

Kandidatnummer 10014

Kandidatnummer 10018

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?

Antall ord: 8189

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Lars André Olsen

Mai 2021

Kandidatnummer 10014

Kandidatnummer 10018

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?

Antall ord: 8189

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Lars André Olsen

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Ålesund



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt:

Oppgavens hensikt er å belyse hvilke utfordringer sykepleier kan møte på når han/hun kommer inn i hjemmet til en pasient med demens og skal utføre ernæringsarbeid, og hvordan vurdere og forebygge underernæring. Oppgaven skal øke kunnskapen om, og rette oppmerksomhet mot underernæring i hjemmesykepleien, og spesielt til pasienter med demens.

Metode:

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, hvor syv kvalitative- og kvantitative forskningsartikler ble identifisert gjennom et systematisk litteratursøk og en gjennom manuelt søk.

Resultat:

Studiene viste at vurdering og kartlegging er forutsetninger for å kunne forebygge underernæring, og at kunnskap og tid er rammefaktorer som styrer arbeidet i hjemmesykepleien. Studiene viste også viktigheten av å ivareta pasientens rett til brukermedvirkning.

Konklusjon:

Våre funn tilsier at tilstrekkelig kompetanse blant sykepleiere innen ernæringsarbeid er nødvendig for å kunne vurdere og kartlegge pasientens ernæringsstatus. Tidlig identifisering av årsaker gir muligheter for å kunne iverksette individuelle tiltak før underernæring oppstår. Sykepleier må ha et bevisst forhold til faktorene som setter rammer for sykepleien, for å kunne utøve sykepleie som er faglig forsvarlig og omsorgsfull. I samarbeid med pasienter med demens kan pårørende være en viktig ressurs og en god samarbeidspartner for sykepleier.

Abstract

Aim:

The purpose of this assignment is to enlighten which challenges nurses can face when he/she enters the home for a patient with dementia and shall perform nutritional work, and also how to evaluate and prevent malnutrition. This assignment is written to increase knowledge and understanding of malnutrition in the home nursing, especially for patients with dementia.

Method:

This study is conducted through a systematic literature study. Seven qualitative- and quantitative research articles have been identified through the systematic literature search and one through manual search.

Results:

Studies show that assessment and mapping is essential to prevent malnutrition, and that knowledge and time are factors which influence the work in the home nursing. In addition, it shows the importance of the patient's right to engage in the decisions made for the health of themselves.

Conclusion:

Our findings indicate that sufficient knowledge among nurses within nutrition work is essential to assessing and mapping the patient's nutritional status. Early identification of causes provides opportunities for implementing individual actions before malnutrition occurs. Nurses must have a conscious relation with the factors that states the framework for the nurses, to be able to practice nursing that is occupational proper and caring. In collaboration with patients with dementia, relatives can be an important resource and a good collaborating partner for the nurses.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling.....	11
1.3	Begrepsavklaring	12
1.4	Avgrensninger.....	12
1.5	Oppgavens oppbygning.....	12
2	Teorigrunnlag.....	13
2.1	Demens	13
2.2	Underernæring	13
2.3	Brukermedvirkning	14
2.4	Hjemmesykepleie	14
2.5	Virginia Hendersons sykepleieteori.....	15
3	Metode.....	16
3.1	Datainnsamling	16
3.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
3.1.2	Søkestrategi.....	17
3.1.3	Søkeprosess.....	17
3.1.4	Kvalitetsvurdering	19
3.1.5	Etisk vurdering	19
3.2	Analyse.....	20
4	Resultat	21
4.1	Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus	21
4.2	Kunnskap og tid	22
4.3	Brukermedvirkning	23
5	Diskusjon	24
5.1	Metodediskusjon.....	24
5.2	Resultatdiskusjon	25
5.2.1	Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus	25
5.2.2	Kunnskap og tid.....	26
5.2.3	Brukermedvirkning	28
6	Konklusjon.....	30
6.1	Forslag til videre forskning	30
	Referanser	31
	Vedlegg 1. Søketabell.....	34

Litteraturmatrise 1.....36
Litteraturmatrise 2.....37
Litteraturmatrise 3.....38
Litteraturmatrise 4.....39
Litteraturmatrise 5.....40
Litteraturmatrise 6.....41
Litteraturmatrise 7.....42
Litteraturmatrise 8.....43

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Underernæring er det vanligste problemet blant eldre mennesker og forekommer når næringsinntaket er mindre enn næringsbehovet. Dette kan skyldes at behovet øker, eller at inntaket reduseres (Brodtkorb, 2014, s. 301-308). En norsk studie viser at omtrent halvparten av eldre pasienter med demenssykdom som mottar hjemmesykepleie, er underernærte eller er i fare for å bli underernært (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Lühr, 2013).

Den forventede levealderen i Norge øker og pasienter med demens lever lengre i dag, enn tidligere. Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI, 2021, avsn. 7) vil antall personer med demens doubles innen år 2050. I 2020 bodde omtrent to tredeler av de 100 000 med demens i Norge hjemme. Over 40% av pasientene over 70 år som mottar hjemmesykepleie er demente (Gjøra et al., 2021). Stadig fler bor hjemme og mottar helsehjelp i eget hjem. Pasientene som trenger bistand fra hjemmesykepleien er sykere enn tidligere, og de trenger mer omfattende pleie og behandling (Fjørtoft, 2016, s. 11).

Eldre pasienter med demens har høy risiko for å utvikle underernæring. Dersom den eldre pasienten med demenssykdom blir underernært, kan det få mange negative konsekvenser, blant annet nedsatt livskvalitet og helse (Helsedirektoratet, 2013, s. 10-11). Sykepleieren har plikt til å hjelpe pasientene med å dekke sine grunnleggende behov, dette innebærer også behovet for væske og ernæring. En viktig sykepleiefunksjon er forebygging av sykdom, noe som vi vil fremheve i denne oppgaven (Norsk sykepleieforbund, u.å.-b, punkt 2).

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å øke kunnskapen om, og rette oppmerksomhet mot underernæring i hjemmesykepleien og spesielt til pasienter med demens. Vi ønsker å belyse hvilke utfordringer og muligheter sykepleier kan ha, når han/hun kommer inn i hjemmet til en pasient med demens og skal utføre ernæringsarbeid, og hvordan vurdere og forebygge underernæring. På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?»

1.3 Begrepsavklaring

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. Tilstanden kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt (Fjørtoft, 2016, s. 70-71).

Forebyggende sykepleie skal hindre, hemme eller redusere sykdom, skade eller komplikasjoner av sykdom eller skade (Fjørtoft, 2016, s. 183).

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

Underernæring opptrer når næringsinntaket er mindre enn behovet, enten fordi behovet øker, eller fordi inntaket reduseres (Brodtkorb, 2014, s. 306). Kroppsmasseindeks (KMI) kan vise endringer i ernæringsstatus, KMI-verdi under 22 er et tegn på underernæring (Mowé, 2002, s. 815).

1.4 Avgrensninger

Denne oppgaven handler om forebyggende sykepleie til de hjemmeboende eldre pasientene som har kjent demenssykdom og som står i fare for å bli underernært. Pasientgruppen er avgrenset til eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie, siden forekomsten av demens øker med økende alder og omtrent 10% av alle over 65 år har demens (Bertelsen, 2017, s. 334). Oppgaven fokuserer på de pasientene som har vedtak om behov for hjemmesykepleie på grunn av kognitiv svikt, og demens brukes her som en overordnet diagnose.

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel to presenteres relevant teori som skal belyse oppgavens problemstilling. Kapittel tre gjør rede for metoden med dens datasamling og analyse. I kapittel fire blir resultatene fra forskningsartiklene presentert og disse deles inn i tre hovedtemaer. I kapittel fem diskuteres metoden og resultatene fra forskningen opp mot relevant teori, og det blir gjort rede for relevante sykepleietiltak. Kapittel seks presenterer oppgavens konklusjon.

2 Teorigrunnlag

Dette kapittelet inneholder relevant teori som skal bidra til å belyse den valgte problemstillingen.

2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Sykdommen utvikler seg over tid, og er progredierende. Demens fører til en kognitiv svikt som innebærer at personen får problemer med tankeprosessen. Kognitiv svikt kan føre til utfordringer med å oppfatte og innhente informasjon fra verden rundt oss, lagre den, og planlegge og handle ut fra den informasjonen (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 409-411). Årsaken til demens er avhengig av hvilken type demens det er snakk om, men både arvelig disposisjon, levevaner og andre sykdommer har betydning for utviklingen (Bertelsen, 2017, s. 334).

Symptomene på demens varierer etter hvilken type demens det handler om, hvilken del av hjernen som er skadet, samt ut fra miljøfaktorer, sosiale faktorer og personlige mestringsstrategier. De vanligste kognitive symptomene er redusert hukommelse og læringsevne, svekket evne til orientering, apraksi og agnosi. Det er også ikke-kognitive symptomer ved demens, som inkluderer blant annet depresjon, angst, apati, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 416-417).

Redusert hukommelse er en av årsakene til at personer med demens er spesielt utsatt for underernæring. Dårlig appetitt og nedsatt matinntak er et stort problem og kan være det første tegnet på vekttap og risiko for underernæring hos eldre med demens som bor hjemme. Årsaker til nedsatt matinntak kan være at pasienten glemmer å spise og drikke, mangler sult- og metthetsfølelse eller svekket forståelse for å få i seg næring (Rognstad et al., 2013).

2.2 Underernæring

Underernæring oppstår når næringsinntaket har vært utilstrekkelig over tid, eller når maten ikke er blitt fullstendig fordøyd eller absorbert i tarmen (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 249). Årsaken til underernæring hos eldre er ofte en kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak, noe som fører til tap av fett og muskelvev. Redusert smaks- og luktesans, ensomhet, depresjon, demens, tannproblemer, svelgeproblemer og alvorlig somatisk sykdom er noen av risikofaktorene for utvikling av underernæring (Brodtkorb, 2014, s. 308). Konsekvensene av underernæring er mange, og noen av de vanligste er nedsatt infeksjonsmotstand, økt bruk av antibiotika, dårlig sårtilheling og nedsatt muskelkraft (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 254).

For å kunne forebygge underernæring, må sykepleietiltakene rette seg mot årsakene til problemet, fordi det ofte er et sammensatt problem (Brodtkorb, 2014, s. 308). Underernæring får ofte utvikle seg fordi problemet ikke kartlegges, derfor er det viktig med rutiner for tidlig identifisering av ernæringsmessig risiko for å kunne forebygge underernæring (Helsedirektoratet, 2013, s. 14).

