

Doha Yousef Almusa - Kandidatnummer 10109  
Natalia Kulikova - Kandidatnummer 10093

## **Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens diagnose.**

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7541

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie, Gjøvik: Kull 2020  
(BSPLGH\_2020)

Veileder: Marit Helene Sund Storlien

Mai 2023



Doha Yousef Almusa - Kandidatnummer 10109

Natalia Kulikova - Kandidatnummer 10093

# **Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens diagnose.**

Litteraturbachelor

Antall ord: 7541

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie, Gjøvik: Kull 2020  
(BSPLGH\_2020)

Veileder: Marit Helene Sund Storlien

Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

<b>Norsk tittel:</b>	Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens diagnose.
<b>Forfattere:</b>	Kandidatnummer 10109- Doha Almusa Kandidatnummer 10093 - Natalia Kulikova
<b>Veileder:</b>	Marit Helene Sund Storlien
<b>Nøkkelord</b>	Demens, underernæring, hjemmesykepleie og ernæringsstatus
<b>Antall sider/ord</b>	37 sider / 7541
<b>Antall vedlegg</b>	1

### Kort beskrivelse av oppgaven

**Bakgrunn:** Mange av de som har demens sykdom i Norge er hjemmeboende og får hjelp av hjemmetjenesten. En stor del er underernærte eller står i fare for underernæring. Ernæring er en av menneskets grunnleggende behov. Og sykepleiers oppgave er blant annet å hjelpe til med å dekke dette. Det er utfordrende å kontrollere mat- og drikkeinntak hos hjemmeboende pasienter, siden helsepersonellet er ikke til stede hele tiden.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å skaffe kunnskap om hvilke tiltak sykepleier kan sette i gang for å forebygge underernæring eller forbedre ernæringsstatus for denne gruppen.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie, som er basert på ti kvalitative og kvantitative vitenskapelige artikler. Artiklene ble funnet gjennom et systematisk søk i databasene CINAHL og PubMed, og et manuelt søk i sykepleie.forskning.no

**Resultat:** Temaene som ble fremhevet for diskusjon er kunnskap, samhandling og mattilpassing og matsservering.

**Konklusjon:** Kunnskap om de ulike kartleggingsverktøyene hjelper sykepleier å identifisere ernæringsmessige utfordringer hos pasientene. Sykepleieres samarbeid med pasienter, pårørende, kollegaer, og andre aktører i helsevesenet bidrar til å utarbeide en individuell kostholdsplan tilpasset den enkelte pasientens behov. Tilpasset mat og matsservering påvirker både matinntak og psykologisk velvære.

Helheten av flere tiltak sikrer kontinuerlig pleie, forsvarlig helsehjelp og personsentrert omsorg.

## ABSTRACT

<b>English title:</b>	How can nurses help prevent malnutrition in patients living at home with a diagnosis of dementia.
<b>Authors:</b>	Candidate number 10109 - Doha Almusa. Candidate number 10093 - Natalia Kulikova
<b>Supervisor:</b>	Marit Helene Sund Storlien
<b>Keywords:</b>	Dementia, malnutrition, home care nursing, nutritional status
<b>Number of pages / words</b>	37 / 7541
<b>Numbers of attachmentes</b>	1

### **Brief description of the bachelor thesis:**

**Background:** Many of those who have dementia in Norway are living home, receive help of health care service and are malnourished or at risk of malnutrition. Nutrition is one of human's basic needs; and the nurse's objective is to help cover it. It is challenging to control food and drink intake of home-living patients.

**Purpose:** The purpose of this study is to obtain knowledge about which actions nurses can take to improve the nutritional status of home-living patients with dementia

**Methods:** It is a literature study, which is based on ten qualitative and quantitative scientific articles. The articles were found through a systematic search in the databases CINAHL and PubMed, and a manual search in sykepleie.forskning.no

**Result:** Topics that were highlighted for discussion: 1) Knowledge 2) Interaction 3) Food adaptation and food service

**Conclusion:** The knowledge of various mapping tools helps nurses to identify nutritional challenges in patients.

Collaboration between nurses and patients, relatives, colleagues, and other actors in the healthcare system helps to prepare an individual diet plan adapted to the needs of each patient. Diet adaptation and food service affect both food intake and the psychological well-being in patients having dementia.

The whole process of taking several actions ensures continuous health care which is appropriate and person-centered.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>1</b>
<b>1. INTRODUKSJON</b> .....	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for valgt tema .....	4
1.2 Oppgavens hensikt .....	4
1.3 Problemstilling .....	4
<b>2. Teori</b> .....	<b>5</b>
2.1. Demens .....	5
2.1.1. Symptomer på demens .....	5
2.1.2 Grader av demens .....	6
2.2 Underernæring og konsekvenser .....	6
2.3 Hjemmesykepleie .....	6
2.4. Personsentrert omsorg .....	7
<b>3. Metode</b> .....	<b>7</b>
3.1 Hva er metode .....	7
3.2 Litteraturstudie .....	7
3.3 Kvalitativ og Kvantitativ metode .....	7
3.4 Søkestrategi .....	8
3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	9
3.6 Søkeshistorikk .....	9
3.6.1 Manuelt søk .....	13
3.7 Relevansvurdering og kvalitetsvurdering av artiklene .....	13
3.8 Analyse av resultat .....	14
3.9 Resultater .....	14
<b>4. Sammenfattende resultat</b> .....	<b>24</b>
4.1 Kunnskap .....	24
4.2 Samhandling .....	24
4.2.1 Pasient medvirkning .....	24
4.2.2 Pårørendesamarbeid .....	25
4.2.3 Tverrfaglig samarbeid .....	25
4.3 Mattilpassing og matsservering .....	26
<b>5. DISKUSJON</b> .....	<b>26</b>
5.1 Kunnskap hos helsepersonell .....	26
5.2 Samhandling .....	28
5.3 Mattilpasning og servering .....	30
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>31</b>
Referanser .....	33
Vedlegg .....	36

# 1. Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valgt tema:

Ifølge Helsedirektoratet (2020) er det 100 000 personer i Norge som har demens diagnose. I 2025 vil det være om lag 116 000 og i 2040 forventes det å være nærmere 200 000 med en demens diagnose i Norge. Ettersom forekomsten av demens øker med alderen, vil antall personer med demens doubles. Derfor er det viktig at denne pasientgruppa får gode tjenester der de bor. Reformen “Leve hele livet” er utarbeidet for eldre folk som bor i Norge. Reformen vil skape et miljø som sikrer at eldre kan bo hjemme lengst mulig, mestre eget liv, ha en god livskvalitet og få god helsehjelp. Den vil også skrive at pårørende som er involvert i omsorgsprosessen må ikke være utslitt og ansatte i hjemmetjeneste har nok kompetanse for å ivareta pasienters behov. (NOU 2017-2018: 15)

Etter å ha fått en demens diagnose, kan det for noen være en lettelse. Da de får en forklaring på symptomene sine. Andre kan bli deprimeret. Det kan oppstå flere spørsmål, blant annet om det vil være mulig å jobbe videre, hvordan skal livet planlegges og hvordan få hjelp. (Aldring og helse, u.å.) Forekomsten av underernæring hos eldre pasienter med demens er ofte høy på grunn av flere faktorer. Pasientene med demens har vanligvis svekket evne til å tolke sanseinntrykk som smak, lukt og berøring, noe som kan gjøre det vanskelig for dem å få i seg tilstrekkelig mat. Dette gjør pasientene ekstra sårbare. I tillegg vil nedsatt evne til å huske måltider, redusert evne til å spise, nedsatt appetitt og sultfølelse, samt svelgeproblemer, være vanlige ernæringsutfordringer for den pasientgruppa. Alle de faktorene forårsaker en høy risiko for underernæring hos pasienter med demens. (Helsedirektoratet, 2022). Eldreminister Åse Michaelsen uttaler seg om betydning av mat i livet av eldre. Det påpekes at temaet må diskuteres og løsninger må finnes for å forebygge underernæringsproblem hos eldre og forbedre deres ernæringsstatus. (aldring og helse, 2018)

Vi har valgt underernæring hos eldre med demens fordi det er relevant for sykepleie. Sykepleiers oppgave er blant annet å hjelpe pasienter med å dekke deres grunnleggende behov. Erfaringsmessig er dette et problem i praksis, noe vi begge har sett gjennom jobb og praksis. Det er allerede mange pasienter med demens som er underernærte, eller står i fare for det. Vi har lyst til å bidra til at pasienters livskvalitet blir bedre. En god ernæringsstatus er en del av en god livskvalitet.

## 1.2 Oppgavens hensikt

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

## 1.3 Problemstilling

Sykepleieren kan møte den aktuelle problemstillingen i arbeid med geriatriske pasienter, blant annet i hjemmesykepleien. Problemstillingen er: **“hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens diagnose?”**



## 2. Teori:

### 2.1. Demens:

Demens er et paraplybegrep for flere sykdommer. Symptomene varierer i forhold til hvilken del av hjernen som er skadet og hvordan. Primærdegenerativ gruppe av demenssykdommer betyr gradvis ødeleggelse av visse nerveceller og forbindelser mellom dem. De skadene er irreversible og sykdommene er progredierende. Celledød begynner før symptomene er synlige for pasienten og omgivelser. Forskjellige deler av hjernen kan rammes. Ved demens vil pasienten ofte vise tegn på kognitiv svikt, desorientering, apraksi og agnosi (Skovdahl, 2020, s. 420-423).

Den viktigste risikofaktoren for demens i tillegg til høy alder er alvorlige hodeskader, høyt blodtrykk, høyt alkoholinntak, fedme, røyking, depresjon, hørselssvekkelse, sosial isolasjon/ensomhet og diabetes. (Nasjonal foreningen for folkehelse, 2023). Pasienter med demens blir sykere gjennom tid. Etter hvert blir de mer og mer avhengig av hjelp fra andre. Hos noen går forverringen over 2-3 år, andre langsommere over 8-10 år (Norsk Helseinformatikk, 2019).

Hovedtypene er Alzheimers demens, som er den vanligste, Frontotemporal, Lewybody, Vaskulær demens og sekundære demenstyper (Skovdahl, 2020).

#### 2.1.1. Symptomer på demens:

- **Svekket oppmerksomhet.** Hos demensrammede kan evnen til å utføre oppgaver, eller løse problemer bli redusert. Det forklarer at disse menneskene blir stadig mer avhengig av hjelp.
- **Svekket læringsevne og hukommelse.** Hukommelsen deles inn i langtids- og korttidshukommelse. Langtidshukommelse dreier seg om det som har skjedd tidligere, over timer, dager og år. Korttidshukommelse er evne til å huske opplevelser og informasjon som knyttes til det man er opptatt av her og nå, fra de siste 20 minutter. Ved lett og moderat demens, vil korttids hukommelse bli dårlig. Hos pasienter med alvorlig grad av demens, vil begge hukommelsestyper bli påvirket. (Haugen & Engedal, 2018, s.32)
- **Afasi.** Språkproblemer kan oppstå ved demens. Personen får problemer med å finne riktige ord. Evnen til å oppfatte og forstå hva de andre sier blir redusert. Det oppstår vanskeligheter med å forstå skriftlig språk og benevning.
- **Apraksi** er svikt i evne til å utføre praktiske handlinger. Personer med demens kan forstå oppgaven, men de klarer ikke å huske igjen hvordan det gjennomføres. For eksempel, de forstår at de skal pusse tennene, men husker ikke hva de skal gjøre med en tannbørste.
- **Neglekt** er svekket oppmerksomhet mot den ene siden av kroppen. Personer med demenssykdom kan ha større problemer med å oppdage gjenstander på den syke siden.
- **Agnosi.** Manglende evne til å forstå sanseinntrykk eller gjenkjenne ansikter. Syns og hørselsagnosi, lukt- og smakssanser reduseres, og det kan være en av de viktige årsakene til at pasienter med demens mister appetitten og interessen for mat, og går ned i vekt. I tillegg til kognitive symptomer, kan det også forekomme atferdsmessige og psykologiske symptomer som:
- **Depresjon.** Den sviktende evne til å mestre dagligliv, og å tilpasse seg tap er den viktigste årsaken til depresjon. Endringene i samspillet mellom ulike signalsubstanser i hjerne spiller også en viktig rolle. Depresjon forekommer ofte hos personer med en mild til moderat grad av demens.

