

Stine Slinning
Josefine Muldal Vad

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?

Antall ord: 8474

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Lars André Olsen

Mai 2020

Stine Slinning
Josefine Muldal Vad

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?

Antall ord: 8474

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Lars André Olsen
Mai 2020

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens. Hvilke utfordringer kan sykepleier oppleve, hvilke kunnskaper og ferdigheter sykepleier har behov for og hvilke verktøy som kan brukes i kartlegging og behandling.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, åtte forskningsartikler er inkludert for å belyse problemstillingen. Evans (2002) ble benyttet for å gjennomføre innholdsanalyse av artiklenes resultat.

Resultat: Studiene viser flere årsaker til underernæring hos eldre demente, blant annet manglende ernæringsrelaterte ferdigheter, kunnskap og kompetanse, og at tid og ressurser ofte blir en utfordring for sykepleier. For å kunne forebygge underernæring er det nødvendig med vurdering og kartlegging av ernæringsstatusen, hvor Mini Nutritional Assessment og Ernæringsjournalen har vist seg å være godt egnede kartleggingsverktøy. Det er viktig at sykepleier har kjennskap til brukeren, i tillegg til ernæringsrelatert kompetanse, og fremmer medbestemmelse og selvstendighet, da dette kan ha økt effekt på iverksatte tiltak.

Konklusjon: For at sykepleier skal kunne bidra i forebyggingen av underernæring hos eldre hjemmeboende med demens er det viktig med vurdering og kartlegging av ernæringsstatusen, gode rutiner, at sykepleier har kompetanse om optimal ernæring og underernæring og hvordan forebygge dette samt kjennskap til bruker, og ha et godt samarbeid med brukeren og fremme medbestemmelse og selvstendighet.

Abstract

Purpose: The purpose of the assignment is to clarify how nurses can prevent malnutrition with elderly living at home with dementia. Which challenges can the nurse experience, what kind of knowledge and skills is necessary for the nurse and what kind of tools can be used in mapping and treatment.

Method: The assignment is a systematic literature study, eight research articles are included to clarify the research question. Evans (2002) was used to implement a content analysis of the articles.

Result: Studies show several causes for malnutrition in the elderly with dementia, causes like lack of nutrition-related skills, knowledge and competence, and time and resources often becomes a challenge for nurses. In order to prevent malnutrition, assessment and mapping of nutritional status is necessary, where Mini Nutrition Assessment and the Nutrition Journal have proved to be well-suited mapping tools. It is important for nurses to have knowledge of the patients, in addition to nutrition-related competence, and promote codetermination and independence, since this can have an increased effect on implemented interventions.

Conclusion: For nurses to be able to contribute with the prevention of malnutrition in the homeliving elderly with dementia, it is important to assess and survey nutritional status, good routines, for nurses to who have competence of optimal nutrition and malnutrition and how to prevent this and knowledge of patients, and have a good cooperation with patients and promote codetermination and independence.

Forord



(Takk til Matvarehuset for lån av bilde)

«Vi må få lov til å føle oss som andre.
Vi må få lov til å føle oss som en del av
felesskapet.

Det er jo der vi hører hjemme.»

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2015)

Innhold

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Introduksjon | 11 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 11 |
| 1.2 | Studiens hensikt | 11 |
| 1.3 | Problemstilling | 11 |
| 1.3.1 | Avgrensning av problemstilling | 11 |
| 1.4 | Begrepsavklaring | 12 |
| 1.5 | Oppgavens oppbygging | 12 |
| 2 | Teoribakgrunn | 13 |
| 2.1 | Demens | 13 |
| 2.2 | Eldre og ernæring | 13 |
| 2.3 | Sykepleiers rolle og funksjon i hjemmesykepleien | 14 |
| 2.4 | Virginia Henderson – behovsteori | 14 |
| 3 | Metode | 16 |
| 3.1 | Systematisk litteraturstudie | 16 |
| 3.2 | Datasamling | 16 |
| 3.2.1 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 17 |
| 3.2.2 | Søkeprosess og strategi | 18 |
| 3.2.3 | Kvalitetsvurdering | 18 |
| 3.2.4 | Etisk hensyn | 18 |
| 3.3 | Analyse | 19 |
| 4 | Resultat | 20 |
| 4.1 | Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus | 20 |
| 4.2 | Kompetanse, tid og ressurser | 21 |
| 4.3 | Selvstendighet og medbestemmelse | 22 |
| 5 | Diskusjon | 24 |
| 5.1 | Metodediskusjon | 24 |
| 5.2 | Resultatdiskusjon | 24 |
| 5.2.1 | Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus | 25 |
| 5.2.2 | Kompetanse, tid og ressurser | 26 |
| 5.2.3 | Selvstendighet og medbestemmelse | 28 |
| 6 | Konklusjon | 31 |
| 7 | Referanser | 32 |
| 8 | Vedlegg | 36 |
| 8.1 | Vedlegg 1 - Søkehistorikk | 36 |
| 8.2 | Vedlegg 2 - Litteraturmatriser (8 stk.) | 43 |

Tabeller

| | |
|---|----|
| Tabell 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier..... | 17 |
| Tabell 3.2 Hovedtema og artikkelnummer..... | 19 |

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er rundt 70 000 mennesker i Norge som har demens, der omtrent halvparten av de bor hjemme (Fjørtoft, 2016). Forekomsten av demens er økende med alder, og omtrent 10% av alle over 65 år har sykdommen (Bertelsen, 2017). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2015), er det regnet med at forekomsten av demens vil fordobles de neste 30-40 årene. Aleneboende eldre personer med demens er i risikogruppe i forhold til ernæring, som sykepleier må være oppmerksom på (Fjørtoft, 2016). God sykepleie til denne pasientgruppen krever faglig og etisk kompetanse i tillegg til empati og engasjement. Samtidig er det også omfattende, og demensomsorgen har satt krav til tverrfaglig samhandling (Fjørtoft, 2016). Konsekvensene av underernæring er mange, og omfatter blant annet nedsatt motstand til å kunne bekjempe infeksjoner, økende bruk av antibiotika, mentale endringer, nedsatt livskvalitet og økt dødelighet. Eldre med demens er mer utsatt for et dårligere kosthold enn andre (Sjøen & Thoresen, 2016), og det kreves en annen sammensetning av næringsstoffer i maten, noe som krever ekstra oppmerksomhet fra sykepleier (Birkeland & Flovik, 2018).

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens.

1.3 Problemstilling

Vi har valgt følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens.

1.3.1 Avgrensning av problemstilling

I denne litteraturstudien er det valgt å fokusere på eldre demente brukere som bor i eget hjem. Vi valgte hjemmet som arena, da omtrent halvparten av menneskene som har en demensdiagnose i Norge bor hjemme, og fordi sykepleie til hjemmeboende med demens kan være tidkrevende (Fjørtoft, 2016). Vi valgte også å avgrense pasientgruppen til eldre brukere i hjemmesykepleien, da forekomsten av demensdiagnosen er økende med alder og omtrent 10% av alle over 65 år har en form for demens (Bertelsen, 2017).

1.4 Begrepsavklaring

Sykepleier: sykepleiere har en særegen funksjon, de skal fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov (Norsk sykepleierforbund).

Forebygging: forebyggende sykepleie er rettet mot å påvirke konkrete risikofaktorer som er forbundet med sykdom (Kristoffersen, 2017).

Underernæring: underernæring oppstår når næringsinntaket er mindre enn behovet, det kan være fordi behovet øker eller fordi inntaket blir redusert (Brodtkorb, 2014).

Eldre: ifølge Folkehelseinstituttet varierer definisjonen på eldre i litteraturen, men som oftest defineres de som mennesker over 65 år (Langballe & Evensen, 2011).

Hjemmeboende: hjemmeboende er brukere som fortsatt bor i eget hjem og får bistand fra hjemmesykepleien. Hjemmeboende kan få tilbud om helsehjelp når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at det er behov for hjelp i korte eller lengre perioder (Fjørtoft, 2016).

Demens: demens er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Alle demenssykdommene er progredierende, og den som rammes av demens vil fungere dårligere og dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp (Skovdahl & Berentsen, 2014).

1.5 Oppgavens oppbygging

For å få en oversiktlig og leservennlig oppgave, er det utarbeidet en innholdsfortegnelse med kapitler og delkapitler i tillegg til en innholdsfortegnelse over tabellene. I første kapittel blir problemstillingen presentert med studiens hensikt, avgrensning og begrepsavklaringer. I kapittel to er det relevant teori for å belyse problemstillingen. Kapittel tre gjør rede for metoden med datasamling, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkeprosess, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analysearbeid. I kapittel fire blir funnene fra artiklene presentert, og i kapittel fem diskuteres funnene opp mot relevant teori i tre underkapitler. I det siste kapittelet presenteres konklusjonen. Søkehistorikk og litteraturmatriser er lagt ved som vedlegg.

2 Teoribakgrunn

2.1 Demens

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Dette er en progredierende sykdom, hvor den som rammes vil fungere dårligere og dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp (Skovdahl & Berentsen, 2014). Alzheimers sykdom er den hyppigste formen for demens, og utgjør ca. 70% av alle demenstilstander (Bertelsen, 2017). I Norge benyttes det internasjonale systemet ICD-10, som bestemmer graden av demens. Her er det flere diagnostiske kriterier, hvor spørsmålene handler om svekket hukommelse, bevissthet, sviktende emosjonell kontroll og om symptomene har vart i minimum seks måneder (Skovdahl & Berentsen, 2014). Den progredierende sykdommen vil føre til at pasienten får en psykisk og fysisk funksjonssvikt. En del egenskaper og symptomer går igjen ved sykdommen, som sviktende hukommelse, men sykdommen vil fremdeles arte seg forskjellig fra person til person. De som har demens har en redusert mental kapasitet som etterhvert kan resultere i at pasienten får vanskeligheter med å tolke og forstå hva andre sier, og ha problemer med å gjenkjenne gjenstander, skikkelser, personer og lyder (Birkeland & Flovik, 2018). Hjelpebehovet vil gradvis øke for de med demens, og de har behov for et omsorgstilbud som er tilpasset deres individuelle livssituasjon og deres funksjonsnivå (Fjørtoft, 2016). Det er flere tilstander som kan fremtre som demens, men har andre årsaker, og det blir derfor viktig å kunne utelukke dette (Birkeland & Flovik, 2018).

2.2 Eldre og ernæring

For å kunne identifisere underernæring er det nødvendig å ha kunnskaper om hva optimal ernæring for eldre er (Sjøen & Thoresen, 2016). De aller fleste eldre får nedsatt energibehov, da energiforbruket blir redusert. Likevel er behovet for vitaminer, mineraler og fiber like stort, som vil si at eldre må få i seg tilstrekkelig av disse næringsstoffene på mindre mengde mat. Andelen med væske og muskulatur reduseres, mens fettinnholdet øker. For å opprettholde optimal ernæring for eldre, er det gjennomsnittlige daglige energibehovet på 25 kcal/kg. Det er også viktig å være klar over at et visst vekttap etter 70-årsalderen kan regnes som fysiologisk, men at sykepleier bør være oppmerksom på at vekttapet kan ha sammensatte årsaker, og burde korrigeres så tidlig og lenge som mulig (Brodtkorb, 2014).