Alle pasienter som har bistand fra hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko etter at vedtaket om hjemmesykepleie er fattet, og deretter månedlig (Helsedirektoratet, 2013, s. 16). Hensikten med å vurdere ernæringsstatus, er å fange opp pasienter som er i ernæringsmessig risiko så tidlig som mulig for å kunne iverksette målrettede tiltak (Aagaard & Grøndahl, 2017). Mini nutritional assessment (MNA) og Malnutrition universal screening tool (MUST) er de anbefalte verktøyene for å vurdere ernæringsstatus i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2013, s. 16). Dersom vurderingen viser at pasienten er underernært, eller i risiko for underernæring, kreves det en videre kartlegging for å identifisere årsaken. For å identifisere årsaken må sykepleier kartlegge pasientens matvaner, appetitt, tannstatus og tygg- og svelgevaner (Helsedirektoratet, 2013, s. 17). Hos pasienter med demenssykdom som bor hjemme, er det viktig å observere hva han/hun mestrer på kjøkkenet og hvilke hjelpebehov vedkommende har (Helsedirektoratet, 2016, s. 200).

2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning defineres som «brukerens mulighet og evne til selvbestemmelse i møte med fagpersoner og tjenester» (Fjørtoft, 2016, s. 126). Det innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår han/hun og skal dermed involveres i undersøkelser, behandlinger og valg av tjenestebehov (Helsedirektoratet, 2017, avsn. 1-4). Brukermedvirkning handler blant annet om selvbestemmelse og valgfrihet og er en lovfestet rettighet gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). Selv om personer med demens kan ha begrensede ressurser i form av kunnskap, språk, formidlingsevne og motivasjon, skal de allikevel ikke miste retten til å medvirke (Smebye & Johnsen, 2020, s. 238). Sykepleier må vurdere pasientens ressurser og evner, og deretter tilpasse formen og graden av medvirkning (Fjørtoft, 2016, s. 127).

2.4 Hjemmesykepleie

Kortere liggetid og raskere utskriving av pasienter fra sykehus og hjem, fører til endringer i hjemmesykepleiens oppgaver, ansvar og funksjoner. De eldre hjemmeboende har et økende behov for regelmessig og systematisk vurdering og kartlegging, som fører til økte behov for tidsressurser, rutiner, verktøy og kompetanse i vurderingen (Fermann & Næss, 2014, s. 238). Forebyggende sykepleie til eldre handler om å forebygge sykdom, skade og tidlig død, samt å bedre og ivareta den eldres helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2014, s. 162).

Dersom en eldre person som bor hjemme har behov for helsehjelp, må personens behov vurderes, og fattes i et vedtak. Vedtaket omformes deretter til arbeidsoppgaver og gjøremål for ansatte i hjemmesykepleien (Fermann & Næss, 2014, s. 246). Hjelp til

ernæring er en vanlig utfordring i hjemmesykepleien som det søkes vedtak om. Behovet for bistand kan variere fra hjelp til å planlegge og gjennomføre innkjøp, tilberedning og tilrettelegging av måltid samt hjelp til å spise. Oppgavene til helsepersonell i hjemmesykepleien kan være alt fra å passe på at maten i kjøleskapet ikke blir dårlig, observere hva pasienten faktisk spiser og drikker, til å sørge for sunn og variert kost som pasienten selv liker (Fermann & Næss, 2014, s. 248).

Helsepersonellens kompetanse, pasientens ressurser, tidspress og å arbeide i andres hjem er rammefaktorer som påvirker sykepleiers arbeid i hjemmesykepleien. Rammefaktorene kan gi muligheter for, men også begrense det daglige arbeidet. Det er disse faktorene som styrer hva som er mulig å gjøre hos pasienten, og er avgjørende for kvaliteten på sykepleien. Sykepleier må være kjent med hvilke rammer som påvirker utøvelsen av sykepleie, og må hele tiden vurdere om rammene er forsvarlige (Fjørtoft, 2016, s. 162-167).

2.5 Virginia Hendersons sykepleieteori

Virginia Hendersons teori legger hovedvekten på menneskets grunnleggende behov, og identifiserte disse til å være «mat, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng» (Henderson, referert i Kristoffersen, 2017, s. 36). Henderson mener at mennesket vanligvis dekker disse behovene gjennom selvstendige og aktive handlinger. Hver enkelt person vil gjøre dette på sin individuelle og personlige måte ut ifra sine forutsetninger og ressurser. Henderson mener at pasientens nærmeste bør trekkes inn i sykepleien når det kan bidra til å dekke pasientens behov (Kristoffersen, 2017, s. 37).

Henderson definerer sykepleiers funksjon som «å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død) noe han/hun ville gjort uten hjelp om han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje» (Henderson, referert i Kristoffersen, 2017, s. 38). Selvstendighet er nært knyttet til mål som god helse og helbredelse. Dersom selvstendighet ikke er et realistisk mål, må sykepleier hjelpe pasienten til å dekke disse behovene, slik at pasienten får en optimal helse (Kristoffersen, 2017, s. 38). Hendersons sykepleieteori bygger på 14 punkter som hun betegner som grunnleggende sykepleieprinsipper. Henderson beskriver både fysiologiske- og psykososiale behov, derav det fysiologiske behovet for tilstrekkelig næringsinntak (Kristoffersen, 2017, s. 38-39).

Henderson sykepleieteori inneholder en trinnvis, logisk tilnærming til løsningen av pasientens problem. «Datainnsamling» er det første trinnet, og dette skal gi utgangspunkt for de 14 punktene for å kartlegge pasientens behov for sykepleie. Det andre trinnet er «bedømming», som innebærer å finne ut hvilke behov pasienten har for sykepleie ut fra ressurser og normalfunksjoner. «Sykepleiediagnose eller pasientproblem» er det tredje trinnet, og tar for seg hvordan behovet for sykepleie har oppstått. Det siste trinnet omhandler «tiltak», der sykepleier skal planlegge og iverksette tiltak for å kompensere for ressurssvikten til pasienten. Henderson mener at sykepleie er å hjelpe enkeltmennesker, syke eller friske, så fort som mulig til å gjenvinne sin selvstendighet, for å kunne ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen, 2017, s. 39).

3 Metode

I dette kapittelet beskrives en systematisk litteraturstudie, søkestrategi, hvordan vi fant de åtte forskningsartiklene, inklusjons- og eksklusjonskriterier samt kvalitets- og etisk vurdering. Til slutt presenteres analysen av de inkluderte artiklene.

3.1 Datainnsamling

Et systematisk litteratursøk skal ved å identifisere, kritisk vurdere, velge og analysere relevant forskning, finne studier som gir svar på den valgte problemstilling (Mulrow & Oxman, referert i Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). En systematisk litteraturstudie skal inneholde en søkestrategi som kan identifisere alle relevante vitenskapelige forskningsartikler som kan besvare vår problemstilling (Forsberg & Wengström, 2015, s. 28). Hensikten med en systematisk litteraturstudie er å vurdere og oppsummere relevant forskning og eksisterende kunnskap innenfor et bestemt område (Thidemann, 2019, s. 81). I denne systematiske litteraturstudien er både studier med kvalitativ og kvantitativ metode benyttet.

Arbeidet med bacheloroppgaven startet høsten 2020, med å utarbeide en prosjektplan som skulle bli grunnlaget for selve oppgaven. Vi begynte med å drøfte hvilke temaer som kunne være aktuelle for oppgaven, og utviklet en problemstilling deretter. Når problemstillingen var bestemt, startet vi med søkeprosessen. Vi benyttet flere ulike databaser i det systematiske litteratursøket, men endte til slutt opp med CINAHL og SveMed. Begge de to databasene inneholder vitenskapelige tidsskrifter. CINAHL er spesialisert på sykepleieforskning, mens SveMed inneholder medisinsk forskning fra Norden (Forsberg og Wengström, 2015, s. 65-67). Gjennom systematiske litteratursøk har vi valgt ut syv artikler fra disse to databasene, og fant den siste artikkelen gjennom et manuelt søk.

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier tydeliggjør litteratursøket og avgrensner mengden litteratur, noe som vil gjøre søket mer hensiktsmessig (Thidemann, 2019, s. 83). Inklusjons- og eksklusjonskriterier skal hjelpe forfatteren med å ta beslutninger om hvilke artikler som skal inkluderes for å kunne besvare problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 174). I et systematisk litteratursøk bør en utarbeide kriterier for å begrense søket, kriterier kan være tid, faglig nivå og geografiske- og språklige avgrensninger (Dalland, 2020, s.148).

Inklusjonskriterier

- Språk: norsk, svensk, dansk eller engelsk
- Forskning i Norden
- IMRAD-struktur
- Fagfellevurdert
- Forskning fra 2010-2021
- Etisk godkjent
- Nivå 1 eller 2 ifølge NSD

Eksklusjonskriterier

- Sykehjem
- Pårørendeperspektiv og pasientperspektiv

3.1.2 Søkestrategi

Vi benyttet PICO-skjema under utarbeidingen av søkestrategi for å strukturere problemstillingens søkeord. PICO er en strukturert metode, som ut ifra problemstillingen, setter sammen søkestrategier ved søk i databaser (Forsberg & Wengström, 2015, s. 60). PICO er et rammeverk som gjør problemstillingen mer presis og søkbar. «P» beskriver hvilke pasientgrupper eller populasjon det dreier seg om. «I» tar for seg hvilke tiltak som er iverksatt og vurdert. «C» brukes ved sammenligning av to tiltak eller pasientgrupper, mens «O» beskriver hvordan tiltakene påvirker utfallet (Thidemann, 2019, s. 82-83). Vi har valgt å lage et PIO-skjema, siden «C-en» i PICO-skjema ikke har relevans for den valgte problemstillingen, da vi ikke skal sammenligne tiltak eller pasientgrupper.

I denne litteraturstudien skal vi undersøke hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter med demens. Under arbeidet med søkestrategien ble det satt sammen søkeord som skulle bidra til å svare på oppgavens problemstilling. Populasjonen i problemstillingen er eldre mennesker over 65 år, som har diagnosen demens og som er i fare for underernæring. Vi brukte søkeordene «home nursing», «malnutrition», «dementia» som standard søkeord, men siden databasene er ulike har vi tilpasset søkene for å få relevante treff.