- **Angst.** Det er ganske vanlig symptom for denne pasientgruppen, som kan knyttes til at de opplever å miste oversikt i hverdagen. Enkelte bor alene, noen flytter til et ukjent sted og møter ukjente ansikter. Det kan føre til utrygghet.
- **Passivitet, uro og søvnproblemer.** Demenssykdom kan føre til passivitet, rastløshet og uro. I tillegg kan demens føre til søvnvansker om kvelden, som kan føre til at mange sover mye i løpet av dagen, og får endret døgnrytmen. (Rokstad, 2020, s. 36-41)

### 2.1.2 Grader av demens:

Demens deles inn i mild, moderat og alvorlig grad. Ved mild grad av demens kan pasienten fungere i dagliglivet ved hjelp av påminnelser og veiledning. Ved moderat er ofte hukommelsen så svekket, at hverdagslige gjøremål blir krevende. Brukeren trenger da fysisk hjelp i dagliglivet, for eksempel hjelp til påkledning, matlaging og til å håndtere økonomiske forhold. Depresjon og angst kan oppstå, da pasienter opplever og forstår egen svikt. Når sykdommen utvikler seg til alvorlig grad, endrer pasienten atferd, taper seg i motoriske funksjoner og forståelseevnen reduseres. Pasienter innenfor alvorlig grad har ofte behov for hjelp i hverdagen og omsorg døgnet rundt. (Rokstad, 2020, s. 35)

## 2.2 Underernæring og konsekvenser

**Underernæring** er tilstand når kroppens behov av kalorier og næringsstoffer ikke dekkes over tid. Det fører til proteintap og tap av fettreservene. Det forårsaker vektnedgang, muskelsvinn og mangel på vitaminer og mineraler. Fysisk og mental funksjon blir også negativt påvirket. Underernæring kan oppstå alene eller i kombinasjon med andre ernæringstilstander, som mangeltilstander, overvekt og fedme. Overskudd av noen vitaminer og mineraler og samtidig underskudd av de andre kan føre til at vekten ikke reduseres, men at kroppen ikke fungerer som den skal. Underernæring kan oppstå på grunn av faktorer som ikke relateres til sykdom, men på grunn av mangel på mat. Sykdomsrelatert underernæring forårsakes av prosesser i kroppen som endrer opptak av næringsstoffer, redusert matinntak på grunn av svekket mentalfunksjon, som gjør en person ukritisk eller som bivirkning av medisiner, som kan redusere matlyst. Under sykdom kan også behov i forskjellige næringsstoffer være annerledes sammenliknet med en uten demens diagnose. Det trengs mer proteiner for sår som gror for eksempel. (Helsedirektoratet, 2022)

Dårlig ernæringsstatus kan føre til at pasienter opplever nedsatt livskvalitet, redusert helse- og kognitiv status. I verste fall kan føre til tidligere død. Utilstrekkelig inntak av energi og næringsstoffer kan føre til nedsatt i immunforsvar, redusert muskelmasse og muskelkraft, som kan føre til nedsatt bevegelse, hostekraft og ventilasjon og øker falltendens. (Stubberud, 2016, s. 21). Underernærte pasienter må ofte reinnlegges på sykehuset og deres opphold er lengre enn hos pasienter som har normal ernæringsstatus. (Helsedirektoratet, 2022)

Underernæring hos eldre kan forårsakes av normale aldersforandringer som tannstatus, redusert spyttproduksjon, svekket muskulatur som gjør det vanskeligere å tygge og for tarmen å bevege mat, svekket slimhinner forårsaker dårligere opptak av næringsstoffer. Legemidler og sykdom kan forandre opptak av næringsstoffer, blant annet psykiske plager som depresjon og kognitiv svikt. (Brodtkorb, 2020).

## 2.3 Hjemmesykepleie:

Helsehjelp hjemme forutsetter at pasientens helsetilstand er ikke så alvorlig at man må innlegges på sykehus. Derfor kalles de i hjemmetjeneste ikke pasienter, men

brukere. Helsetilstanden til brukere av hjemmetjeneste har i det siste blitt dårligere fordi liggetiden på sykehuset er kortere. Det krever økt kompetanse av hjemmesykepleiere i samsvar med de nye utfordringene. Det øker krav på kommunikasjon og samarbeid med brukere, kollegaer og andre aktører. Eldrebølgen vil føre til behov for flere ansatte i hjemmetjenesten. Fra 2016 til 2020 økte antallet brukere av hjemmetjenester med 10,8% og ble 28,9% av innbyggerne (Aase, 2002, s.224). Det viktigste for hjemmetjeneste er å sikre best mulig livskvalitet for brukere, gi dem mulighet til å bo hjemme lengst mulig og forebygge innleggelse på institusjon. Helsepersonell er ofte alene hjemme hos brukere og må ta beslutninger selv. Pårørende er ofte mye mer involvert i pleieprosess enn ved sykehusinnleggelse og kommuniserer mye med personell i hjemmetjeneste. (Aase, 2002).

## **2.4. Personsentrert omsorg**

Pleie og omsorg bør være tilpasset hver enkelt pasients ønsker, behov, verdier, livsstil, forestillinger, opplevelser og livssituasjon. Det må utføres i samsvar med standarder, standartprosedyrer og retningslinjer for å sikre felles høykvalitet og kunnskapsbasert praksis. God ledelse, dokumentering, prosedyrebeskrivelse og flest mulig faste ansatte kan bidra til best mulig personsentrert omsorg og kontinuitet i tjenesteutføring. (Kirkevold, 2020)

Demenssykdom kan virke annerledes fra person til person. Pasientens livserfaring påvirker opplevelsen av nåtid. Personlighet innebærer personens sterke og svake sider, graden av sårbarhet og evne til å motstå livets utfordringer, evne å se på det positivt. Det påvirker hvordan personen tilpasser seg de forandringene som oppstår etter sykdomsstart og videreutvikling. Sosiale relasjoner kan påvirke opplevelsen av sykdom og selvbilde.

Personsentrert omsorg betyr at pasienten møtes individuelt, som en unik person med egne behov og særpreg. Personen er hoved verdi, med vekt på emosjonell side og mental tilstand, ikke bare anatomi og fysiologi. (Rokstad, 2020) Ved pleie og omsorg bør hele menneske bli sett. De evnene og ferdighetene, som personen fortsatt har, bør ikke tas over av helsepersonell. Omgivelser og tjenesten bør tilrettelegges slik at personen kan være mest mulig selvstendig, lengst mulig.

## **3. Metode**

### **3.1 Hva er metode**

Metode er fremgangsmåten som brukes for å finne relevant og pålitelig kunnskap for å belyse problemstillingen, hvordan kunnskapen kan analyseres og hvilke resultater vi får av forskningen. (Chistoffersen et al., 2015, s. 17- 16). For å belyse problemstillingen er det brukt pensumbøker, selvvalgt litteratur, forskningsartikler, lovverk, sykepleierteori og erfaringsbasert kunnskap fra våre arbeidsplasser og praksis.

### **3.2 Litteraturstudie:**

Metoden brukt for å besvare problemstillingen er litteraturstudie. En litteraturstudie skal ha en tydelig problemstilling, beskrive benyttet søkestrategier for å finne relevante artikler, vurdere funnene kritisk og sammenfatte det til å belyse problemstillingens spørsmål. ( Chistoffersen et al., 2015, s. 62-63). Systematiske søk brukes for å finne relevant, publisert forskning. Info blir hentet fra ulike studier, sammenliknes og fremskaffer nye synspunkter. (Thidemann, 2015).

### **3.3 Kvalitativ og Kvantitativ metode:**

Metodene i forskningsartiklene, som er brukt i oppgaven er både kvalitativ og kvantitativ. Hensikten med å bruke begge typer, er å få utdypet informasjon og konkrete tall. Dette gir en bredere

oversikt. Samt å få mer utdypende informasjon som gir mer forståelse om implikasjonene av tallene gjennom bruk av kvalitativ metode.

Det som kjennetegner kvantitative metoder er at utgangspunkter for dataanalyser er basert på tall, og datasamlingen er lite fleksibel. Fordelen med kvantitative studier er at de kan si noe om utbredelse av fenomen, hyppigheten eller tendens. (Christoffersen et al., 2015, s. 18-19).

### 3.4 Søkestrategi

Søkestrategi handler om å bestemme hvilke søkeord en bruker i søket og hvordan en kombinerer dem (Thidemann, 2019, s. 89). For å finne aktuelle bøker som kan ta for seg temaet, er det brukt pensumlitteratur for å bygge opp en relevant teori. Dessuten er det utført søk gjennom skolens bibliotek og aktuelle pålitelige nettsider, som Sykepleien Forskning og Kompetansesenteret for Aldring og Helse. For å finne bakgrunnstoff med høy sykepleiefaglig relevans og kvalitet, er det brukt databasene CINAHL og PubMed.

PICO-SKJEMA er brukt for å dele og strukturere problemstillingen. «PICO er et verktøy som benyttes for å dele opp problemstillingen på hensiktsmessig måte». Gjennom PICO-SKJEMA er det klargjort hva problemstillingen handler om, hvilke tiltak skal undersøkes og hvilket resultat kan benyttes. C-comparation var vanskelig å utdele for problemstillingen og PICO-skjem, ble omdannet til PPIO-skjema (Thidemann, 2015)

Søkeordene er valgt ut ifra sentrale ord i oppgavens problemstilling og er fremstilt PPIO-skjema.

**Tabell 1: PPIO-skjema**

Hvordan kan sykepleier bidra til å forbedre ernæringsstatus hos hjemmeboende pasienter med demens diagnose?			
<b>P: Population</b>	<b>P Population</b>	<b>I: Intervention</b>	<b>O: Outcome</b>
Pasienter med demens diagnose	hjemmesykepleie	Forbedre ernæringsstatus/ Forebygge underernæring	Pasienten skal ha tilstrekkelig mat, og god oppfølging av hjemmesykepleier /god ernæringsstatus
Dementia (MH) (CH) Alzheimer Dementia (MH) (CH) Alzheimer disease (kw) Cognitive Dysfunctions (MH) (CH) Alzheimers (CH) Cognitive failure (CH)	Home Health Care Nursing (MH) (CH) Home nursing (kw) Home nursing care (CH) Home nurs (CH) Home care services (MH) Homecare nursing(kw)		Malnutrition (MH) (CH) Undernutrition (MH) (CH) Underntrishment (CH) Undernutrition prevention (kw) Nutrition disorders (MH) (CH)

MH= MeSH, CH= Cinahl heading, kw= keyword

I søkeprosess er brukt kombinasjoner av ordene og operatører som «OR» og «AND». Kombinasjoner av søkeord er fremstilt i søketabell 3.