Når matinntaket har vært utilstrekkelig, ikke er blitt fullstendig fordøyd eller absorbert i tarmen over en periode, oppstår det underernæring. Jo lengre dette pågår, jo mer alvorlig kan underernæringen og utfallet bli. Å vurdere ernæringsstatusen er en viktig del av det forebyggende arbeidet mot underernæring. Ernæringsstatusen sier noe om i hvilken grad det fysiologiske behovet for næringsstoffer er oppfylt, og er et resultat av tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer (Sjøen & Thoresen, 2016). En full evaluering av ernæringsstatusen omfatter å kartlegge matinntaket, biokjemiske data, antropometriske data, den kliniske statusen og psykososiale data. Biokjemiske data er de mest objektive

målingene på ernæringsstatusen. De biokjemiske målingene sykepleier ofte vil møte gjelder fettstoffer, jern, kalsium og protein. Antropometriske målinger omhandler målinger av kroppslengden, vekt og proporsjonene i kroppen. En klinisk undersøkelse inneholder en fullstendig fysisk undersøkelse og en medisinsk historie, som blir gjort av lege. De psykososiale forholdene har også betydning for ernæringstilstanden, hvordan brukeren bor og muligheter for tilberedning av mat (Sjøen & Thoresen, 2016). Eldre med demenssykdom har en stor risiko for underernæring (Birkeland & Flovik, 2018), da de ofte utfyller flere av risikofaktorene som kan føre til utvikling av underernæring, som redusert smaks- og luktesans, ensomhet, depresjon, tannproblemer, svelgeproblemer, alvorlig somatisk sykdom, stort medisinbruk, sår og diaré (Brodtkorb, 2014). Underernæring er oftest et sammensatt problem, hvor det kan være behøvelig med sykepleietiltak som er rettet mot årsaken til problemet (Sjøen & Thoresen, 2016).

2.3 Sykepleiers rolle og funksjon i hjemmesykepleien

Når sykdom, alderdom, svekket helse eller livssituasjon gjør at hjemmeboende eldre trenger hjelp, er hjemmesykepleien et tilbud om helsehjelp (Fjørtoft, 2016). Pasienten skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem og skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Forutsetningen blir da at de som bor hjemme skal kunne få den nødvendige helsehjelpen de trenger, ikke være i fare for å bli påført skade og lidelse og få dekket sine grunnleggende behov (Fjørtoft, 2016). Sykepleieren må ha kunnskap om ulike sykdommer samt hvordan disse kan påvirke hverandre, og det kreves kunnskap om tiltak som kan iverksettes for at pasienten skal kunne fungere best mulig i eget hjem (Birkeland & Flovik, 2018). Ved funksjonstap skal sykepleier fremme medbestemmelse og selvstendighet hos brukeren, da dette kan ha stor betydning ved at de opplever å få påvirke sin egen situasjon på en positiv måte (Kristoffersen, 2017). Brukerne vil kunne befinne seg i en situasjon der det står mellom å være sårbar, avhengig og hjelpetrequende og det å ha mulighet til å selv kunne ivareta sine interesser. Det vil si å utøve autonomi (Kristoffersen & Nortvedt, 2017).

Det er viktig å vise respekt når du trer inn i noens hjem og være ydmyk overfor verdiene deres, normer, regler, rutine og tradisjonene de har. Uansett hvor mye hjelp brukeren trenger har han krav på å få bevare sin integritet og verdighet. En viktig del av sykepleien som utøves er helsefremming og forebygging (Fjørtoft, 2016). Å arbeide helsefremmende innebærer å utvikle personens handlingskompetanse og fremme mestring, å arbeide forebyggende er rettet mot å påvirke konkrete risikofaktorer som er forbundet med sykdom (Kristoffersen, 2017).

2.4 Virginia Henderson – behovsteori

Tyngdepunktet i Hendersons sykepleieteori gir en forklaring på ansvarsområdet til sykepleieren eller sykepleierens rolle. Ifølge hennes definisjon er sykepleierens rolle å assistere eller hjelpe mennesker med å utføre gjøremål som de selv ville ha utført om de hadde hatt tilstrekkelige ressurser til det (Kristoffersen, 2017). Henderson har utarbeidet 14 punkter som hun betegner som grunnleggende sykepleieprinsipper. Disse punktene er knyttet til grunnleggende menneskelige behov, og det utgjør de mest sentrale gjøremålene til en sykepleier. I punkt 3 i Hendersons grunnleggende sykepleieprinsipper blir det sagt at et grunnleggende behov for mennesker er å spise og drikke tilstrekkelig.

Sykepleieren skal hjelpe pasientene eller brukerne med eller legge til rette for forhold som vil hjelpe de i stand til å utføre gjøremålene selv. Hun understreker at den enkelte har krav på individualisert omsorg og pleie (Kristoffersen, 2017). Sykepleieren må få kjennskap til hvordan pasienten og brukeren opplever sine behov og hvordan de kan tilfredsstilles. Det er helt avgjørende at sykepleieren skaffer seg en slik forståelse. Hun utdyper dette slik:

«(...) sykepleieren bør identifisere det personen mangler, og tjene som en erstatning for å kunne gjøre ham "komplett", "hel" og "uavhengig", beregnet ut fra hans tilgjengelige fysiske styrke, vilje eller kunnskap for å oppnå god helse» (Kristoffersen, 2017).

3 Metode

3.1 Systematisk litteraturstudie

Bacheloroppgaven vår er en systematisk litteraturstudie. Denne typen studie tar for seg data fra tidligere empiriske studier. For å finne relevant litteratur til problemstillingen, må det gjennomføres systematiske søk, sortering og gransking av litteraturen (Forsberg & Wengström, 2015). Vi må ha et klart formulert forskningsspørsmål, altså problemstillingen. Problemstillingen besvares systematisk ved å identifisere, velge, validere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015).

3.2 Datasamling

Prosjektplanen ble levert inn og godkjent av veileder i desember 2019. Både perspektiv og problemstilling har vært bestemt siden da, så når vi begynte med arbeidet på bachelor i januar 2020 fortsatte vi med samme søkeprosess som tidligere. Fra prosjektplanen hadde vi funnet fem forskningsartikler. Når vi startet søket etter flere artikler i 2020, ble alle artiklene fra det systematiske litteratursøket byttet ut da vi utforsket flere ulike databaser og fant artikler som var mer relevant for problemstillingen. Artiklene fra de manuelle søkene vi fant i 2019 er brukt i oppgaven.

De ulike databasene som har blitt brukt i søket er Cinahl, Medline, ScienceDirect og Sage Journals. Cinahl og Medline er de mest brukte databasene hvor man kan finne sykepleieforskning. Cinahl er en database som inneholder blant annet vitenskapelige tidsskriftartikler om sykepleieforskning, og inneholder tidsskrifter som ikke finnes i Medline, samtidig som Medline fortsatt tar for seg artikler om medisin og sykepleie (Forsberg & Wengström, 2015). Når vi utforsket flere databaser, opplevde vi ScienceDirect som en god database hvor vi fant mye sykepleieforskning. Sage Journals har innhold om medisin som ikke dekkes så godt av andre databaser (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet). Vi gjorde også to manuelle søk i Sykepleien Forskning, som publiserer norske, fagfellevurderte vitenskapelige tidsskrifter som kan bidra til styrking av kunnskapsbasen og kvaliteten på sykepleieutøvelsen (Sykepleien forskning).

Søkeordene er basert på de sentrale begrepene i problemstillingen, som underernæring, demens og hjemmeboende. Ved funn av artikler leste vi gjennom abstraktene først, hvor vi så etter hvilke funn og resultater de hadde kommet frem til. Dersom disse hadde samme fokus som problemstillingen, leste vi gjennom hele artikkelen. Ut fra dette ble det vurdert hvordan artiklene var sentrale for oss, samt hvordan vi kunne trekke inn funn, tiltak og resultater i vår oppgave og bruke dette for å få svar på problemstillingen.

Søkeordene ble kombinert med «AND» og «OR» i de ulike databasene. I noen av søkene ble bare kombinasjonen «AND» brukt, for å begrense søket til hjemmeboende, da kombinasjonen «OR» ofte førte til artikler om sykehjem og sykehus. Likevel valgte vi også å kombinere ord med «OR», gjerne da synonym, for så å kombinere disse med «AND» for å utvide søkeresultatet (Forsberg & Wengström, 2015). På denne måten

kunne vi manuelt ekskludere, de som omhandlet sykehus og institusjoner, slik at vi ikke skulle gå glipp av relevante artikler. Etter vurdering valgte vi å inkludere en artikkel som omhandlet brukere i bofellesskap og en som ikke omhandlet brukere med demens, da de fortsatt kan brukes for å besvare problemstillingen, og samsvarer med funn som ble gjort fra de andre artiklene. Databasene, treff, søkeord, leste abstrakter og inkluderte artikler er presentert i søketabellen. Etter søkeprosessen hadde vi åtte artikler som ble kvalitetsvurdert og inkludert i oppgaven.

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å kunne finne de relevante artiklene satte vi sammen rammer for hva som skulle inkluderes og ekskluderes. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er listet opp i tabellen under ble brukt. Sju av artiklene som ble inkludert tok for seg kvantitative metoder, den siste er kvalitativ. Målet med kvantitative studier er å klassifisere, se sammenhenger og forutsi, og er basert på et ideal om at virkeligheten kan studeres ubetinget og objektivt. Dette kan gjøre rede for blant annet antall, prosent, gjennomsnitt og median, og rangeres for å gjøre en statistisk analyse og gi et overblikk over de generelle punktene. En kvalitativ tilnærming vil fokusere på å tolke og skape mening og forståelse av menneskelige opplevelser (Forsberg & Wengström, 2015).

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---|---|
| Fagfelleverderte forskningsartikler, nivå 1 eller 2 | Ikke fagfelleverderte artikler |
| IMRAD – struktur | Artikler med pasienten- eller pårørendeperspektiv |
| 2009 – dags dato | Artikler eldre enn 2009 |
| Europa | Land utenfor Europa |
| Engelske og norske artikler | Fremmedspråklige artikler |
| Hjemmeboende brukere | Pasienter i institusjon eller innlagt på sykehus |
| Pasienter med demens | Artikler som ikke omhandler pasienter med demens |
| Artikler med etisk hensyn | Artikler som omhandler personer under 65 år |

Tabell 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.2.2 Søkeprosess og strategi

Søkeprosessen startet med at vi søkte i ulike databaser for å undersøke hvor mye forskning som var relevant for problemstillingen. Når vi hadde sett gjennom hvilken forskning som var tilgjengelig, begynte vi å strukturere søkene. Vi benyttet oss av PICO skjema for å gi struktur og klargjøre spørsmålet for litteratursøket, utvelgelsen og vurderingen. PICO står for «patient/population», «intervention», «control» og «outcome», altså hvem, hva, kontrollgruppe, utfall og resultat (Forsberg & Wengström, 2015). Ut fra dette ble seks artikler inkludert. De to siste ble funnet ved hjelp av manuelle søk, som kan gjennomføres på ulike måter (Forsberg & Wengström, 2015). Vi ønsket å finne forskningsartikler som fokuserte på norske forhold, og gjennomførte derfor et søk i Sykepleien Forskning. Vi brukte søkeordene underernæring, demens og hjemmeboende, samt samme inklusjons- og eksklusjonskriterier som i det systematiske søket, hvor vi endte opp med to artikler som ble vurdert og inkludert.