Population	Intervention	Outcome
<ul style="list-style-type: none">○ Dementia	<ul style="list-style-type: none">○ Home nursing○ Home care nursing○ Nursing intervention○ Intervention	<ul style="list-style-type: none">○ Malnutrition

3.1.3 Søkeprosess

I første fase av søkeprosessen utførte vi søk i flere ulike databaser, vi endte vi opp med databasene CINAHL og SveMed. Vi brukte søkeord fra PIO-skjemaet. I startfasen av søkeprosessen opplevde vi at søkeordene ikke gav relevante treff, vi søkte derfor hjelp hos en spesialbibliotekar til å utvikle gode søk i databasen CINAHL. Bibliotekaren bidro med å sette sammen ulike søkeord, med utgangspunkt fra PIO-skjemaet. En utfordring

med søkene var at kombinasjoner av underernæring, hjemmesykepleie og demens ikke gav relevante treff, verken i CINAHL eller SveMed.

Det første søket ble utført i SveMed den 07/12/2020, med søkeordene «hjemmesykepleie» og «underernæring». Vi kombinerte søkeordene med den boolske operatøren «AND» for å søke på de to søkeordene sammen og begrenset søket med årstall (2010-2021), språk (norsk, svensk, dansk og engelsk) og fagfelleevaluering. Vi fikk to treff på søket, og begge artiklene er inkludert i oppgaven.

Det andre søket ble gjennomført 07/12/2020 i CINAHL med hjelp fra spesialbibliotekaren som underviser i systematiske litteratursøk i databaser som CINAHL. Vi brukte søkeordene «home nursing» og «malnutrition». Vi søkte på «malnutrition» som emneord, og valgte «nursing» og «prevention and control» som underordnede emneord. Vi søkte deretter med søkeordet «home nursing» som emneord. Vi brukte anførselstegnet («») som er et trunkeringstegn som gjør at ordene ikke bytter plass i søket. Dette gjorde at vi fikk avgrenset søket ytterligere, og vi fikk mindre artikler som handlet om sykehjem. Vi skrev inn søkeordet «home nursing» i alle de tre søkefeltene i databasen med den boolske operatøren «OR» og valgte «abstract», «title» og «subject». Vi brukte «OR» for å søke etter søkeordet enten i abstraktet, tittelen eller som emneord. Etter at vi la til følgende begrensninger: publiseringsår (2010-2021), språk (norsk, svensk, dansk, engelsk), fagfelleevaluering og forskningsartikkel og søkte med «AND», fikk vi ni treff. Vi valgte å utelate søkeordet «dementia» i dette søket, siden kombinasjonen av de tre søkeordene og begrensningene, resulterte i ingen relevante artikler når vi søkte med lik søkemetode som vi brukte i søk to. Vi var oppmerksomme på å sortere ut artikler som omhandlet andre pasientgrupper enn eldre hjemmeboende, når vi leste overskriftene. Det var seks overskrifter som vi vurderte til relevant, og vi leste abstraktene. Ut fra disse seks abstraktene, valgte vi å lese fire artikler og inkluderte to av de i oppgaven.

Den tredje søkeprosessen ble også utført i databasen CINAHL, den 03/03/2021. Søkeordene vi valgte var «malnutrition», «dementia» og «intervention». Vi søkte på «malnutrition» som emneord og valgte «nursing» og «prevention and control» som underordnede emneord, i tillegg til å søke på det som nøkkelord. Vi søkte på «dementia» som emneord og valgte «nursing» som underordnet emneord samt som nøkkelord. Vi søkte på «intervention» som emneord og valgte «nursing intervention» som underordnet emneord, i tillegg til å søke på det som nøkkelord. Vi kombinerte alle søkeord med «AND» og begrenset søket gjennom årstall (2010-2021), språk (norsk, svensk, dansk, engelsk), forskningsartikkel og fagfelleevaluering. Vi fikk 27 treff hvor vi leste seks abstrakter, tre artikler og inkluderte en artikkel.

Det fjerde søket ble gjennomført 23/03/2021 i SveMed. Her brukte vi søkeordene «underernæring» og «demens». Vi avgrenset søket gjennom årstall (2010-2021), språk (norsk, svensk, dansk, engelsk) og fagfelleevaluering. Dette ga et treff på åtte artikler, hvor vi leste to artikler og inkluderte en i oppgaven.

Det femte søket ble gjennomført 23/03/2021 i CINAHL. Vi valgte søkeordene «home care nursing» og «malnutrition». Vi søkte på «home care nursing» med samme metode som «home nursing» i søk to og «malnutrition» som emneord samt «nursing» og «prevention and control» som underordnede emneord og som nøkkelord. Søkeordene ble kombinert med den boolske operatøren «AND» og begrenset søket gjennom årstall (2010-2021),

språk (norsk, svensk, dansk, engelsk), forskningsartikkel og fagfelleevaluering. Søket gav to treff og en artikkel ble inkludert.

Det sjette og siste søket ble også gjennomført 23/03/2021 som et manuelt søk. Et manuelt søk er den andre av de to metodene som et litteratursøk kan gjøres på (Forsberg & Wengström, 2015, s. 63). Vi leste gjennom kildelistene til artiklene som vi har inkludert i oppgaven, samt referanselistene til artikler med relevant tema som vi har ekskludert fra oppgaven. Vi fant til slutt en forskningsartikkel fra en annen artikkels referanseliste som var relevant for oppgavens problemstilling, og som samsvarte med oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.1.4 Kvalitetsvurdering

Forsberg og Wengström (2015, s.104) skriver at kvalitetsvurderingen skal inneholde hensikt, studiens problemstilling, utforming, utvalg, analyse og tolkning. For å vurdere om de inkluderte artiklene er av god kvalitet, har vi kontrollert at alle artiklene har IMRaD-struktur. Den beskriver hovedhensikten med studien (I), oppsummering av metoden (M), hovedresultatene (R), diskusjon av resultatene (D) og til slutt en konklusjon (Thidemann, 2019, s. 30). Vi har begge lest gjennom de inkluderte artiklene for å sikre at de hadde klare mål og hensikt, og at de var relevant for problemstillingen.

Vi har brukt Helsebibliotekets sjekklister for å kritisk kunne vurdere forskningsartiklene, og på den måte sikre at de inkluderte artiklene svarte på vår problemstilling (Helsebiblioteket, 2016). Vi brukte Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2021) som er et register for vitenskapelige publiseringskanaler. Den har som hensikt å vurdere kvalitetsnivået på tidsskriftene. Ifølge NSD (2021) er alle de inkluderte artiklene hentet fra publiseringskanaler som er vurdert til enten nivå en eller to. Vi sjekket at alle artiklene var fagfellevurdert. Fagfelleevaluering innebærer at en vitenskapelig artikkel skal leses, vurderes og godkjennes av andre forskere før den publiseres i et vitenskapelig tidsskrift (Dalland, 2020, s. 145).

3.1.5 Etisk vurdering

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 132) er etiske overveielser et krav i all vitenskapelig forskning. Ved etiske vurderinger er det viktig at studiene har tilfredsstilt kravet om etiske overveielser eller har blitt vurdert av etisk komité (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Når vi har lest artiklene, har vi sett etter om det står noe om etisk vurdering i teksten. Syv av de åtte inkluderte artiklene er etisk godkjent. Den siste artikkelen (Håkonsen, S. J., Bjerrum, M., Bygholm, A., Kjelgaard, H. H. & Pedersen, P. U., 2018) er skrevet etter de etiske kravene, men de har ikke søkt om etisk godkjenning fordi det ikke var et krav.

3.2 Analyse

Analyse betyr å dele opp det man undersøker i mindre deler. Analysearbeidet innebærer også å sette sammen det undersøkte på et nytt vis (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152). For å systematisk analysere de valgte forskningsartiklene ble Evans sin analysemodell benyttet. Denne modellen deler opp analyseprosessen i fire deler (Evans, 2002, s. 24-25).

Trinn en i analysemodellen handler om å utføre systematiske litteratursøk for å identifisere forskningsartikler som er relevant for problemstillingen (Evans, 2002, s. 25). Det ble identifisert åtte forskningsartikler gjennom søkeprosessen som er beskrevet under delkapittel 3.1.

Det andre trinnet omhandler å identifisere nøkkelfunn i studiene ved å lese artiklene flere ganger, dette for å få god oversikt og en helhetlig forståelse av artiklens innhold (Evans, 2002, s. 25). Vi leste alle artiklene flere ganger for å få god oversikt og forståelse for artiklens innhold. Vi skrev opp nøkkelfunn hver for oss, og presenterte disse for hverandre. Til slutt gikk vi grundig gjennom hver enkelt artikkel sammen, hvor vi diskuterte innhold og nøkkelfunn.

Tredje trinn i Evans (2002, s. 25) handler om å sortere og kategorisere nøkkelfunnene i tema og undertema, og å sammenligne studiene for å identifisere likheter og ulikheter. Når vi hadde gjennomgått alle de åtte artiklene grundig, sorterte vi de ulike nøkkelfunnene i en tabell. Vi brukte fargekoder for å sortere nøkkelfunnene og skrev disse inn i en tabell. Ut fra nøkkelfunnene er det identifisert tre hovedtemaer:

- *Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus*
- *Kunnskap og tid*
- *Brukermedvirkning*

Trinn fire handler om å beskrive fenomenet, hvor hvert tema blir skrevet opp og det refereres til artikkelen for å kontrollere nøyaktigheten av beskrivelsen (Evans, 2002, s. 25). I denne systematiske litteraturstudien er det forebygging av underernæring hos eldre pasienter som har demens og som bor hjemme som er fenomenet. Funnene i artiklene skal belyse dette og er presentert i kapittel 4.

4 Resultat

I dette kapittelet presenteres funnene fra de åtte forskningsartiklene, som deles inn i tre hovedtemaer: *vurdering og kartlegging av ernæringsstatus, kunnskap og tid og brukermedvirkning.*

4.1 Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus

Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus for å kunne forebygge underernæring er et sentralt funn i de åtte artiklene (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2018; Håkonsen, Pedersen, Bygholm, Thisted & Bjerrum, 2019; Johansson, Wijk & Christensson, 2017; Landmark, Gran & Grov, 2014; Lannering, Bravell & Johansson, 2017; Meyer, Velken & Jensen, 2017; Rognstad et al., 2013). Ernæringsvurdering innebærer innhenting av data om pasientens ernæringsstatus ved hjelp av vurderingsverktøy.

