

Anonym

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens?

Antall ord: 7688
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Anonym

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens?

Antall ord: 7688
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Over 100 000 mennesker i Norge lever med demens per i dag og mest sannsynlig vil dette dobles innen 2050. Over halvparten er hjemmeboende og får hjelp fra hjemmesykepleien. Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet og øker dødelighet. Ved å forebygge underernæring, kan man spare både penger, ressurser og unødvendig lidelse for pasienter i framtiden.

Hensikt: Er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie hvor åtte forskningsartikler ble valgt og analysert.

Resultat: Underernæring er kjent hos hjemmeboende eldre med demens siden de har mange utfordringer f.eks. svelge- og tyggeproblemer, redusert spiseferdighet, dårlig tannhelse, redusert beslutningsevne/evne til å huske å spise, kapasitet/evne til å handle mat på butikken og å lage mat selv, samt aldersforandringer. Kartlegging, oppfølging, vurdering og individrettede tiltak er noen av de handlinger som sykepleier iverksette for å forebygge og behandle underernæring.

Konklusjon: Det er viktig at sykepleier er kjent med de risikofaktorene hos hjemmeboende eldre med demens slik at de kan iverksette tiltak så tidlig som mulig for å forebygge og forhindre alvorlig underernæring og annen sykdom relatert til dette. Sykepleier trenger mer kunnskap, tid, ressurser og rutiner for å gjennomføre bedre kartlegging, oppfølging og vurdering av ernæringsstatus hos brukere. Individrettede tiltak f.eks. tilberedning av måltider, tilrettelegging i spisesituasjonen, samspising, fleksibilitet i matombringing og hjelp til munnstell er noen av de gode tiltakene.

Nøkkelord: Demens, ernæring, hjemmeboende

Abstract

Background: More than a 100,000 people in Norway live with dementia today and it will most likely double by 2050. More than 50% of them live at home and receive help from home nursing. Malnutrition increases the risk of complications, reduces resistance to infections, worsens physical and mental function, reduces the quality of life and increases mortality. Preventing it can save both money, resources and unnecessary suffering for patients in the future.

Purpose: Is to shed light on how nurses can help prevent malnutrition in elderly people living at home with dementia.

Method: This thesis is a systematic literature study whereby eight research articles were selected and analyzed.

Result: Malnutrition is a known issue in elderly people living at home with dementia because they have many challenges e.g. swallowing and chewing problems, reduced eating ability, poor dental health, reduced decision-making ability / ability to remember to eat, capacity / ability to buy food in the store and to cook themselves as well as age-related changes. Mapping, follow-up, assessment and individual-oriented measures are some of the actions that a nurse can implement to prevent and treat malnutrition.

Conclusion: It is important that the nurse is aware of the risk factors in elderly people living at home with dementia so that they can implement measures as early as possible to prevent serious malnutrition and other illness related to this. Nurses needs more knowledge, time, resources and routines to carry out better mapping, follow-up and assessment of nutritional status in users. Individual-oriented measures e.g. preparation of meals, adaptation to the eating situation, eating together, flexibility in food delivery and help with oral care are some of the good measures.

Keywords: Dementia, nutrition, living at home

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1. Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Teori	6
1.2.1 Demens	6
1.2.2 Ernæring og underernæring hos eldre.....	7
1.2.3 Virginia Hendersons behovsteori	8
1.2.4 Sykepleiers rolle i hjemmesykepleien.....	8
1.3 Problemstilling	10
1.3.1 Avgrensning av problemstilling	10
Kapittel 2. Metode	11
2.1 Beskrivelse av metode	11
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
Tabell 2.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
2.3 Søkehistorikk/søkestrategi	12
Tabell 2.3.1. Søketablell	13
2.4 Vurdering / utvelging av artikler	15
2.5 Analyse	15
Kapittel 3. Resultat	16
3.1. Artikkelmatrise	16
Tabell 3.1.1. Artikkelmatrise	16
3.2 Risiko faktorer og årsaker til underernæring	19
3.3 Sykepleiers kunnskap og tid	19
3.4 Kartlegging, observasjoner og vurdering	20
3.5 Individrettede tiltak	21
Kapittel 4. Diskusjon	22
4.1 Identifisering av risikofaktorer for underernæring hos personer med demens	22
4.2 Sykepleiers kunnskap, tid og ressurser knyttet til ernæring	24
4.3 Kartlegging, oppfølging og vurdering	26
4.4 Individrettede tiltak	28
4.5 Konklusjon	29
Referanseliste	30

Tabeller

Tabell 2.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
Tabell 2.3.1. Søketablell	13
Tabell 3.1.1. Artikkelmatrise	16

Kapittel 1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Per i dag er det over 100 000 mennesker i Norge som lever med demens og antallet vil mest sannsynlig dobles innen 2050 (Nasjonalforeningen, 2021). Over halvparten av dem er hjemmeboende (Dahm, et al., 2011 referert i Skovdahl & Berentsen, 2014). I Norge får brukere av hjemmetjenester dårligere ernæringsoppfølging enn beboere på sykehjem. Dette er fordi åtte av ti brukere av helsetjenester i hjemmet ikke er risikovurdert (Statistisk sentralbyrå, 2019).

I Nasjonal faglig retningslinje står det at «Kommunen skal vurdere risiko for underernæring og/eller feilernæring, samt forebygge og følge opp eventuell underernæring og/eller feilernæring hos mottakere av helse- og omsorgstjenestene, herunder personer med demens.» (Helsedirektoratet, 2019).

Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesensen og gir økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2020). Ved å gjøre ekstra innsats hos pasienter som ennå ikke har uttalt ernæringsproblem, kan man derfor spare både penger, ressurser og unødvendig lidelse for pasienter i framtiden (Birkeland & Flovik, 2018).

Jeg ønsker å avgrense temaet til et sykepleieperspektiv. Som sykepleier skal vi ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Vi har også ansvar for sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Underernæring er et ganske kjent problem og får lite fokus i kommune-helsetjeneste. På bakgrunn av erfaring med praksis og jobb hos hjemmetjenesten, ser jeg at det er mange utfordringer sykepleiere og andre helsepersonell har som er relatert til underernæring hos hjemmeboende eldre med demenssykdom. Dette er bl.a. tidspress, manglende kunnskap om ernæring og bruk av kartleggingsverktøy av ernæringstilstand.

1.2 Teori

1.2.1 Demens

Ifølge Skovdahl & Berentsen (2014) er demens fellesbetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. De som rammes av denne sykdommen, kommer til å forverre seg og bli dårligere og dårligere og vil være hjelpetrengende til slutt (Skovdahl & Berentsen, 2014). Sykdommen utvikler seg langsomt og kan ikke kureres. Det fleste pasienter med demens dør i løpet av en tiårsperiode etter at de har fått diagnose, enten på grunn av selve demensen eller andre årsaker (Folkehelseinstituttet, 2021). WHO's Internasjonale system ICD-10 er det som blir brukt for å identifisere graden av demens i

Norge (Skovdahl & Berentsen, 2014). Demens kan deles i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulære demens og sekundære demenssykdommer. I primærdegenerative demenssykdommer er det vanlige at det skjer snikende og kan være der en stund før den blir oppdaget. Her skjer det gradvis ødeleggelse av hjerneceller og kan deles i tre undergrupper: Alzheimers sykdom, frontotemporal og Lewylegemedemens og Parkinsons sykdom med demens (Skovdahl & Berentsen, 2014).

1.2.2 Ernæring og underernæring hos eldre

Ifølge Brodtkorb (2014) henger ernæringsstatus og helse sammen. Hun sier at optimal ernæringsstatus kan fremme vekst og utvikling, bidra til å opprettholde god helse og daglige aktiviteter og beskytter kroppen mot sykdom og skader (Brodtkorb, 2014). Eldre sitt kaloribehov er 20-30% mindre enn en ung voksen (Dehlin & Rundgren, 2000 referert i Brodtkorb, 2014). De har også mindre behov for fett og karbohydrater samt protein, men behovet for vitamin og mineraler skal være det samme. Gjennomsnittlig daglig ernæringsbehov hos eldre er 25 kcal/kg og hvis man er passiv bør inntaket ikke ligge under 24 kcal/kg kroppsvekt (Sortland, 2012 referert i Brodtkorb, 2014).

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring defineres underernæring som «en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og – funksjon, samt klinisk resultat» (Helsedirektoratet, 2013).

Underernæring og feilernæring er ganske vanlig hos eldre mennesker fordi de har lav energiomsetning som gjør at de også spiser mindre (Aagaard, 2016). Flere studier både norske og internasjonale viser at hjemmeboende eldre er i risiko for å bli underernært (Birkeland & Flovik, 2018). Det finnes mange årsaker til underernæring og de kan være komplekse og kombinasjoner av flere ting, men den viktigste årsaken er ofte sykdomsrelatert underernæring (Birkeland & Flovik, 2018). Hos pasienter med demenssykdom kan årsaken til underernæring være at de glemmer å spise og drikke. De mister også eller har redusert sult-, tørste- og metthetsfølelse eller redusert forståelse av behovet for å få seg næring. Enkelte pasienter har også forstyrret appetitt og spiseadferd (Skovdahl & Berentsen, 2014). Redusert matinntak f.eks., nedsatt appetitt, dårlige tenner, svekket smak og syn og forstoppelse er også nevnt (Aagaard, 2016). Andre årsaker til underernæring hos eldre kan være en kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak som kan bidra til tap av både fett og muskelvev. Ensomhet, alvorlig somatisk sykdom, stort medisinforbruk, sår og diaré er også noen av de risikofaktorer for utvikling av underernæring (Brodtkorb, 2014).