3.2.3 Kvalitetsvurdering

Når artiklene var valgt ut, begynte arbeidet med å kvalitetsvurdere dem. Forsberg og Wengström (2015), mener at det ikke er en fastsatt prosess for vurderingen, men at hver studie må evalueres i flere trinn, og at kvalitetsvurderingen minst skal omfatte formålet og problemstillingen med studien, design, utvalg, måleinstrumenter, analyse og tolkning. Hver enkelt artikkel er vurdert ut fra dette. Det ble stilt to overordnede spørsmål når vi leste gjennom artiklene: har artikkelen en klar formulert problemstilling? Er designet velegnet for å svare på problemstillingen? Det ble også gjort en vurdering på om resultatene, funnene og tiltakene er aktuelle for problemstillingen. Videre så vi på hvilken oppbygning artiklene hadde, hvor vi var ute etter IMRaD struktur, som er den vanligste oppbyggingen av forskningsartikler og skiller disse fra fagartikler (Lerdal, 2012). Til slutt ble tidsskriftenes kvalitet sjekket i Norsk senter for forskningsdata, for å sjekke om disse er godkjent på nivå 1 eller nivå 2 (Norsk senter for forskningsdata, 2019). En av artiklene som ble inkludert var godkjent på nivå 2, resten var godkjent på nivå 1.

3.2.4 Etisk hensyn

Siden problemstillingen handler om brukere i hjemmet sitt, samt at de har en demensdiagnose, er etisk hensyn svært viktig i forskningen. Hjemmet er for de fleste et privat og personlig sted og representerer trygghet og identitet (Fjørtoft, 2016). Etisk gjennomgang er et krav i vitenskapelig forskning (Forsberg & Wengström, 2015). 6 av forskningsartiklene har etiske vurderinger (Isaia, et al., 2011, Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, Lühr., 2013, Landmark, Gran, Grov., 2014, Johansson, Wijk, Christensson., 2017b, Aagaard og Grøndahl., 2017, Laque, et al., 2004). I studien til Droogsma, et al., (2013) og Johansson, Björklund, Sidenvall, Christensson., (2017a), poengterer de at etisk vurdering ikke var nødvendig for studien. Når det blir innhentet ny kunnskap til forskningsartikler, skal alltid deltakerne i undersøkelsen beskyttes (Forsberg & Wengström, 2015). I studiene til Rognstad, et al., (2013), Landmark, et al., (2014) og Aagaard og Grøndahl (2017) fremhever de at deltakerne var anonymisert, hadde samtykkekompetanse og var frivillig deltakende i studien. I studien til Isaia, et al.,

(2011) fremhever de at dersom deltakerne hadde en form for kognitiv svikt som gjorde at de ikke kunne gi samtykke, ble pårørende spurt om samtykke.

3.3 Analyse

I vitenskapelig analysearbeid blir det undersøkte materialet delt opp i mindre deler og undersøkt hver for seg, materialet blir så satt sammen til en helhet (Forsberg & Wengström, 2015). Artikkene i denne analysen er analysert ved hjelp av innholdsanalyse etter metoden presentert av Evans (2002). Vi fant åtte artikler som vi inkluderer i oppgaven. Det er blitt brukt flere vurderingskriterier for å vurdere artiklene, dette er presentert i metoddelen. Innholdsanalysen foregår ved hjelp av fire trinn. I trinn en blir forskningsartikkene innhentet, i trinn to blir nøkkelfunnene fra hver av artiklene identifisert på langs, i trinn tre ble artiklene vurdert i forhold til hverandre på tvers, det ble funnet fellestrekk og felles temaer, og i trinn fire blir det utarbeidet en fullstendig beskrivelse av temaene (Evans, 2002).

I trinn en ble det funnet forskningsartikler fra fire ulike databaser. Det ble undersøkt om artiklene hadde god kvalitet, og var relevant for problemstillingen. De åtte artiklene ble nummerert fra en til åtte, og det er utarbeidet litteraturmatriser som er lagt ved som vedlegg.

I trinn to ble en og en artikkel grundig gjennomgått på langs for å identifisere nøkkelfunn i artiklene, for å kunne få en helhetsfølelse av alle artiklene. Nøkkelfunn som ble notert ned i denne delen av prosessen var: kognitiv funksjon, daglig funksjon, næringsdrikker, kunnskap og kompetanse, selvstendighet, evaluering av ernæringsstatus, ernæringsrelaterte problemer, kartleggingsverktøy, familie og pårørende, individualisert omsorg, gode rutiner i ernæringsarbeid, tid og ressurser.

I det tredje trinnet ble nøkkelfunn sett på tvers av artiklene, det ble sett på sammenhengen mellom studiene og gitt en farge for hvert tema. Dette var en tidkrevende prosess, men det ga oss en god oversikt, og det viste seg også at flere av temaene gikk igjen i de ulike artiklene. Vi kategoriserte så nøkkelfunnene i kategorier som har fellestrekk og ut fra dette kom vi fram til hovedtemaene: vurdering og kartlegging av ernæringsstatus, kompetanse, tid og ressurser, medbestemmelse og selvstendighet.

I det fjerde trinnet ble de hovedtemaene som gikk igjen brukt som delkapitler i resultatdelen av oppgaven. Delkapitlene er listet opp i tabellen under samt hvilke artikler som hører til hvert hovedtema:

| Hovedtema | Artikkelnummer |
|---|-----------------------|
| Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus | 1, 2, 3, 4, 6, 7 og 8 |
| Kompetanse, tid og ressurser | 3, 4, 5, 6, 7 og 8 |
| Selvstendighet og medbestemmelse | 1, 2, 3, 5 og 6 |

Tabell 3.2 Hovedtema og artikkelnummer

4 Resultat

4.1 Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus

7 av artiklene, (Isaia, et al., 2011, Droogsma, et al., 2013, Rognstad, et al., 2013, Landmark, et al., 2014, Johansson, et al., 2017b, Laque, et al., 2004 og Aagaard og Grøndahl., 2017) trekker fram vurdering og kartlegging som viktige faktorer for å forebygge underernæring. I denne kategorien har vi tatt med funn om ernæringsstatus, kartleggingsverktøy, og risikofaktorer.

I studien til Landmark, et al., (2014), blir det påpekt at kartlegging og vurdering av ernæringsstatusen er et helt nødvendig tiltak for å iverksette tidlige tiltak for å kunne forebygge underernæring. Det er behov for en systematisk kartlegging av ernæringsstatusen hos de eldre for å kunne identifisere underernæring, før det faktisk oppstår. De poengterer også at brukerne burde kartlegges i faste intervaller.

«Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus er et nødvendig klinisk tiltak for å forebygge underernæring og iverksette tidlig intervensjon» (Landmark, et al., 2014)

Aagaard og Grøndahl (2017), fremhever viktigheten med gode rutiner i vurderingen av ernæringsstatusen. I deres studier viser det seg at sykepleierne ser på veiing av brukeren som en utfordring. De påpeker at det er viktig at alle kommunene har prosedyrer på plass for vurdering av ernæringsstatusen.

I fem av forskningsartiklene er Mini Nutritional Assessment (MNA), brukt som kartleggingsverktøy for å kartlegge ernæringsstatusen (Isaia, et al., 2011, Rognstad, et al., 2013, Johansson, et al., 2017b og Laque, et al., 2004). I Landmark, et al., (2014) sin studie anvendte de et kartleggingsverktøy som er utarbeidet av Helsedirektoratet, ernæringsjournalen. I studien kommer det frem at ved bruk av denne, kan ernæringsstatus kartlegges og det kan ut fra dette tilbys adekvat behandling og systematisk oppfølging. Det finnes likheter mellom Ernæringsjournalen og MNA, begge kartlegger ernæringsrelaterte problemer. I studien til Isaia, et al., (2011), konkluderer de med at evaluering av ernæringsstatus kan forhindre og behandle ernæringsrelaterte problemer hos eldre hjemmeboende med demens.

«In conclusion, an appropriated evaluation of nutritional status could prevent and treat nutrition related problems even in the elderly demented patients living at home» (Isaia, et al., 2011).

I studien til Rognstad, et al., (2013), viste det seg at brukerne som oppga fysiske problemer med å få i seg mat var spesielt utsatt for underernæring. De poengterer at det er avgjørende at helsepersonell er kjent med risikofaktorer for underernæring og at det er viktig med kunnskap om disse for å kunne iverksette tiltak tidligst mulig for å forebygge og forhindre alvorlig underernæring og videre sykdom.

«Problemer med matinntak viste seg å ha stor betydning for sannsynligheten for å være underernært eller stå i fare for underernæring. De pasientene som oppga fysiske problemer med å få i seg mat, var særdeles utsatte for underernæring, noe som ikke var veldig overraskende» Rognstad, et al., (2013).

4.2 Kompetanse, tid og ressurser

I studiene til (Rognstad, et al., 2013, Landmark, et al., 2014, Johansson, et al., 2017a, Johansson, et al., 2017b, Laque, et al., 2004 og Aagaard og Grøndahl., 2017) kommer det frem at helsepersonellens kompetanse, tid og ressurser er viktig for å kunne forebygge underernæring. I denne kategorien har vi tatt med funn om ernæringsrelatert kompetanse og kjennskap til pasienten, samt tid og ressurser.

Rognstad, et al., (2013) og Landmark, et al., (2014) har begge i sin studie funnet ut at kompetanse er en viktig del av forebyggingen av underernæring. Resultatene til Landmark, et al., (2014) sier det er viktig med kompetansehevede tiltak for å styrke brukerens ernæringsstatus og helsepersonellens kompetanse til å kartlegge ernæringsstatusen. Kunnskap om risikofaktorer er også en viktig del ifølge studien til Rognstad, et al., (2013). Noe av det samme kommer frem i Aagaard og Grøndahl (2017) sin studie, som mener det er behov for mer kunnskap om ernæring. I studien trekker de også frem at helsepersonell burde få opplæring om rutiner, for å anvende dem.

«Written procedures should be prepared for assessing nutritional status in the municipalities. Guidelines are available, but they should be better publicised, and the training of health care personnel should be a priority area» (Aagaard & Grøndahl, 2017).

I studien til Johansson, et al., (2017a) viste et funn viktigheten av å dele og reflektere over erfaring og kunnskap og at dette kan bidra til at personalet kan identifisere måter å håndtere utfordrende situasjoner på. De nevner også at refleksjon burde være en sentral del av helsepersonellens sin hverdag og at omsorgen for personer med demens bør gis av de med god kompetanse om demens.

«It was also expressed by the participants that care should be given by staff who have special knowledge about dementia, since there was a belief that knowledge of, and interest in, dementia could increase one's ability to address the issues faced by the individual person at the appropriate level» (Johansson, et al., 2017a).

I tillegg til god kompetanse om demens, kan det å ha faste personer hos den enkelte bruker være en styrke. Dette viser studien til Rognstad, et al., (2013) og Landmark, et al., (2014), hvor det var faste og kjente personal som kartla brukerens ernæringsstatus. Studien til Landmark, et al., (2014) understreker at det er viktig å ha kjennskap til den gamles ønsker og respektere at noen ikke ønsker eller har ork til å spise det som optimalt sett dekker ernæringsbehovet. Noe av det samme sier studien til Johansson, et al., (2017a), der de trekker frem at det er viktig å ha kjennskap til brukeren og hans individuelle situasjon for å kunne handle passende i den gitte situasjonen. Flere funn fra artikkelen fremhever viktigheten med kjennskap til brukeren. De påpeker at det er viktig å imøtekomme de individuelle behovene til brukerne, og kjenne til måltidsvaner, da måltidene burde være kjent for brukerne.

«It was found that meals should be familiar to the person with dementia. Therefore, it was important to know the person and his/hers meal situation and act according to this» (Johansson, et al., 2017a).

I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) ble det samlet inn data ved hjelp av et spørreskjema som omhandlet innsats i forhold til ernæring. Et funn som ble gjort i denne

studien var at helsepersonellet mente at tid var det største hinderet etterfulgt av kunnskap og ressurser.