Felles for flere av artiklene var bruk av ernæringsvurdering hvor de benyttet vurderingsverktøyene MNA, MNA-SF og Ernæringsjournalen for å kunne identifisere og kartlegge underernæring eller risiko for underernæring (Aagaard & Grøndahl, 2017; Johansson et al., 2017; Landmark et al., 2014; Lannering, 2017; Meyer et al., 2017; Rognstad et al., 2013). Ifølge Rognstad et al. (2013) var 40,4% av de pasientene med demens som mottok hjemmesykepleie i fare for underernæring, mens over 10% allerede var underernært når vurderingen var utført med vurderingsverktøyet MNA.

Flere av studiene har undersøkt effekten av vektregistrering som et tiltak for å vurdere og kartlegge pasientens ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017; Johansson et al., 2017; Meyer et al., 2017). I Johansson et al. (2017) sin studie forsket de på hvilke tiltak som hadde effekt på vektøkning. Studien viste at oppfølging med kontroll av vekt var et effektivt tiltak sammen med bistand til måltid.

I studien til Johansson et al. (2017) forsket de på effekten av å identifisere mulige årsaker til underernæring og risiko for underernæring, før det ble iverksatt tiltak rettet mot årsaken. Dette resulterte i mer effektive og individuelt tilpassede tiltak. Det som manglet hos de deltakerne som ikke hadde en forbedret kroppsvekt, var at det ikke var gjort en analyse av de underliggende årsakene til underernæring (Johansson et al., 2017). En studie viste at de pasientene som hadde ernæringsrelaterte utfordringer, og som trengte bistand til måltid hadde betydelig lavere KMI enn pasientene som ikke hadde ernæringsrelaterte problemer (Landmark et al., 2014). Funnet i Rognstad et al. (2013) viser at problemer med matinntak har betydelig påvirkning på pasientens ernæringsstatus.

Flere studier viser at mangel på rutiner og prosedyrer er en hindring for god vurdering og oppfølging av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2018; Håkonsen et al., 2019; Meyer et al., 2017). Aagaard og Grøndahl (2017) og Håkonsen et

al. (2018) forsket på hvilke rutiner helsepersonell hadde for vurdering av ernæringsstatus i hjemmesykepleien. 45% av sykepleierne som deltok i studien svarte at de ikke hadde rutiner for kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017). I Håkonsen et al. (2018) ble det undersøkt om sykepleierne utførte regelmessige vurderinger av pasientenes ernæringsstatus. Resultatene viste at på en skala fra 0-10 der 10 vil si alltid, og 0 vil si aldri, svarte sykepleierne i gjennomsnittet 5,36. I de studiene hvor de undersøkte helsepersonells rutiner for vurdering og kartlegging, viste funnene at mangel på skriftlige prosedyrer er en av årsakene til at ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien ikke er tilfredsstillende (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2018; Meyer et al., 2017). Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) mente at den systematiske kartleggingen må forankres i hjemmesykepleiens ledelse og at det må innarbeides rutiner for kartlegging hos personalet. En studie viser også at helsepersonell ofte handler på bakgrunn av egne eller kollegaers erfaringer: «... there is always someone who has tried something ... then you can ask them, what you should do in the particular situations...» (Håkonsen et al., 2019).

Flere av studiene peker mot at utilstrekkelig dokumentasjon er en utfordring når det gjelder godt ernæringsarbeid (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2018; Håkonsen et al., 2019; Lannering et al., 2017). Håkonsen et al. (2019) beskriver dokumentasjon som både muntlig- og skriftlig rapport. Helsepersonell har ulike oppfatninger om hvor og hvordan de skal rapportere relevant informasjon, observasjoner og tiltak. Usikkerhet rundt hvor informasjon om pasienten er dokumentert, kan føre til at helsepersonell ikke får den nødvendige informasjonen før møtet med pasienten (Håkonsen et al., 2019). I studien til Lannering et al. (2017) sier en helsearbeider at:

... But when you are out there in the citizens home, as a new employee, you think why has he not eaten anything... is he sick or what is wrong? Is it the teeth or something else? Then it turns out that it was something entirely different...but it wasn't written anywhere...

4.2 Kunnskap og tid

Helsepersonellens kunnskap og tid er avgjørende faktorer for å kunne forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2019; Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017). Med kunnskap menes helsepersonellens forståelse av underernæring, og deres kompetanse til å knytte observasjoner opp mot aktuelle tiltak, mens tid handler om hvor mye tid helsepersonell har til å utføre arbeidsoppgaver.

Manglende kunnskap om ernæring er en stor utfordring når det kommer til vurdering og oppfølging av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2019; Meyer et al., 2017). Meyer et al. (2017) og Håkonsen et al. (2019) forsket på hvilken oppfatning sykepleierne og helsepersonell for øvrig hadde av begrepet «underernæring», det viste seg at de hadde ulike oppfatninger av hva underernæring innebærer. Kun 36,8% av helsepersonellet som deltok i studien til Aagaard og Grøndahl (2017) hadde kjennskap til de Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Etter at sykepleierne satte seg inn i de Nasjonale faglige retningslinjene

for forebygging og behandling av underernæring, fikk de en ny og felles forståelse for hva underernæring innebærer og viktigheten av det (Meyer et al., 2017).

Flere av studiene viser at tidsbegrensning hjemme hos pasientene kan være utfordrende når sykepleier skal sikre god vurdering og oppfølging av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017; Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017). Sykepleiere i studien til Håkonsen et al. (2019) sier at: «...well, we are not supposed to say it. But lack of time is an important factor that prevents us from doing our job... ». Helsepersonell i hjemmesykepleien står ovenfor et tidspress, og de opplever spesielt de tidsbegrensede vedtakene som faglig begrensende og som en utfordring for det forebyggende arbeidet (Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017).

4.3 Brukermedvirkning

Studiene viser at flere av sykepleierne og helsepersonell opplever utfordringer når de skal utøve sykepleie i pasientens hjem (Håkonsen et al., 2019; Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017; Rognstad et al., 2013). Funnene i artiklene viser at utfordringer som helsepersonell opplever handler om pasientens rett til selvbestemmelse, respekt for pasientens hjem, oppfattelse av egen rolle som gjest og oppfølging av mat- og drikkeinntak.

Sykepleiere og assistenter i hjemmesykepleien beskrev at oppfattelsen av egen rolle som helsepersonell i pasientens hjem, var preget av å være gjest. Helsepersonell forklarte at de opplevde det som enklere å godta et nei når de kom inn i pasientens hjem og skulle tilberede eller servere mat, og pasienten ikke ville ha (Håkonsen et al., 2019). Sykepleiere forklarte at det var stort fokus på at sykepleien blir utført i et privat hjem og at den hjemmeboende skulle få bestemme selv. Flere uttrykte at det var utfordrende å skulle anbefale hva pasienten skulle gjøre og hva vedkommende skulle spise når en var hjemme hos pasienten (Håkonsen et al., 2019; Meyer et al., 2017). Funn i studiene pekte på at sykepleierne var opptatt av pasientens rett til selvbestemmelse (Håkonsen et al., 2019; Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017).

Det kom frem i flere av studiene at sykepleierne opplevde det som utfordrende å følge opp hva den eldre hjemmeboende faktisk spiser og drikker, særlig de pasientene med demens som glemmer å spise eller drikke (Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017). Sykepleierne beskrev utfordringer med å følge opp pasientene med systematiske registreringer, siden de også spiser og drikker når hjemmesykepleien ikke er til stede (Meyer et al., 2017). I studien til Meyer et al. (2017) sa sykepleierne at: «Drikkelister bruker vi ikke, de kan jo drikke når vi ikke er der ...» om pasienter med demenssykdom. Noen sykepleiere fortalte at de pleide å sjekke hvor mye mat som var igjen i kjøleskapet, eller om det var blitt kastet noe i søpla, for å prøve å følge med hva pasienten hadde spist og ikke. Videre fortalte helsepersonell at dette opplevdes utfordrende med tanke på å respektere den andres hjem (Lannering et al., 2017).

5 Diskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere oppgavens styrker og svakheter i metodediskusjonen, samt besvare oppgavens problemstilling ved hjelp av forskningsresultater og relevant teori i resultatdiskusjonen.

5.1 Metodediskusjon

Vi har hatt et godt samarbeid gjennom hele prosessen med å skrive denne oppgaven, med like mål og interesser for temaet. Oppgaven ble skrevet ut ifra et sykepleieperspektiv, fordi vi ønsket å undersøke hvordan sykepleier kan forebygge underernæring gjennom å iverksette de rette tiltakene. For å systematisere søkestrategien utarbeidet vi et PIO- skjema. Skjemaet gjorde at vi fant relevante søkeord til søkeprosessen. En mulig styrke i oppgaven kan være at vi utførte søk i flere databaser med ulike varianter av søkeord og kombinasjoner, før vi endte opp med de aktuelle artiklene.

Søkene som er utført i databasen CINAHL er relativt like. Årsaken til dette er at vi hadde problemer med å finne relevante treff med søkeordene underernæring, hjemmesykepleie og demens. Spesialbibliotekaren hjalp oss med å sette sammen kombinasjoner av søkeord, som resulterte i søkehistorikken (vedlegg 1). Ved hjelp av bibliotekaren fikk vi avgrenset søkene ytterligere slik at treffene omhandlet hjemmesykepleien og ikke bare sykehjem. Noen av de inkluderte artiklene handler både om sykehjem og hjemmesykepleie, men vi har vurdert artikkelens del om hjemmesykepleie som relevant for vår oppgave, og brukt funn fra denne delen i oppgaven. I tre av artiklene (Håkonsen et al., 2018; Håkonsen et al., 2019; Lannering et al., 2017) er utvalget sammensatt av sykepleiere, helsearbeidere og assistenter. Dette kan ses på som en mulig svakhet, da vi i denne oppgaven skal undersøke hvordan sykepleier kan forebygge underernæring, men også kanskje som en styrke siden det er likt den reelle sammensetningen av personale i hjemmesykepleien.

Vi har brukt Helsebibliotekets sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning, og sikret at forskningsartiklene er publisert i godkjente publiseringskanaler. Alle de inkluderte artiklene kommer fra Norden, noe som gjør at funnene kan sammenlignes med norsk helsevesen, men samtidig setter dette begrensninger for internasjonal kunnskap. En mulig svakhet for oppgaven er at den fysiske tilgangen til biblioteket har uteblitt på grunn av restriksjoner i forbindelse med Covid-19, noe som har gjort det vanskeligere å møtes.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus

Et av de mest sentrale funnene i oppgaven er at vurdering og kartlegging av ernæringsstatus er grunnleggende tiltak for å kunne forebygge underernæring (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2018; Håkonsen et al., 2019; Johansson et al., 2017; Landmark et al., 2014; Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017; Rognstad et al., 2013). Årsaken til at underernæring får utvikle seg, kan være at problemet ikke blir identifisert. Tidlig identifisering av pasienter som er i ernæringsmessig risiko, vil gjøre det mulig å iverksette tiltak før underernæringen oppstår (Helsedirektoratet, 2013, s. 14).