Rapportene fra Helsetilsynet i 2010 om ernærings situasjonen til hjemmeboende med demenssykdom viser at det var flere avvik i form av manglende oppfølging, skriftlige rutiner og dårlig styring samt manglende dokumentasjon og oversikt over hvordan ernæringsarbeidet blir gjennomført (Birkeland & Flovik, 2018). Mowé et al. (2006) sin studie viser at kompetansen til ansatte, prioriteringer, tidsmessige og økonomiske ressursrammer samt deres holdninger til ernæring og mat har betydning for ernæringsstatus hos pasienter som mottar hjemmetjenester (Mowé et al., 2006 referert i Birkeland & Flovik, 2018).

Regjeringen har introdusert «God og riktig mat hele livet» en nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre. Denne strategien er i tråd med St. Meld. 15 (2018-2019) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. Hovedmålet er «å bidra til å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring blant eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester» (Regjeringen.no, 2021, s. 7).

«Feil- og underernæring», «manglende systematisk oppfølging», «for lite kunnskap og kompetanse» og «manglende individuell tilpasning» er de fire hovedutfordringer som regjeringen vil sette søkelys på (Regjeringen.no, 2021, s. 11).

1.2.3 Virginia Hendersons behovsteori

Virginia Hendersons behovsteori handler om sykepleierens ansvar for å ivareta menneskets grunnleggende behov når dets egne ressurser ikke er tilstrekkelige, mangler kunnskap, krefter eller vilje til å utføre daglige aktiviteter som fremmer god helse på grunn av sykdom og helsesvikt. Hun identifiserer de grunnleggende behov som: «mat, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av være til nytte og av gjensidig samhörighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng» (Henderson, 1961 referert i Kristoffersen, 2016, s. 36-37). «Å spise og drikke tilstrekkelig» er det tredje punkt i Hendersons grunnleggende sykepleieprinsipp og er derfor knyttet til sykepleiers ansvar til å ivareta pasientens ernæring. Henderson nevner også flere ganger at enkelte pasienter har krav på en individualisert pleie og omsorg (Henderson, 1961 referert i Kristoffersen, 2016).

1.2.4 Sykepleiers rolle i hjemmesykepleien

En av sykepleieoppgavene er å tilrettelegge og sikre at pasienten får dekket sitt behov for væske og ernæring (Aagaard, 2016). For å vurdere ernæringsstatus hos en pasient bør sykepleier gjøre en grundig kartlegging. Dette kan være gjennom intervju der man skal spørre pasienten om hans livssituasjon og sykehistorie samt kliniske observasjoner og undersøkelser. Kostintervju kan være nyttig der sykepleier kartlegger tidspunkt for måltidene, hvilke type mat og drikke, hvor mye de spiser, om de har noen allergier og hva de liker og ikke liker å spise (Aagaard, 2016). Det er viktig å kartlegge pasientens munnhelse der man undersøker munntørrhet, munnsårhet og tyggeproblemer. Noen har problemer med dårlig tannstatus og dårlig tilpasset protese og enkelte pasienter har også problemer med å svelge, også kalles dysfagi. Hjemmesykepleien må også ha gode rutiner for observasjon av brukerens matinntak og ernæringsstatus. De skal også sørge for at brukeren får kosttypen de trenger (Aagaard, 2016).

I hjemmesykepleiens ernæringsarbeid innebærer praktisk tilrettelegging av måltider i samarbeid med selve pasienter og pårørende. Det er mange utfordringer i ernæringsarbeid siden målet er at pasienten skal være mest mulig selvstendig og ivareta pasientens autonomi, men samtidig ser man at helseutfordringer oppstår f.eks. redusert appetitt og vekttap spesielt hos pasienter med demenssykdommer (Helsedirektoratet, 2010 referert i Birkeland & Flovik, 2018). Å få oversikt over pasientens ernæringsstatus er viktig for å utarbeides en tilrettelagt ernæringsplan. En viktig oppgave for sykepleiere er å utvikle

fleksible rutiner og systemer som gjør at det er mulig å ivareta den enkelte pasients individuelle ernæringsbehov (Brodtkorb, 2014).

Sykepleier har også ansvar for å veilede og lede hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter i ernæringsarbeidet (Brodtkorb, 2014). Sykepleier kan veilede de i hvordan de kan lage maten sammen med brukere som har behov for støtte, eller tilberede mat for personer som er ikke i stand til å gjøre dette selv (Aagaard, 2016). De skal samarbeide med pasienter og pårørende f.eks. i hvordan de skal fordele ansvar med hvem som skal handle mat og følge opp pasientens ernæringsinntak (Brodtkorb, 2014).

Tverrfaglig samarbeid er også nødvendig. Hjemmesykepleien bør samarbeide med fastlegene som skal vurdere ernæringsstatus hos hjemmeboende pasienter, eventuelt kan en time hos fastlegen være nødvendig om pasienter står i fare for å utvikle underernæring (Helsedirektoratet, 2010 referert i Birkeland & Flovik, 2018). De skal også samarbeide med ernæringsfysiologer som har spesiell kompetanse i å kartlegge ernæringsstatus og vurdere enkeltpasienters ernæringsbehov. Logoped kan konsulteres når det handler om pasientens tygge- og svelgeproblemer og tannlege eller tannpleier når det gjelder munn- og tannproblemer (Brodtkorb, 2014).

Devik & Olsen (2018) har skrevet en oppsummering av kunnskap om Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. Der har de listet opp noen tiltak for å forebygge underernæring og sortert i hovedkategoriene: «1) Kartlegging av ernæringsmessig risiko, 2) Individrettede tiltak, 3) Kompetansehevende tiltak, 4) Organisatoriske tiltak og 5) Tiltakspakker for forebygging og behandling av underernæring gjennom pasientsikkerhetsprogrammet» (Devik & Olsen, 2018, s. 1).

1.2.4.1 Kartlegging og bruk av forskjellige ernæringsverktøy

Det er viktig med tidlig identifisering av problemene for at sykepleier kan iverksette forebyggende tiltak overfor pasienter som er utsatt for underernæring (Kruizenga et al., 2005 referert i Aagaard, 2016). I Norge er det krav om at alle kommunene skal dokumentere brukeres ernæringsstatus i IPLOS (lovbestemt helseregister for kommunale helse- og omsorgstjenester) fra januar 2016 (Alhaug et al., 2015 referert i Aagaard, 2016).

Helsetilsyn har vist at det mangler en innarbeidet og kjent praksis for å vurdere ernærings-status hos nye brukere i mange kommuner (Helsetilsynet, 2013 og Stortinget, 2018-2019 referert i Regjeringen.no, 2021).

Aagaard & Grøndahl (2017) sin studie viser at 67% av ledere og 37% av helsepersonellet kjenner til Helsedirektoratets retningslinjer og en av tre respondenter svarte at hjemmesykepleien har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus. De mener også at skriftlige prosedyrer bør utarbeides for å vurdere ernæringsstatus i kommunene og at det viktig å gjøre retningslinjene kjent og sørge for at helsepersonell får opplæring i bruken av dem (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester har laget et prosjekt hvor de har brukt «ressursperson» som et virkemiddel som handler om å «Implementere prosedyrer og kartleggingsverktøy for å forebygge underernæring og behandle ernæringsvikt i sykehjem og hjemmetjenester» (Utviklingscenter.no, 2020).

Det finnes forskjellige verktøy som sykepleier og helsepersonell kan benyttes til å kartlegge ernæringstilstanden til pasienter. Det er blant annet Nutritional Risk Screening (NRS 2000), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Subjective Global Assessment (SGA), Ernæringsjournalen og Mini Nutritional Assessment (MNA) (Aagaard, 2016, Helsedirektoratet, 2012). «Matkortet» er også nevnt som et spesielt kostskjema som kan brukes til hjemmeboende eldre pasienter (Aagaard, 2016).

1.2.4.2 Individrettede tiltak

Sykepleier og helsepersonell trenger kompetanse i vurdering og kartlegging, utredning, bestilling og utførelse av ernæringsoppfølging for at pasienter og brukere som har behov for ulike ernæringstiltak og tilrettelegging av måltider, får et individuelt tilpasset tilbud (Regjeringen.no, 2021).

Det er viktig å ta hensyn til pasienten og brukeres fysiologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og religiøse behov og ønsker, for at tiltak skal gi god effekt eller ikke føre til forverring av ernæringsproblemer. Undersøkelsen viser også at «manglende muligheter til samspising, fleksibilitet i mat - ombringing eller hjelp til munnstell, tilberedning av mat, individuell veiledning eller tilrettelegging i spisesituasjonen kan føre til at maten ikke blir spist» (Regjeringen.no, 2021, s. 15).

I hjemmesykepleien er det ganske utfordrende å kartlegge hva og hvor mye pasienten spiser og drikker, siden de ikke er der hele tiden for å kontrollere dette. Det kan hende også at de glemmer hvordan man bruker bestikk eller hvordan man fører maten fra tallerken til munnen og derfor trenger man å få hjelp til å spise (Helsedirektoratet, 2012).