### 3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

For å finne relevante artikler, ble det brukt inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier som utgangspunkt for hvilke artikler som bør være inkludert eller ekskludert i oppgaven.

**Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjons kriterier	Eksklusjons kriterier
Pasienter med demens sykdom	
Fokus på demens, underernæring	Fokus på andre sykdommer, andre symptomer
Pasientene som bor hjemme, Fokus på underernæring og demens til og med hvis pasienter bor på sykehjem, men det er ikke avgjørende for studien og studien kan være også aktuell for hjemmeboende pasienter	Sykehusinnlagte pasienter, Fokus på sykehjems opphold, som en vesentlig del av studien
Sykepleiefaglig relevans	Andre yrkesgrupper enn helsepersonell
Kvalitative og kvantitative studier	Review artikler.
Artikler i fulltekst og publisert etter 2010	Artikler eldre 13 år.
Språk - engelsk, norsk, svensk og dansk	Språk utenom norsk, engelsk, svensk og dansk
Fagfellevurdert artikler	Sponsede artikler eller betalingsmur
Søkelys på pasient eller sykepleieperspektiv	
Europeiske land, Stor Britania, Skandinaviske land (lignende kultur, som kan overføres til norske samfunnet, lignende mat)	Andre land utenfor Europa

Det er inkludert artikler fra 2013 til per dags dato. Dette fordi vi ønsker nyeste forskning på området. Det er viktig at artiklene har et språk som er godt forståelig for både forfattere og lesere. Det gjør det enklere å tolke artiklene. Derfor er det valgt artiklene på enten engelsk, eller skandinaviske språk.

### 3.6 Søkehistorikk:

Tabell 3 viser søkehistorikk for oppgaven. Den inneholder databaser, søkeord og deres kombinasjon, avgrensninger, antall treff og antall artikler som har blitt inkludert i analyse og diskusjon.

**Tabell 3 Søkehistorikk**

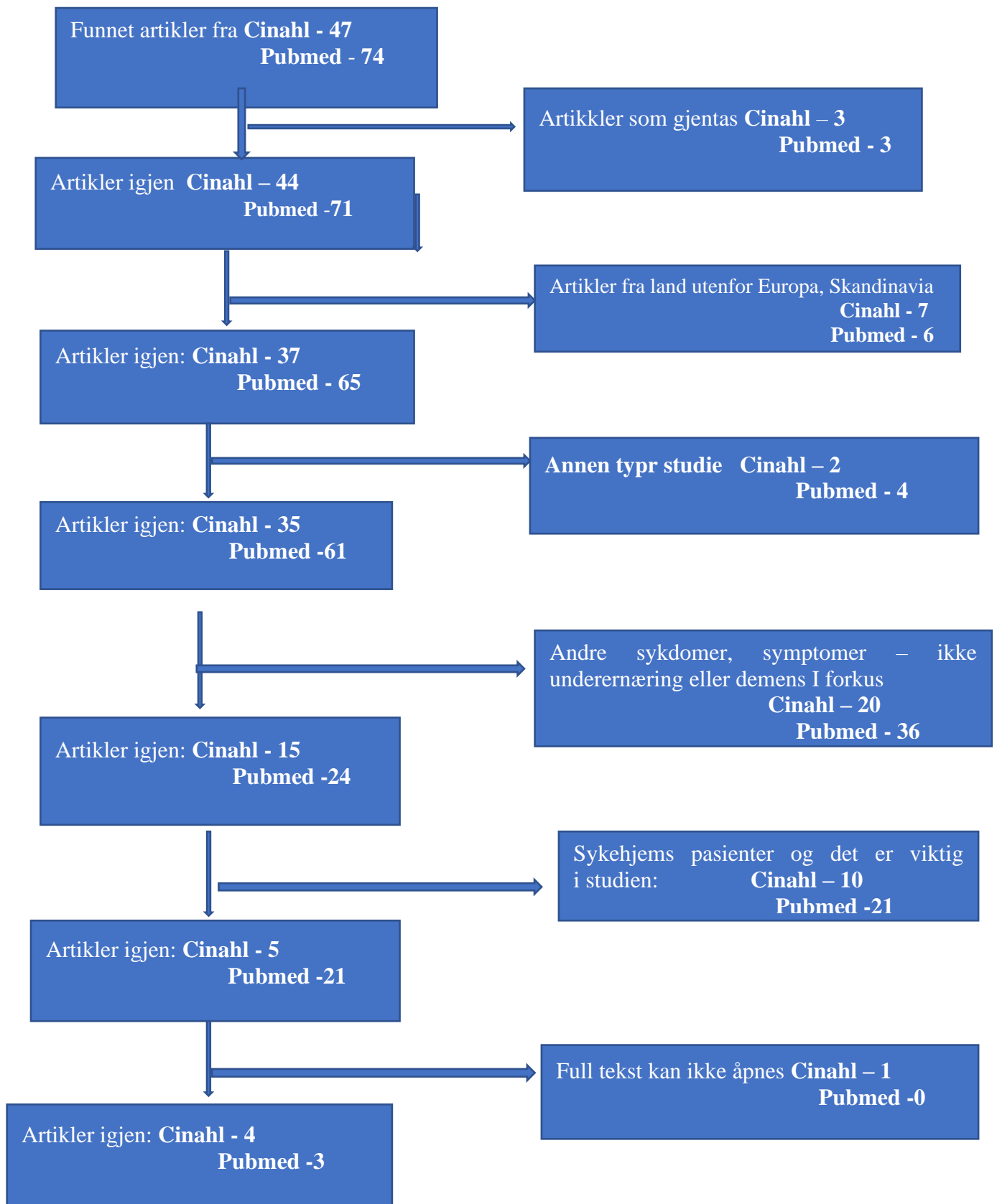
Søket er utført i databasene: Cinahl og Pubmed. Kombinasjon av temaord er brukt på engelsk og på norsk. Demensproblematikk er langt kjent problem og knyttet til den utfordring som

underernæring. Hjemmesykepleie eksisterer også en stund, så det kan hende at det ble utført undersøkelser for lenge siden, men deres funn kan være fortsatt aktuelt. Blant de valgte artiklene velges allikevel de nyeste, med tanker på oppdatering av data.

Database	Søkeord og kombinasjon	Avgrensing	Antall treff	inkludert
<b>Cinahl</b> <b>29.04.2023</b>	(S1) Hjemmeboende OR Hjemmesykepleie OR Hjemmesykepleier		24	
	(S2) Underernæring OR Feilernæring OR Ernæringsstatus		19	
	(S3) Demens OR Alzheimer OR Kognitiv svikt		52,145	
	<b>S1 AND S2 AND S3</b>	<b>Full tekst og siste 13 år</b>	<b>0</b>	
	(S1) home health care nursing OR home nursing OR home nursing care OR home nurse OR home care services OR homecare nursing		14,453	
	(S2) Malnutrition OR Undernutrition OR Underntrishment OR Undernutrition prevention OR Nutrition disorder		8,456	
	(S3) Dementia OR Alzheimer OR Alzheimers OR Alzheimers disease OR Cognitive failure		26,252	
	<b>S1 AND S2 AND S3</b>	<b>Full tekst og siste 13 år</b>	<b>47</b>	
				<b>4</b>

Database	Søkeord og kombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Inkludert
PupMed 29.04.2023	(S1) Hjemmeboende OR Hjemmesykepleie OR Hjemmesykepleier		3	
	(S2) Underernæring OR Feilernæring OR Ernæringsstatus		7	
	(S3) Demens OR Alzheimer OR Kognitiv svikt		140,814	
	<b>S1 AND S2 AND S3</b>	<b>Full tekst og siste 13 år</b>	<b>0</b>	
	(S1) home health care nursing OR home nursing OR home nursing care OR home nurse OR home care services OR homecare nursing		34,096	
	(S2) Malnutrition OR Undernutrition OR Undernourishment OR Undernutrition prevention OR Nutrition disorder		125,485	
	(S3) Dementia OR Alzheimer OR Alzheimers OR Alzheimers disease OR Cognitive failure		119,060	
	<b>S1 AND S2 AND S3</b>	<b>Full tekst og siste 13 år</b>	<b>74</b>	<b>3</b>

Tabell 4: Flytskjema for databasene:





### 3.6.1 Manuelt søk

Etter å ha søkt i databaser ble det funnet noen artikler på engelsk fra UK, Nederland, Sverige og Finland. Alle snakker om underernæring og demens, sammenheng, tiltak og forskjellige nivå (personlig, system), men ikke alle inkluderer hjemmesykepleie. Norge har et system med hjemmesykepleie som ikke bare er hjelp med renhold og matlaging. Men som er en del av et helsesystem. Derfor ble det utført direkte manuelt søk gjennom forskningsartikler på sykepleien.forskning.no., som er et pålitelig tidsskrift, som publiserer fag- og vitenskapelige artikler. De har hovedfokus på sykepleie og forsker på de områdene som er aktuelle for Norge (Thidemann, 2015). Men ikke alle inkluderer med hjemmesykepleier (Birkeland & Flovik, 2018, s.13-14). Hjemmesykepleie er en del av kommunal helsehjelp som brukere får hjemme (Helsenorge, 2022). Hjemmesykepleie utfører komplekse oppgaver og prosedyrer og jobber med mennesker i alle aldre og med forskjellige diagnoser. Krav til sykepleiers kompetanse i hjemmetjeneste i Norge øker. (Gjevjon, 2020)

Tabell 5: Flytskjema for manuelt søk:

Hjemmesykepleie demens underernæring antall treff: 7, blant forskningsartikler	1 – sykehjem 1 – tabell av fagfelleverderte artikler ifølge tema 3 – om kartlegging, 1 av dem/ den nyeste, er valgt 2- relevante
Hjemmeboende ernæringsstatus demens antall treff: 10, blant forskningsartikler	1 – sykehjem – dublikat 1 – tabell av fagfelleverderte artikler 1 – er en engelsk versjon av en valgt artikkel 1 – ikke fokus på demens. Bruk av en App som gjøre det vanskelig å bruke hos pasienter med demens 4 – kartlegging, den nyeste er valgt (3 av dem er i forrige søk) 2-relevante. Det er samme artiklene som var valgt ved første søk

### 3.7 Relevansvurdering og kvalitetsvurdering av artiklene

Etter å ha funnet artikler som ser relevante ut i forhold til vår problemstilling, ble artiklens relevans vurdert. Det sjekkes om artiklene har fulgt IMRaD struktur. (Thidemann, 2015)

Det var først undersøkt om problemstillingen er klart formulert og design og metoder kan svare på spørsmål i problemstillingen. Om resultatene er klart fremstilt og hvordan de kan brukes i praksis eller for videre undersøkelser. Dessuten er det forskjellige typer sjekklister som er tilpasset ulike typer studier og det ble brukt for å vurdere hver artikkel individuelt. (Helsebiblioteket, 2016) Det er laget en litteratormatris, inspirert av Thidemann, 2015. Det er en tabell hvor det skrives kort sammendrag av artiklene med egne kommentarer. Det gjør lettere å jobbe videre med artiklene i resultat- og diskusjonsdeler og gir også oversikt til leseren over artikkelen uten, at det må åpnes hele artikkelen.