«This answer largely correlates with the health care personnel's answer, but the latter assessed time as the greatest obstacle followed by knowledge and resources» (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Landmark, et al., (2014) understreker også at det er viktig å iverksette tidlige tiltak, for å kunne forebygge underernæring, i tillegg viste det seg at mange av de eldre som deltok i studien hadde en kognitiv svikt og ulike stadier av demens. Dette blir oppgitt som faktorer som gjør hverdagen utfordrende og kan føre til at ernæring blir nedprioritert i en hektisk hverdag for personalet.

4.3 Selvstendighet og medbestemmelse

Flere av artiklene viser til en tydelig sammenheng mellom kognitiv funksjon og ivaretagelse av ernæringsstatusen (Isaia, et al., 2011, Droogsma, et al., 2013, Rognstad, et al., 2013, Johansson, et al., 2017a, Johansson, et al., 2017b). I denne kategorien er det inkludert funn som sier noe om kognitiv funksjon, selvstendighet og medbestemmelse.

Droogsma, et al., (2013) sin studie kom fram til at det er en sammenheng mellom underernæring og svekkelse i daglig funksjon. Resultatene antyder en sammenheng mellom ernæringsstatusen til brukerne og hvor godt de fungerer selvstendig. Brukerne med Alzheimer som var godt ernærte hadde bedre daglig funksjon enn de som var underernærte. Noe av det samme kommer fram i studien til Johansson, et al., (2017b), der de har funnet en sammenheng mellom kognitiv funksjon og ernæringsstatus. Redusert kognitiv funksjon øker risikoen for underernæring, ifølge deres studie.

«(...) decreased cognitive function increased the risk of malnutrition» (Johansson, et al., 2017b).

I studien til Landmark, et al., (2014) hadde helsepersonellet notert kommentarer underveis i studien, som viste at mange av de eldre hadde en kognitiv svikt og ulike stadier av demens. Disse faktorene ble oppgitt som utfordringer.

Det viser seg i studien til Rognstad, et al., (2013) og Johansson, et al., (2017a) at fokus på egne ressurser kan bidra til å forebygge underernæring. Rognstad, et al., (2013) sier at de som handler maten sin selv har lavere sjanse for å være underernærte eller stå i fare for underernæring i motsetning til de som får bistand i matinnkjøpene sine.

«Det vil derfor være heldig at pasienter med behov for bistand tilbys mulighet for å handle sammen med hjemmehjelpen slik at de selv kan velge mat de gjenkjenner og vil spise» (Rognstad, et al., 2013).

Deltakerne i studien til Johansson, et al., (2017a) fremhever at det er viktig at alle handlinger som utføres blir individualisert, bevarer personens uavhengighet, og at det er fokus på brukerens egne ressurser og ikke hindringer.

«This could involve, letting the person be responsible for the preparation of parts of the meal, for example, shopping or preparing breakfast or the evening meal, instead of all

meals. This could also mean that the person's ability to eat independently was preserved» (Johansson, et al., 2017a).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

For å gjennomføre en systematisk litteraturstudie brukte vi faglig litteratur som Evans (2002) og Forsberg og Wengström (2015). Evans (2002) analysemetode var til god hjelp ved analyse av forskningsartiklene.

Høsten 2019 hadde vi bestemt oss for å skrive om hjemmeboende med demens. Vi bestemte oss tidlig for å skrive oppgaven med et sykepleieperspektiv. Valget falt på å fokusere på ernæring til eldre hjemmeboende med demens. Søket etter forskningsartikler startet tidlig, og det viste seg at det finnes flere studier om dette temaet.

Vi fant åtte artikler som vi ønsket å inkludere i oppgaven. Tre av artiklene ble en vurderingssak som førte til faglige diskusjoner om de skulle inkluderes eller ekskluderes, da de avvirket fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. Vi kom frem til at de burde inkluderes etter nøye vurdering av funnene som ble gjort. Droogsma, et al., (2013) sin studie, omhandler eldre med Alzheimers i bofellesskap. Dette kan være en svakhet i vår oppgave med tanke på at de bor i bofellesskap og ikke hjemme. På tross av dette samsvarer funnene i artikkelen med funnene i de andre artiklene, som omhandler viktigheten av å vurdere ernæringsstatus. En annen svakhet kan være at forskningen til Aagaard og Grøndahl (2017) ikke omhandler spesifikke personer med demens, likevel ga funnene oss en oversikt over hva helsepersonellet opplever som utfordrende i forhold til ernæring. Det kan dermed også være en styrke med tanke på at vi skriver med sykepleieperspektiv og denne studien trekker frem flere utfordringer sykepleier kan møte på. Studien til Laque, et al., (2004) er fra 2004, noe som avviker fra inklusjonskriteriene våre med tanke på at vi ønsket artikler fra 2009 eller nyere. Allikevel samsvarer funnene med flere av artiklene som poengterer hvor viktig det er med kunnskap for å kunne forebygge underernæring. En annen styrke kan være at vi har inkludert både kvantitativ og kvalitativ forskning (Forsberg & Wengström, 2015).

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen settes resultatdelen opp mot teoribakgrunn for å diskutere og drøfte over problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens». Viktige faktorer for å forebygge underernæring blir presentert: vurdering og kartlegging av ernæringsstatus, kompetanse, tid og ressurser og selvstendighet og medbestemmelse.

5.2.1 Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus

Det er sagt at underernæring er enklere å forebygge enn å behandle. Eldre er en pasientgruppe som har særlig stor risiko for underernæring (Birkeland & Flovik, 2018). Konsekvensene av underernæring er mange og det kan påvirke både den mentale og fysiske funksjonen (Sjøen & Thoresen, 2016).

I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) sier 76% av helsepersonellet at det alltid eller ofte var brukere med dårlig ernæringstilstand på deres arbeidsplass. Kartlegging av ernæringsstatusen er et nødvendig tiltak for å forebygge underernæring og iverksette tidlige intervensjoner ifølge studien til Landmark, et al., (2014), dette funnet støtter også flere forskningsartikler (Isaia, et al., 2011, Droogsma, et al., 2013, Rognstad, et al., 2013, Aagaard og Grøndahl., 2017, Johansson, et al., 2017b, Laque, et al., 2004). En full evaluering av ernæringsstatusen omfatter å kartlegge matinntaket, biokjemiske data, antropometriske data, den kliniske statusen og psykososiale data (Sjøen & Thoresen, 2016).

I Flere av forskningsartiklene er Mini Nutritional Assessment (MNA), brukt som kartleggingsverktøy for å kartlegge ernæringstilstanden (Isaia, et al., 2011, Droogsma, et al., 2013, Rognstad, et al., 2013, Johansson, et al., 2017b, Laque, et al., 2004). MNA er utviklet for bruk på eldre over 65 år, noe som flere av forskningsartiklene bruker som begrunnelse for deres valg av kartleggingsverktøy. MNA består av 18 spørsmål som blant annet omhandler kroppsmasseindeks, matinntak og spørsmål om demenssykdom (Sjøen & Thoresen, 2016). Kartleggingsverktøy har som formål å indikere ernæringsproblemer, mens påvist indikasjon krever ytterligere kartlegging og oppfølging (Devik & Olsen, 2018). I studien til Landmark, et al., (2014) ble ernæringsjournalen som er utarbeidet av Helsedirektoratet brukt som kartleggingsverktøy for å kartlegge ernæringsstatus. I studien blir det nevnt at utfordringene en står overfor i den kliniske hverdagen er hvordan en ved hjelp av enkle metoder lett kan fange opp om brukerne står i fare for underernæring eller er underernærte. Et kartleggingsverktøy skal være enkelt og raskt å bruke (Sjøen & Thoresen, 2016). Da kartlegges blant annet vekt, høyde, vektendringer, matlyst, tannproblemer, tygge og svelgeproblemer og munntørrehet. Under studien til Landmark, et al., (2014) ble det påpekt av personalet at kognitiv svikt og ulike stadier av demens var de største årsakene til ernæringsproblemer. For å iverksette forebyggende tiltak for brukerne som er utsatt for underernæring, blir det viktig at sykepleier identifiserer problemene så tidlig som mulig (Aagaard, 2017). Ut fra dette tenker vi at det er viktig at sykepleier kartlegger ernæringsstatusen til brukerne og om de er i ernæringsmessig risiko eller er underernært. En full evaluering av ernæringsstatusen kan være nødvendig når brukerne blir innskrevet i hjemmesykepleien for å få en omfattende vurdering av ernæringsstatusen. Videre kan Ernæringsjournalen og MNA benyttes i oppfølgingen, da disse er enkle og raske kartleggingsverktøy.

Like viktig som å kartlegge ernæringsstatus er det å iverksette tiltak for å opprettholde og bedre ernæringsstatus (Sjøen & Thoresen, 2016). Det blir anbefalt at alle brukere som er i risiko for underernæring eller er underernærte burde veies ukentlig (Birkeland & Flovik, 2018). De viktigste redskapene i vurderingen av ernæringsstatusen er første veiingen, altså når brukeren blir innskrevet i hjemmesykepleien, veiing i faste intervaller og utregning av kroppsmasseindeksen (Birkeland & Flovik, 2018). Kroppsmasseindeksen uttrykker forholdet mellom høyde og vekt og er den viktigste metoden for vurdering av brukerens ernæringsstatus (Aagaard, 2017). Likevel kommer det frem i studien til

Aagaard og Grøndahl (2017), at 69% av helsepersonellet mente det ikke var vanlig å veie brukeren ved innskriving i hjemmesykepleien og at 12,5% av helsepersonellet ikke visste at dette var vanlig. De mest verdifulle målingene er når de gjøres nøyaktig og over en tidsperiode. Det er viktig at målingene blir gjennomført under samme omstendigheter hver gang og helst av samme personen (Sjøen & Thoresen, 2016). Ved å kontrollere vekten regelmessig over tid kan en fange opp endringer. Et vekttap på mer enn 5% hos eldre over 65 år i løpet av de 3-6 siste månedene er ett av kriteriene som blir brukt for å indikere om brukeren er i ernæringsmessig risiko eller er underernærte (Aagaard, 2017). Det kan tenkes at det er en utfordring at det er samme personalet som skal veie brukerne hver gang, derfor er det viktig at sykepleier dokumenterer omstendighetene målingene ble utført i, og tidspunkt på dagen. Det er mulig at det kan bidra til mer nøyaktige målinger.

En viktig del av kartleggingen er også å observere og vurdere brukerens sykdomstilstand (Birkeland & Flovik, 2018). Resultatene i studiene til Rognstad, et al., (2013) og Landmark, et al., (2014), viser at det er en klar sammenheng mellom flere ernæringsrelaterte problemer og lav gjennomsnittlig kroppsmasseindeks. I studien til Landmark, et al., (2014), var de vanligste faktorene for underernæring at de opplevde problemer med bevegelsen, gripebevegelser, nedsatt matlyst og synsproblemer. Dette funnet styrkes ved at det er betydelig lavere gjennomsnittlig kroppsmasseindeks for de som har nedsatt matlyst, tygge, svelgeproblemer og opplever tannproblemer. Dette samsvarer også med funn i Rognstad, et al., (2013) sin studie, som i tillegg påpeker at helsepersonell må være spesielt oppmerksomme på brukere som har ernæringsrelaterte problemer, da de kan kreve ekstra oppfølging for å forebygge store vekttap og underernæring. Birkeland og Flovik (2018) sier at bivirkninger av legemidler og munntørrehet kan påvirke matlysten negativt da det kan føre til problemer med å tygge eller å svelge. Ifølge Helsedirektoratet (2017) burde det gjennomføres kartlegging av tannhelse, munnhygiene og svelgeproblematikk i tillegg til ernæringsstatusen hos eldre med demens, for å kunne forebygge underernæring. Det er viktig med observasjoner og vurderinger av brukerens sykdomstilstander eller symptomer, og om det vil påvirke matinntaket. Eksempel på dette kan være kvalme eller smerter. Dette må kartlegges før måltidet slik at sykepleier kan iverksette tiltak for at det ikke skal påvirke matinntaket (Birkeland & Flovik, 2018). Det vil altså være en sammenheng mellom brukerens sykdomstilstand og ernæringsstatus, som betyr at god vurdering og kartlegging av disse faktorene kan være avgjørende. På denne måten kan sykepleier behandle underliggende årsaker til underernæring, og dermed hindre at blant annet kvalme og smerter påvirker matinntaket. Likevel kan det være en utfordring at sykepleier ikke er tilstede hos brukeren hele tiden, slik at symptomer ikke nødvendigvis blir fanget opp.