Praktiske tips kan være f.eks., «å sørge for god belysning, ro og lite støy, å ha fargekontraster på dekketøy og underlag, og fargekontraster på maten som ligger på tallerkenen og å unngå pådekking som skaper «uro», som blomstrete duk og servietter kombinert med mønstrete dekketøy» (Helsedirektoratet, 2012, s. 201).

1.3 Problemstilling

På grunnlag av bakgrunnshistorien har jeg valgt følgende problemstilling: *"Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens?"*

1.3.1 Avgrensning av problemstilling

Denne oppgaven skal avgrenses til aldersgruppen 65 år og eldre som har mild og moderat demenssykdom. Pasienten bor i eget hjem eller i omsorgsbolig fra kommunene. De klarer seg hjemme enten alene eller sammen med sine pårørende og får bistand fra hjemmesykepleien.

Kapittel 2. Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Ifølge Dalland er systematisk litteraturstudie en studie hvor man skal hente data fra fagkunnskap, forskning og teori som er allerede eksisterende (Dalland, 2017). Faglitteraturbøker, kunnskap fra godkjente nettsider og fagfelleverderte forskningsartikler relatert til tema ble også benyttet, samt inspirasjon fra tidligere bacheloroppgaver.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg har valgt å sette inklusjons- og eksklusjonskriterier i en tabell som skal hjelpe med å finne relevante forskningsartikler til problemstillingen min. Her står det hvilke kriterier som kommer til å bli inkludert i oppgaven samt hvilke kriterier som ikke kommer til å bli inkludert:

Tabell 2.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfelleverderte forskningsartikler	Ikke fagfelleverderte artikler
IMRAD – struktur	
Artikler med sykepleieperspektiv	Artikler med pasienten- eller pårørendeperspektiv
2011 – dags dato	Artikler eldre enn 2011
Engelske og norske artikler	Andre fremmedspråklige artikler
Hjemmeboende brukere	
Pasienter med mild og moderat demens	Pasienter med alvorlig demens

2.3 Søkehistorikk/søkestrategi

I denne delen skal jeg i tabellform vise hvilke databaser som ble benyttet for å finne forskningsartikler og vise hvilke ord som ble brukt i søkene; hvordan artikler ble valgt, antall treff, og artikler fra de ulike databaser.

Databaser Cinahl, PubMed og SveMed+ ble brukt til å finne relevant forskning. Helsedirektoratet, lovdata, helsebiblioteket, sykepleien forskning og andre godkjente nettsider har også blitt tatt i bruk for å finne relevant informasjon og fagkunnskap som er relatert til denne oppgaven og blir benyttet i teoridel.

Ordene «Nutrition» AND «Dementia» ble brukt til å søke på Cinahl og SveMed+ og ordene «Nutrition» AND «Dementia» AND «Home» på PubMed. På manuelsøk på sykepleieforskning.no, har ordet «Nutrition» ble brukt. Deretter har søk blitt begrenset til forskningsartiklene slik at de er ikke eldre enn 10 år, er fagfellevurdert og er skrevet bare på engelsk og norsk.

Først og fremst har jeg sett gjennom trefflista og vurdert hva er formålet med studien er og om det passer til mitt formål. Videre ble tittel og sammendrag sjekket tema/problemstilling gått gjennom og om de tilhører de inklusjons og eksklusjonskriterier og hvilket år er artikkelen fra (Bibliotek for medisin og helse, 2021, lysark 21).

Utfra de resultatene har jeg gått gjennom tittel på artiklene og lest abstrakt av de artikler som kunne vært relatert til denne oppgaven. Mange av de artiklene ble ekskludert ettersom de fleste av de, spesielt på databasen Cinahl ikke var relevant og er inkludert i eksklusjonskriteriene. De handlet også om enten eldre personer på sykehjem eller i sykehus, parenteral ernæring, personer med alvorlig demens eller at de var review-artikler. I tillegg svarte de ikke på problemstillingen min i denne oppgaven.

Tabell 2.3.1. Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	17.04.21	S1.	(MH "Nutrition+") OR "nutrition"		229,749	
		S2.	(MH "Dementia+") OR "dementia"		91,014	
		S3.	S1 AND S2		2,673	
		S4.	S1 AND S2	Full Text, Peer Reviewed Published Date: 2011-2021	531	3

Inkluderte artikler:

- A. Johansson, L., Wijk, H., & Christensson, L. (2017). *Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program*. Journal of Nutrition, Health & Aging, 21(3), 292–298. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7>
- B. Lea, E. J., Goldberg, L. R., Price, A. D., Tierney, L. T., & McInerney, F. (2017). *Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study*. Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 26(23–24), 5169–5178. <https://doi.org/10.1111/jocn.14066>
- C. Nell, D., Neville, S., Bellew, R., O’Leary, C., & Beck, K. L. (2016). *Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers’ perceptions*. Australasian Journal on Ageing, 35(4), E1–E6. <https://doi.org/10.1111/ajag.12307>

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	17.04.21	S1.	Dementia		23,260	
		S2.	Nutrition		70,091	
		S3.	Home		19,223	
		S4.	S1 AND S2 AND S3	Full text; Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review; In the last 10 years English, Norwegian	41	2

Inkluderte artikler:

D. Roque, M., Salva, A., & Vellas, B. (2013). Malnutrition in community-dwelling adults with dementia (NutriAlz Trial). *The journal of nutrition, health & aging*, 17(4), 295–299. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0401-9>

E. Salva, A., Andrieu, S., Fernandez, E., Schiffrin, E., Moulin, J., Decarli, B., Rojano-I-Luque, X., Guigoz, Y., & Vellas, B. (2011). *Health and nutrition promotion program for patients with dementia (NutriAlz): Cluster randomized trial*. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(10), 822–830. <https://doi.org/10.1007/s12603-011-0363-3>

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
SveMed+	17.04.21	S1.	Dementia, Nutrition	Peer reviewed	10	1

Inkluderte artikler:

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

Manueltsøk	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Sykepleien Forskning	17.04.21	S1.	Nutrition		93	
		S2.	Nutrition	2015-2021	50	2

Inkluderte artikler:

G. Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016). *Screening og nutritional risk among older persons*. *Sykepleien Forskning (Oslo)* 11(2) (148-156). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692en>

H. Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017). *Nutritional status assessment – a professional responsibility in community nursing*. *Sykepleien Forskning (Oslo)* 12(61797):(e-61797). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797en>

2.4 Vurdering / utvelging av artikler

Det ble kvalitetssikret ved å sjekke om utvalgte artikler var publisert i et fagfelleverdert tidsskrift og var vitenskapelig. Troverdighet ble sjekket ved å se på om forfatterens institusjonstilknytning kom tydelig frem. Det ble også sjekket om de følger IMRAD-struktur (Introduction, Methods, Results, Discussion) (Bibliotek for medisin og helse, 2021, lysark 21). Gyldighet og pålitelighet ble vurdert ved å se på hvordan studiene er gjennomført, hvem og hvor mange hadde deltatt og om det var brukt faglig skjønn. For å se nøyaktighet ble det sjekket om artiklernes forskningsmetoder var godt beskrevet og om de viste til annen forskning. Til slutt ble det sjekket om artiklene hadde en god og variert litteraturliste (Bibliotek for medisin og helse, 2021, lysark 21).

Fire av artiklene var kvalitative og fire var kvantitative studier. I tillegg ble det avgrenset på søk slik at artikler ikke var eldre enn 10 år for å sikre at informasjon og data var oppdatert. Jeg har også sikret at artiklene hjelper til med å svare på problemstillingen min «Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens?».

2.5 Analyse

I analysearbeidet mitt har jeg valgt å bruke Evans' (2002) analysemodell hvor han presenterer analyseprosessen i fire faser. Første fase er «innsamling av data» (Evans, 2002). Her ble det samlet inn åtte artikler som var søkt fram gjennom en systematisk prosess og vurdert ut fra inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier og hele søkeprosessen. Oppgaven er en systematisk litteratur studie, men siden det er et begrenset antall ord man kan benytte, ble det valgt å ekskludere andre tema som kunne vært inkludert om det ikke noen slik begrensning. Andre fase er «identifisering av hovedfunn» (Evans, 2002). I denne fasen har jeg lest gjennom resultatene fra hver enkelt artikkel nøye og markert de interessante funnene som er relevante for min problemstilling. I tillegg ble resultatene skrevet og presentert i en artikkelmatrise i resultatdel. I tredje fase blir funnene sammenlignet og sortert i kategorier på tvers av studiene (Evans, 2002). Her blir likheter og ulikheter identifisert i resultater på tvers av studiene og de funn som er sammenfallende blir samlet i hovedtema. I fjerde fase blir det beskrevet og vist de resultater som tilhører sammen for hvert hovedtema (Evans, 2002).