### 3.8 Analyse av resultat:

Alle de utvalgte artiklene har IMRAD struktur og presenterer ny kunnskap. Alle har forfattere som er spesialister på sitt felt. Mange jobber innom geriatri, geriatiske sykepleiere og undervisere. Alle artiklene bruker også tidligere studier for å enten presentere bakgrunn eller sammenligne resultater. Alle skriver om relevans enten for klinisk praksis eller for videre forskninger.

### 3.9 Resultater:

#### Artikkel 1

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24950150/>

Forfatter År/land	Judith M. M. Meijers, J. M. G. A. Schols & R. J. G. J. M. G. A. <b>2014, Nederland</b>
Tittel	<b>Malnutrition in care home residents with dementia.</b>
Studiens hensikt	1) Undersøke forekomsten av underernæring hos brukere med demens diagnose I omsorgsboliger I Nederland gjennom årene. 2) Undersøke forholdet mellom underernæring, demens, omsorgsavhengighet og komorbiditet.
Metode /Deltakere.	Sekundær analyse av data av Dutch National Prevalence Measurement of Care Problems of Maastricht University fra omsorgsboliger I Nederland. Observasjon av 75399 beboerne eldre enn 65 år (4523 med demens). Forskningen foregikk over 5 år. (2006-2010). De undersøkte vekt, høyde, matinntak, uønsket vekttap, komorbiditet, demens og avhengighet av pleie og omsorg.
Hovedresultat	Studien viser ingen signifikant nedgang av underernærings hos pasientene i perioden, men hos pasientene uten demens var det reduksjon av underernæring. Denne studien understreker også at det er forholdet mellom demens og underernæring, mens omsorgsavhengighet og alder er forvirrende faktorer i dette forholdet. Komorbiditet påvirket ikke underernæring hos pasienter med demens. Underernærte er mer pleieavhengige.
Kommentar	Denne artikkelen kan bli nyttig for å se sammenheng mellom demens, omsorgsavhengighet og underernæring. Det er 2 mål av undersøkelsen. 1 - å undersøke prevalens av underernæring blant beboere I sykehjem, omsorgsbolig. Den 2 er å undersøke sammenheng mellom demens, underernæring og pleieavhengighet, og svikt I de relasjonene. Det andre målet er aktuelt for oppgaven. Omfattende skjemaer og tilstedeværelse av demens.

## Artikkel 2

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25651443/>

Forfatter År/land	S. Muurinen, N. Savikko, H. Soini, M. Suominen & K. Pitkälä <b>2015, Finland</b>
Tittel	<b>Nutrition and psychological well-being among long-term care residents with dementia</b>
Studiens hensikt	Undersøke sammenhengen mellom ernæringsstatus for beboere i omsorgsboliger og på sykehjem med demens diagnose og deres psykologiske velvære (PWB), og forholdet mellom ernæringshjelp og PWB.
Metode /Deltakere.	<b>Design</b> – Mini nutrition Assessment tool + spørreundersøkelse, som inkluderer 6 dimensjoner av PWB <b>Metode.</b> Pasienter i alle aldersgrupper med demens diagnose. Både de som bor på sykehjem og i omsorgsboliger i Helsinki. 10% av de inkluderte pasientene hadde midlertidig omsorg, og var ekskludert. Resten hadde demens i sykehistorie og var i stand til å svare på spørsmål om psykologisk velvære. Test med spørsmål og score om psykologisk velvære er i bruk fra 1989. Undersøkelsen ble utført av sykepleiere som fikk opplæring, og som kjente pasientene. Mini nutrition test (0-30). Score under 17 - underernæring. 17-22,3 risk for underernæring. Clinical Dementia Rating – scores kognitiv funksjon og hjelpebehov. Alle spørsmålene er beskrevet nøye i metodekapitlet.
Hovedresultat	Resultater: 9 % av undersøkte var godt ernærte og 28 % underernærte ifølge MNA. Psykologisk velvære var god hos 50 % og dårlig hos 10 % av beboerne. Dårlig PWB er knyttet sammen med dårlig ernæringsstatus, måltider i ensomhet, å spise litt av den tilbudte maten, og ikke ha mellommåltids mat. Dårlig PWB assosieres med mild kognitiv svikt, mens moderat og alvorlig svikt er assosiert med god PWB. Undersøkende som hadde underernæring hadde dårligst PWB. Ernæringsstatus og ernæringsmessig hjelp for beboere med demens var rett relatert til deres PWB.
Kommentar	Relevans for oppgaven: Det ble funnet at underernæring er knyttet til dårlig psykologisk velvære. Psykologisk velvære sees oftere i et tidligere stadie av demens. Pasienter i tidlig fase av demens kan utføre mye selv og er ofte hjemmeboende.

### Artikkel 3

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28244569/>

Forfatter År/land	Linda Johansson, H. Wijk & L. Christensson <b>2016, Sverige</b>
Tittel	<b>Improving Nutritional Status of Older Persons with Dementia Using a National Preventive Care Program</b>
Studiens hensikt	Målet med studien var å undersøke endring i kroppsvekt av pasienter med demens, som var vurdert som underernærte eller sto i fare for underernæring i forhold til bruk av en strukturert forebyggende behandlingsprosess.
Metode /Deltakere.	Den forebyggende prosessen er en pedagogisk modell brukt i Senior Alert (SA) kvalitetsregister, der ernæring er et av de prioriterte områdene og inkluderer 4 steg: vurdering, analyse av bakenforliggende årsaker, utførte handlinger og resultat. En analyse av data fra SA ble utført. Deltakerne er 1912 personer, over 65 år, som er registrert i både SA og demenskvalitetsregisteret Svedem. De bodde enten i sin vanlige bolig eller i spesialbolig i Sverige. Kroppsvekt ble målt fra starten og under oppfølging. Mini Nutritional Assessment-Short Form ble brukt til å vurdere ernæringsstatus.
Hovedresultat	74,3 % personer var underernærte eller sto i fare for underernæring. De som ble registrert i alle fire trinn i den forebyggende behandlingsprosessen, økte i kroppsvekt fra starten til slutten av oppfølging. Å bruke den strukturerte forebyggende omsorgsprosessen forbedrer antageligvis ernæringsstatusen til personer med demens, som er vurdert som i fare for underernæring eller underernærte. Denne studien bidrar til utvikling av kunnskapsbasert praksis for å forbedre ernæringsstatus hos personer med demens.
Kommentar	Strukturert forebyggende omsorgsprosessen hos personer med demens for å forbedre deres ernæringsstatus. Erfaring fra denne undersøkelsen i Sverige kan være nyttig for sykepleiere også i Norge. Bruk av individualisert handlingsplan bidrar til forbedring av ernæringsstatus hos personer med demens. Denne studien kan derfor gi informasjon for utviklingen av faktabasert praksis for personer med demens og kognitiv svikt.

#### Artikkel 4:

<https://sykepleien.no/forskning/2017/05/vurdering-av-ernaeringsstatus-et-sykepleiefaglig-ansvar-i-hjemmesykepleien>

Forfatter År/land	Siri Elisabeth Meyer, Rannveig Velken, Liv Helene Jensen <b>2017, Norge</b>
Tittel	<b>Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien.</b>
Studien hensikt	Hensikten med denne studien er å utforske hvordan hjemmesykepleierne anvender Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring i sin praksis. I denne studien hjemmesykepleierne skulle vurdere sin egen praksis i forbindelse med ernæringsrådgivning. En del av studie var utforskningen av hjemmesykepleiernes praksis når det gjelder ernæring, særlig rettet mot bruk av kartleggingsverktøy.
Metode/Deltakere.	<b>kvalitativ metode</b> En studie med analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter. Studien ble gjennomført i to norske kommuner, studie A og B, med om lag 20 000 innbyggere. Hjemmeboende pasienter med forskjellige helseproblemer, inkludert kognitiv svikt 19 ansatte deltok i studien som jobber 75-prosentstilling eller mer. 5 sykepleiere i studie A og 14 sykepleiere i studie B. studie B blitt fordelt med ni (B1) og fem (B2). To av sykepleierne i studie B var faglige ledere.
Hovedresultat	Sykepleierne syntes kravet om systematisk kartlegging av pasientens ernæringsstatus var utfordrende. Utfordringen i ernæringsarbeidet var å støtte hjemmeboende personer med demens, spesielt de som bor alene, og identifisere helseutfordringer ved redusert appetitt og vekttap. På den annen side var det utfordrende at hjemmebesøkene er kortvarige. Dette fører til at hjemmesykepleierne har begrensede muligheter for å gjennomføre nøyaktig observasjoner og registrering av mat og drikkeinntak i løpet av døgnet. For å styrke sykepleiernes ernæringsarbeid i hjemmesykepleien er det viktig å dele erfaringer. Å gjennomføre systematiske vurderinger av ernæringsmessig risiko innenfor eksisterende ressurser i hjemmesykepleien krever tett samarbeid mellom den enkelte pasient, pårørende, ledelse og helsepersonell i hjemmesykepleien.
Kommentar	Ernæringskartlegging skal bidra til at underernæring ikke blir oversett. Verdien av artikkelen er også at forskere er sykepleiere, noen er geriatriske sykepleiere, så de er godt kjent med problemstillingen.

## Artikkel 5

<https://sykepleien.no/forskning/2017/03/rutiner-vurdering-av-ernaeringsstatus-i-hjemmesykepleien#anchor-resultater>

Forfatter År/land	Heidi Aagaard, Vigdis Abrahamsen Grøndahl <b>2017, Norge</b>
Tittel	<b>Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien</b>
Studiens hensikt	Hensikten med denne studien er å beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientenes ernæringsstatus.
Metode/Deltakere.	Undersøkelsen var en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse og besto av to delstudier en studie blant ledere av hjemmesykepleien og en studie blant helsepersonell i hjemmesykepleien. De samlet inn data ved hjelp av spørreskjema. 273 ledere (svarprosent 59) og 212 blant helsepersonell (svarprosent 74) besvarte spørreskjemaet. Spørreskjemaet i første delstudie besto av totalt 61 spørsmål, og 67 spørsmål i andre delstudie.
Hovedresultat	Underernæring kan påvirke både fysisk og mental funksjon. Både helsepersonell og faglige ledere i denne undersøkelsen mente at det var behov for mer kunnskap om ernæring. Veiling er et av de viktigste tiltakene for å avdekke og vurdere personens ernæringstilstand. Det er fremdeles viktig å gjøre retningslinjene kjent og sørge for at helsepersonell får opplæring i bruken av dem. Det er også viktig at alle kommuner får prosedyrer for å kartlegge og vurdere brukernes ernæringsstatus.
Kommentar	Artikkelen kan støtte oppgaven vår, siden den bekrefter at Det bør utarbeides skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus i kommunene. Retningslinjer finnes, men disse må gjøres bedre kjent, og opplæring av helsepersonell bør være et prioritert område.