5.2.2 Kompetanse, tid og ressurser

I flere av artiklene blir kompetanse, tid og ressurser omtalt som utfordringer for sykepleier i forebyggingen av underernæring (Rognstad, et al., 2013, Landmark, et al., 2014, Johansson, et al., 2017a, Johansson, et al., 2017b, Laque, et al., 2004 og Aagaard og Grøndahl., 2017). I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) benevner helsepersonellet tiden som den største hindringen i vurdering og oppfølging av ernæringsstatus, etterfulgt av kompetanse og ressurser. De fleste av helsepersonellet ønsker mer kunnskap i ernæringsarbeid. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostisering, behandling og oppfølging. Ved å ta i bruk sin kompetanse, skal sykepleiere kunne forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende

med demens (Fjørtoft, 2016). Ifølge Birkeland og Flovik (2018) er personalet og kompetansen deres den viktigste ressursen i hjemmesykepleien. Det må være tilstrekkelig med bemanning og kompetanse blant personalet for å dekke brukernes behov og sørge for forsvarlig oppfølging (Fjørtoft, 2016). Manglende vurdering av ernæringsstatusen kan altså tyde på at det skyldes manglende kunnskaper hos helsepersonellet. Likevel kan en del av årsaken til manglende vurdering være mangel på rutiner, systemer, og skriftlige prosedyrer som burde være kjent for de ansatte og følges i praksis (Birkeland & Flovik, 2018). I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) kommer de fram til at det burde utarbeides skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatusen. De poengterer også at det finnes rutiner, men at de burde gjøres bedre kjent, og at opplæring av helsepersonell burde være en prioritet. Kartlegging av ernæringsstatus burde være en etablert rutine (Aagaard, 2017).

Kunnskap og kompetanse kan utvikles både med sykepleiers erfaringer og teoretisk kunnskap (Kristoffersen, 2017). Noe som kan oppleves som en utfordring er at sykepleiere kan ha ulikt kunnskapsnivå om ernæring og eldre, og ulike erfaringer. For å kunne sette inn tidlig tiltak, burde sykepleier ha kunnskap om ernæring og utvikling av ernæringsstatus (Sjøen & Thoresen, 2016). Sykepleierne i studien til Landmark, et al., (2014), oppgir ressursmangel som en utfordring for å forebygge underernæring hos eldre. Studien påpeker også at det er viktig at personalet har kunnskap om eldre sitt ernæringsbehov dersom de skal kunne forebygge underernæring hos eldre. Vi tenker at det er viktig at sykepleier har kunnskap om Eldres behov for optimal ernæring da det er ulikt fra andre pasientgrupper som barn og voksne.

«Med utgangspunkt i at eldre generelt er en sårbar gruppe, da aldri assosieres med en tilbakegang på en rekke fysiologiske områder som kan påvirke ernæringsstatusen, er det særlig viktig at personalet, som skal ivareta de gamles ernæringsbehov, har kunnskap om disse forhold for å forebygge underernæring hos eldre» (Landmark, et al., 2014).

Resultatene i studien til Laque, et al., (2004), samsvarer med hva Helsedirektoratet skriver om ernæringstilskudd. Gjennom sine studier har de funnet ut at næringsdrikker kan forbedre ernæringsstatusen. Disse inneholder store mengder energi og næringsstoffer i et lite volum. I tillegg til de positive resultatene med en forbedret ernæringsstatus poengterer de også at brukerne aksepterte tilskuddet bra. Helsedirektoratet anbefaler også næringsdrikker når matinntaket blir for lite. Ved rutinemessig bruk av næringsdrikker vil det forbedre ernæringsstatusen, minske risikoen for komplikasjoner og gi bedre helse for eldre og underernærte. For mange er det enklere å drikke enn å spise når matlysten er dårlig, men før næringsdrikker blir introdusert er det flere andre ernæringstiltak som burde prøves ut (Helsedirektoratet, 2016). Vi anser det viktig at sykepleier er orientert om næringsdrikker og at dette kan forbedre ernæringsstatusen, men at det også må prøves ut andre tiltak før næringsdrikker, det kan være å kartlegge underliggende faktorer.

Helsepersonelloven skal bidra til sikkerhet for pasienter og sikre kvalitet i helsetjenesten og bidra til befolkningens tillit til helsepersonell. Det er krav til helsepersonellet om at de opptrer faglig forsvarlig. Relatert til ernæringsarbeid mener vi at helsepersonellet skal vurdere brukerne og deres ernæringsstatus og komme med passende tiltak, eller at de skal innhente bistand med den nødvendige kompetansen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019)

Å ha kjennskap til brukeren er viktig ifølge studien til Johansson, et al., (2017a), og for å kunne finne passende tiltak ved underernæring krever det at sykepleier har kjennskap til

brukeren og hans individuelle situasjon. Dette gjelder også måltidene. Mat som serveres skal være så kjent som mulig for individet, og da kan man anta at det er viktig at sykepleier har kjennskap til brukeren og hva de liker å spise. Det må tas hensyn til brukerens matvaner, døgnrytme og egne ønsker (Birkeland & Flovik, 2018). Dette gjelder også i kartlegging av ernæringsstatusen til brukeren. Det er viktig at de ansatte som foretar kartleggingen har hatt kontakt med brukeren over tid og har kjennskap til brukeren (Birkeland & Flovik, 2018). Ifølge studien til Johansson, et al., (2017b) kan individualisert omsorg forbedre ernæringsstatusen. Å utøve individualisert omsorg til brukerne kan ses i sammenheng med kjennskap til brukerne, da sykepleier må være kjent med brukeren for å kunne gi individualisert omsorg. Det kan være en utfordring at brukerne får besøk av flere ulike ansatte som ikke har kjennskap til brukeren.

Tid er det som oftest blir trukket frem som en avgjørende faktor for å kunne sørge for god omsorg som er tilpasset den enkelte (Fjørtoft, 2016), samtidig som tiden også påvirker andre områder. De som får bistand fra hjemmesykepleien skal få hjelp til å mestre hverdagen, som forutsetter at de får nødvendig helsehjelp og de grunnleggende behovene blir dekket (Fjørtoft, 2016). For sykepleier kan dette bli krevende, og føre til en følelse av for lite tid. Spesielt i matsituasjoner kan dette være vanskelig, slik at behovet for prioritering må være bevisst. Å skulle sikre tilstrekkelig ernæring vil nemlig kreve en del tid, spesielt dersom maten skal tilberedes, eller en må være tilstede under måltidet (Birkeland & Flovik, 2018). Det blir en utfordring for sykepleier å vite om brukere med demens har spist maten som ble satt frem, dersom det ikke er tid til å sitte sammen under måltidet. Sett i betraktning blir dette et tidspress for sykepleierne. At tiden skal begrense forebyggende arbeid og behandling er en uheldig situasjon for sykepleier. Det er tydelig at vurdering og kartlegging av ernæringsstatus er viktig men også tidkrevende arbeid. Det burde derfor legges til rette for at brukerne som trenger ekstra oppfølging og oppmerksomhet får dette, da vi anser dette som en viktig del av forebyggingen av underernæring.

5.2.3 Selvstendighet og medbestemmelse

At det er en sammenheng mellom daglig funksjon og ernæring, kommer frem i studien til Droogsma, et al., (2013) og Johansson, et al., (2017b). Droogsma, et al., (2013) mener at det er en sammenheng mellom ernæringsstatus og daglig funksjon. På den ene siden forverrer nedsatt kognitiv funksjon ernæringsstatusen, og på den andre forverrer underernæring den kognitive funksjonen. Dette samsvarer med studien til Johansson, et al., (2017b), som sier at nedsatt kognitiv funksjon øker risikoen for underernæring.

Kognitiv funksjon kan ses i sammenheng med daglig funksjon, da den kognitive funksjonen virker å ha en betydning for den daglige funksjonen. Har en bruker dårlig kognitiv funksjon, vil sannsynligvis den daglige funksjonen også være påvirket.

Å leve med en demenssykdom kan føre til problemer med å få utført vante, daglige gjøremål. Det påvirker opplevelsen av mestring av dagliglivet og personens hjelpebehov (Fermann & Næss, 2014). Helsepersonellet i hjemmesykepleien skal alltid fokusere på å ivareta brukerens autonomi og selvbestemmelsesrett (Birkeland & Flovik, 2018). Selv om egenskaper og symptomer som sviktende hukommelse går igjen ved demens sykdommen, er det likevel behov for at sykepleier er kjent med hvordan sykdommen kan fremtre forskjellig fra person til person (Birkeland & Flovik, 2018). Hjelpebehovet vil dermed være svært ulikt ut fra brukerens funksjonsnivå.

Funksjonsnivået til brukeren bestemmer i stor grad hvor selvstendig de kan være (Fjørtoft, 2016), og ved kognitiv svikt kan brukeren bli mindre selvstendig og oppleve problemer med å håndtere hverdagslivets utfordringer og krav (Skovdahl & Berentsen, 2014). Svekkelse i den kognitive funksjonen kan medføre at brukeren ikke har evne til å ta selvstendige avgjørelser. Dersom brukeren blir fratatt muligheten til å ta selvstendige valg, krenkes brukeren som menneske (Skovdahl & Berentsen, 2014). Vi anser det derfor som en viktig oppgave at sykepleier fremmer selvstendighet for å kunne forebygge underernæring til eldre hjemmeboende med demens. Fjørtoft (2016), understreker at vi har alle rett til å ta selvstendige valg om hvordan vi ønsker å leve livet vårt.

Mennesker med demens har behov for et omsorgstilbud som blir tilpasset individets livssituasjon og deres funksjonsnivå (Fjørtoft, 2016). Å bevare brukerens evner og funksjoner slik de kan leve et så godt liv som mulig er viktig. Å fjerne faktorer i omgivelsene som påvirker funksjonsevnen på en negativ måte er sentralt, og noen av de faktorene kan være stress eller mangel på stimuli (Skovdahl & Berentsen, 2014). For å kunne leve et selvstendig liv på egne premisser, skal brukeren kunne ha innflytelse på beslutninger som angår han (Fjørtoft, 2016). Henderson mener at sykepleiers mål og hensikt er å hjelpe enkeltmennesker til å gjenvinne sin selvstendighet når det gjelder å utføre gjøremål som ivaretar de grunnleggende behovene (Kristoffersen, 2017).