Kapittel 3. Resultat

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1.1. Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>A. <i>Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program.</i></p> <p>Johansson, L., Wijk, H., & Christensson, L. (2017)</p> <p>Sverige</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke resultat av endring i kroppsvekt assosiert med bruk av strukturert forebyggende pleieprosess blant personer med demens som ble vurdert i risiko for underernæring eller var underernærte.</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>En pre-post-analyse av data fra Senior Alert (SA)</p> <p>1912 deltakere</p> <p>(65 år og eldre registrert i både SA og Svedem)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nutritional kartlegging (Assessment) MNA-SF matinntak, vekttap, mobilitet, psykisk stress, akutt sykdom, nevro-psykologiske problemer og kroppsindeks-masse (KMI) Underliggende årsaker, tiltak og evaluering 	<ul style="list-style-type: none"> Resultatet viser at 20,2% av eldre med demens er underernært og 54.1% stå i risiko for å bli underernært og 25,5% er godt ernært. Bruk av individualisert handlingsplan har påvirkning til å øke ernæringsstatus for personer med demens 	<ul style="list-style-type: none"> Studien nevnte de tiltakene som ble iverksette til å forebygge underernæring hos personer med demens. Ved å benytte den forebyggende pleieprosessen kan ernæringsstatusen til personer med demens som ble vurdert i risiko for underernæring eller underernærte bli bedre.
<p>B. <i>Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study</i></p> <p>Lea, E. J., Goldberg, L. R., Price, A. D., Tierney, L. T. & McInerney, F. (2017)</p> <p>Australia</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke hva personalet i eldreomsorgen vet om daglig mat- og væskeomsorgsbehov hos personer med demens.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semi-strukturerte intervju</p> <p>11 deltakere</p> <p>personalet</p> <p>(9 kvinner, 2 menn)</p> <p>21-67 år gammel</p>	<ul style="list-style-type: none"> Personalet har varierende kunnskap om ernæring, men har kjennskap til de viktige problemene knyttet til mat og væskeinntak. Belyser personalets oppfatninger av gjeldende effektiv praksis for mat og væskeomsorgs-praksis og nevner noen forslag til forbedring. 	<ul style="list-style-type: none"> Studien diskuterte personalets perspektiv på hvordan å forbedre pleiepraksis knyttet til mat og væske hos eldre mennesker med demens. Funn: Personale som jobber med eldre personer med demens trenger mer kunnskap og relevant kurs/utdanning om ernæring.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>C. <i>Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions.</i></p> <p>Nell, D., Neville, S., Bellew, R., O'Leary, C., & Beck, K. L. (2016)</p> <p>New Zealand</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske personalets oppfatninger om faktorer som påvirker gunstig ernæring og hydrering for personer som bor på spesialiserte demensomsorgsenheter i New Zealand</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv studie</p> <p>11 deltakere (omsorgspersonaler)</p> <p>(18 år og eldre)</p> <p>Intervju</p>	<ul style="list-style-type: none"> To tema ble identifisert «It's about the Individual» og «It's About the Environment». For at maten skal appellere, må den vekke interesse eller lyst hos den enkelte. Presentasjon av mat, smak, lukt, variasjon og kulturelt tilpasset mat påvirker matlysten av personer med demens. Effekt av sosial interaksjon 	<ul style="list-style-type: none"> Studien viser at appetitt, matpreferanser, spiseevne, spise miljø, sosiale interaksjoner og andres hjelp til å spise er alle faktorene som påvirker ernæring og hydrering hos personer med demens.
<p>D. <i>Malnutrition in community-dwelling adults with dementia (Nutrialz Trial).</i></p> <p>Roque, M., Salva, A. & Vellas, B. (2013)</p> <p>Spania</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke hvordan kommunale sykepleiere tolker og opprettholder forsvarlig faglig ernæringspraksis med hensyn til kravene satt frem i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Tverrsnittsanalyse av en randomisert klinisk studie (Nutrialz).</p> <p>940 deltakere</p> <p>pasienter tilknyttet demensklinikker</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ifølge MNA var 5.2 % underernærte, 42.6 % i ernæringsmessig risiko og 52.2 % normalt ernært. 3.7% av menn og 5.9% av kvinner var underernærte og 38.9% av menn og 44.3% av kvinner stod i fare for underernæring. 	<ul style="list-style-type: none"> Studien viser de risikofaktorer som fører til underernæring. Resultatene av denne studien kan være nyttige for å få bedre forståelse av det kliniske stadiet før underernæring og å utarbeide strategier for å forsinke eller unngå underernæring.
<p>E. <i>Health and nutrition promotion program for patients with dementia (NutriAlz): Cluster randomized trial.</i></p> <p>Salva, A., Andrieu, S., Fernandez, E., Schiffrin, E., Moulin, J., Decarli, B., Rojano-I-Luque, X., Guigoz, Y., & Vellas, B. (2011).</p> <p>Spania</p>	<p>Hensikten med studien er å vurdere effektiviteten av helse- og ernæringsprogrammet (NutriALz) mot vanlig pleie på funksjonsnivået hos eldre mennesker med demens som bor hjemme.</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Klinge randomisert multisenterstudie</p> <p>946 deltakere med diagnosen Alzheimers.</p> <p>(448 intervensjon og 498 kontrollgruppe)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programmet har ikke noe effekt på aktiviteter i dagliglivet (ADL)/funksjonsstatus hos pasienter med Alzheimers som bor hjemme, men reduserte risiko for underernæring. 	<ul style="list-style-type: none"> Studien viser at bruk av helse- og ernæringsprogrammet (NutriALz) kan være nyttig til å redusere risiko for underernæring hos pasienter med demens som bor hjemme.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>F. Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens</p> <p>Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C. & Lühr, N. (2013)</p> <p>Norge</p>	<p>Hensikten med studien er å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt som får bistand av hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo.</p> <p>To forskningsspørsmål blir stilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>Kvantitativ studie</p> <p>Tverrsnitt studie</p> <p>282 deltakere (80 menn og 202 kvinner)</p> <p>65 år og eldre</p> <p>Kartlegging med brukt av Mini Nutritional Assessment (MNA), daglige aktiviteter, boform, boligtype, innkjøp av mat, bistand og IPLOS-registrering</p>	<ul style="list-style-type: none"> Det viser at cirka halvparten av pasienter og brukere var underernært (40,4%) eller er i fare for underernæring (10,3%). Kvinner med kognitivsvikt er mer i risiko for å være underernærte enn menn som har kognitivsvikt, spesielt de som har problemer med matinntak og dårlig tannstatus. 	<ul style="list-style-type: none"> Studien viser kartlegging av ernæringsstatus hos hjemmeboende eldre og belyser de risiko faktorer som sykepleier og helsepersonell må være klar over. Ved å tilby pasienter/ brukere bistand kan de så sammen hjelpe til med å redusere risiko for underernæring.
<p>G. Nutritional status assessment – a professional responsibility in community nursing</p> <p>Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017)</p> <p>Norge</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke hvordan hjemmesykepleier tolker og opprettholder forsvarlig faglig ernæringspraksis med hensyn til kravene satt frem i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>19 deltakere</p> <p>Sykepleiere som jobber 75% eller mer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ledelsesstøtte er viktig for implementering av systematisk ernæringsmessig screening. Sykepleiere befant seg i spenningsfeltet mellom å bevare hjemmeboernes autonomi, å overholde med anbefalingene for systematisk ernæringscreening og mestring av tidspress 	<ul style="list-style-type: none"> Studien viser at systematiske vurderinger av ernæringsmessig risiko innenfor eksisterende ressurs krever tett samarbeid mellom ledere og ansatte.
<p>H. Screening of nutritional risk among older persons</p> <p>Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016)</p> <p>Norge</p>	<p>Hensikten med studien er å identifisere screeningverktøy som kan bestemme risikoen for underernæring i institusjonaliserte og eldre personer med hjemmesykepleie ved å undersøke gyldigheten, pålitelighet og aksept av verktøy som er identifisert.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Systematisk litteraturstudie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fant fire forskjellige screeningsverktøy (MNA-SF, SNAQ, MST & GNRI) som ble bruk i ni valideringer studier. 	<p>Studien viser at det er lite tilgjengelig forskning som vurderer validitet, pålitelighet og anvendelighet av screeningverktøy for å avdekke risikoen for underernæring hos eldre i langvarige omsorgsfasiliteter og eldre i hjemmet som mottar hjemmetjenester.</p>

3.2 Risiko faktorer og årsaker til underernæring

Ifølge Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr (2013) er underernæring ganske vanlig hos hjemmeboende eldre med kognitiv svikt og demenssykdom. Studien viser også at de fleste pasienter med demens står enten i fare til å være underernærte eller er underernærte. Johansson, Wijk, & Christensson (2017) og Roque, Salva & Vellas (2013) sine studier støtter dette funn.

Lea Goldberg, Price, Tierney & McInerney (2017) studien sier at tygge- og svelgeproblemer, samt potensialet for kvelning er de to problemene som en rekke ansatte er mest bekymret for, ettersom de knytter disse til ikke-planlagte sykehusinnleggelser.

Rognstad et al. (2013) undersøkelsen viser at kjønn, problemer med matinntak på grunn av dårlig tannstatus har påvirkning på pasientens ernæringsstatus. Funn var at «Kvinner har betydelig høyere sannsynlighet for å stå i fare for underernæring eller være underernært sammenliknet med menn» (Rognstad et al., 2013, s. 306). Roque et al. (2013) sin studie har også funnet det samme: at prosentdelen av kvinner som var underernært eller stod i fare for å være underernært var høyere enn menn.