## Artikkel 6:

<https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/10642/1813/1076083.pdf?sequence=1>

Forfatter År/land	May-Karin Rognstad, Idunn Brekke, Eva Holm, Cecilie Linberg, Nina Lühr <b>2013, Norge</b>
Tittel	<b>Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens.</b>
Studien hensikt	Hensikten med denne studien er å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt.
Metode/ Deltakere	Kvantitativ metode. Det ble benyttet tverrsnittsstudie for å besvare forskningsspørsmålene med kartlegging ved hjelp av spørreskjema.  Hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo.
Hovedresultat	Resultatene viste oss at underernæring er svært utbredt hos pasienter med kognitiv svikt eller demenssykdom. Omkring halvparten av pasientene i dette utvalg var underernærte eller sto i fare for underernæring. Det å være kvinne og ha problemer med matinntak viste seg å ha en klar sammenheng med underernæring. Pasienter som foretar matinnkjøp selv, har betydelig lavere sannsynlighet for å være underernærte enn de som ikke foretar matinnkjøp selv. Det er svært viktig at helsepersonell gjennomføre rutiner for å innhente data relatert til ernæringsstatus hos pasienter med demensdiagnosen.
Kommentar	Artikkelen kan besvare en del av oppgaven om at pasient kan planlegge, handle sin egen mat eller velge selv hva de vil spise. samtidig som man er i stand til å innta måltidet, faktisk bidrar til bedre matlyst og reduserer risikoen for underernæring. Hvem som bidrar ved matinnkjøp, har sammenheng med pasientenes ernæringsstatus.

## Artikkel 7

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1270-4>

Forfatter År/land	Louise Mole, Bridie Kent, Mary Hickson, Rebecca Abbott <b>2019, UK</b>
Tittel	<b>'It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home</b>
Studiens hensikt	Hjemmeboende personer som har demens diagnose har økt risiko for underernæring. Ansatte i hjemmetjeneste driver med ernæringshjelp i denne sårbare gruppen. Målet er å utforske ansatte i hjemmetjenesten sine erfaringer og oppfatninger av ernæringspleien til hjemmeboende personer med demens.
Metode/Deltakere	Interpretative fenomenological analyse (IPA) brukes for å forstå erfaring og opplevelser og interpreteres av forskere, derfor brukes få av deltagere. Semi-strukturert intervju. Den er basert på en case om et ektepar. En man driver med pleie hjemme for kona med demens. Helsepersonell og hjemmepleiearbeidere ble rekruttert fra lokale omsorgsleverandører i det sørvestlige England, som hadde erfaring med å jobbe med personer med demens.
Hovedresultat	Helsepersonell trenger god opplærings for å kunne gi god ernæringspleie til hjemmeboende personer med demens. Omsorgsmodeller bør tilpasses bedre for å gjøre mulig en mer fleksibel og individuell ernæringspleie. Fremtids arbeid på dette området bør bli fokusert på å sikre bedre screeningsverktøy for pleiere og støtte endringer i ernæringsinntak for å redusere underernæring.
Kommentar	I diskusjonsdel diskuteres flere temaer. Det foreslås noen tiltak som å inkludere pasienter med demens I matlagningsprosess for å aktivisere pasienters tankeprosesser. Det trengs en løsning på mangel av tid for helsepersonell. Og tverrfaglig samarbeid må bedres, dette må tas opp å statlig nivå. Det er også aktuelt for Norge Et viktig poeng er at pårørende ikke bare er en ressurs. Men de belastes og må ivaretas på en god måte. Artikkelen kan belyse problemet fra forskjellige vinkler, nivå og perspektiver.



## Artikkel 8

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01792-5>

Forfatter År/land	Annemijn Visscher, Marieke C. E. Battjes-Fries, Ondine van de Rest, Olga N. Patijn, Mascha van der Lee, Nienke Wijma-Idsinga, Gerda K. Pot & Peter Voshol  <b>2020, Nederland</b>
Tittel	<b>Fingerfoods: a feasibility study to enhance fruit and vegetable consumption in Dutch patients with dementia in a nursing home</b>
Studiens hensikt	Å vurdere en mulighet til å inkludere fruktberiket mellommåltider, som ser ut som gjenkjennbare snacks, for å forbedre ernæringskvalitet hos pasienter med demens.
Metode	<b>Kvalitativ studie</b> En 6 ukers studie på et sykehjem for eldre med demens i Nord-Nederland. To boliger innenfor sykehjemmet deltok i denne studien. Det ble utført test, målinger og registreringer i starten og slutten av studien.
Hovedresultat	Økt inntak av frukt. Mat må tilpasses, noen typer av kaker ble bløt etter oppvarming og de ble lite appetittvekkende. Det ser ut som om at å gi gjenkjennelig frukt- og grønnsaksrik fingermat til pasienter med demens gjør det mulig å øke frukt- og grønnsaksforbruket og totalt matinntak hos eldre med demens på institusjon. I fremtidsstudier bør det bli undersøkt effekter av fingermat på ernæringsstatus og livskvalitet.
Kommentar	Pasienters mat med fiber, kan spises uten bestikk og kan stå på bordet hele dagen. Pasientene som hadde en spesiell diet, kunne ikke spise hard mat eller måtte mates ble ekskludert. Det tilsvarer kriterier for hjemmeboende pasienter. Fingermat ble servert som tillegg til vanlige måltider.

## Artikkel 9

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12293>

Forfatter År/land	Victoria J. Allen, Lisa Methven, Margot Gosney <b>2013, UK</b>
Tittel	<b>Impact of serving method on the consumption of nutritional supplement drinks: randomized trial in older adults with cognitive impairment</b>
Studien hensikt	<b>Mål av studien</b> - å sammenligne inntak av næringsdrikke I forhold til serverings måte hos eldre voksne med kognitiv svikt.
Metode	<b>Design</b> – Randomisert kontrollstudie. Deltakerne var delt I 2 grupper tilfeldig gjennom ‘www.random.org/lists/’. Deltakere med langvarig kognitiv svikt ble rekruttert fra sykehjem og sykehus, Noen fikk betingelse å drikke direkte fra glass, noen gjennom sugerør. Mulighet å få enten sugerør eller glass var 50/50. Peroral drikke ble gitt x 3 daglig. Serveringsmåte følges strengt. Resten av drikke samles og veies for å vurdere inntak. Data ble samlet inn over 12 måneder.
Hovedresultat	<b>Resultater</b> 45 personer deltok i denne studien. Etter randomisering var det ingen signifikant forskjell mellom grunnlinjekarakteristikkene til de to gruppene. Deltakere som fikk næringsdrikker direkte fra glass, drakk mer enn de som fikk næringsdrikke via et sugerør. <b>Konklusjon</b> Kosttilskuddsdrikker bør gis til personer med demens som er i stand til å forsyne seg i et glass eller et beger dersom bemanningen tillater det.
Kommentar	Det var tilgjengelige 3 typer av drikke, basert på melk eller juice (i forhold til prioriteringer av deltakerne). <b>Deltakere</b> er personer med demens som bor enten I sykehjem eller I omsorgsbolig. De som trengte vesentlig fysisk hjelp med matinntak, var ekskludert. Det var ekskludert deltakere som hadde tilleggsykdomer/symptomer som kunne forhindre drikkeinntak. Det gjør studien relevant, fordi de som bor hjemme, spiser som regel, selv. <b>Sponsored</b> - Denne studien har mottatt finansiering og alle tilskuddsdrikker i denne studien fra Nestec Ltd (Vevey, Sveits), som er matprodusent. Det var allikevel ikke vesentlig for studie, ingen visste hvem produsenten er, det var flere produsenter – det var bare nevnt I begynnelse, ikke videre I studien. Det hadde ingen påvirkning på resultat. Personalkostnader er mottatt fra National Institute of Health Research Comprehensive Research Network.

## Artikkel 10

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.13163?sid=vendor%3Adatabase>

Forfatter År/land	Ingrid Hanssen, Britt Moene Kuven <b>2016, Norge og Sør-Afrika</b>
Tittel	<b>Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care</b>
Studien hensikt	Målet er å undersøke betydning av tradisjonell mat for pasienter på institusjon. Det andre målet er å undersøke hva pasienter med demens synes selv er god pleie for den pasientgruppen.
Metode	Kvalitativ design. Studien er utført i Sør-Afrika og i Norge blant etniske nordmenn og samer. Analysestudien undersøker tanker, følelser og kultur betydning. <b>Metode</b> – Det var ikke brukt et standartskjema under denne studien. Istedenfor ble sykepleiere og pårørende spurt om deres erfaringer og opplevelser når det gjaldt reaksjon på mat, mattype og hvordan det ble servert. <b>Design</b> - I alle deler av undersøkelse er kvalitativ design, med intervju. Data var samlet på institusjon i geriatrike avdelinger i Sør-Afrika og Vest- og Nord-Norge. Denne studien er en del av paraplystudie “God demensomsorg i multikulturelt samfunn”
Hovedresultat	Tradisjonell mat, kjente smaker og lukter vekket hyggelige minner og økte deres følelse av velvære, identitet og tilhørighet. De som vanligvis ikke snakket, sa noen ord, da de fikk sin tradisjonelle mat med fin servering. Serveringen av tradisjonell mat øker matinntak, men krever ressurser, kreativitet og å bli godt kjent med pasienter og deres vaner og smak.
Kommentar	I samfunnet som blir mer og mer multikulturell i Norge kan det bli enda mer krevende for sykepleier og tilpasse mat, slik at den blir appetittvekkende for pasienter. Nå kreves det ekstra kunnskap om det som er en vanlig mat for pasienten. Brødmatt som er vanlig i Norge kan være uvanlig for folk fra andre land og det kan være ekstra utfordrende å jobbe med pasienter med demens.

## 4. Sammenfattende resultat:

Sammenfattende resultat fra litteraturstudien blir presentert i dette kapittelet.  
Tabell om hovedtema og undertema

### 4.1 Kunnskap:

I studien til Agaard & Grøndahl (2017) viser resultatet at manglende kunnskap hos personalet kan føre til underernæring hos pasientene. Flere Studier (Agaard & Grøndahl, 2017, Rognstad et al., 2013, Mole et al., 2019) viser at eldre hjemmeboende personer med demens har stor risiko for underernæring og dehydrering. Resultatene viser at underernæring er utbredt hos pasienter med kognitiv svikt eller demenssykdom. Omkring halvparten av pasientene i dette utvalg var underernærte eller sto i fare for underernæring. Det å være kvinne og å ha problemer med matinntak viste seg å ha en klar sammenheng med underernæring. Kvinner har mye høyere sjans for å oppleve for å oppleve underernæring eller å være underernært sammenliknet med menn. (Rognstad et al., 2019)

Årsaker til underernæring spenner fra fysiologiske prosesser assosiert med aldring og sykdom til modifiserbare faktorer, som dårlig omsorgspraksis som fører til dårlig matinntak. I studiene Mole et al. (2019), og Agaard & Grøndahl (2017) viste det seg at helsepersonell trenger ekstra opplæring for å være bedre forberedt å gi et godt ernæringspleie til hjemmeboende personer med demens. Det bør rettes fokus på å sikre bedre screenings verktøy for pleiere og støtte endringer i ernæringsinntak for å redusere underernæring.