Ernæringsvurdering ble brukt i flere av artiklene for å identifisere underernæring eller risiko for underernæring (Aagaard & Grøndahl, 2017; Johansson et al., 2017; Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017; Rognstad et al., 2013). Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal alle personer som er innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko etter vedtaket, og deretter månedlig (2013, s. 16). Helsedirektoratet (2013, s. 16) anbefaler MNA og MUST for å vurdere ernæringsmessig risiko i primærhelsetjenesten. Funn i oppgaven viser at vektregistrering er et effektivt tiltak for å vurdere og kartlegge pasientens ernæringstilstand (Aagaard & Grøndahl, 2017; Johansson et al., 2017; Meyer et al., 2017). Helsedirektoratet (2013, s. 14) omtaler vektregistrering og KMI som de enkleste målene på endringer i ernæringsstatus, og inngår i begge de to anbefalte vurderingsverktøyene.

Dersom en pasient er vurdert til å være underernært eller i risiko for underernæring, må sykepleier gjennomføre en grundig kartlegging av dette. En videre identifisering av årsaker vil kunne gjøre det mulig å iverksette mer effektive og individuelt tilpassede tiltak (Helsedirektoratet, 2013, s. 17; Johansson et al., 2017). Underernæring blir ikke synlig før det har utviklet seg langt, derfor må sykepleier kartlegge risikofaktorer som sykdom, medisiner, depresjon og ensomhet, i tillegg til å være oppmerksom på tidlige tegn til underernæring (Brodtkorb, 2014, s. 308; Sjøen & Thoresen, 2012, s. 249). Pasienter med demens er i særlig risiko for å utvikle underernæring, siden de har en kognitiv svikt som kan føre til at de glemmer å spise og drikke, har svekket forståelse for å få i seg mat og kan miste sult- og metthetsfølelsen (Rognstad et al., 2013). Hos denne pasientgruppen er det en viktig del av kartleggingen å observere hva pasienten mestrer selv og hvor mye tilrettelegging pasienten trenger til matlaging og måltid. Dette støtter også Hendersons sykepleieteori i den trinnvise løsningen av pasientens problem, som handler om at sykepleieren må kartlegge pasientens ressurser for å finne ut hva han/hun trenger hjelp til (Kristoffersen, 2017, s. 39). Ernæringsrelaterte problemer øker sannsynligheten for å stå i fare for underernæring, det er derfor viktig at sykepleier kartlegger om pasienten har ernæringsrelaterte problemer som nedsatt matlyst, redusert smaks- og luktesans eller tann- og svelgeproblemer (Brodtkorb, 2014, s. 308; Landmark et al., 2014; Rognstad et al., 2013).

Etter en grundig kartlegging av årsaker til at pasienten er i risiko for underernæring, kan sykepleier iverksette tiltak knyttet til å behandle årsaken, noe som kan bidra til å

forebygge videre underernæring. Det er ofte enklere å forebygge underernæring, enn å behandle underernæring som har fått utvikle seg over lengre tid (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 249). En utfordring for sykepleier kan være at antall tilsyn hjemme hos pasienten hver dag er begrenset, og at disse tilsynene også er tidsbegrenset. Dette kan gi sykepleieren begrenset med tid til å identifisere risikofaktorer og symptomer på underernæring.

Skriftlige prosedyrer i hjemmesykepleien er nødvendig for å kunne utføre ernæringsarbeidet tilfredsstillende (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2018; Meyer et al., 2017). Sykepleiere mente at den systematiske kartleggingen må forankres i ledelsen, og at det må innarbeides rutiner for kartlegging hos personalet (Meyer et al., 2017). Ledelsen er pliktig til å legge til rette slik at helsepersonell kan utøve faglig forsvarlig helsehjelp, og dette innebærer å sikre at rutiner og prosedyrer er tilfredsstillende (Norsk Sykepleierforbund, u.å.-a, Leders ansvar, avsn. 4). Etter at retningslinjer og prosedyrer er utarbeidet, må de ansatte få opplæring i hvordan retningslinjene og prosedyrene skal brukes. Det må også innarbeides rutiner for utførelse av prosedyrene. Utarbeiding av prosedyrer er en måte å kvalitetssikre ernæringsarbeidet på ved at alle de ansatte utfører ernæringsvurdering etter de samme kriteriene, noe som vil gjøre ernæringsvurderingen mer nøyaktig.

Oppdatert og god dokumentasjon er sentralt for å kunne sikre kvaliteten og kontinuiteten i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 184). Helsepersonell i studien til Håkonsen et al. (2019) hadde ulike oppfatninger om hvor og hvordan de skulle rapportere relevant informasjon og handlinger. Helsepersonell som utfører helsehjelp er pliktig til å dokumentere, og dokumentasjonen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999, § 39-40). På denne måten vil den som skal utøve helsehjelp ha oppdatert informasjon om hva som skal gjøres og følges opp. Funn i oppgaven viser at dokumentasjon er viktig når det gjelder å kunne sikre en kontinuerlig oppfølging av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2018; Håkonsen et al., 2019; Lannering et al., 2017).

Oppdatert og god dokumentasjon kan bidra til en mer kontinuerlig oppfølging av hver enkelt pasient, i tillegg til at det kan gi helsepersonell bedre oversikt over pasientenes ernæringsstatus i en hektisk hverdag (Fjørtoft, 2016, s. 184). God dokumentasjon over tid vil gi sykepleier mulighet til å oppdage endringer i pasientens ernæringsstatus over lengre perioder. Når det er utført ernæringsvurdering etter vedtak om hjemmesykepleie, har sykepleier mulighet til å sammenligne verdier som for eksempel vekt som kan gi et bilde på en eventuell endring i ernæringsstatus.

5.2.2 Kunnskap og tid

I hjemmesykepleien er det en rekke rammefaktorer som påvirker tjenestene som ytes hos hver enkelt pasient (Fjørtoft, 2016, s. 162). Studiene til Aagaard og Grøndahl (2017), Håkonsen et al. (2019), Lannering et al. (2017) og Meyer et al. (2017) viser at helsepersonellens kunnskap, tid og ressurser er nødvendige forutsetninger for å kunne forebygge underernæring. Fjørtoft (2016, s. 162) skriver også at det må være tilstrekkelig og kompetent personale, i tillegg til nok tid, for å kunne dekke pasientenes behov og sørge for forsvarlig oppfølging av hver enkelt pasient.

Studiene til Meyer et al. (2017) og Håkonsen et al. (2019) viste at helsepersonell hadde ulike oppfatninger av hva begrepet «underernæring» innebærer. Ved kjennskap til de Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, kan sykepleier få økt kunnskap om årsaker, forekomst og konsekvenser av underernæring, i tillegg til kunnskap om hvordan en kan identifisere og forebygge underernæring. Retningslinjene kan også bidra til at sykepleier får en bedre felles forståelse av hva underernæring innebærer, noe som også studien til Meyer et al. (2017) understreker. I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) kom det frem at kun 36,8% av helsepersonellet som deltok, hadde kjennskap til de Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Det kan tenkes at dersom helsepersonellet har kjennskap til de Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, har de også mulighet til å tilegne seg mer kunnskap om ernæringsarbeid. Sykepleier i hjemmesykepleien har en sentral og selvstendig rolle i ernæringsarbeidet, og det er derfor viktig at sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap om underernæring, og har kjennskap til prosedyrer og retningslinjer (Brodtkorb, 2014, s. 304).

I følge helsepersonelloven (1999, § 4) er helsepersonell pliktig til å utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Tønnessen og Nortvedt (2012, s. 280-285) skriver at forsvarlighetskravet i hjemmesykepleien handler om at pasienten skal få dekket sine grunnleggende behov. Kvaliteten på sykepleietjenesten må være faglig tilfredsstillende og gjennomføres etter faglige normer og at sykepleierne skal yte omsorgsfull hjelp slik at pasientens integritet blir ivaretatt. Hendersons beskrivelse av grunnleggende behov, innebærer også fysiologiske behov som tilstrekkelig næringsinntak (Kristoffersen, 2017, s. 39). For at sykepleier skal kunne utøve sykepleie som er faglig forsvarlig og omsorgsfull, må han/hun sørge for å ha tilstrekkelig kompetanse, kunnskap om ernæring og om hvordan en skal møte de ernæringsmessige behovene hos pasienter med risiko for underernæring (Helsedirektoratet, 2013, s. 26).

Fjørtoft (2016, s. 164) omtaler tid som en av rammefaktorene som setter grenser for muligheten til å imøtekomme pasientenes behov. Funn i oppgaven viser også at tid er en faktor som begrenser sykepleiers muligheter for god vurdering og oppfølging av pasientenes ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017; Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017). Å ha nok av tid er avgjørende for å kunne sørge for god omsorg som er tilpasset hver enkelt pasient, og er derfor en avgjørende faktor for at sykepleier skal kunne utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som beskrevet i helsepersonelloven (1999, §4).

Et vedtak skal sikre at pasienten får nødvendig hjelp, men for de ansatte i hjemmesykepleien kommer det flere utfordringer knyttet til nettopp å arbeide etter et vedtak (Fjørtoft, 2016, s. 160). Helsepersonell i studiene til Lannering et al. (2017) og Meyer et al. (2017) beskrev opplevelsen av et tidspress hvor vedtakene som var bestemt på tid, påvirket utøvelsen av sykepleie og hvordan det begrenset det forebyggende arbeidet. Fjørtoft (2016, s. 165) beskriver tiden som er satt på vedtaket som en veiledende tid, og at sykepleieren må sette av den tiden som faktisk er nødvendig hos hver enkelt pasient. Det er nemlig ikke mulig å arbeide etter et tidsskjema hjemme hos pasienter som har et varierende behov. Ved å være oppmerksom på hvordan de stramme tidsrammene og vedtakene kan påvirke samhandlingen med pasientene, kan sykepleieren ta individuelle hensyn og utøve sykepleie som er faglig forsvarlig og omsorgsfull. Tilstrekkelig næringsinntak er som nevnt tidligere et grunnleggende behov

som helsepersonell er pliktig å ivareta gjennom helsepersonelloven (1999). Sykepleieren bør sette av tilstrekkelig med tid til å tilrettelegge for god ernæring, samt regelmessig ernæringsvurdering.