Andre funn i Rognstad et al. (2013) studien er at «Hvem som bidrar ved matinnkjøp har sammenheng med pasientenes ernæringsstatus» (Rognstad et al., 2013, s. 305). De sier at «... pasienter som foretar matinnkjøp selv har betydelig lavere sannsynlighet for å være underernærte enn de som ikke foretar matinnkjøp selv. Det vil derfor være heldig at pasienter med behov for bistand tilbys mulighet til å handle sammen med hjemmehjelpen slik at de selv kan velge mat de gjenkjenner og vil spise» (Rognstad et al., 2013, s. 307).

Roque et al. (2013) studien viser at elementene som er sterkere relatert til underernæring er (dårlig) appetitt/matinntak og hallusinasjoner. De sier også at «Å være avhengig av å spise er en sterkt relatert risikofaktor, mens tilberedning av mat bare er moderat» (Roque et al., 2013, s. 295).

Nell, Neville, Bellew, O'Leary & Beck (2016) studien presenterer to hoved faktorer som påvirker ernæring og hydrering for personer med demenssykdom: Den første handler om individet som innebærer dets appetitt, personlige matpreferenser og spiseevne. Den andre er om spisemiljø, sosiale aspektene og støtte til måltider (Nell et al., 2016).

Johansson et al. (2017) studien har analysert ut fra data fra Senior Alert (SA) tre mest vanlige underliggende faktorer til underernæring. Det første er når pasienter tar mange (mer enn tre) foreskrevne medisiner hver dag, den andre er når pasienter har svekket syn og hørsel og den tredje er når pasienter har redusert humør (Johansson et al., 2017).

3.3 Sykepleiers kunnskap og tid

Lea et al. (2017) sine funn viser at personalet har kjennskap til at vekttap, underernæring, tygge- og svelgevansker og utilstrekkelig hydrering er de viktigste problem knyttet til mat og væske inntak. Studien belyser også at personalet har varierende kunnskap om ernæring

(Lea et al., 2017). Personalet trenger mer kunnskap og utdanning om ernæring, samt muligheter for dem på tvers av roller å møtes for å diskutere endringer («brainstorming»). Denne studien nevnte også personalmangel/lite bemanning og begrenset tid for eldre personer til å fullføre måltidene som andre påvirkende faktorer som kan bidra til dårlig ernæringsstatus og underernæring (Lea et al., 2017).

Tid er også en nevnt i studien til Meyer, Velken & Jensen (2017) der hjemmesykepleiere var kritiske til kommunens utforming av tidsbestemte vedtak i minutter, noe de syntes var faglig begrensende. F. eks. hvis de har oppdraget med å dusje en bruker, spør de ikke om mat før de ser at det er et problem (Meyer et al., 2017). Resultatet av studien var også at «Sykepleierne sto i spenningsfeltet mellom selvbestemmelse til den hjemmeboende, anbefalingene om systemisk ernæringskartlegging og tidspress» (Meyer et al., 2017).

3.4 Kartlegging, observasjoner og vurdering

Meyer et al. (2017) studien sier at hjemmesykepleierne følte at det var utfordrende å vurdere hjemmeboende pasienters inntak av mat og drikke. De er også bekymret for personer med demens som glemmer å spise eller drikke, og mente at det kunne være vanskelig å følge opp med systematiske registreringer når brukere bodde hjemme (Meyer et al., 2017).

Rognstad et al. (2013) studien viser at sykepleier og helsepersonell må ha rutiner for å innhente data relatert til ernæringsstatus til eldre hjemmeboende pasienter med demens som er en sårbar pasientgruppe (Rognstad et al., 2013).

Lea et al. (2017) studien sier at ledelse og kokker uttrykker viktigheten av å observere eldre personers spisemønstre over flere dager, spesielt de som har kommunikasjonsvansker. De mener at viktigheten av kontinuitet i omsorg for å tilrettelegge for disse observasjonene kan være nyttig. Siden dette kan føre til videre oppfølging og observasjoner over pasienter (Lea et al, 2017, s. 5173).

Johansson et al. (2017) studien har brukt MNA Short Form (MNA-SF) mens Rognstad et al (2013), Roque et al. (2013) og Salva, Andrieu, Fernandez, Schiffrin, Moulin, Decarli, Rojano-I-Luque, Guigoz, & Vellas (2011) studiene brukt MNA til å vurdere ernæringsstatus av eldre personer med demens.

Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye (2016) studien fant fire forskjellige screeningsverktøy fra ni validerte studier og identifiserte at MNA-SF er det best egnete screeningsverktøy for å identifisere eldre personer med økt risiko for underernæring. Undersøkelsen viser også at det er lite tilgjengelig forskning som vurderer validitet, pålitelighet og anvendelighet av screeningverktøy for å avdekke risikoen for underernæring hos eldre i langvarige omsorgsfasiliteter og eldre i hjemmet som mottar hjemmetjenester (Gjerlaug et al., 2016).

3.5 Individrettede tiltak

Ifølge Lea et al. (2017) uttrykker personalet at det er nødvendig med noen forbedringer i sammensetning av måltider ved å gjøre maten ernæringsmessig, kulturelt tilpasset, osv. Samtidig bør det være mindre regimentert tidspunkt for måltider, forbedre fysiske og sosiale spisemiljø og øke hydrering. Personalet mente også at hjelpen bør tilpasses til hvert enkelt pasientens behov f.eks. å tilby adaptivt bestikk og tallerkener med kontrasterende farger. Man skal sørge for et stille og mer avslappet samt hyggelig spisemiljø og tilby et sosialspisemiljø (Lea et al., 2017).

Nell et al. (2016) støtter Lea et al. (2017) sine funn. De skriver at presentasjon av mat, smak, lukt, variasjon og kulturelt tilpasset mat påvirker matlysten til personer med demens. De sier at presentasjonen av maten er viktig spesielt for personer med demens fordi de kan ha vanskeligheter med å huske enkelte matemner og derfor skal maten være iøynefallende for å inspirere de til prøve å smake på den. Man må også tilpasse matens konsistens til personers evne til å spise (Nell et al., 2016).

Sosial interaksjon er også nevnt i studien, deltakere sier at den har noen negative og positive påvirkninger på personer med demens når de spiser måltidene (Nell et al., 2016). I Meyer et al. (2017) studien fortalte hjemmesykepleierne at de la vekt på den sosiale betydningen av måltidene når de vurderte måltider for personer med liten appetitt. De mente også at medspising ville være et viktig trivselsskapende tiltak for aleneboende personer som spiste lite (Meyer et al., 2017).

I Johannson et al. (2017) studien har man gruppert handlinger for å forbedre ernæringsstatus hos eldre personer med demens i ti forskjellige kategorier basert på innholdet. De har funnet at de vanligste handlingene utført med pasienter som er underernært eller stod i risiko for å være underernært var kosttilskudd, vektkontroll og spisestøtte (Johannson et al., 2017). Av de ti utførte handlinger ble disse tiltak valgt: «..... justeringer for kulturelle og religiøse behov, tilpasning av mattekstur og reduksjon i fastetid om natten); vektkontroll; spisestøtte (individualisere miljøet etter behov, foreskrive hjelpemidler, skape god sittestilling, veilede og utdanne under måltider eller før); oral helseomsorg, registrering av mat og væske» (Johannson et al., 2017, s. 293-294), siden det er mer relatert til tema og fordi de er også nevnt i andre forskningsartikler som har blitt inkludert i denne oppgaven.

Kapittel 4. Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg diskutere resultatene som ble funnet i forskningsartiklene som ble valgt og teori som ble beskrevet i introduksjonsdelen opp mot min problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens?»

Basert på problemstillingen min og ved gjennomgang av de valgte artiklene og den påfølgende analysen av de, så var det fire tema som viste seg å gjengående i de alle sammen. På bakgrunn av dette valgte jeg å dele diskusjon-/drøftingsdel i fire deler. Første del diskuterer demenssykdom og sammenheng med underernæring samt de andre risikofaktorer for underernæring. Andre del diskuterer sykepleierkunnskap, tid og ressurser knyttet til ernæring. Tredje del handler om kartlegging, oppfølging og vurdering. Fjerde del handler om individrettete tiltak for bedre ernæring. Som avslutning foretar jeg en kort oppsummering og konklusjon.

4.1 Identifisering av risikofaktorer for underernæring hos personer med demens

Det er skrevet ekstensivt om risikofaktorer for underernæring hos personer med demens og de åtte artiklene som utgjorde min studie er i enighet om at demens utgjør en stor risiko. Derimot har de ulike studiene belyst litt ulike faktorer og noen av studiene er heller ikke generaliserbare (Lea et al., 2017, Nell et al., 2016) eller har mer fokus på kartlegging av ernæringsstatus eller andre områder enn å se på risikofaktorer (Gjerlaug et al., 2016, Meyer et al., 2017).

Kvaliteten på studiene var også generelt gode, selv de som var små og av kvalitativ natur og ikke generaliserbare. En av studiene inkluderte heller ikke sykepleiere (Nell et al., 2016) i datainnsamlingen, noe som kan tenkes å ha gitt et mangelfullt bilde av erfaringen og kunnskapsnivået hos personalet. Men studien er uansett ikke generaliserbart på grunn av det lave antall deltakere.