Det mangler kunnskap om både underernæringsvurdering for å vurdere ernæringsstatus i kommunen, manglede rutiner og kartleggingsverktøy. Både ledere og helsepersonell har behov for mer kunnskap og skriftlige prosedyrer. Manglende kunnskap var den barrieren som både faglige ledere og helsepersonell anførte som viktigst å fjerne, det fører til at helsepersonellet i hjemmesykepleien skulle kunne vurdere og følge opp pasientens ernæringsstatus. De mente at retningslinjer finnes, men disse må gjøres bedre kjent, slik at opplæring av helsepersonell bør være et prioritert området. Det er også viktig at alle kommunene får prosedyrer for å kartlegge og vurdere ernæringsstatus til pasientene.

I denne undersøkelsen svarte en av fem faglige ledere at de trodde helsepersonellet ikke forsto betydningen av å kartlegge ernæringsstatus. På den andre siden mente en av fire av helsepersonellet at de faglige lederne ikke forsto betydningen av å vurdere ernæringsstatus. (Agaard & Grøndahl, 2017).

I Johansson et al. (2016) studie ble det påpekt at bruk av en tilpasset handlingsplan som tar hensyn til de underliggende årsakene til ernæringsproblemer, hjelper personer med demens å forbedre sin ernæringsstatus. Og å bruke den strukturerte forebyggende omsorgsprosessen, forbedrer antageligvis ernæringsstatusen til personer med demens. Dette krever at helsepersonell har kunnskap og kompetanse for å forbygge sykdommer hos pasienter.

### 4.2 Samhandling:

5 av artiklene (Muurinen et al., 2015; Meyer et al., 2017; Rognstad et al., 2013; Mole et al., 2019 og Meijers et al., 2014) trekker frem sykepleierens samhandling med pasient, pårørende og samarbeid med andre yrkesprofesjoner.

#### 4.2.1 Pasient medvirkning:

Mole et al. (2019) viste at pasientens involvering i matlaging, var en viktig faktor for å ivareta pasientens selvstendighet. En deltaker fortalte at en effekt av pasientinkludering kunne være dette: «(...) So getting them actively involved you'll see a significant difference, you would, 22

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

Sykepleierne i Meyer et al. (2017) understreket at hjemmeboende pasienter skulle ha respekt for selvbestemmelsesrett, og Rognstad et al. (2013) fremhevet at pasienter som foretar matinnkjøp selv, har bedre helse og ernæringsstatus enn de som ikke foretar matinnkjøp selv. «En annen mulig forklaring er at det å kunne planlegge, handle sin egen mat og velge selv hva man skal spise, samtidig som en er i stand til å innta måltidet, faktisk bidrar til bedre matlyst og reduserer risikoen for underernæring» (Rognstad et al., 2013). På den andre siden mente de at «hvem som bidrar ved matinnkjøp har sammenheng med pasientenes ernæringsstatus» kan tolkes på forskjellige måter. For eksempel at pasientene i en tidlig fase av demens kan utføre mye selv, og de er i bedre stand til å handle selv og trenger derfor ikke bistand fra andre. Tvert imot kan det også være slik at de som er underernærte eller somatisk syke ikke har krefter til å handle selv.

#### **4.2.2 Pårørendesamarbeid:**

Både Mole et al. (2019) og Meyer et al., (2017) framhevet at samarbeid mellom hjemmesykepleieren og pårørende er nødvendig. Å gjennomføre systematisk vurdering av ernæringsmessig risiko for hjemmeboende pasienter, krever tett samarbeid mellom den enkelte pasient, de pårørende, ledelsen og personalet i hjemmesykepleien (Meyer et al., 2017)

Anerkjennelsen av hvordan pårørende med en omsorgsrolle taklet å gi ernæringsomsorg, ble trukket frem i studien til Mole et al. (2019). Pårørende sier at de trenger støtte og opplæring fra helsepersonell, de kan mye, men føler seg usikre. Studien viser at noen av pårørende blir kjempe ressurs til pasienten, men noen andre vil bli lite inkludert. Pårørende blir belastet, de må også bli sett.

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

#### **4.2.3 Tverrfaglig samarbeid:**

Helsepersonell i Mole et al. (2019) sin studie påpekte at toppledelse tok alle beslutninger når det gjelder omsorgstilbud, og at ledelsen hadde manglende evne til å måle resultater og vurdere viktige faktorer, som påvirker pasientens ernæringsstatus, for eksempel sosialt miljø. Ansatte i hjemmetjenesten i denne studien belyste at det å jobbe sammen som et team kan forbedre omsorgsresultatene.

Meyer et al. (2017) sin studie har understreket viktigheten av tett samarbeid mellom ledelsen og personal i hjemmesykepleien, dette blitt beskrevet som nødvendig for å kunne gjennomføre systematisk vurdering av ernæringsmessig risiko, og sikre pasientens ernæring i hjemmetjenesten.

Mole et al. (2019) påpekte i sin studie at ulike profesjoner hadde hver sin rolle og ansvar, men at de har et felles mål om å sikre et trygt miljø og fremme velvære for pasientene. Pasientens ernæringsomsorg er fellesansvar mellom fagpersonene. Ernæringsfysiologen var selve drivkraften for å forbedre ernæringsstatus til pasientene med demens, samtidig helsepersonellens rolle var å følge opp, og vedlikeholde pasientens tilstand så lenge som mulig. I studien til Meijers et al. (2014) ble det understreket at legen, ernæringsfysiologen, sykepleieren, annen direkte omsorgsarbeider, og familie bør samarbeide sammen for å vurdere/observere vekttap og underernæring identifiseres og behandles. De mente at demente personer som bor hjemme er mer omsorgsavhengige, og det trengs spesiell oppmerksomhet.

### 4.3 Mattilpassing og matservering:

Forskningsstudiet til Allaen et al. (2013) viste at serveringsmetoden har en innvirkning på matinntaket, og det var observert at å servere mat i en felles stue, i stedet for på brett i seng, kan føre til bedre inntak av mat. I tillegg ble det belyst at kosttilskuddsdrikker bør gis til pasienter som er i stand til å forsyne seg i et glass eller et beger, hvis bemanningen tillater det.

Visscher et al. (2020) fokuserte i sin studie på å inkludere frukt beriket mellommåltider, kan forbedre ernæringskvalitet hos pasienter med demens. Servering av gjenkjennelig frukt og grønnsaksrik fingermat, har vist seg å ha en positiv innvirkning på det totale matinntaket blant pasienter med demens.

Hanssen og Kuven (2016) viste at tradisjonell mat med kjente smaker og lukter, kan vekke hyggelige minner hos pasienter med demens, og derfor øke pasientens følelse av velvære, identitet og tilhørighet. Tradisjonell mat øker matinntak, men krever ressurser og kreativitet.

Meyer et al. (2017) forklarer at systematisk kartlegging av brukers ernæringsstatus er utfordrende. Fordi hjemmebesøkene er kortvarige, og det fører til at hjemmesykepleierne har begrenset muligheter for å gjennomføre nøyaktige observasjoner og registreringer av mat- og drikkeinntak i løpet av døgnet. Tidspress fører til at helsepersonell mister mulighet til å sitte sammen med pasienter og observere om de spiser eller ikke.

Studien understreker at å gjennomføre underernæringskartlegging og oppfølging av et stort antall personer, kan gi større arbeidsbelastning. Dette krever prioritering utover handlingsrammen den enkelte sykepleier disponerer på sin vakt. Derfor er det viktig at vurdering av ernæringsmessig risiko kommer inn i vedtaksrutinene, kartleggingsverktøy i dokumentasjonssystemet og dagsplaner.

«Et viktig spørsmål når det ernæringsfaglige arbeidet videreutvikles, er derfor hvordan hjemmesykepleierne kan balansere mellom det som er passende i det private rom, og kravene om systematiske observasjoner» (Meyer et al. 2017).

## 5. Diskusjon

I dette kapitlet drøfter vi problemstillingen, som er “hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens diagnose?” Funn fra forskningsartikler vil drøftes opp mot annen teori for å besvare oppgavens problemstilling.

### 5.1 Kunnskap hos helsepersonell:

Sykepleiere har en viktig rolle i å fremme sunne levevaner og ernæring hos pasientene sine. Ved å ha kompetanse på ernæring, kan sykepleieren gi god veiledning og støtte når det gjelder underernæring blant eldre pasienter med demens. (Regjeringen.no, 2021). Likevel er det flere artikler som viser at manglende kunnskap hos helsepersonell kan føre til underernæring av pasientene (Agaard & Grøndahl 2017, Rognstad et al., 2013 og Mole et al., 2019).

Teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, etisk kunnskap og moralsk kompetanse hos helsepersonell er sentrale i forhold til omsorgen for mennesker. Det er en av sykepleierens viktigste oppgaver å finne ut hva årsaken til at pasienten ikke vil spise er. Dette krever tilstrekkelig kunnskap om demens og tilhørende symptomer, som kan påvirke ernæring. For eksempel nedsatt funksjonsevne, nedsatt smaks- og luktesansen pga. aldring og medisinsk behandling, eller angst og depresjon. (Stubberud, 2016, s. 19-20). Rognstad et al., (2013) i sin studie framhevet at faktorer som dårlig appetitt, glemsel, dårlig tannstatus og situasjonen rundt måltidet, for eksempel det å spise alene, øker sannsynligheten for lavt matinntak og utilsiktet vekttap.

Til tross for at det er viktig at sykepleiere finner faktorer som kan redusere matlyst for pasienter med demens, er det viktig at helsepersonell har praktisk kunnskap. Det er kunnskap som uttrekkes i handlinger, vurderinger, bedømmelser og skjønn. Ferdigheter knyttet til observasjon av pasienten er nødvendig for å fremme pasientens helse og velvære. Gjennom sykepleiernes observasjoner og klinisk blikk, kan sykepleiere oppdage underernæring hos pasientene med demens tidlig. Dette kan bidra til å vurdere pasientens tilstand og endringer i forhold til ernæringsstatus, og kartlegge aktuelle tiltak som kan benyttes til å hindre underernæring. (Kristoffersen, 2017, s.147- 160).

Ifølge Mole et al. (2019) trenger helsepersonell opplæring for å være bedre forberedt på å gi en god ernæringspleie til hjemmeboende personer med demens. Først og fremst Kompetanseheving og opplæring i ernæringsarbeid kan opplæringen gi helsepersonell en dypere forståelse av hva underernæring innebærer, og hvilke faktorer som kan føre til det. Dette kan gi dem muligheten til å gjenkjenne tidlige tegn på underernæring og dermed begynne å implementere tiltak for å motvirke det. ABC- opplæring er et kompetansehevende tiltak, som gir nødvendig og oppdatert kunnskap om demenssykdommer, demensforløpet og personsentrert demensomsorg. Dette kan hjelpe helsepersonell til i større grad å se at det er behov for tiltak for å forbedre ernæringsstatusen til personer med demens. (Heimli et al., 2019) Agaard & Grøndahl (2017) sin studie viste at manglende kunnskap hos personalet kan føre til underernæring hos pasientene, denne undersøkelsen oppdaget at både ledere og helsepersonell mener at manglende kunnskap er en av hovedutfordringene i forhold til å skulle følge opp ernæringsstatusen hos eldre.