I studien til Johansson, et al., (2017a) kommer det frem at måltidsituasjonene burde utføres på en slik måte at brukerens uavhengighet blir bevart, og at sykepleiere fokuserer på ressursene og ikke hindringene til brukeren. Sykepleier burde tilby støtte på en slik måte at brukeren fortsatt er selvstendig, som kan gjøres ved at sykepleier er tilstede, kommer med forslag og gir instruksjoner, men ikke tar over. Å fremme selvstendighet kan gjøres ved å inkludere brukeren i tilberedning av måltidet og inkludere de i handling av matvarer. Det er viktig at de føler at de kan bidra og være ansvarlig. Ifølge studien kan dette føre til at brukerens evne til å spise selvstendig fremheves. Ut fra dette mener vi at dersom sykepleier fremmer brukerens evner og ressurser i behandlingen, kan tiltakene som iverksettes fungere bedre. Tiltakene burde derfor tilpasses ut fra den kognitive funksjonen, på en slik måte at selvstendighet blir fremmet.

I studien til Rognstad, et al., (2013) kommer det fram at de som foretar matinnkjøpene sine selv har mindre sannsynlighet for å være underernærte. Å tilby brukerne bistand i mathandelen, kan bidra til at brukeren selv får bestemme hva han ønsker å spise, samtidig som integritet og verdighet blir ivaretatt. At sykepleier tilbyr brukeren å delta i matinnkjøpene sine selv, kan forebygge underernæring da det både fremmer medbestemmelsen og at brukeren selv får plukke ut varer som er innbydende. Brukeren har rett til brukermedvirkning, og har da mulighet til selvbestemmelse i møte med helsepersonell. Mennesker med demens er en gruppe som kan ha vanskeligheter med å leve opp til kravet om brukermedvirkning (Fjørtoft, 2016).

Autonomiprinsippet er nedfelt i lovens form, og gir brukerne flere juridiske rettigheter (Kristoffersen & Nortvedt, 2017). I §3-1 i lov om pasient og brukerrettigheter står det at

«tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Brukere som har samtykkekompetanse skal tas med i beslutningsprosesser. Medvirkning og samtykke er viktige prinsipper i behandling, men det kan være vanskelig å realisere når brukeren har en kognitiv svikt som kan gjøre at han ikke forstår hva de ulike behandlingsoalternativene dreier seg om, og hvilke konsekvenser de forskjellige alternativene har (Ranhoff, 2014). I §4-3 i lov om pasient og brukerrettigheter står det at:

«Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Sykepleieren har som regel fagkunnskaper om sykdom, behandling og pleie som brukeren ikke alltid har forståelse for eller har forutsetninger for å forstå (Kristoffersen & Nortvedt, 2017). Det er tenkelig at dette kan oppleves som en utfordring for sykepleier, dersom brukeren ikke er enig med sykepleier om behandlingen. Ved uenigheter mellom bruker og sykepleier om behandling, kan det føre til at sykepleier overtar og krenker medbestemmelsen. Det er da viktig å fokusere på å fremme en god dialog og godt samarbeid, dette blir avgjørende for at brukerne får oppleve kontroll over egen situasjon (Fjørtoft, 2016). Sykepleier har også et ansvar i å støtte brukerne slik at de får utøvet sin medbestemmelsesrett (Skaug, 2017). Å informere bruker grundig og dele fagkunnskaper som sykepleier har, anser vi som et godt tiltak for at brukeren skal få ivareta sin rett til medvirkning, samtidig som han får den hjelpen han trenger. Dette fremmer både medvirkning og forebygging mot underernæring. Når brukeren får mulighet til å ha direkte innflytelse på pleien og behandlingen, kan effekten av tiltakene øke.

6 Konklusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens. Eldre med demens er særlig utsatt for underernæring samt at de ofte utfyller flere av risikofaktorene.

Mini Nutritional Assessment og Ernæringsjournalen har vist seg å være raske og enkle kartleggingsverktøy, og ved bruk av disse kan sykepleier vurdere ernæringsstatus samt identifisere risikofaktorer. Kartlegging bør gjennomføres på alle som blir innlagt i hjemmesykepleien, deretter månedlig eller tidsmessig etter faglig vurdering. Ernæringskartlegging burde være en del av faste rutiner og krever at sykepleier anvender sin kompetanse, og har kjennskap til brukeren. Dette er tidkrevende arbeid hvor tid og ressurser ikke alltid strekker til. Det er viktig at sykepleier fremmer både selvstendighet og medbestemmelse for å fremme muligheten brukeren har til å ha direkte innflytelse på pleien og behandlingen. Svekkelse i den kognitive funksjonen kan føre til utfordringer for sykepleier da brukeren ikke alltid har forståelse for nødvendigheten med behandlingen. Da er det viktig med god informasjon, dialog og et godt samarbeid mellom sykepleier og bruker.

For at sykepleier skal kunne bidra i forebyggingen av underernæring hos eldre hjemmeboende med demens er det viktig med vurdering og kartlegging av ernæringsstatusen, gode rutiner, at sykepleier anvender sin kompetanse, har kjennskap til brukeren, og fremmer selvstendighet og medbestemmelse i samarbeid med brukeren.

Anbefalinger for videre forskning:

Under arbeidet med bacheloroppgaven, oppdaget vi at det var begrenset med kvalitativ forskning om forebygging av underernæring hos eldre hjemmeboende med demens, med sykepleieperspektiv. Vi tror at ved å fokusere mer på å skape mening og forståelse av sykepleiers opplevelser hos disse brukerne, vil sykepleier forbedre kjennskap til brukernes behov og utfordringer, slik at tiltakene blir bedre tilrettelagt den enkelte.

7 Referanser

- Aagaard, H. (2017). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie bind 2* (ss. 191-242). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017). Routines in the community nursing services for assessing nutritional status. *Sykepleien Forskning*.
- Bertelsen, A. K. (2017). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (ss. 321-343). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Birkeland, A., & Flovik, A. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geiatrisk sykepleie* (ss. 301-315). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Devik, S. A., & Olsen, R. M. (2018, November). *Omsorgsbiblioteket*. Hentet fra Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunen: https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2583947/Underernæring%20og%20pasientsikkerhet.pdf?sequence=3&isAllowed=y&fbclid=IwAR1v_qCqThh3ODUaWqpt88x7ICKKkH6FFuOCMzPq0EoGwFZnX6ATVUHmiNI
- Droogsma, E., Van Assel, D., Scholzel-Dorenbos, C., Van Steijn, J., Van Walderveen, P., & Van Der Hoof, C. (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 and Aging*, ss. 606-610.
- Evans, D. (2002, April). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), ss. 22-26.

Fermann, T., & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (ss. 238-264). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 12 02). *Demensplanen 2020*. Hentet fra Et mer demensvennlig samfunn:
https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, Oktober 1). *Lovdata*. Hentet fra Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven):
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, Mars 1). *Lovdata*. Hentet fra Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven):
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>

Helsedirektoratet. (2016, Juni 14). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Tiltak når matinntaket blir for lite: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/tiltak-nar-matinntaket-blir-for-lite>

Helsedirektoratet. (2017, November 27). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Ernæring og oral helse ved demens:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/ernaering-og-oral-helse-ved-demens>

Isaia, G., Mondino, S., Germinara, C., Cappa, G., Aimonino-Ricauda, N., Bo, M., . . . Massaia, M. (2011, januar 13). Malnutrition in an elderly demented population living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, ss. 249-251.

Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B., & Christensson, L. (2017). Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home. *Dementia*, ss. 835-852.

- Johansson, L., Wijk, H., & Christensson, L. (2017, Januar 20). Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, ss. 292-298.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 295-348). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 237-294). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 15-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleie-kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie 1* (ss. 139-191). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleierverdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie bind 1* (ss. 89-138). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Landmark, B. T., Gran, S. V., & Grov, E. K. (2014, Januar 16). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk Sygepleje*, ss. 4-14.
- Langballe, E. M., & Evensen, M. (2011, Mars). *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/eldre-i-norge-pdf.pdf>
- Lauque, S., Arnaud-Battandier, F., Gillette, S., Plaze, J.-M., Andrieu, S., Cantet, C., & Vellas, B. (2004). Improvement of weight and fat-free mass with oral nutritional supplementation in patients with Alzheimer's disease at risk of malnutrition: A prospective randomized study. *American Geriatrics Society*, ss. 1702-1707.

Lerdal, A. (2012, februar 17). *Sykepleien*. Hentet fra Artikkelveiledning:
<https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel>

Bilde hentet fra: Matvarehuset. *Matvarehuset*. Hentet fra Matomsorg:
<https://www.matvarehuset.no/matomsorg/> Rettigheter til bruk av bilde innhentet
12.05.2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. *NTNU*. Hentet fra Databases:
https://bibsyst-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/dbsearch?query=any,contains,&tab=jsearch_slot&vid=NTNU_UB&lang=en_US&offset=0&databases=letter,S

Norsk senter for forskningsdata. (2019). *Norsk senter for forskningsdata*. Hentet fra
Publiseringskanaler: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. *Norsk sykepleierforbund*. Hentet fra Sykepleie - et selvstendig
og allsidig fag: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

Ranhoff, A. H. (2014). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H.
Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (ss. 225-237). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring
hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien forskning*, ss. 298-
307.

Sjøen, R., & Thoresen, L. (2016). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal
akademisk.

Skaug, E.-A. (2017). Kroppspleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H.
Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie 2* (ss. 45-86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K.
Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (ss. 408-437). Oslo: Gyldendal
Akademisk.

Sykepleien forskning. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning>

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 - Søkeshistorikk

| Søkeord | Dato | Database | Antall treff | Leste abstracter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---------------|------------|----------------------|--------------|------------------|----------------|---|
| Underernæring | 13.12.2019 | Sykepleien forskning | | | | |
| Demens | | | 29 | 2 | 1 | 1 Rognstad MK, Brekke I, Holm E, Lindberg C, Lühr, N (2013) |

| Søkeord | Dato | Database | Antall treff | Leste abstracter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---------------|------------|----------------------|--------------|------------------|----------------|--|
| Underernæring | 17.01.2020 | Sykepleien forskning | | | | |
| Hjemmeboende | | | 25 | 3 | 1 | 1 Aagaard H, Grøndahl VA (2017) |

| Søkeord | Dato | Database | Antall treff | Leste abstracter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|--|------------|--------------|--------------|------------------|----------------|--|
| Dementia (S1) | 23.03.2020 | Medline Ovid | 162 243 | | | |
| Malnutrition (S2) | | | 120 465 | | | |
| S1 AND S2 | | | 908 | | | |
| Avgrensninger: Full text Structured abstracts | | | 75 | 9 | 5 | 1 Laque S, Arnaud- Battandier F, Gilette S, Plaze JM, Andrieu S, Cantet C, Vellas B (2004) |

| Søkeord | Dato | Database | Antall treff | Leste abstracter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---|------------|-----------------|--------------|------------------|----------------|---|
| Dementia (S1) | 03.04.2020 | Cinahl Complete | 67 485 | | | |
| Malnutrition (S2) | | | 17 689 | | | |
| Nutritional status (S3) | | | 20 860 | | | |
| Homecare (S4) | | | 1054 | | | |
| Community care (S5) | | | 3696 | | | |
| S2 OR S3 (S6) | | | 33 560 | | | |
| S1 OR S4 OR S5 (S7) | | | 72 016 | | | |
| S6 AND S7 | | | 694 | | | |
| Avgrensninger: 2009-2020 Full text English Europe, UK, Ireland | | | 158 | 25 | 13 | 2 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. (2012) Johansson L, Wijk H, Christensson L (2017) |

