> <p>Samtidig belyser den faktorer som medfører nedsatt ernæringsinntak blant eldre.</p>

Litteratormatrise 2

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Suominen, M. H., Puranen, T. M., Jyväkorpi, S. K., Eloniemi-Sulkava, U., Kautiainen, H., Siljamäki-Ojansuu, U. & Pitkala, K. H. (2015). Nutritional guidance improves nutrient intake and quality of life, and may prevent falls in aged persons with Alzheimer disease living with a spouse (NuAD trial). <i>The Journal of Nutrition, Health & Aging, 19</i>(9), 901- 907. https://doi.org/10.1007/s12603-015-0558-0</p>	<p>Underernæring og vekttap er utbredt blant eldre med Alzheimers som bor hjemme. Hovedhensikten med dette studiet var å undersøke effekten av skreddersydd ernæringsveiledning, helse-relatert livskvalitet (HRQoL), og fall hos personer med Alzheimers som bor hjemme sammen med en ektefelle.</p>	<p>Nutritional intervention Malnutrition Alzheimer disease Randomised Controlled Trial (RCT) Protein Falls</p>	<p>Artikkelen tar for seg et randomisert kontrollert studie. Fra august 2010 til januar 2011 ble eldre over 65 år med Alzheimer, som bor sammen med ektefelle i Helsinki rekruttert fra den sosialøkonomiske støtteorganisasjonen (lignende NAV) i Finland (643 par). Av disse parene ble det rekruttert 99 deltakere som oppfylte kriteriene. 50 ble tilfeldig plassert i intervensjonsgruppen, og 49 ble tilfeldig plassert i kontrollgruppen. 78 personer fullførte studien. Deltakerne ble intervjuet med hjelp fra ektefellen sin. Deltakerne ble fulgt gjennom et år, hvor intervensjonsgruppen fikk oppfølging av ernæringsfysiolog, fikk skreddersydd ernæringsveiledning basert på matdagbøker, og fikk protein og ernæringsdrikker. Deltakerne i kontrollgruppen fikk en skriftlig ernæringsguide for eldre, og normal kommunal hjelp.</p>	<p>Resultat: Deltakerne som fikk skreddersydd ernæringsveiledning økte sitt inntak av protein og kalsium, og selv om vekten ikke økte, viste studiet at deltakerne i intervensjonsgruppen hadde forbedret sin HRQoL (helse-relatert livskvalitet), og dette omfattet flere områder, blant annet aktiviteter, respirasjon, mental funksjon og depresjon. Fallrisikoen var også betydelig mindre hos de i intervensjonsgruppen sammenlignet med de i kontrollgruppen.</p> <p>Konklusjon: Studiet konkluderer med at skreddersydd ernæringsveiledning burde være en sentral del av pleien til eldre.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til oppgaven fordi den undersøker effekten av skreddersydd ernæringsveiledning hos personer med Alzheimers som bor hjemme sammen med en ektefelle. Dette forteller oss at skreddersydd ernæringsveiledning kan være et godt tiltak for å forebygge underernæring.</p>

Litteratormatrise 3

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Isaia, G., Mondino, S., Germinara, C., Cappa, G., Aimonino- Ricauda, N., Bo, M., Isaia, G.C., Nobili, G. & Massaia, M. (2010). Malnutrition in an elderly demented population living at home. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i>, 53(3), 249-251. https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.12.015</p>	<p>Studiets hensikt er å undersøke og rapportere risikofaktorer som kan føre til underernæring hos eldre pasienter med kognitiv svikt som er hjemmeboende.</p>	<p>Malnutrition Elderly demented patients Mini Nutritional Assessment (MNA) Neuro-psychiatric inventory (NPI)</p>	<p>En observasjonsstudie som ble gjennomført med 130 hjemmeboende pasienter med ulik grad av kognitiv svikt, derav 89 kvinner og 41 menn. Disse pasientene ble fulgt opp av poliklinikk på San Giovanni Battista Hospital i Italia fra april til september i 2005.</p> <p>Inklusjonskriterier for deltakere var: tilstedeværelse av kognitive lidelser, fravær av bevissthetsforstyrrelse og andre systemiske sykdommer som kunne forårsake demens. En lege med 5 års erfaring i pasientgruppen med kognitiv svikt, evaluerte deltakernes ernæringsstatus ved hjelp av MNA.</p>	<p>Resultat: Nivået av kognitiv svikt er relatert til ernæringsstatus, og pasienter med mild svikt har en gjennomsnittlig høyere MNA-score enn pasienter som er preget av mer alvorlige kognitive svikt. Pasienter med depresjon, hallusinasjon og atferdsforstyrrelser er i større grad utsatt for underernæring enn pasienter som bare er kognitivt svekket.</p> <p>Konklusjon: Artikkelen konkluderer ved å fortelle at tidlig evaluering av ernæringsstatus kan være hensiktsmessig for å hindre og behandle ernæringsrelaterte problemer hos eldre demente pasienter som bor hjemme.</p>	<p>Artikkelen er relevant for oppgaven med tanke på at det fokuseres på risikofaktorer for underernæring, samt tar for seg tidlig identifisering av ernæringsproblemer ved hjelp av kartleggingsverktøyet MNA. Studien er også aktuell ved at den fremlegger at kognitiv funksjon har innvirkning på ernæringsstatusen, og belyser at eldre som mottar hjelp helsehjelp har mindre risiko for underernæring.</p>