For at sykepleiere i hjemmetjeneste skal dekke ernæringsbehovet til mennesker med demenssykdom, må de ha kunnskap om kartlegging av pasientens ernæringsstatus. Kartlegging er samling av data, målinger for å vurdere den hjelpen som bruker har behov for og brukerens ressurser, for å utføre individuelt tilpasser helsehjelp. Kartlegging som utføres videre ved brukers oppfølging har som mål å følge de forandringene som skjer i tilstand og korrigere tiltaksplan og hjelpebehov. For å sikre kvalitet og sikkerhet av kartleggingsprosedyre, brukes standardiserte skjemaer som et hjelpemiddel for sykepleiere. Det gjør vurderingen også mer objektiv. Det viktigste som kartlegges, særlig hos de eldre er vitale parametere (fysisk helsetilstand og kroppsfunksjon), ivaretagelse av grunnleggende behov, som ernæring, eliminasjon, søvn og hvile. Også evne til egenomsorg, mentalfunksjon og sosialstatus. (Kirkevold & Jeppestøl, 2020).

Helsepersonellet i studien til Agaard & Grøndahl (2017) understreket at for å kunne følge pasientens vektutvikling over tid, må veiing være et av de viktigste tiltakene. Gjennom veiing kan sykepleiere avdekke og vurdere personens ernæringstilstand. Undersøkelsen viste at flere av helsepersonellet veide brukeren ved faste intervaller etter innskriving i hjemmesykepleien. Ut ifra at det er viktig å veie pasientene anbefaler Helsedirektoratet (2022) at alle pasienter som er i risiko for underernæring skal gjennomføre individuell kartlegging, som inneholde vekt og vektutvikling, og at hjemmeboende pasienter veies fast en gang per måned. Videre anbefales de at veiing bør utføres til samme tid og samme vekten hver gang.

Vektregistrering og utregning av KMI (kropps masseindeks) hos pasientene kan være nødvendig for å vurdere om pasienten er i ernæringsmessig risiko, og trenger derfor tilrettelagt ernæringstiltak. KMI er lik vekt i kilogram delt på kvadratet av høyden angitt i meter.

$KMI < 18.5 =$  undervekt,  $KMI 18.5-24,9 =$  normalvekt,  $KMI > 25 =$  overvekt. (Aagaard, 2017, s. 209-211)

Selv om at vekt og vektutvikling, eventuelt KMI er et viktig kartleggingsverktøy, viser Agaard & Grøndahl (2017) og Meyer et al. (2017) at det å veie brukeren fremdeles er en utfordring i hjemmesykepleien i flere kommuner. Sykepleierne mente det var upassende å veie pasienten

og begrunnet dette med pasientens verdighet og selvbestemmelse. Helsepersonell mente at å informere pasienten om veiing kan være nyttig, slik at pasienten ble positivt møtt. «De mente det var best å informere om veiing og kartlegging av ernæringsstatus på forhånd, for eksempel kvelden før: «Det må planlegges litt. Du må ha med vekt, skjema, målebånd og sånn.» Sykepleiere som avtalte med pasienten om veiing på et passende tidspunkt, ble positivt mottatt: «Han har ventet på meg med den vekta, han.»» (Meyer et al. 2017).

For å sikre god ernæringsstatus hos pasienter med demenssykdom, er det essensielt at sykepleieren har kunnskap om bruk av ulike screeningsverktøy. Helsedirektoratet (2022) anbefaler bruk av MST-screening (Malnutrition Screening Tool) til hjemmeboende pasienter.

Verktøyet MST består av to spørsmål, ett om endring i vekt og ett om endring i matinntak. Ved å ha kunnskap om ulike screeningsverktøy kan sykepleieren identifisere ernæringsmessige utfordringer hos pasientene, og sette i gang nødvendige tiltak for å gi riktig behandling og omsorg. Pårørende kan gjerne bidra med utfyllende informasjon i MST-screening. Skår på 2 eller mer betyr at brukeren er i risiko for underernæring. Der bør helsepersonell gå videre med å gjennomføre individuell kartlegging, for å lage en individuell ernæringsplan. (Helsedirektoratet, 2022)

Til tross for at det er viktig at sykepleieren har kunnskap om kartleggingsverktøy, viser en norsk forskning at ernæringskartlegging skal bidra til at underernæring ikke blir oversett, og at ernæringskartlegging må være inkludert i arbeidsrutinen. Artikkelen fremhevet at flere studier har vist at det er mye diskusjon og uenighet om kartleggingsverktøy, det gjelder hvilket kartleggingsverktøy som gir mest nytte. Derfor bør kanskje valg av kartleggingsverktøy standardiseres, slik at det er likt overalt (Meyer et al. 2017).

Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) pekte på manglende bemanning kan føre til at denne viktige oppgaven om ernæringskartlegging ikke blir prioritert. Ernæringskartleggingen kan utsettes når presset var stort i hverdagen i hjemmetjenesten. I tillegg er det kortvarige hjemmebesøk, som fører til begrensning av nøyaktige observasjoner og dokumentasjon av mat- og drikkeinntak i løpet av dagen.

Det er viktig å gjennomføre observasjon til hjemmeboende pasienter, vurdere matinntak, dokumentere pasientens situasjon kontinuerlig, og iverksette de tiltakene som kan hindre underernæring. Ernæringskartlegging krever tid og innsats fra helsepersonell. Dersom det er mangel på helsepersonell, blir det ofte vanskeligere å prioritere tid til ernæringskartleggingen. Resultatet kan være at ernæringsproblemer ikke blir identifisert og behandlet på en riktig måte. I tillegg kan underbemanning føre til at helsepersonell ikke har tid til å lære seg om ulike typer kosthold og ernæringsrelaterte tilstander. I oppsummering underbemanning kan ha negativ innvirkning på kvaliteten på ernæringskartleggingen, det kan hindre helsepersonell i å gi pasientene den hjelpen de trenger for å forbedre deres ernæringsmessige helse. Ledelsen må derfor sette fokus på bemanningen. God bemanning er ikke bare nødvendig for å opprettholde forsvarlighet og god kvalitet, men også for å sikre god arbeidshelse blant helsepersonell (Orvik, 2015, s. 150).

## 5.2 Samhandling

I Ifølge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §3-4 Har kommunalhelsetjenester «plikt til helhetlig og samordnet tjenester, hvis samarbeid med andre aktører er nødvendig for helhetlig helsehjelp.» (Kommunalhelsetjenesteloven ...)

Et særpreg av hjemmetjenesten er at det skapes langtids relasjoner mellom helsepersonell og pasienter. Kommunikasjonsmåte og tillit mellom partene kan være avgjørende i denne prosessen. Forskere fra Finland, Muurinen et al. (2015) undersøker ernæringsstatus hos pasienter med demens og sammenheng med psykologisk velvære og stadiet i sykdomsforløp.



Den studien oppdaget at i starten av demenssykdom er det større fare for å bli deprimert og underernært, enn hos de med alvorligere grad av demens. Kan det henge sammen? Bør sykepleiere jobbe med det psykologiske for å skape tillitsrelasjoner tidligst mulig, for å skape trygghetsfølelse? Hvis pasienten opplever ansatte fra hjemmetjeneste som trygge personer, kan det kanskje øke pasientens matlyst. Denne studien viser også at pasientene i det stadiet fortsatt kan klare seg fysisk, og den kognitive svikten er ikke så synlig. Det kan forvirre helsepersonell og de kan overvurdere pasientens psykiske tilstand.

For å utføre helhetlig helsehjelp, kan de være nødvendig å inkludere andre aktører i pasientomsorg og samarbeide aktivt med hverandre. Er det vanskelig for sykepleier å håndtere pasientens, håndtere pasientens psykiske tilstand alene? Bør andre aktører inkluderes da? Psykolog, fastlegen, en geriatrisk sykepleier og ernæringsfysiolog. .... Underernæring er et komplisert problem og det er flere yrkesgrupper som inkluderes i behandlingsprosess. (Meijers, 2014). Det er ikke bare ren fornuft som plikter oss å samarbeide, men også Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §3-4 sier at vi må jobbe sammen med hverandre, hvis samarbeid med andre aktører er nødvendig for helhetlig helsehjelp.

Samhandling på alle nivå krever fra sykepleier kommunikasjonskompetanse. Informasjonen må tilpasses til pasient med tankene på pasientalder, kultur, språkforståelse og kognitiv status. Det sikrer pasientens rett til medvirkning og ta en beslutning. Pasientens samtykkekompetanse kan varieres fra situasjon til situasjon, og det er særlig aktuelt for pasienter med utvikling av demens (moderat og høy grad av demens) (Aldring og helse, u.å) Samhandling med kollegaer krever tydelige prosedyrer og instruksjoner fra sykepleier. Orvik sier om dobbeltkompetanse til sykepleier som består av kliniske ferdigheter og organisatorisk kompetanse. (Orvik, 2022, s.37)

Det er ikke bare dagens organisering fordeling av oppgaver, men også organisering av arbeidet rundt en pasient. Gode prosedyrer kan sikre gode observasjoner og kontinuerlig helsehjelp. Viktig at språket som er brukt for prosedyrebeskrivelse er forståelig for alle ansatte, det står tydelig hva de skal observere og hvordan og hvilken mat de serverer. Det sikrer at alle utfører prosedyren likt. Det kan være avgjørende for en pasient, med demens. En fast rutine, kontinuitet og forutsigbarhet er det som er viktig for pasienter med demens. (Aldring og helse, 2022). Om det sier også Mole et al. (2019) at helsepersonell ønsker å ha mer kunnskap og få informasjon fra andre yrkesgrupper eller ledelse for å føle seg trygg i de tjenestene som de utøver.

Problemet er så omfattende at det krever kanskje mer systemisk løsning på statlig nivå. Studien av Johansson et al. (2016) viser at bruk av en individualisert handlingsplan bidrar til forbedring av ernæringsstatus hos personer med demens. Denne studien kan derfor gi informasjon for utviklingen av faktabasert praksis for personer med demens og kognitiv svikt. Det en tids- og ressurskrevende prosess som kan spare mye for staten i fremtiden. Det kunne hjelpe helsepersonell å ha en ferdig mal, som gjør vurderings- og tiltaksprosessen enklere og raskere. Studien til Johansson et al. (2016) fra Sverige konkluderes det bør utarbeides et nasjonalt program på statlig nivå for å strukturere arbeid og dekke helsepersonellens behov i å få støtte, tilgang til informasjon, screening, planer og matinntaksregistrering. Dette for å kunne utføre personsentrert omsorg og individuell pleie prosedyre for hver pasient.

Pårørende er en gruppe til, som kan bli involvert i pasientomsorgsprosess og kan brukes som ressurs. Men pårørende sier de savner opplæring og er en sårbar gruppe. De har behov for å bli sett og tatt imot. (Mole et al, 2019). Kommunikasjon må tilpasses til deres kunnskaper og ferdigheter og helsepersonell bør huske at pårørende er først og fremst mennesker, blir slitne av å passe på sine nærmeste og kan også bli deprimert. Dette speiler seg også i loven. Lov om

kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §3-3 påpeker at både pasient og pårørende har rett til informasjon og ifølge §3-5 må den være tilpasset til brukers tilstand og ens evne å oppfatte og huske budskap (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Det som er skrevet kunne virke fint, men også Mole et al. (2019) i sin studie påpeker på tidspress som hjemmetjenestes personell har i sin jobb. Etter deltakernes mening er det viktig å inkludere pasienter i matlagningsprosess. For å ikke gjøre pasienter bare passiv mottakere av tjenester, men ta vare på deres kapasitet og pasientmedvirkning. Hovedegenskapen ved jobb med demens er tålmodighet ifølge deltagere og altfor lite tid for besøk nevner de som hovedutfordringen.