| Søkeord | Dato | Database | Antall treff | Leste abstracter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---|------------|-----------------|--------------|------------------|----------------|--|
| Older adults (S1) | 17.04.2020 | Cinahl Complete | 61 107 | | | |
| Elderly (S2) | | | 105 068 | | | |
| Nutrition (S3) | | | 128 604 | | | |
| Malnutrition (S4) | | | 17 685 | | | |
| Nourishment (S5) | | | 15 934 | | | |
| Homecare (S6) | | | 1052 | | | |
| Dementia (S7) | | | 67 468 | | | |
| Home health (S8) | | | 31 900 | | | |
| S1 OR S2 OR S3 OR S4 (S9) | | | 287 501 | | | |
| S5 OR S6 OR S7 OR S8 (S10) | | | 114 779 | | | |
| S9 AND S10 | | | 31 899 | | | |
| Avgrensninger: 2009-2020 Full text English Norwegian Danish 65 +, 80+ Europe | | | 607 | 17 | 7 | 1 Landmark BT, Gran, SV, Grov Ek (2014) |

| Søkeord | Dato | Database | Antall treff | Leste abstracter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|--|------------|----------------|--------------|------------------|----------------|---|
| Malnutrition | 20.04.2020 | Science Direct | | | | |
| Dementia | | | | | | |
| Home | | | 3959 | | | |
| Avgrensninger: 2009-2020 Research articles | | | 919 | 23 | 9 | 1 Isaia G, Mondino S, Germinara C, Cappa G, Aimonino-Ricauda N, Bo M, Isalia GC, Nobili G, Massaia M. (2011) |

| Søkeord | Dato | Database | Antall treff | Leste abstracter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---|------------|---------------------|--------------|------------------|----------------|---|
| Dementia | 04.05.2020 | Sage Journal Online | | | | |
| Nutrition | | | | | | |
| Elderly | | | | | | |
| Home | | | 1910 | | | |
| Avgrensninger: 2009-2020 Research article | | | 570 | 5 | 3 | 1 Johansson L, Björklund A, Sidenvall B, Christensson L (2017) |

8.2 Vedlegg 2 - Litteraturmatriser (8 stk.)

Litteraturmatrise 1

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans for sykepleiepraksis |
|---|---|--|--|--|---|
| <p>Isaia G, Mondino S, Germinara C, Cappa G, Aimonino-Ricauda N, Bo M, Isalia GC, Nobili G, Massaia M. (2011).</p> <p>Malnutrition in an elderly demented population living at home.</p> <p>Archives of Gerontology and Geriatrics.</p> <p>Vol.nr 53, Utg.nr 3., 249-251.</p> <p>DOI: 10.1016/j.archger.2010.12.015</p> | <p>Hensikten med studien er å undersøke og rapportere risikoen for underernæring for pasienter som har kognitiv svikt og som fremdeles bor hjemme, samt undersøke tidlig oppdaging av underernæring hos denne pasientgruppen.</p> | <p>Malnutrition</p> <p>Elderly demented patients</p> <p>Mini nutritional assessment (MNA)</p> <p>Neuro-psychiatric inventory (NPI)</p> | <p>Det ble gjennomført en observasjonsstudie på 130 pasienter som ble rammet av kognitiv svikt og fått oppfølging på poliklinikk for demens fra april til september 2005 i Italia.</p> <p>Inklusjonskriterier: tilstedeværelse av kognitive forstyrrelser, fravær av bevissthetsforstyrrelser og andre systemiske sykdommer som kan føre til kognitive forstyrrelser, samt de som rapporterte om lav inntekt, for å ekskludere underernæring pga. fattigdom. Demografisk data, tidligere og nylige kliniske data og sosioøkonomisk data ble samlet og evaluert av en lege med minst 5 års erfaring med denne pasientgruppen. Ved bruk av MNA ble ernæringsstatus vurdert. Så ble kognitiv status, tilstedeværelse og atferdsproblem undersøkt (MMSE og NPI). Data ble statistisk analysert for å finne kontinuerlige og kategoriske variabler.</p> | <p>Resultat: nivået av kognitiv svikt er relatert til ernæringsstatus, pasienter med mild kognitiv svikt viste en lavere gjennomsnittlig MNA-score enn pasienter med større svikt. Det var også en sammenheng med hvor god hjelp pasientene hadde fra pårørende, og om pasientene får helsehjelp eller ikke. De med bistand fra helsepersonell, hadde mindre risiko for å bli underernært enn de som ikke hadde det.</p> <p>Konklusjon: å foreta en tidlig evaluering av ernæringsstatus hos denne pasientgruppen kan forhindre underernæring og være til hjelp i behandlingen av ernæringsrelaterte problemer, selv hos eldre demente som fremdeles bor hjemme.</p> | <p>Denne artikkelen er relevant for bacheloroppgaven fordi den tar for seg risikoene og tidlig identifisering av ernæringsmessige problemer for brukere med demens som fortsatt bor hjemme. Den tar for seg kartleggingsverktøyet MNA, som er mest brukt hos denne pasientgruppen. Den viser også at den kognitive funksjonen har noe å si på ernæringsstatus, og at brukerne som får bistand fra helsepersonell har mindre risiko for underernæring.</p> |

Litteratormatrise 2

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans for sykepleiepraksis |
|--|--|---|--|--|---|
| <p>Droogsma E, Van Asselt D.Z.B., Scholzel-Dorenbos C.J.M., Van Steijn J.H.M., Van Walderveen P.E., Van Der Hoof C.S. (2012).</p> <p>Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status.</p> <p>The Journal of Nutrition, Health and Aging.</p> <p>Vol.nr 17, Utg.nr 7., 606-611.</p> <p>DOI: 10.1007/s12603-013-0032-9</p> | <p>Hensikten med studien er å vurdere forekomsten av underernæring basert på kartleggingsverktøyet MNA, og sammenhengen mellom ulike faktorer til underernæring hos eldre beboere med nylig diagnostisert Alzheimers sykdom.</p> | <p>Alzheimer's disease</p> <p>Community-dwelling</p> <p>Nutritional status</p> <p>Cross-sectional study</p> | <p>Det ble gjennomført en retrospektiv tverrsnittstudie med 312 pasienter med nylig diagnostisert Alzheimer fra 65 år og eldre. Fra diagnosen ble stilt samlet et tverrfaglig team informasjon i 10 år om sosiodemografiske egenskaper og data fra ulike kartleggingsverktøy om ernæringsstatus, kognitiv funksjon, funksjonell status og atferd. Egenskapene hos de god ernæring pasientene ble sammenlignet med egenskapene hos pasientene med risiko for underernæring. Det ble utført en lineær regresjonsanalyse for å vurdere effekten av ulike faktorer på ernæringsstatus.</p> | <p>Resultat: 14,1% av pasientene hadde risiko for underernæring, disse hadde dårligere daglig funksjon i forhold til de med god ernæring.</p> <p>Konklusjon: Graden av svekkelse i daglig funksjon er uavhengig relatert til ernæringsstatus, og det bør derfor inkluderes vurdering av ernæringsstatus i den omfattende vurderingen av pasienter med Alzheimer.</p> | <p>Denne artikkelen er aktuell i denne bacheloroppgaven da den tar for seg hvilke faktorer som kan spille inn hos brukere med risiko for underernæring. Funnene viser at nedsatt daglig funksjon har en sammenheng med ernæringsstatus, og at det derfor er nødvendig å vurdere ernæringsstatus hos brukere med nylig diagnostisert Alzheimer, slik at de med risiko for underernæring blir oppdaget, og at en dermed kan arbeide forebyggende for å unngå underernæring.</p> |

Litteraturmatrise 3

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans for sykepleiepraksis |
|---|---|---|---|---|--|
| <p>Rognstad MK, Brekke I, Holm E, Linberg C, Lühr N (2013).</p> <p>Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens.</p> <p>Sykepleien Forskning</p> <p>Vol.nr 4, Utg.nr 8., 298-307.</p> <p>DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0137</p> | <p>Hensikten er å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt som får bistand av hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo.</p> <p>To forskningsspørsmål blir stilt: I hvilken grad forekommer underernæring blant eldre hjemmeboende pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt? Hvilke risikofaktorer for underernæring peker seg ut som særlig sentrale hos denne utsatte pasientgruppen?</p> | <p>Eldre</p> <p>Ernæring</p> <p>Demens</p> <p>Hjemmesykepleie</p> | <p>En tverrsnittstudie fra fire utvalgte bydeler i Oslo, med kartlegging ved hjelp av spørreskjema ble utført på 138 menn og 307 kvinner fra 67 år og oppover med demenssykdom eller kognitiv svikt for å kartlegge ernæringsstatus hos denne pasientgruppen. Samt at de hadde en skår på 3-5 på IPLOS med variabelen «hukommelse», som vil si at de har fra middels til fullt behov for bistand.</p> | <p>Resultat: studien viser at underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt og demenssykdom. Omkring halvparten av pasientene var underernært eller sto i fare for underernæring. Det å være kvinne og ha problemer med matinntaket viser seg å være en viktig risikofaktor for underernæring.</p> <p>Konklusjon: resultatene i studien viser at det er avgjørende at helsepersonell og pårørende er kjent med risikofaktorene for underernæring. Nødvendige tiltak må iverksettes på et tidlig stadium for å forhindre alvorlig underernæring og sykdom som følge av dette.</p> | <p>Denne artikkelen er relevant for bacheloroppgaven fordi den tar for seg forekomsten av underernæring, og spesielt er forskningsspørsmål to relevant for oppgaven, da det handler om hvilke risikofaktorer som peker seg ut. Funn her viste at spesielt kvinner med problemer med matinntaket var utsatt for underernæring, og at det er viktig at sykepleier er kjent med risikofaktorene slik at tiltak kan bli iverksatt før brukeren utvikler underernæring.</p> |

Litteratormatrise 4

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans for sykepleiepraksis |
|--|--|---|---|--|---|
| <p>Landmark BT, Gran, SV, Grov EK (2014).</p> <p>Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen.</p> <p>Klinisk Sygepleje.</p> <p>Vol.nr 28, Utg.nr 1., 4-14.</p> | <p>Hensikten med studien er å vurdere ernæringsstatus og få kunnskap om risikoen for underernæring ved hjelp av Ernæringsjournalen. Følgende forskningsspørsmål er stilt: Hva er forekomsten av underernæring etter Helsedirektoratets KMI-kriterier hos eldre over 67 år innlagt i sykehjem og/eller som mottar hjemmesykepleie daglig, hva er frekvensen for rapporterte ernæringsmessige problemer hos eldre innlagt i sykehjem og/eller mottar hjemmesykepleie daglig, og 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 gjennomført en studie med beskrivende design i form av punktprevalensundersøkelse hvor data ble samlet inn med en måneds intervall, på 532 pasienter fra 67 år og oppover som var innlagt på sykehjem eller mottok hjemmesykepleie. Data om pasientens høyde, vekt, KMI og kliniske data som er relevante for ernæringsstatus ble vurdert, Helsedirektoratets ernæringsjournal (Ernæringsjournalen) ble benyttet for å kartlegge ernæringsstatus hos pasientene.</p> | <p>Resultat: 50% av pasientene hadde lavere KMI enn Helsedirektoratets anbefaling, og 30% ble rapportert som underernært. Pasientene med manglende matlyst, nedsatt evne til å tygge og/eller svelge hadde betydelig lavere KMI enn pasientene som ikke led av disse problemene. Eldre som mottar hjemmesykepleie har gjennomsnittlig høyere KMI enn eldre i institusjon.</p> <p>Konklusjon: forekomsten av underernæring hos eldre i institusjon og som mottar hjemmesykepleie er 30%, og det er en klar sammenheng mellom KMI-verdien og nedsatt matlyst, tann/tygge/svelgeproblemer og behov for assistanse i matsituasjoner. Det er behov for kompetansehevende tiltak for å styrke pasientens ernæringsstatus og helsepersonells kompetanse i kartleggingen av ernæringsstatus. Ernæringsjournalen virker som et godt egnet kartleggingsverktøy, og bør anvendes regelmessig, men at det likevel er behov for en klinisk vurderingskompetanse og etiske betraktning blant helsepersonellet.</p> | <p>Denne artikkelen er relevant for bacheloroppgaven fordi den fokuserer på kunnskapene om ernæringsstatus for personer som mottar hjemmesykepleie. Det kommer frem at 30% av brukerne var underernærte, og konkluderer med hva som må til for å kunne forebygge og behandle dette, blant annet ved å styrke helsepersonells kompetanse innen eksempelvis klinisk vurderingskompetanse.</p> |