5.2.3 Brukermedvirkning

Fjørtoft (2016, s. 126) definerer brukermedvirkning som «brukerens mulighet og evne til selvbestemmelse i møte med fagpersoner og tjenester». Brukermedvirkning er et sentralt mål for hele helsevesenet og handler om at brukerens muligheter og evner til selvbestemmelse må bli ivaretatt i møte med helsepersonell fra hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 126). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) står det at pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. En utfordring i møte med pasienter som har demenssykdom er at de kan ha begrensede ressurser når det kommer til å medvirke. Sykepleier må være oppmerksom på pasientens ressurser, og ut fra disse vurdere i hvor stor grad vedkommende kan være med å medvirke. Å sikre pasientens brukermedvirkning krever god tilrettelegging, og at sykepleier evner å styrke pasientens ressurser i samarbeidet (Fjørtoft, 2016, s. 127).

Personer med demens kan ha begrensede ressurser og reduserte evner, men de skal allikevel ikke miste retten til selvbestemmelse (Smebye & Johnsen, 2020, s. 238). Selvbestemmelse blir definert som en menneskerettighet i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (De forente Nasjoner [FN], 2006, s. 23). Henderson skriver at en persons behov for sykepleie, er når han/hun mangler nødvendige ressurser for å kunne utføre gjøremål i forbindelse med å dekke de grunnleggende behovene selv (Kristoffersen, 2017, s. 38).

Flere studier viser at sykepleierne er opptatt av å ivareta pasientens rett til selvbestemmelse (Håkonsen et al., 2019; Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017). Ifølge Henderson skal sykepleieren hjelpe pasienten til å utføre gjøremål som pasienten ville klart og utført uten hjelp, dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige ressurser til det. Sykepleier må vurdere pasientens behov for hjelp og hva han/hun klarer å gjøre selv, og deretter tilrettelegge for at pasienten kan utføre gjøremålet (Kristoffersen, 2017, s. 38). Hjernen er avhengig av kontinuerlig stimulering for å oppnå optimal funksjon. Ved å tilrettelegge for at pasienten får utføre mest mulig selv, og at han/hun får delta aktivt i beslutninger, kan det bidra til å vedlikeholde den kognitive funksjonen, forsinke utviklingen av mental reduksjon og forebygge unødvendig svikt (Sabat, referert i Smebye & Johnsen, 2020, s. 235).

Helsepersonell møter flere utfordringer når de skal utøve sykepleie i pasientens hjem (Håkonsen et al., 2019; Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017; Rognstad et al., 2013). Fjørtoft (2016, s. 31) skriver at det særegne med hjemmesykepleien er nettopp at sykepleie utøves hjemme hos pasientene. En av utfordringene kan være oppfattelsen av egen rolle som gjest (Håkonsen et al., 2019). Siden sykepleien utøves i pasientens hjem, vil det alltid være en utfordring å balansere forholdet mellom den profesjonelle utøvelsen av sykepleie og hvilke forventninger pasientene har til helsepersonellet som kommer. Det kan være misvisende å si at helsepersonell i hjemmesykepleien er gjest i den andres hjem. Vi er ikke inviterte gjester, men vi kommer fordi det er behov for hjelp og for å yte profesjonell omsorg (Fjørtoft, 2016, s. 31).

En utfordring som flere av helsepersonell i studiene beskrev, var å anbefale hva pasienten skulle spise når en kommer hjem til pasienten (Håkonsen et al., 2019; Meyer et al., 2017). Flere opplevde også at de godtok lett et nei, når pasienten takket nei til mat (Håkonsen et al., 2019). Å følge opp hva pasienter med demenssykdom som bor hjemme spiser og drikker, kan være vanskelig (Lannering et al., 2017; Meyer et al., 2017). Pasienter med demens kan ha manglende evne til å gi uttrykk for sult og tørste, men de kan også glemme å spise og drikke (Helsedirektoratet, 2016, s. 201). Dette kan være en utfordring for helsepersonell i hjemmesykepleien, da det kan være mange årsaker til at pasienten takker nei til mat, og at en faktisk ikke kan vite helt sikkert om pasienten har spist eller ikke.

Å tilrettelegge for en hensiktsmessig måltidsrytme kan hjelpe pasienten med å få en fast struktur på dagen. Sykepleier må utføre en helhetlig kartlegging for å finne ut av pasientens matvaner og hjelpebehov (Helsedirektoratet, 2016, s. 201). I Lannering et al. (2017) sin studie beskrev sykepleiere at det var vanskelig å følge opp hvor mye pasienten spiste, og at noen pleide å sjekke hvor mye mat som var igjen i kjøleskapet, og om mat hadde blitt kastet i søpla. Dersom pasienten bor alene så kan det være vanskeligere å følge opp hva han/hun spiser og drikker, enn dersom han/hun bor sammen med samboer eller ektefelle. Henderson mener at pårørende bør trekkes inn i sykepleien når det kan bidra til å dekke pasientens behov (Kristoffersen, 2017, s. 37). Et godt samarbeid med pårørende kan gi bakgrunnsopplysninger som gir kunnskap om blant annet pasientens matvaner, og det kan gjøre oppfølgingen av ernæringsstatus med presis og enklere for hjemmesykepleien (Brodtkorb, 2014, s. 304; Smebye, 2020, s. 243). Pårørende er som regel de viktigste ressurspersonene til pasienter med demens og kan være en vesentlig samarbeidspartner for hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 111-113). De pårørende til eldre med demens som bor hjemme er ofte ektefelle eller samboer, eller voksne barn. Sykepleier må være oppmerksom på at pårørende er i en krevende situasjon og har behov for å bli sett og ivaretatt, og at hjelpen som pårørende gir, skal være et supplement til hjelpen som hjemmesykepleien yter (Fjørtoft, 2016, s. 102-105).

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å øke kunnskapen om, og rette oppmerksomhet mot underernæring hos pasienter med demens i hjemmesykepleien, og hvordan sykepleier kan forebygge at underernæring oppstår. Våre funn tilsier at å identifisere risiko for underernæring gjennom regelmessig vurdering er en forutsetning for å kunne forebygge underernæring. Videre viser funnene at årsaken til underernæring må identifiseres for å kunne iverksette individuelle tiltak til hver enkelt pasient. Det er flere rammefaktorer som styrer arbeidet i hjemmesykepleien, og sykepleier må hele tiden forholde seg bevisst til disse for å kunne utføre faglig forsvarlig sykepleie samtidig som en skal ivareta pasientens rett til medvirkning og selvbestemmelse.

For å kunne forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens, må sykepleier ha tilstrekkelig kompetanse innen ernæringsarbeid for å kunne vurdere pasientens ernæringsstatus. Funnene viser også at risikofaktorene må kartlegges for å kunne iverksette individuelle og gode sykepleietiltak. Det kan være en utfordring å kartlegge pasientens ressurser og matvaner når pasienten har demens, og det vil derfor være en fordel med et godt samarbeid med pasientens pårørende.

6.1 Forslag til videre forskning

Under arbeidet med litteratursøkene, opplevde vi å finne et begrenset antall kvalitative artikler i sykepleieperspektiv som omhandlet vårt tema. Siden underernæring hos hjemmeboende med demens viser seg å være et utbredt problem, kan det være hensiktsmessig med mer forskning som undersøker hvilke sykepleietiltak som er effektive i samarbeid med pasienter med demens.

Referanser

- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 12(61219). <https://10.4220/Sykepleienf.2017.61219>
- Bertelsen, A. K. (2017). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 322-343). Oslo: Gyldendal.
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301- 315). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). Metode og oppgaveskriving (7. utg.). Oslo: Gyldendal.
- De Forente Nasjoner. (2006). Konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne. Hentet fra <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26. Hentet fra <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 238-264). Oslo: Gyldendal.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2021, 23. februar). Demens. Hentet fra <https://fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demes>
- Forsberg, C. & Wengström Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & Kultur: Stockholm
- Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., . . . Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), 1213-1226. <https://doi.10.3233/JAD-201275>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistene. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (IS-1580). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (IS-1972). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet. (2017, 17. oktober). Brukermedvirkning. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Håkonsen, S. J., Bjerrum, M., Bygholm, A., Kjølgaard, H. H. & Pedersen, P. U. (2018). The Routines, Knowledge and Attitudes towards Nutrition and Documentation of Nursing Staff in Primary Healthcare: A Cross-Sectional Study. *Journal of Community & Public Health Nursing*, 4(3), 1-8. <https://doi.org/10.4172/2471-9846.1000220>

Håkonsen, S. J., Pedersen, P. U., Bygholm, A., Thisted, C. N. & Bjerrum, M. (2019). Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. *BMC Health Services Research*, 19(642), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4450-1>

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

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring, bind 3* (3. utg., s. 15-80). Oslo: Gyldendal.

Landmark, B. T., Gran, S. V. & Grov, E. K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk Sykepleie*, 28(1), 4-14. Hentet fra <https://idunn.no>

Lannering, C., Bravell, M. E. & Johansson, L. (2017). Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons – nursing staff's experiences of a structured preventive care process. *Health and social care in the community*, 25(3), 1011-1020. <https://doi.org/10.1111/hsc.12400>

Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 12(61797). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>

Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift: den norske legeforening*, 122(8), 815-818. Hentet fra <https://tidsskriftet.no>

Norsk Senter for forskningsdata. (2021). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.-a). Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Hentet fra <https://www.nsf.no>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.-b). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://nsf.no>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 162-173). Oslo: Gyldendal.

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

Sjøen, R. L. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (utg. 2., s. 408-437). Oslo: Gyldendal.