Flere av studiene viste at de fleste eldre med kognitivsvikt og demenssykdom står i fare for å være underernært eller bli underernært (Johansson et al., 2017, Rognstad et al., 2013, Roque et al., 2013). Helsedirektoratet viser til at pasienter med demens har mange utfordringer som er relatert til ernæring. Svelgeproblemer, redusert spiseferdighet relatert til agnosi og apraksi og dårlig tannhelse er også nevnt som utfordringer (Helsedirektoratet, 2019). Lea et. al. (2017), Meyer et. al. (2017) og Rognstad et al. (2013) nevner også disse utfordringene i sine studier. Nell et al. (2016) studien belyser at personalet har kjennskap til disse utfordringene. De ser f.eks. at de gjør at pasienter får problemer med å flytte mat fra tallerken til munn, å tygge og svelge mat, å bruke bestikk, eller å identifisere maten på tallerken (Nell et al., 2016). Sykepleier bør derfor samarbeide med logoped for å hjelpe brukere som har svelgeproblemer. De skal tilpasse matkonsistens ved f.eks. å mose maten, dele i små biter, osv. (Nell et al., 2016). Brukere som har tyggeproblemer må få kontrollert tennene av tannlege eller tannpleier (Aagaard, 2016). Det kan være protese

som passer dårlig eller at de har dårlig munnhygiene som fører til munnsår, munntørrehet eller lignende. En av studiene nevner også at det er stor forskjell mellom antall pasienter med diagnosen Lewy-Body som er underernærte sammenliknet med alle de andre demensdiagnosene i studien (Roque et al., 2013). Det nevner også at dette kan være fordi Lewy-Body demens er kjent for å forårsake tygge-/svelgeproblemer. Gitt dette funnet så er det tenkelig at en av de utpregede årsaksforholdene til underernæring er nettopp dette, men mer forskning burde gjennomføres på dette området.

Personer med demens har også redusert beslutningsevne eller evne til å huske å spise (Helsedirektoratet, 2019, Skovdahl & Berentsen 2014). Dette er en ting sykepleiere er bekymret for, ettersom brukere har en tendens til å glemme å spise og drikke som nevnt i Meyer et. al (2017) studien. Hjemmesykepleien bør derfor tilrettelegge for at pasienten spiser til riktig tid (Helsedirektoratet, 2012). En av studiene nevner at personalet ikke alltid har kjennskap til nyansene i visse problemer f.eks. risiko for urinveisinfeksjon, delirium og fall og sammenhengen disse har med dehydrering (Lea et al., 2017). Studien er ikke generaliserbar, men den viser at demens kan innebære en risiko for dehydrering, selv når man oppholder seg på institusjon.

Aldersforandringer er også en av de utfordringene, slik som f.eks. med lukt- og smakssans, samt dårlig matlyst/appetitt og sultfølelse (Brodtkorb, 2014, Helsedirektoratet, 2019, Roque et. al, 2013). Eldre personer har svakere luktesans og færre smaksløker som gir dårligere smakssans etter flere år. Dette fører til at de har nedsatt appetitt fordi de synes at maten smaker og frister mindre enn før (van Staveren et al., 2002 referert i Brodtkorb, 2014). Dårlig syn eller svekket syn er også nevnt som en utfordring ettersom det fører til at eldre får redusert glede i å spise (Brodtkorb, 2014, Johansson et al., 2017). Sykepleier bør tilby brukere mat og drikke som er fristende. Det vil si at maten skal være god visuell og smake og lukte slik at brukere får vekket appetitt. I tillegg er variasjon og tilpasning etter brukers kultur også viktig for at pasienter skal få interesse i å prøve å spise mat (Brodtkorb, 2014, Nell et al., 2016).

Andre faktorer som også nevnes er at aldersforandring kan være relatert til redusert tørstefølelse, redusert magesekktømming, økt tendens til forstoppelse, osv., som er ganske vanlig hos eldre generelt (Helsedirektoratet, 2019, Skovdahl & Berentsen, 2014). Sykepleier bør iverksette noen tiltak for å hjelpe brukere med disse spesielt med forstoppelse siden dette kan gjøre at de føler seg kvalm, uvel og ikke får lyst til å spise.

Pasientene kan også ha redusert kapasitet/evne til å handle mat på butikken og å lage mat selv (Helsedirektorat, 2019). Rognstad et al. (2013) studien belyser at de brukere som foretar matinnkjøp selv har mindre sannsynlighet for å bli underernært i motsetning til de som får hjelp til handling fra familien eller får praktisk bistand. Videre sier de at risikoen for underernæring kan reduseres ved å gi brukere med behov for bistand tilbud og muligheter til å handle sammen med hjemmehjelpen (Rognstad et al., 2013).

Hjemmetjenesten må sørge for at bruker som trenger hjelp til matstell har tilstrekkelig fersk mat, f.eks. ved å sjekke hva bruker har i kjøleskapet (Aagaard, 2016). Derfor kan man si at hvis brukere ikke har noen pårørende eller ikke har muligheter til å være med og handle i butikken, bør sykepleier og andre helsepersonell hjelpe brukere med å skrive handleliste.

Dette sammenfaller med min egen erfaring i hjemmetjenesten hvor jeg har sett at hjemmesykepleien hjelper brukere med å skrive handleliste og sjekke kjøleskapet sammen med de for å se hva de trenger å bestille på butikken. Brukere får også tilbud om

matombringning fra produksjonskjøkkenet, hvor de kan bestemme hvilke matretter de ville ha som skal leveres hver uke. Likevel noen brukere uttrykker at maten som er tilgjengelig er kjedelig og ofte har samme matvarianter. Det kan tenkes at dette også kan være en grunn til at de har dårlig matlyst og spiser mindre.

Det virker som at kjønn også har noe å si for ernæringsstatus hos eldre personer med demens slik som noen av forskningsartiklene har funnet ut. Sykepleier må være mer oppmerksom når en bruker er en kvinne, siden flere studier påpeker at de er mer utsatt for å være underernært enn menn (Rognstad et al., 2013, Roque et al., 2013). Det større spørsmålet som oppstår er hvorfor det er slike forskjeller mellom kjønn når det kommer til ernæring? Dette temaet er ikke godt forstått og selv om flere av artiklene nevner denne forskjellen, så er det ingen som har noen underbygde årsaker eller anbefaler å se videre på dette som forskningstema. Videre studier er nødvendige på dette området.

Medisinforbruk har blitt nevnt i flere studier som grunn til at pasienter står i risiko for underernæring eller bli underernært (Brodtkorb, 2014, Johannson et al. (2017). Kan det være på grunn av bivirkninger av medisiner eller kan det være relatert til underliggende tilstander de har ettersom de tar medisiner? Sykepleier må i samråd med lege utrede dette og eventuelt begrense bruken av medisin.

Det er viktig at sykepleier og pårørende er kjent med disse risikofaktorene hos pasienter med demens slik at de kan iverksette tiltak så tidlig som mulig for å forebygge og forhindre alvorlig underernæring og annen sykdom relatert til dette (Aagaard, 2016, Johannson et al., 2017, Rognstad et al., 2013, Roque et al., 2013). Det burde derfor arrangeres kurs for både sykepleier og familie for å bedre forståelsen og kunnskapen om disse faktorene.

4.2 Sykepleiers kunnskap, tid og ressurser knyttet til ernæring

Tre av artiklene i oppgaven min diskuterer personalets kunnskap, tid og ressurser i forhold til ernæring hos bruker (Lea et al., 2017, Meyer et al., 2017, Rognstad et al., 2013). Dette utgjør ikke størstedelen av artiklene, men temaet har jeg uansett bedømt å være viktig ut ifra de resultater som studiene viser til, samt at de belyser barrierene som er der for å få til godt ernæringsarbeid overfor brukerne.

Lea et al, 2017 peker også på manglende kunnskap om nyansene i risikoene knyttet til demens, slik som at dehydrering blir noen ganger misoppfattet som demens fordi pasienten opplever delirium og hallusinasjoner. Dette er ikke generaliserbart ettersom studien var en kvalitativ studie med 11 deltakere, men den peker på et mulig tema i forhold til kunnskapsnivået hos de som yter omsorg for personer med demens. Manglende kunnskapsnivå er også nevnt i det nasjonale prosjektet «God og riktig mat hele livet» som en av de fire hovedutfordringene som regjeringen vil sette et fokus på (Regjeringen.no, 2021).

Mowé et al. (2006) studien viser at kompetansen til ansatte, prioriteringer, tidsmessige og økonomiske ressursrammer samt deres holdninger til ernæring og mat har betydning for ernæringsstatus hos pasienter som mottar hjemmetjenester (Mowé et al., 2006 referert i Birkeland & Flovik, 2018). I studien utført av Aagaard & Grøndahl sier den at lederne i

hjemmesykepleien vurderte kunnskap, tid og ressurser som de tre største hindringene for vurdering og oppfølging av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017). Det kan tenkes at disse kan være bidragende til hvorfor hjemmeboende pasienter står i risiko for å være underernært eller bli underernært. Det er i alle fall opplagt at man bør prioritere tid og ressurser til å hjelpe brukere med demens til å oppnå optimal ernæringsmessig tilstand.