Litteratormatrise 5

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans for sykepleiepraksis |
|---|---|--|---|---|---|
| <p>Johansson L, Björklund A, Sidenvall B, Christensson L (2017)</p> <p>Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home.</p> <p>Dementia.</p> <p>Vol.nr 16, Utg.nr 7., 835-852.</p> <p>DOI: 10.1177/1471301215619083</p> | <p>Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive gjennom helsepersonellets synspunkter om hvordan måltider for personer med demens som fremdeles bor hjemme kan forbedres.</p> | <p>Community care</p> <p>Content analysis</p> <p>Dementia</p> <p>Food provision</p> <p>Mealtime</p> <p>Nutrition</p> <p>Older people</p> | <p>En kvalitativ beskrivende studie ble gjennomført fra 2011-2012 gjennom fire fokusgruppeintervjuer med ansatte som arbeider i hjemmet til personer med demens. Data ble analysert ved hjelp av induktiv innholdsanalyse</p> | <p>Resultat: bruk av personsentrert tilnærming og å imøtekomme de individuelle behovene er svært viktig ved måltidsrelatert omsorg til denne pasientgruppen. Kunnskapsbasert planlegging hvor underliggende årsaker til ernæringsproblem og kjennskap til både pasient og pårørende var en betydelig faktor. Deling og refleksjon av erfaringer og kunnskap ser ut til å hjelpe personalet til å identifisere måter å håndtere komplekse situasjoner på, og dermed øke kunnskapene.</p> <p>Konklusjon: omsorg til denne pasientgruppen bør baseres på de individuelle behovene i stedet for generelle tiltak. Kvaliteten på hjemmetjenesten kan forbedres når en personsentrert tilnærming blir brukt, ved at personer med demens kan være uavhengig og bo hjemme i lengre tid. Individualisert omsorg kan være kostbart, men dersom eldre blir underernært og innlagt på sykehus eller sykehjem, kan dette bli dyrere.</p> | <p>Denne artikkelen er aktuell for bacheloroppgaven fordi den tar for seg hvordan måltider for personer med demens kan forbedres. Hovedfunnet viser at individualisert omsorg er betydelig, og at refleksjon og deling kan hjelpe helsepersonellet med å håndtere behandlingen, og dessuten øke kunnskapene. Kjennskap til brukeren er derfor betydelig, og dette blir viktige tiltak i denne oppgaven.</p> |

Litteratormatrise 6

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans for sykepleiepraksis |
|---|---|--|--|---|--|
| <p>Johansson L, Wijk H, Christensson L (2017).</p> <p>Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program.</p> <p>The Journal of Nutrition, Health and Aging.</p> <p>Vol.nr 21, Utg.nr 3., 292-298.</p> <p>DOI: 10.1007/s12603-016-0737-7.</p> | <p>Hensikten med studien er å undersøke resultatet av endring i kroppsvekt assosiert med bruk av en strukturert forebyggende pleieprosess blant personer med demens som ble vurdert i risiko for underernæring eller er underernærte. Den forebyggende omsorgsprosessen inkluderer vurdering, analyse av underliggende årsaker, utførte handlinger og utfall.</p> | <p>Nursing process</p> <p>Nutrition assessment</p> <p>Quality improvement</p> <p>Registers</p> | <p>Det ble gjennomført en analyse av data fra SA (Senior Alert), med et pre- og postdesign på 1912 pasienter med demens fra 65 år og eldre som bodde i vanlige boliger eller spesielle bolig i Sverige som var registrert i SA og demenskvalitetsregisteret Svedem. SA måler ernæringsstatusen ved hjelp av MNA-SF, SGA, SALAR, hvor kroppsvekten ble målt ved baseline og i oppfølgingen (7-106 dager). Frekvenser, prosent, medianer, interkvartilverdier, midler og standardavvik ble brukt for å samle data.</p> | <p>Resultat: 74,3% av pasientene var underernært eller hadde risiko for å utvikle underernæring. Disse ble registrert i alle trinnene i den forebyggende omsorgsprosessen, som gjorde at kroppsvekten økte fra baseline til oppfølgingen. Hos de som ikke ble fullstendig registrert ble det ikke funnet noen økning i kroppsvekt.</p> <p>Konklusjon: å gå frem med en strukturert tilnærming og bruke alle trinnene i den forebyggende omsorgsprosessen ser ut til å forbedre ernæringsstatusen til personer med demens som er underernært eller i risiko for underernæring. Dette kan bidra til utvikling av den evidensbaserte praksisen hos denne pasientgruppen.</p> | <p>Denne artikkelen er relevant for bacheloroppgaven fordi den viser at ved å bruke den forebyggende omsorgsprosessen kan en forebygge og behandle brukere med demens som bor hjemme som enten er underernært eller er i risiko for å bli underernært, ved å gjennomføre en vurdering, analysere de underliggende årsakene, utføre handlinger og vurdere utfallene av disse.</p> |

Litteratormatrise 7

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel- begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans for sykepleiepraksis |
|--|---|--|--|---|---|
| <p>Laque S, Arnaud-Battandier F, Gilette S, Plaze JM, Andrieu S, Cantet C, Vellas B (2004).</p> <p>Improvement of Weight and Fat-Free Mass with Oral Nutritional Supplementation in Patients with Alzheimer's Disease at Risk of Malnutrition : A Prospective Randomized Study.</p> <p>Journal of The American Geriatrics Society.</p> <p>Vol.nr 52, Utg.nr 10., 1702-1707.</p> <p>DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52464.x</p> | <p>Hensikten med studien var å studere effekten av ernæringstilskudd på kroppsvekt, kroppssammensetning, ernæringsstatus og erkjennelse hos eldre pasienter med Alzheimers sykdom som var underernærte eller hadde risiko for underernæring. Følgende hypoteser ble testet: er ernæringstilskudd godt akseptert, kan det forhindre eller behandle underernæring som er vurdert med MNA, kan det forbedre kognitiv funksjon og redusere avhengighet og sykelighet (sykehusinnleggelse, brudd, trykksår, institusjonalisering)?</p> | <p>Malnutrition</p> <p>Nutritional supplements</p> <p>Alzheimer's disease</p> <p>Fat-free mass</p> | <p>Det ble gjennomført en prospektiv, randomisert, kontrollert studie på 91 pasienter med Alzheimer på geriatriske avdelinger og omsorgssenter, 65 år og eldre med risiko for underernæring evaluert av MNA. Pasientene ble delt i to grupper, intervensjonsgruppen (46 pasienter) som fikk 3 måneder med ernæringstilskudd, og kontrollgruppen (45 pasienter) som fikk vanlig pleie. Vekt, kroppssammensetning (evaluert ved røntgenstråle-absorptiometri med dobbel energi), kognitiv funksjon, daglige aktiviteter, spiseatferd og kostholdsinnntak evaluert i begynnelsen av studien, deretter etter 3 og 6 måneder.</p> | <p>Resultat: mellom begynnelsen av studien og 3 måneder forbedret energi- og proteininntaket betydelig i intervensjonsgruppen, som resulterte i betydelig økning i vekt og den fettfrie massen, men det ble ikke funnet signifikante endringer i kognitiv funksjon eller biologiske markører. Etter avslutningen av ernæringstilskuddet opprettholdt intervensjonsgruppen den ernæringsmessige fordelingen etter 3 måneder.</p> <p>Konklusjon: 3 måneder med ernæringstilskudd forbedret kroppsvekten betydelig, samtidig som det er en praktisk og effektiv behandling som pasientene godtok. Det viser også at omsorgspedagogisk utdanning er en viktig faktor for å opprettholde ernæringsstatusen til pasienter med Alzheimer. Dessuten kan regelmessig kurs i ernæringstilskudd opprettholde og forbedre ernæringsstatus til denne pasientgruppen.</p> | <p>Denne artikkelen er relevant for bacheloroppgaven fordi funnene i studien viser at tilførsel av ernæringstilskudd til pasienter med Alzheimer har betydelig effekt på kroppsvekten, samtidig som at det er en effektiv måte å forebygge og behandle underernæring. Artikkelen handler om brukere med Alzheimer, men vil likevel være aktuell for flere demensdiagnoser, da de tar for seg samme problemer og målinger som ved andre demenssykdommer.</p> |

Litteratormatrise 8

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans for sykepleiepraksis |
|--|--|---|--|--|---|
| <p>Aagaard H, Grøndahl VA (2017). Routines in the community nursing services for assessing nutritional status. Sykepleien Forskning. Vol.nr 12. DOI: 10.4220/Sykepleienf. 2017.61219</p> | <p>Hensikten med studien er å vurdere hvordan ledere og helsepersonell så tidlig som mulig kan oppdage ernæringsmessig risiko i vurderingen av pasientenes ernæringsstatus, og sette i gang målrettede tiltak.</p> | <p>Undernutrition Nutritional status Community nursing services Quantitative study</p> | <p>Det ble gjennomført en kvantitativ tverrsnittstudie, omfattende i to delstudier: en blant ledere i sykepleietjenestene i samfunnet, og en blant helsepersonellet. Ved hjelp av et strukturert spørreskjema ble data samlet inn, hvor totalt 485 personer svarte på skjemaet (273 ledere, 212 helsepersonell). Spørsmålene var basert på resultat fra en tidligere undersøkelse om mat og måltider i sykehjem, men spørsmålene ble tilpasset til gjeldende sykepleietjenester. Spørreskjemaet ble også evaluert av to ernæringsfysiologer.</p> | <p>Resultat: 67% av lederne og 37% av helsepersonellet var kjent med Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer. 88% av lederne og 80% av helsepersonellet ønsket bedre kompetanse om ernæringsstatus. Lederne vurderte kunnskap, tid og ressurser som de tre største utfordringene for vurdering og oppfølging av ernæringsstatus, noe som i stor grad stemmer overens med helsepersonellens vurdering, som satte tiden som den største hindringen fulgt av kunnskap og ressurser. Konklusjon: det bør utarbeides skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus i kommunene. Retningslinjene er tilgjengelig, men det er behov for at de blir bedre publisert, samt at opplæring av disse og kunnskaper om ernæring til helsepersonellet, bør være et prioritert tema.</p> | <p>Denne artikkelen er relevant for bacheloroppgaven fordi den tar for seg hvilke utfordringer som kan oppstå ved vurdering og oppfølging av brukernes ernæringsstatus, og hva som må til for å forbedre dette. Selv om artikkelen ikke handler spesifikt om brukere med demens, kan sykepleiere fortsatt møte på de samme utfordringene som med brukere med andre sykdommer.</p> |