Smebye, K. L. & Johnsen, L. (2020). Selvbestemmelse og tvang. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 234-267). Oslo: Cappelen Damm.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien forskning*, 7(3), 280-285. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0134>

Vedlegg 1. Søketabell

Søkeord		Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Søk 1							
S1	Hjemmesykepleie	07/12/2020	SveMed	79	2	2	Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. <i>Sykepleien Forskning</i> , 12(61219). https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219
S2	Underernæring			823			
S3	S1 AND S2 + år (etter 2010), fagfellevurdert			2			
Søk 2							
S1	Malnutrition (NU/PC) OR Malnutrition	07/12/2020	CINAHL	17210	6	3	Lannering, C., Bravell, M. E. & Johansson, L. (2016). Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons- nursing staff`s experience of a structured preventive care process. <i>Health and social care in the community</i> , 25(3). https://doi.org/10.1111/hsc.12400
S2	TI «Home nursing» OR AB «Home nursing» OR SU «Home nursing»			11517			
S3	S1 AND S2 + språk (norsk, svensk, dansk, engelsk), år (2010-2021), forskningsartikkel og fagfellevurdering			9			
Håkonsen, S. J., Pedersen, P. U., Bygholm, A., Thisted, C. N. & Bjerrum, M. (2019). Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care-and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. <i>BMC Health Services Research</i> , 19(642). https://doi.org/10.1186/s12913-019-4450-1							

Søk 3							
S1	MH Malnutrition (NU/PC) OR Malnutrition	03/03/2021	CINAHL	16743	6	3	Johansson, L., Wijk, H. & Christensson, L. (2017). Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program. <i>The journal of nutrition, health & aging</i> , 21(3), 292-298. https://doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7
S2	MH Dementia (NU) OR Dementia			66611			
S3	MH Nursing Interventions OR Intervention			295,283			
S4	S1 AND S2 AND S3 + språk (norsk, svensk, dansk, engelsk), år (2010-2021), forskningsartikkel og fagfellevurdering			27			
Søk 4							
S1	Underernæring	23/03/2021	SveMed	432	2	2	Rognstad, M-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C. & Luhr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. <i>Sykepleien forskning</i> , 4(8), 298-307. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137
S2	Demens			791			
S3	S1 AND S2 + år (etter 2010), fagfellevurdert			8			
Søk 5							
S1	TI «Home care nursing» OR AB «Home care nursing» OR SU «Home care nursing»	23/03/2021	CINAHL	372	1	1	Landmark, B. T., Gran, S. V. & Grov, E. K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. <i>Klinisk sygepleie</i> , 28(1), 4-14. Hentet fra: https://www.idunn.no
S2	Malnutrition			17744			
S3	S1 AND S2 + språk (norsk, svensk, dansk, engelsk), år (2010-2021), forskningsartikkel og fagfellevurdering			2			

Litteratormatrise 1

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. <i>Sykepleien Forskning</i>, 12(61219). https://10.4220/Sykepleienf.2017.61219</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien har for å vurdere pasientenes ernæringsstatus.</p>	<p>Ernæring, hjemmesykepleie, kvantitativ studie, underernæring</p>	<p>Utvalg Studiens deltakere er både faglige ledere og helsepersonell fra hjemmesykepleien, tilfeldig utvalgt fra 13 ulike kommuner fordelt på fem helseregioner i Norge.</p> <p>Studien er delt i to. Deltakerne i delstudie en er 273 faglige ledere, 265 av lederne disse er utdannet sykepleiere. Deltakerne i delstudie to er 212 helsepersonell, derav 94 sykepleiere.</p> <p>Datainnsamling Forskningen er en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse hvor data ble samlet inn ved hjelp av et strukturert spørreskjema.</p> <p>Analyse Utvalget i studien ble beskrevet med en deskriptiv statistikk.</p>	<p>Studien viser at det er utfordringer når det kommer til vurdering og oppfølging av ernæringsstatus i hjemmesykepleien. Over 2/3 av ledere og helsepersonell svarte at det ikke var prosedyrer for å veie nye brukere eller å beregne KMI.</p> <p>Ifølge studien har 36,8% av helsepersonellet kjennskap til Helsedirektoratets retningslinjer. Det kommer frem at deltakerne i studien vurderte tid, kunnskap og utilstrekkelig dokumentasjon som hindringer for vurdering og oppfølging av ernæringsstatus.</p> <p>Studien viser at kunnskap om ernæring og betydningen av oppfølging kan bidra til å sikre at retningslinjene blir fulgt.</p>	<p>Denne artikkelen viser at hjemmesykepleien har manglende prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus, noe som er essensielt i nettopp forebygging av underernæring.</p> <p>Artikkelen presenterer en rekke utfordringer i vurderingen av ernæringsstatus, samt tiltak som økt kunnskap, rutiner, skriftlige prosedyrer og bedret dokumentasjon, som kan hjelpe oss å svare på problemstillingen.</p>

Litteraturmatrise 2

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. <i>Sykepleien Forskning, 12</i>(61797). https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797</p>	<p>Denne kvalitative studien har til hensikt å utforske hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien tolker, og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis, i samsvar med de Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring.</p>	<p>Ernæringsstatus, hjemmesykepleien, kvalitativ studie, personsentrert omsorg.</p>	<p>Utvalg Studien var inndelt i to delstudier i to ulike norske kommuner, som varte i et halvt år. I studie A var deltakerne fem sykepleiere med 75% stillinger eller mer. I studie B var det fjorten sykepleiere med 75% stilling eller mer hvor to av de var faglige ledere.</p> <p>Datainnsamling Forskningen var en kvalitativ studie og data ble samlet inn gjennom deling av erfaringer, kritisk refleksjon og praktisk problemløsning. Forskerne brukte tematisk intervjuguide med åpne spørsmål tilpasset det aktuelle temaet.</p> <p>Datamateriale ble samlet inn ved transkriberte lydopptak fra gruppesamtalene.</p> <p>Analyse Alle forskerne leste gjennom resultatene fra de to prosjektene. Kvalitativ innholdsanalyse ble utført.</p>	<p>Studien viser at ledelsesforankring er viktig når ernæringskartlegging skal implementeres, det gjør det enklere for sykepleierne å gjennomføre ernæringsarbeidet, dersom det finnes rutiner for det.</p> <p>Videre i studien kom det frem at sykepleierne erfarte at det var utfordrende å følge opp mat- og drikkeinntak hos pasientene siden de har begrenset tid hos hver enkelt pasient, et begrenset antall tilsyn og begrensede muligheter for å utføre nøyaktig kostregistrering. De uttrykte særlig at det var utfordrende å følge opp næringsinntaket hos pasientene med demenssykdom.</p> <p>Ut fra intervjuene kom det frem fire temaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Forankring 2) Kjennskap til pasienten og ernæringsbehovet 3) Selvbestemmelse og kravene til systematisk ernæringsvurdering 4) Praktiske utfordringer i ernæringsarbeidet 	<p>Denne studien er nyttig for oss fordi den får frem sykepleiernes erfaringer med ernæringskartlegging og hvilke utfordringer de opplever.</p> <p>Studien svarer på problemstillingen ved at den presenterer ulike utfordringer med ernæringskartlegging, som er et forebyggende tiltak for underernæring.</p> <p>Studien viser også at sykepleierne var opptatt av pasientens rett til selvbestemmelse, og at det kunne være utfordrende å utøve ernæringsarbeid i pasientens hjemlige arena.</p>

Litteraturmatrise 3

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Lannering, C., Bravell, M. E. & Johansson, L. (2017). Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons – nursing staff's experiences of a structured preventive care process. <i>Health and social care in the community</i>, 25(3), 1011-1020. https://doi.org/10.1111/hsc.12400</p>	<p>Hensikten med denne artikkelen var å beskrive sykepleiers erfaringer med forebyggende arbeid, ved å bruke den strukturerte forebyggende pleieprosessen som er beskrevet av Senior Alert. Dette skal bidra til å redusere fall, underernæring og trykksår blant eldre.</p> <p>Prosessen innebærer risikovurdering, teambaserte intervensjoner og evaluering av resultatene.</p>	<p>Falls prevention, home care, nursing care of older people, nursing home, nutrition, risk assessment</p>	<p>Utvalg Deltakerne var 26 sykepleiere og 17 assistenter ansatt på sykehjem og i hjemmesykepleien fra tre kommuner i Sverige. Alle deltakerne hadde jobbet i eldreomsorgen i gjennomsnittlig 10 år og hadde erfaring med ernæringsvurdering og Senior Alert.</p> <p>Datainnsamling Kvalitativ design med innholdsanalysetilnærming. Data ble samlet inn gjennom åtte fokusgruppeintervju, som inkluderte ansatte i både sykehjem og hjemmesykepleien. Intervjuene var semistrukturerte og ble tatt opp med lydopptak og transkribert ordrett.</p> <p>Analyse Det ble utført kvalitativ innholdsanalyse. Intervjuene ble lest gjentatte ganger av forfatterne og kritisk gjennomgått.</p>	<p>Forskningen viser at sykepleiere i hjemmesykepleien viser til at det er vanskelig å få et helhetlig bilde av pasientenes ernæringsstatus, på grunn av få tilsyn og lite tid. Noen sykepleiere i studien fortalte at de prøver å følge med på hvor mye mat som er i kjøleskapet eller hvor mye som blir kastet, men at det er en utfordring, som en «gjest» i et hjem.</p>	<p>Denne artikkelen viser at forebygging i hjemmesykepleien kan være en utfordring og at tiltakene som skal iverksettes må være mulig å utføre i en hektisk hverdag.</p> <p>Artikkelen er relevant fordi den tar for seg utfordringer som begrenset tid og få tilsyn som påvirker sykepleiers muligheter for vurdering og kartlegging av ernæringsstatus. Artikkelen viser også at sykepleierne var opptatt av en god oppfølging av pasientens næringsinntak, hvilke utfordringer de opplevde og hvordan de forsøkte å følge opp dette.</p>