I studien utført av Rognstad et al. (2013) hadde alle sykepleierne og hjelpepleierne med ansvar for å samle data fått forelesning om kosthold og ernæring (Rognstad et al., 2013). Dette er et bra tiltak slik at helsepersonell får mer kunnskap som de kan bruke når de skal utføre datasamling og kartlegging hos brukere med demens. Dette samsvarer til en av studiene som belyser at personalet har behov for mer kunnskap og utdanning om ernæring. Personale har uttrykt behov for å ha muligheter for dem på tvers av roller å møtes og ha en slags brainstorming slik at de kan diskutere og gjøre noen mulige endringer (Lea et al., 2017). I tilfeller som jeg har observert under praksisperioder og jobb så har hjemmesykepleien muligheter til å diskutere de brukere som helsepersonell er bekymret for å være risiko for å være underernært eller underernært under brukermøtene.

Lea et al. (2017) studien nevnte også at personalmangel/lite bemanning og begrenset tid for eldre personer til å fullføre måltidene som andre påvirkende faktorer som kan bidra til dårlig ernæringsstatus og underernæring (Lea et al., 2017). Bemanningssituasjon begrenser også muligheter for sykepleier til å utføre ernæringskartlegging (Meyer et al., 2017). Studien sier også at etter oppsummering har de funnet at sykepleierne mener at ernæringskartleggingen tok lite ekstra tid. Men samtidig nevnte de likevel tid som en utfordring. Hjemmesykepleiere sier også at noen valgte å utsette ernæringskartleggingen til en annen dag når presset var stort på en gitt dag (Meyer et al., 2017). På bakgrunn av erfaring er det også en utfordring når brukere ikke har vekt hjemme, da det gjør at helsepersonell ikke får målt brukeren uten å måtte dra tilbake til kontoret og hente vekt, men de har ikke tid til det som igjen fører til at målinger blir utsatt til en annen dag eller i verste fall avglemt helt.

Sykepleier har ganske mye ansvar i hjemmesykepleien. De har andre oppgaver som de trenger å prioritere framfor å være hos brukere og hjelpe de med å f.eks. være der som sosialstøtte til samspising. Det er derfor viktig for de for å kunne delegere ansvar til andre helsepersonale f.eks. helsefagarbeidere og assistenter. Andre personale må kunne ta oppgavene relatert til ernæring, f.eks. å gjøre noen observasjoner, ta vektkontroll, spisestøtte i form av å hjelpe brukere med å spise, samspising, osv. Derimot for dette kunne være mulig trenger de nok kunnskap for å gjennomføre det. Derfor er det viktig for kompetansehevende tiltak der helsepersonell må få nødvendig kurs og veiledning om ernæring. I tillegg bør ledelsen passe på at det er nok tid og bemanning på arbeidsplassen for at helsepersonale skal kunne gjennomføre oppgavene og tiltakene som er knyttet til forebygging av underernæring og oppfølging av ernæring generelt.

Et tiltak som sykepleier kan gjøre er å innta rollen som ressursperson.

Ifølge Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester er:

«Ressurspersons rolle:

1. *Ernæringskampanje,*
2. *Å spre kunnskap om kartleggingsverktøyet, prosedyrene og ernæringspermen.*
3. *Opprette ressursperson på hver sone/avdeling.:*
 - *Ha fokus på ernæring i sin avdeling/soner*

- *Informere om ernæringspermen*
 - *Være pådriver i forhold til kartlegging av ernæringsstatus og følge prosedyrer, sørge for at dette er kjent i sin avdeling*
 - *Veilede kollegaer i hvordan kartleggingen skal gjøres og hvordan det dokumenteres i Geric*
 - *Få det inn som rutine i sin avdeling*
 - *Ansvar for å få lagt inn tiltaket ernæring hos alle pasienter, kartlegging og vektkontroll/observasjon skal ligge under dette området. Dette kan delegeres til andre*
 - *Ansvarliggjøre primærkontakter, ift. tiltaksplaner. Pasienter med risiko for underernæring / underernæring skal ha egen ernæringsplan.*
4. *Plan om videre oppfølging av ressurspersonene.*
5. *Overordnet prosedyre»*
(Utviklingscenter.no, 2020).

Dette kunne vært et godt tiltak, men jeg har dessverre ikke funnet noen forskningsartikler som understøtter at det faktisk fungerer. Likevel kan det tenkes at dette kommer til å hjelpe med å ha bedre kartlegging, oppfølging og vurdering av ernæringsstatus hos brukere med demens siden hensikten og målet med prosjektet er at:

- «prosedyrer skal bidra til avdekking av ernæringssvikt hos personer med demens/kognitiv svikt»
- «behandling blir igangsatt før underernæring oppstår»

(Utviklingscenter.no, 2020).

I tillegg er det lettere å vite hvem som er ansvarlig, og hvem kan andre ansatte snakke med om ernæring eller i forhold til brukere som det er mistanke om å være i risiko for underernæring eller er underernært.

4.3 Kartlegging, oppfølging og vurdering

Seks av artiklene i oppgaven min diskuterer kartlegging, oppfølging og vurdering av ernæring hos bruker (Gjerlaug et al., 2016, Johannson et al, 2017, Meyer et al., 2017, Rognstad et al., 2013, Roque et al., 2013, Salva et al., 2011). Dette utgjør en ganske stor andel av artiklene der de bruker kartleggingsverktøy til å finne ut om brukere/pasienter er i risiko for å være underernært eller er underernært. Artiklene omhandler også observasjoner og vurderinger man gjør i tillegg til bruk av kartleggingsverktøy eller uten å benytte verktøy i det hele tatt, slik som hvor mye pasienten har spist? Om de har svelgeproblemer? Hvordan påvirker det sosiale spisemiljøet dem?

Sykepleier bør kartlegge og observere pasienten og tilpasse hjelpen til hver enkelt, hva som er viktig for pasienten skal være i fokus. Klarer man å lage mat selv eller trenger man bistand til matlaging, hjelp til innkjøp av matvarer, evt. ombringing av måltider? Hvordan er hun/han i spise- og måltidsituasjonen? Klarer pasienten å mestre det? (Helsedirektoratet, 2012).

Ifølge Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2010) vil som blir vurdert som å være i risikoområdet også ha behov for utredning som kobles til en ernæringsplan med tiltak og oppfølging. Retningslinjene sier også at «ernæringsstatus, appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeevne, svelgevansker, evne til å spise selv er faktorer som bl.a. må vurderes før valg av tilrettelagt ernæringsbehandling». I tillegg har de skrevet hva som en ernæringsplan skal inneholde: «pasientens energi- og væskebehov, energi- og væskeinntak, samt tiltak» (Helsedirektoratet, 2013).

Personalet i studien utført av Lea et al. (2017) uttrykte viktigheten av å observere eldres spisemønstre over flere dager, spesielt de som har kommunikasjonsvansker. De mener også at viktigheten av kontinuitet i omsorg for å tilrettelegge for disse observasjonene kan være nyttig slik at man kan ha bedre oppfølging og observasjon av pasienter (Lea et al., 2017). Videre oppfølging og kontinuitet er viktig, men etter min erfaring i praksis i hjemmesykepleien, kan dette være utfordrende å gjennomføre fordi det er begrenset med tid sykepleiere og helsepersonale kan bruke til hver enkelt bruker. Meyer et al. (2017) sin studie støtter dette siden de også sier at hjemmesykepleierne følte at det var utfordrende å vurdere hjemmeboende pasientens inntak av mat og drikke ettersom sykepleierne har begrensede muligheter til å gjennomføre nøyaktig registrering av mat og drikkeinntak i løpet av døgnet (Meyer et al., 2017).

Ifølge Nasjonale retningslinjer vil vurderingen kunne gjennomføres raskt dersom høyde og vekt er kjent. Studiene som ble referert i nasjonale retningslinjer sier at både NRS 2002, MUST, MNA og SGA er alle ansett som gode verktøy fordi de identifiserer pasienter i ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2013). MNA blir anbefalt til å bruke for eldre over 65 år (Helsedirektoratet, 2013). Ernæringsjournal som et skjema er også et verktøy som ble publisert av Helsedirektoratet for kartlegging av ernæringsstatus i sykehjem og i hjemmetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2006 referert i Helsedirektoratet, 2013).

Tre av de åtte forskningsartiklene som ble valgt og inkludert i denne oppgaven har brukt MNA kartleggingsverktøy til å vurdere ernæringsstatus til pasienter og brukere med demens (Rognstad et al., 2013, Roque et al., 2013, Salva et al., 2011). Mens Johannson et al. (2017) studien brukte kortversjonen av MNA som er MNA-SF. Gjerlaug, et al. (2016) studien viser at MNA-SF er best egnet screeningsverktøy for å identifisere eldre personer med økt risiko for underernæring. Gjerlaug, et al. (2016) har konkludert at det er lite tilgjengelig forskning som vurderer validitet, pålitelighet og anvendelighet av screeningverktøy for å avdekke risikoen for underernæring hos eldre i langvarige omsorgsfasiliteter og eldre i hjemmet som mottar hjemmetjenester (Gjerlaug et al., 2016).

Her ser vi at de finnes mange forskjellige kartleggingsverktøy, men er dette ble brukt i praksis? Retningslinjer er jo der, men er dette retningslinjer tilpasset hjemmeboende pasienter spesielt de som har demenssykdom? Kan det være på grunn av manglende kunnskap? Er det rutiner eller er det tid i hjemmesykepleie som bli nevnt i punkt 4.2 som er årsaken?