Litteratormatrise 4

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbott, R. (2019). <i>'It's what you do that makes a difference'</i> An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home. <i>BMC Geriatrics</i>, 19 (250), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1270-4</p>	<p>Studiets hensikt er å utforske erfaringene og oppfatningene rundt god ernæringsmessig pleie til pasienter med demens som bor hjemme, fra helsepersonell sitt perspektiv.</p>	<p>Dementia Nutrition Health care professionals Interpretative phenomenological analysis Home care</p>	<p>Semistrukturerte intervju ble gjennomført mellom desember 2017 og mars 2018. Helsepersonell ble rekruttert fra lokale omsorgsleverandører i Sørøst-England. Alle hadde erfaring med demenspasienter. En fortolkende fenomenologisk tilnærming ble brukt i intervjuene. Alle ble vist samme scenario før intervjuene, et scenario som tok for seg en mann som pleiet sin kone med demens hjemme. 7 helsepersonell ble intervjuet i sitt eget hjem. Intervjuene varte mellom 20 og 39 minutter.</p>	<p>Det kom frem at helsepersonell trenger å lære mer om hvordan de kan gi god ernæringsmessig pleie til hjemmeboende pasienter med demens. Fremtidig arbeid på dette området burde fokusere på hvordan helsepersonell kan bli bedre trent til å kartlegge underernæring, og til å forebygge underernæring hos demente hjemmeboende, blant annet ved å hjelpe pårørende til å ta gode valg relatert til mat og drikke.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave fordi den tar for seg erfaringene rundt god ernæringsmessig pleie til pasienter med demens som bor hjemme, fra helsepersonell sitt perspektiv, og deres erfaringer kan gi oss bedre innsikt i hvordan vi som sykepleiere kan arbeide for å forebygge underernæring.</p>

Litteratormatrise 5

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Johansson, L., Björklund, A., Sidenwall, B. & Christensson, L. (2017). Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home. <i>Dementia</i>, 16(7), 835-852. https://doi.org/10.1177/1471301215619083</p>	<p>Hensikten med dette studiet var å utforske og beskrive ansatte i hjemmesykepleien sitt syn på hvordan en kan forbedre måltidsituasjonen for personer med demens som fortsatt bor hjemme.</p>	<p>Community care Content analysis Dementia Food Provision Mealtime Nutrition Older people</p>	<p>Dette var en kvalitativ studie med en induktiv tilnærming. Data ble samlet under fire fokusgruppe intervjuer som varte mellom 50-85 minutter i løpet av 2011-2012, med personale som jobbet hjemme hos personer med demens. Alle jobbet sør i Sverige. Fokusgrupper ble valgt fordi deltakerne kunne sammenligne og dele sine erfaringer og meninger. Det var til sammen 22 personer mellom 21-62 år som deltok i studiet.</p>	<p>Resultat: Under intervjuene la deltakerne vekt på at for å forbedre måltidene til hjemmeboende personer med demens burde støtte og tiltak være tilpasset hver enkelt person og deres behov, istedenfor å benytte generelle tiltak. Konklusjon: Kvaliteten av hjelp rundt måltider hjemme hos personer med demens vil kanskje bli bedre når en personsentrert tilnærming blir benyttet. Deling av erfaringer og refleksjoner bør være en del av ansattes arbeidshverdag. Det er mangel på forskning hvor individualisert støtte til måltider i en hjemmesituasjon har blitt testet og evaluert.</p>	<p>Til å belyse viktigheten av personsentrert omsorg til pasienter med demens, og hvordan vi som sykepleiere kan forbedre måltidsituasjonen for hjemmeboende pasienter med demens, og forebygge underernæring hos denne pasientgruppen.</p>