Litteraturmatrise 4

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Håkonsen, S. J., Pedersen, P. U., Bygholm, A., Thisted, C. N. & Bjerrum, M. (2019). Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. <i>BMC Health Services Research</i>, 19(642), 1-15. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4450-1</p>	<p>Hensikten med forskningen var å undersøke hvordan helsepersonell vurderer sin egen kompetanse innen ernæring og dokumentasjon, og hvordan måten organiseringen av arbeidsdagen påvirker kvaliteten på utøvelsen av helsehjelp.</p>	<p>Focus group, content analysis, nutrition, documentation, nursing home, home care, home nursing</p>	<p>Utvalg Forskningen har 14 deltakere, 4 sykepleiere og 10 assistenter. Disse ble valgt ut etter kriterier som utdanning og antall år i yrket.</p> <p>Datainnsamling Data ble samlet inn i to ulike fokusgruppeintervju hvor det var 7 deltakere i hver. Ulike temaer ble tatt opp: rutiner, kunnskap og holdninger i forhold til ernæring og dokumentasjon, tverrfaglig samarbeid og hva som blir gjort i det hverdagslige arbeidet. Håkonsen (erfaren sykepleier) og Bjerrum (forsker) var med i fokusgruppeintervjuene som observatører. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp med lydband og transkribert.</p> <p>Analyse De transkriberte intervjuene ble analysert. Intervjuene ble først lest flere ganger av Håkonsen, deretter ble det brukt forskningsspørsmål for å identifisere det som er relevant for formålet med studien.</p>	<p>Forskningen viser at manglende rutiner, kunnskap og holdninger når det gjelder ernæring og dokumentasjon fører til et manglende og utydelig fokus på ernæring og dokumentasjon. I tillegg til dette viser resultatene av forskningen til dårlig kommunikasjon, både i skriftlig rapport og verbalt, manglende rutiner for bruk av screeningverktøy, usikkerhet rundt hvem som har ansvar samt manglende tid og ressurser.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant i vår oppgave fordi den viser at manglende rutiner i ernæringsarbeidet samt mangel på tid påvirker kvaliteten på helsehjelpen som utøves.</p> <p>Artikkelen er også relevant fordi den viser at helsepersonell ofte tar avgjørelser på bakgrunn av egne eller kollegaers erfaringer, og at det er mangel på kunnskapsbasert praksis. Det kommer også frem i studien at helsepersonell har ulike oppfatninger om hvor og hvordan de skal rapportere viktig informasjon, noe som kan påvirke kontinuiteten i ernæringsarbeidet.</p>

Litteratormatrise 5

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Johansson, L., Wijk, H. & Christensson, L. (2017). Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program. <i>The Journal of nutrition, health & aging</i>, 21(3), 292-298. https://doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7</p>	<p>Målet med studien var å undersøke hvordan en forebyggende pleieprosess som Senior Alert (SA), kan brukes for å påvirke kroppsvekten positivt hos personer med demens som vurderes å være i fare for underernæring, eller som er underernærte.</p>	<p>Nursing process, nutrition assessment, quality improvement, registers</p>	<p>Utvalg Pasientene som var inkludert i studien var registrert både i Svedem og i Senior Allert, seks måneder før eller etter at de fikk demensdiagnosen. Alle pasientene som deltok i studien, var over 65 år.</p> <p>De 1912 pasientene som til slutt ble inkludert i studien var de med en demensdiagnose (i følge Svedem) og som var vurdert i henhold til MNA-SF.</p> <p>Datainnsamling Data ble samlet inn fra kvalitetsregisteret Svedem.</p> <p>Analyse Data ble analysert med statistisk analyse.</p>	<p>Studien viser at 74,3% av pasientene som deltok i studien var underernærte, eller stod i fare for å bli det, ifølge MNA-SF. 2/3 av pasientene hadde dokumenterte ernæringsmessige tiltak.</p> <p>Studien viste at kun de deltakerne som var registrert i alle de fire trinnene i den forebyggende pleieprosessen i SA som hadde en forbedret kroppsvekt etter et halvt år. Det som manglet hos de deltakerne som ikke hadde en forbedret kroppsvekt, var at det ikke var gjort en analyse av de underliggende årsakene til underernæring.</p> <p>Tiltakene som ble iverksatt hos de pasientene som hadde en økende kroppsvekt var kosttilskudd, kontroll av vekt, hjelp til måltid, gjennomgang av medisinaliste, tannhelse, informasjon og undervisning i ernæring, væske- og kostregistrering.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave fordi den viser viktigheten av å undersøke hva som er den underliggende årsaken til underernæring før en iverksetter forebyggende tiltak. Resultatene fra studien viser også effekten av tiltakene som ble iverksatt.</p>

Litteratormatrise 6

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Rognstad, M-K., Brekke, I., Holm E., Linberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. <i>Sykepleien Forskning</i>, 4(8), 298-307. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137</p>	<p>Hensikten med studien er å kartlegge og belyse ernæringsstatus en til eldre med demens og kognitiv svikt, som mottar hjelp fra hjemmesykepleien.</p>	<p>Eldre, ernæring, demens, hjemmesyk epleie</p>	<p>Utvalg Eldre, hjemmeboende pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt i fire utvalgte bydeler i Oslo. De var 67 år eller eldre, og skårer 3-5 på IPLOS- skalaen. Deltakerne i studien var 282 pasienter, 80 menn og 202 kvinner.</p> <p>Datainnsamling I tverrsnittstudien ble instrumentet Mini Nutritional Assessment benyttet til innsamling av data. Personalet i hjemmesykepleien leste spørsmålene fra skjema og pasientene svarte. Hos de pasientene som scoret 5 på IPLOS skalaen, vurderte pleieren pasienten. Fire koordinatører for prosjektet samlet inn de utfylte skjemaene.</p> <p>Analyse Logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å analysere dataene. Resultatene blir presentert i oddsratioer.</p>	<p>Studien viser at 40,4% av pasientene i studien var i fare for underernæring ved ernæringsvurdering utført med vurderingsverktøyet MNA.</p> <p>Studien viser at pasientene som handler selv har betydelig mindre sannsynlighet for å bli underernærte, enn de som ikke handler selv. De som ikke har noen problemer med matinntak har 86% lavere odds for å være underernærte eller i fare for å bli det, enn de med problemer.</p> <p>Studien konkluderer med at helsepersonells rutiner for innhenting av data relatert til ernæringsstatus, samt kunnskap om ernæring og tidlig intervensjon må bedres for å kunne iverksette forebyggende tiltak.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant i oppgaven fordi den viser forekomsten av underernæring blant de eldre med demens i hjemmesykepleien, og den peker på årsaker og ulike faktorer som kan føre til underernæring.</p> <p>Artikkelen viser også til viktigheten av å iverksette tidlige tiltak for å kunne forebygge underernæring, samt helsepersonells kunnskaper og rutiner rundt underernæring.</p>

Litteratormatrise 7

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Landmark, B. T., Gran, S. V. & Grov, E. K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. <i>Klinisk Sygepleje, 28(1)</i>, 4-14. Hentet fra https://idunn.no</p>	<p>Hensikten med denne studien er å kartlegge ernæringsstatus hos eldre som bor på sykehjem eller som mottar daglig hjelp fra hjemmesykepleien.</p>	<p>Home care nursing, Malnutrition</p>	<p>Utvalg 532 pasienter på kort- og langtidsavdeling i sykehjem samt eldre hjemmeboende med daglig behov for hjemmesykepleie deltok i studien. Alle pasientene i studien var 67 år eller eldre.</p> <p>Datainnsamling Punktprevalensundersøkelse hvor data ble samlet inn på tre tidspunkter med en måneds intervall, for å sikre systematisk oppfølging av pasientens ernæringsstatus. Det var det faste personalet på sykehjemmene og i hjemmesykepleien kartla pasientenes ernæringsstatus, ved hjelp av Helsedirektoratets ernæringsjournal.</p> <p>Analyse Data ble analysert med beskrivende statistikk. Sammenligninger av pasientenes KMI ble gjort i forhold til kjønn, alder, de ti ernæringsrelaterte spørsmålene og hvor pasientene bodde.</p>	<p>Studien viser at forekomsten av underernæring blant eldre over 67 år som bor på sykehjem eller som daglig har hjelp fra hjemmesykepleie er 30%.</p> <p>Studien viser en klar sammenheng mellom deltakernes KMI-verdi og nedsatt matlyst, tann/tygge/svelg-problemer og behov for hjelp til måltider.</p> <p>Resultatene fra Ernæringsjournalen viser at årsaken til ernæringsproblemer hos flere av deltakerne er kognitiv svikt og demens.</p>	<p>Denne forskningsartikkelen er relevant fordi den viser forekomsten av underernæring i hjemmesykepleien.</p> <p>Artikkelen viser en sammenheng mellom lav KMI-verdi og ulike utfordringer i spisesituasjoner som sykepleier må være oppmerksom på, for å kunne iverksette sykepleietiltak for å kunne forebygge underernæring.</p>

Litteraturmatrise 8

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Håkonsen, S. J., Bjerrum, M., Bygholm, A., Kjelgaard, H. H. & Pedersen, P. U. (2018). The Routines, Knowledge and Attitudes towards Nutrition and Documentation of Nursing Staff in Primary Healthcare: A Cross-Sectional Study. <i>Journal of Community & Public Health Nursing</i>, 4(3), 1-8. https://doi.org.10.4172/2471-9846.1000220</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke rutiner, kunnskap, holdninger til ernæring og dokumentasjon iblant sykepleiere og assistenter i primærhelsetjenesten.</p>	<p>Cross-sectional Study, Primary Health Care, Community, Healthcare Professionals, Healthcare Personnel, Knowledge, Routines, Attitudes, Documentation Nutrition</p>	<p>Utvalg 449 deltakere hvorav 55 registrerte sykepleiere, 129 «Social- and Health Service Assistants» og 265 «Social- and Health Service Helpers». Deltakerne var ansatt i hjemmesykepleien eller på sykehjem, i Danmark. Av sykepleierne som deltok i studien var det 45 ansatte i hjemmesykepleien og 10 ansatte på sykehjem.</p> <p>Datainnsamling Det ble brukt et beskrivende tverrsnittdesign, et nettbasert spørreskjema, som undersøkte sykepleiere og assistenters holdninger, rutiner og kunnskap om ernæring og dokumentasjon.</p> <p>Analyse Statistisk analyse ble utført. Resultatene ble presentert som prosentandeler i to kategorier.</p>	<p>Studiens resultater viser at nivået av ernæringskunnskap, rutiner, samt dokumentasjon er dårlig i alle de tre gruppene av helsepersonell. På spørsmål om sykepleieren utfører regelmessige vurderinger av pasientenes ernæringsstatus, svarte sykepleierne i gjennomsnittet 5,36. Hvorav 10 er alltid og 0 er aldri. Blant alle ansatte i hjemmesykepleien var gjennomsnittsvaret på dette spørsmålet 4,26.</p> <p>Like under 50% av sykepleierne som deltok i studien svarte at de brukte de anbefalte screeningverktøyene på arbeidsplassen. Omtrent 60% av sykepleierne svarte at de hadde kjennskap til screeningverktøyene, mens gjennomsnittet blant alle de ansatte i hjemmesykepleien var under 13%.</p>	<p>Denne artikkelen hjelper oss med å svare på problemstillingen fordi den viser at det er manglende prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus i hjemmesykepleien. Studien viser og at helsepersonell har manglende kunnskap innen ernæring og at verktøy for vurdering og kartlegging av ernæringsstatus ikke alltid blir benyttet.</p>