Rognstad et al. (2013) studien viser at sykepleier og helsepersonell må ha rutiner for å innhente data relatert til ernæringsstatus til eldre hjemmeboende pasienter med demens som er en sårbar pasientgruppe. Aagaard & Grøndahl (2017) sin studie sier også at skriftlige prosedyrer bør utarbeides for å vurdere ernæringsstatus i kommunene og at det viktig å gjøre retningslinjene kjent og sørge for at helsepersonell får opplæring i bruken av dem.

4.4 Individrettede tiltak

Fire av forskningsartiklene har diskutert og nevnt individrettede tiltak i sine studier (Johansson et. al., 2017, Lea et al., 2017, Meyer et. al., 2017, Nell et al., 2016). Johansson et. al. (2017) har brukt individualisert omsorgsplan for pasienter der de har utført ti handlinger som en del av forbyggende behandling hos pasienter med demens. Som allerede nevnt, av de ti utførte handlinger ble disse fem valgt i denne oppgaven (se 3.5 Individrettede tiltak).

Arbeidet med regjeringens kvalitetsreform «Leve hele livet» i kommuner viser at «dersom det ikke tas hensyn til individuelle behov og ønsker, kan det føre til at tiltak ikke har effekt, eller har uønskede effekter, og til at ernæringsproblemene forverres» (Regjeringen, 2021). Studien utført av Johansson et al. (2017) samsvarer med dette ettersom de viser at bruk av individualisert handlingsplan har påvirkning på å øke ernæringsstatus for personer med demens. Man kan derfor si at det er viktig at sykepleier tilpasser hjelp og tiltak til hver enkelt pasient slik at de får den hjelpen de trenger etter deres behov.

Kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven oppstiller også krav om at det skal utarbeides individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud (Devik & Olsen, 2018, Helsedirektoratet, 2012). Sykepleier må derfor samarbeide med brukere, pårørende, fastlegen og evt. ernæringsfysiolog, logoped, tannleger og tannpleier (Brodtkorb, 2014, Helsedirektoratet, 2010 referert i Birkeland & Flovik, 2018). De skal arbeide med individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak i prioritert rekkefølge for de som er i risiko for å være underernært og for å behandle de som er underernært. Spisesituasjon og godt spisemiljø skal det alltid være fokus på (Devik & Olsen, 2018, Helsedirektoratet 2012, Lea et al., 2017, Nell et al., 2017, Regjeringen.no, 2021). Måltidet skal skjermes i den grad det er mulig og det skal tilpasses bruk energi/næringsstett kost i kombinasjon med næringsdrikker til personer som er i ernæringsmessig risiko (Johansson et al., 2017).

Sosiale interaksjoner, medspising/samspising under måltider har blitt diskutert i studiene av Nell et al., (2016) og Meyer et al. (2017). De sier at dette kan være et godt tiltak, men dette er ikke praktisk mulig å gjennomføre innen tidsrammene i hjemmesykepleien (Meyer et al., 2017). Dette samsvarer med mine erfaringer der jeg ser at helsepersonell ofte har ikke tid til å sitte sammen med bruker og vente på at bruker blir ferdig med å spise hvis det ikke står på oppdraget at man skal gjøre dette.

Manglende muligheter til samspising, fleksibilitet i matombringing eller hjelp til munnstell, tilberedning av mat, individuell veiledning eller tilrettelegging i spisesituasjonen kan føre til at maten ikke blir spist (Regjeringen.no, 2021).

4.5 Konklusjon

Hjemmeboende eldre med demens er kjent til å være i risiko for å være underernært eller er underernært siden de har mange utfordringer f.eks. svelge- og tyggeproblemer, redusert spiseferdighet, dårlig tannhelse, redusert beslutningsevne/evne til å huske å spise, kapasitet/evne til å handle mat på butikken og å lage mat selv, samt aldersforandringer. Det er viktig at sykepleier og pårørende er kjent med de risikofaktorene hos hjemmeboende eldre med demens slik at de kan iverksette tiltak så tidlig som mulig for å forebygge og forhindre alvorlig underernæring og annen sykdom relatert til dette.

Litteraturstudien belyser at sykepleier og helsepersonell trenger mer kunnskap om ernæring. Manglende kunnskap, tid og ressurser er noen av de utfordring som hindre bedre kartlegging, oppfølging og vurdering av ernæringsstatus hos brukere. Sykepleier bør ha rutiner for å innhente data relatert til ernæringsstatus. Skriftlige prosedyrer bør utarbeides og må være tilgjengelig for å vurdere ernæringsstatus i kommunen. Det er også viktig å gjøre retningslinjene kjent og sørge for at helsepersonell får opplæring i bruken av dem.

Et tiltak som sykepleier kan gjøre er å innta rollen som ressursperson. Dette kunne vært et godt tiltak som nevnt i denne oppgaven, men dette trenger understøtte av forskningsartikler som kan vise at dette faktisk fungerer. Det er viktig at sykepleier tilpasser hjelp og tiltak til hver enkelt pasient slik at de får den hjelpen de trenger etter deres behov. Individrettede tiltak i form av tilberedning av måltider ved å gjøre maten ernæringsmessig, kulturelt tilpasset, osv., individuell veiledning eller tilrettelegging i spisesituasjonen, sosiale interaksjoner i form av samspising/medspising, fleksibilitet i matombringing og hjelp til munnstell er et av de viktig tiltak som kan sykepleier iverksette.

Referanseliste

Aagaard, H. & Grøndahl V. A. (2017). *Routines in the community nursing services for assessing nutritional status*. Hentet fra:

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219en>

Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I Kristoffersen, N., J., Nordtvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G., H. (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 2*. (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 192-242)

Bibliotek for medisin og helse (2021, 13. april). *Søkekurs*. [Lysarkpresentasjon].

https://ntnu.blackboard.com/bbcswebdav/pid-1329056-dt-content-rid-36304617_1/xid-36304617_1

Birkeland, A. & Flovik, AM. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 301-323).

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6 utg.) Oslo: Gyldendal akademisk

Devik, S. A. & Olsen, R. A. (2018). *Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene - En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra:

<http://hdl.handle.net/11250/2583947>

Evans, D. (2002) *Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data*. Australian Journal of Advanced Nursing, 20 (2), s. 22- 26.

Hentet fra: <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Folkehelseinstituttet (2021, 23. februar). *Demens*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016). *Screening og nutritional risk among older persons*. Sykepleien Forskning (Oslo) 11(2) (148-156). Hentet fra:

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

Helsedirektoratet (2012). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2491077>

Helsedirektoratet (2013. april). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf?download=false>

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

Helsedirektoratet (2019, 27. november). *9. Ernæring og oral helse ved demens*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/ernaering-og-oral-helse-ved-demens#kommunen-skal-vurdere-risiko-for-under-og-feilernaering-hos-mottakere-av-helse-og-omsorgtjenester-herunder-personer-med-demens-praktisk>

Helsedirektoratet (2020, 25. juni). *Ernæringsoppfølging hos hjemmeboende*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>

Johansson, L., Wijk, H., & Christensson, L. (2017). *Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program*. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21(3), 292–298. Hentet fra: <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7>

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I Kristoffersen, N., J., Nordtvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G., H. (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 15-103)

Lea, E. J., Goldberg, L. R., Price, A. D., Tierney, L. T., & McInerney, F. (2017). *Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 26(23–24), 5169–5178. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/jocn.14066>

Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017). *Nutritional status assessment – a professional responsibility in community nursing*. *Sykepleien Forskning* (Oslo) 12(61797):(e-61797). Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797en>

Nasjonalforeningen (2021, 16. april). *Demens*. Hentet fra: <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

Nell, D., Neville, S., Bellew, R., O'Leary, C., & Beck, K. L. (2016). *Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions*. *Australasian Journal on Ageing*, 35(4), E1–E6. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/ajag.12307>

Regjeringen.no (2021) *God og riktig mat hele livet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-hele-livet/id2849251/?ch=1>

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

Roque, M., Salva, A. & Vellas, B. (2013). *Malnutrition in community-dwelling adults with dementia (Nutrialz Trial)*. *The journal of nutrition, health & aging* 17, 295–299. Hentet fra: <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0401-9>

Salva, A., Andrieu, S., Fernandez, E., Schiffrin, E., Moulin, J., Decarli, B., Rojano-I-Luque, X., Guigoz, Y., & Vellas, B. (2011). *Health and nutrition promotion program for patients with dementia (NutriAlz): Cluster randomized trial*. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(10), 822–830. Hentet fra: <https://doi.org/10.1007/s12603-011-0363-3>

Skovdahl, K. & Berentsen V. D. (2014). *Kognitiv svikt og demens*. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 407-437).

Statistisk sentralbyrå (2019, 2. september). *Brukere av hjemmetjenester får dårligere ernæringsoppfølging enn beboere på sykehjem*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/brukere-av-hjemmetjenester-far-darligere-ernaeringsoppfolging-enn-beboere-pa-sykehjem>

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2020, 10. mars). *Forebygging av underernæring*. Hentet fra: <https://www.utviklingscenter.no/prosjekter/ernaring-og-tannhelse/forebygging-av-underernaring>