Litteratormatrise 6

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Meyer, S., Velken, R. & Jensen, L. (2017). Nutritional status assesment – a professional responsibility in community nursing. <i>Sykepleien Forskning</i>. 1-15. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797</p>	<p>Studiets hensikt var å utforske hvordan hjemmesykepleierne fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis ut ifra kravene til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.</p>	<p>Nutritional status Home care Community nursing Person-centered care</p>	<p>Dette var en kvalitativ studie med analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter Studien ble gjennomført i to norske kommuner, studie A og B. Datamaterialet omfatter tolv gruppesamtaler med totalt 19 sykepleiere. Inklusjonskriterium for sykepleierne var minimum 75 prosentstilling. Analysen ble utført trinnvis med identifisering av meningsbærende enheter, undertemaer og temaer. Fire temaer ble identifisert og kategorisert på tvers. Datainnsamlingsmetoden kjennetegnes av sykluser med erfaringsdeling, kritisk refleksjon og praktisk problemløsning mellom sykepleierne.</p>	<p>Resultat: I artikkelen kommer det frem at personsentrert omsorg og praktiske tilnærminger er viktige faktorer i det ernæringsfaglige arbeidet i møte med hjemmeboende eldre. Studiet fremhever at hjemmesykepleiere har begrensede muligheter for å utføre nøyaktige registreringer av mat- og drikkeinntak i døgnet på grunn av tidsbegrensninger. Konklusjon: Artikkelen konkluderer med at de nasjonale faglige retningslinjene skaper felles kunnskapsgrunnlag for sykepleiere og ledere. Samt må man stille seg kritisk til om disse tar tilstrekkelig hensyn til den hjemmebaserte situasjonen.</p>	<p>Artikkelen er relevant til oppgaven med tanke på at den belyser viktigheten av personsentrert omsorg til eldre hjemmeboende pasienter (inkludert demente). Samtidig tar den for seg utfordringer som sykepleiere opplever i forhold til ernæringskartlegging i hjemmet.</p>

Litteratormatrise 7

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Droogsma, E., Van Asselt, D.Z.B., Scholzel-Dorenbos, C.J.M., Van Steijn, J.H.M., Van Walderveen, P.E. & Van Der Hooft, C.S. (2013). Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: Prevalence of various factors to nutritional status. <i>The Journal of Nutrition, Health & Aging</i>, 17(7), 606-610. https://doi.org/10.1007/s12603-013-0032-9</p>	<p>Studiets hensikt er å vurdere forekomsten av underernæring ved hjelp av kartleggingsverktøyet Mini Nutritional Assessment (MNA), og dens sammenheng med ulike faktorer til underernæring hos eldre samfunnsbeboere med nylig diagnostisert Alzheimer sykdom.</p>	<p>Alzheimer's disease Community-dwelling Nutritional status Cross-sectional study</p>	<p>Artikkelen tar for seg en retrospektiv tverrsnittstudie, med totalt 312 deltakere. Deltakerne var eldre mennesker fra og med 65 år med nylig diagnostisert Alzheimer.</p> <p>Datainnsamlingen pågikk i 10 år på en minneklinikk for Alzheimers pasienter på et sykehus i Øst-Nederland, hvor de undersøkte sosiodemografiske egenskaper og data fra ulike kartleggingsverktøy for ernæringsstatus, kognitiv funksjon, funksjonell status og atferd.</p> <p>De ulike egenskapene hos de velernærte pasientene ble sammenlignet med egenskapene til pasientene som stod i risiko for underernæring. Det ble også gjennomført en lineær regresjonsanalyse for å vurdere effekten av ulike faktorer på ernæringsstatus.</p>	<p>Resultat: resultatet viser at forekomsten av underernæring var 0%, mens risikoen for underernæringen var 14, 1%. Pasienter med risiko for underernæring var i større grad svekket i grunnleggende, daglig fungering enn de velernærte pasientene.</p> <p>Konklusjon: det konkluderes med at nedsatt daglig fungering er uavhengig relatert til ernæringsstatus. Derfor bør vurdering av ernæringsstatus inkluderes i den helhetlige vurderingen av Alzheimers pasienter.</p>	<p>Artikkelen er aktuell for oppgaven med tanke på den tar for seg ulike faktorer som påvirker Alzheimer pasienters risiko for underernæring. Studiet fremhever at nedsatt daglig funksjon er relatert til ernæringsstatus, og at Ernæringsstatusen bør vurderes til nylig diagnostiserte Alzheimer pasienter. Dette vil kunne bidra til å oppdage risikoen for underernæring, samt være til hjelp å iverksette forebyggingstiltak i tidlig fase.</p>

Litteratormatrise 8

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. <i>Sykepleien Forskning</i> , 8(4), 298-307. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137	Hensikten med denne studien er å kartlegge og sette lys på ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt, som får hjelp av hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo	Elderly Dementia Nutrition Home nursing	Det ble gjennomført en tverrsnittsundersøkelse i fire utvalgte bydeler i Oslo (N=282). Instrumentet Mini Nutritional Assesment (MNA) ble brukt til innsamling av data. Logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å analysere dataene, og resultatene presenteres i oddsratioer.	Resultat: Studien viser at underernæring blant eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt er svært utbredt. Omtrent halvparten av pasientene var underernærte, eller sto i fare for å bli underernærte. Konklusjon: Helsepersonell og pårørende må være obs på og kjenne igjen tegnene på underernæring, og risikoene for underernæring. Tiltak må iverksettes på et tidlig stadium for å forhindre alvorlig underernæring og sykdom som følge av dette.	Denne artikkelen er svært aktuell for vår oppgave, da den tar for seg underernæring hos eldre hjemmeboende med demens, og dette er veldig nært problemstillingen i oppgaven vår. Vi fokuserer på hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos denne gruppen pasienter, og denne artikkelen belyser at helsepersonell og pårørende må lære seg risikofaktorene for underernæring slik at tiltak iverksettes på et tidlig stadium.