### 5.3 Mattilpasning og servering

Det er påbudt av Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring, å tilpasse mat og utarbeide individuell ernæringsplan for å oppnå de målene som gjelder forbedring av ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2022). Det er i samsvar med personsentrert omsorg, som betyr at hvert enkelt menneske har egne spesielle behov.

For å dekke behov i nok mat kan mat vurderes i konsistens, eller kan berikes, slik at pasienten får i seg mer kalorier og næringsstoffer ved å spise like mye mat. Det som er hovedproblem i hjemmetjeneste at pasienten har bare korte besøk av helsepersonell og for helse personell er det vanskelig å vurdere hvor mye mat, av ferdig påsmurt, pasienten har spist og om man har spist i det hele tatt. Hvis maten står i kjøleskapet, kan den bli glemt. Hvis maten står utenfor, kan det bli for tørt eller dårlig. Det finnes allikevel en del mat som kan serveres og stå utenfor kjøleskapet. For eksempel kan det skjæres i biter forskjellig frukt og serveres på 2-3 tallerkener og settes på kjøkkenet og stue. Det er snacksmat, som er lett spise med fingrer og den er lett tilgjengelig. En studie om «fingermat» var utført i 2020 i Nederland av Visscher et al. (2020) på sykehjem. I undersøkelsen ble det utarbeidet frukt beriket kakemat. Den var laget av felleskjøkkenet og oppbevares i fryser. Resultat er økt inntak av frukt. Fingermaten ble godt spist av beboerne og det fulgte ikke til reduksjon av matinntak under hovedmåltider. Fingermaten som er fremstilt i artikkelen, krever samarbeid med felleskjøkkenet Det krever systemnivåløsning. Men selve ideen om snacks mat For å ikke skape mistenksomhet kommer det frem i studien. Men selve ideen om sneks mat, som frukt, kakebiter kan brukes. Det krever ikke bestikk, lett tilgjengelig, må oppleves som kjent mat for å ikke skape mistenksomhet, som viser studien.

Ikke bare mat, men også servering kan ha betydning for pasienter med demens. Ofte ved underernæring for å kompensere underskudd av energi og næringsstoffer, brukes næringsdrikke som Kosttilskudd. Det var utført en studie i *Stor Britannia*, som viste to måter å servere næringsdrikke for pasienter med demens (Allen et al. 2013). En del av pasientene fikk næringsdrikke direkte fra koppen, den andre delen fikk sugerør. Studien viser at pasientene fikk i seg mer drikke om de drakk på vanlig, kjent måte, direkte fra glass. Forrige undersøkelser viste god effekt av lett tilgjengelige drikker med sugerør, men det var pasienter uten kognitiv svikt. Forskere understreker at studien er utført bare i UK og det er vanlig å drikke kalde drikker på sånn måte der. Vaner og rutiner I andre land må vurderes ved bruk av studien.

Viktigheten av at maten oppleves som kjent av pasienten, viser også en annen studie som var utført i Norge og Sør-Afrika av Hanssen et al. (2016). Denne studien viser at det er behov i å ha fokus på servering. Forskere baserte seg på det at kulturvaner, og blant annet matvaner, som danner seg i barndom. Tradisjonell mat er en del av persons kultur, og kan sikre tilhørighet, identitet og arv. Resultater av studien og internasjonal litteratur viser at smak og lukt som er kjent fra barndommen, kan bli en faktor som hjelper i å forbedre ernæringsstatus hos pasienter

med demens. Kjent mat vekker hos denne gruppe pasienter glede og hyggelige minner, mens ukjent mat kan skape mistenksomhet. Denne studien er viktig hvis det er geriatriske pasienter med etnisk minoritets bakgrunn. For eksempel i noen land er suppe eller salat vanligere enn brødskeer. (Helsedirektoratet, 2016, pkt.4)

Helsepersonell kan ikke være kjent med alle kulturene, men bør observere og respektere pasienters reaksjoner. Litt kort informasjon om forskjellige tradisjoner i mat kan helsepersonell finne på Helsedirektorat sin nettside (Helsedirektoratet, 2016, pkt.4). Tydelig dokumentasjon gjør det lettere for alle ansatte å bli kjent med pasienters særpreg, og ikke forsøker servere noe gang på gang og mislykkes. Det bidrar til kontinuitet i praksis. En ulempe for arbeidet vårt med denne studien er at den er utført på sykehjem. Måltidene foregikk i felles kantine. Pasientene fikk ikke bare glede fra mat, men også mulighet til å være sosial.

Maten kan ha større mening enn bare næring, den skaper glede og trygghetsfølelse. Maten som kjennes igjen som "vanlig, kjent" mat, Ikke mistenksomhetsfølelse, dette bekreftes også av Visscher, et. al. (2020). Frukt gjemmes i kaker, det er en kjent mat for pasienter. Mat som ikke er kjent for pasientene, kan føre til at de ikke tør å smake. Langtidshukommelsen hos pasienter med demens er mye mindre rammet enn korttidshukommelsen. Man kan anta at tradisjonell mat blir assosiert med den tiden og fører pasienter tilbake i den tiden da de var lykkelige, eller under beskyttelse av foreldre.

Når det gjelder mattilpasning er det viktig med selvbestemmelse. Hjemmeboende pasienter med demens er som regel samtykkekompetente, så de kan ikke tvinges å spise, men prosessen bør oppbygges på sånn måte at pasienter får i seg nok mat med vilje. De fremstilte forskningene viser at det er mulig å prøve å finne tiltak som bidrar til det. Aktiv lytting og åpne spørsmål som en viktig del av kommunikasjon (Kristoffersen et.al, 2021, s.23) Kan hjelpe til med å finne ut hva som er tradisjonell mat for pasienten, og hvilken smak pasienten foretrekker når det f.eks. kommer til næringsdrikk.

Mattilpasning er også en del av kunnskapsbasert praksis. Praksis må baseres på pasientens, pårørende, helsepersonell sin erfaring, på kunnskap, som helsepersonell får fra nye forskninger om tilsvarende tema, nasjonale faglige retningslinjer, fagartikler og ikke minst egne vurderinger, diskusjoner med kollegaer og evaluering av resultater (kunnskapsbasertpraksis.no, 2021). Kunnskapsbasert praksis sikrer at sykepleier utfører sine oppgaver bevisst og baserer seg på de nyeste forskningene, nettopp utarbeided prosedyrer, sin erfaring og pasientens erfaring som er ekspert på eget livet. Prosessen starter med at vi vurderer egen praksis, stiller spørsmål om vi kan gjøre det bedre, eller det er noen forandringer i behandling og pleie av tilsvarende sykdom, leter etter litteratur, vurderer om vi kan stole på de artiklene, som er funnet, bruke den nye kunnskap, og vurdere effekten. (Norsk Sykepleieforbundet, u.å.)

## 6. Konklusjon

I denne oppgaven ønsker vi å finne svar på hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens diagnose. Det å forebygge underernæring hos personer med demens er en viktig oppgave for sykepleiere. For å sikre god ernæringsstatus hos pasienter med demens, er det viktig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap om demens, underernæring og hvilke kartleggingsverktøy kan benyttes for å hindre underernæring.

Ved å ha kunnskap om ulike kartleggingsverktøy, kan sykepleieren identifisere ernæringsmessige utfordringer hos pasientene, og sette i gang nødvendige tiltak for å gi riktig behandling og omsorg. Det finnes flere kartleggingsverktøy som kan hjelpe sykepleieren med å identifisere risikoen for underernæring hos personer med demens. Eksempel på slike verktøy er Malnutrition Screening Tool (MST). Dette verktøyet tar hensyn til symptomer som vekttap,

reduisert matinntak og svakhet. Og i tillegg til bruke individuell kartlegging som inneholder vekt, vektutvikling og utregning av KMI (kroppsmasseindeks). Underbemanning og tidsbegrensninger, er en stor utfordring i hjemmetjenesten. Tilstrekkelig tid og bemanning er nødvendig for at sykepleieren skal kunne gi god ernæringsomsorg. Ledelsen må derfor fokusere på bemanning i hjemmetjenesten, og legge til rette for at sykepleieren kan gi tilstrekkelig ernæringsomsorg og innarbeide gode rutiner.

Sykepleierens samhandling med pasienten, pårørende og andre profesjoner spiller en viktig rolle i forebyggingsarbeidet. Sykepleier må involvere både pasienten og pårørende i ernæringsarbeidet. Pårørende er viktig ressurs for hjemmeboende pasienter. Informasjon fra pasienten selv og pårørende om tidligere matvaner og favoritter kan være viktig for å tilpasse maten etter pasientens behov og ønsker. Sykepleieren bør også samarbeide med andre helsepersonell som kostholdsrådgivere, ernæringsfysiologer og andre kolleger for å utarbeide en spesiell kostholdsplan tilpasset den enkelte pasientens behov. Et godt tverrfaglig samarbeid er nødvendig for at pasienten får kvalitetssikret ernæringsomsorg.

I tillegg må maten og matserveringen tilpasses, dette kan ha stor betydning for hvor mye pasienten spiser. Derfor er det viktig at sykepleier skaper glede og trygghetsfølelse rundt måltider for å øke appetitten. Dette kan innebære å servere maten på en attraktiv måte, og å tilby tradisjonell mat som pasienten liker.

## Referanser:

Aagaard H, Grøndahl, V. (2017). Rutiner for å vurdere ernærings&shy;status i hjemme&shy;sykepleien. Sykepleien Forskning. <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-61219.pdf>

Aagaard, H. (2017). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & Grimsbø, G.H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov: Bind 2* (3. utg., s. 191-237). Oslo: Gyldendal akademisk.

Aase K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget\_

Aldring og helse. (u.å.). *Hverdagen etter diagnosen* <https://www.aldringoghelse.no/demens/a-lev-med-demens/hverdagen-etter-diagnosen/>

Aldring og helse. (2018, 06 juli). *Næring for livet*. <https://www.aldringoghelse.no/naering-for-livet/>

Aldring og helse (u.å.) *Samtykkekompetanse*. <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/samtykkekompetanse/>

Aldring og helse (2022, 18 oktober). *Veiviser demens*. <https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/tilrettelegging-av-tjenester/>

Birkeland, A. & Flovik, A.M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3.utg). Cappelen Damm Akademisk

Bjørk, I.T., Breievne,G. & Skaug,E-A (2021) Grunnleggende behov, kropp og velvære. I N.J. Kristoffersen (Red.). *Grunnleggende Sykepleie: Bind 2* (4 utg., s.17-41). Gyldendal Akademisk

Brodtkorb, K. (2020) Enæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brotkorb og A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk Sykepleie* (3 utg., s.301-316)

Rokstad, A.M.M. (2020). Hva er Demens? I A.M.M.Rokstad og K.L.Smebye (red.) *Personer med demens* (2.utg). Cappelen Damm Akademisk.

Gjevjon, E.R. (2020, 25.februar). *Hjemmesykepleien er den perfekte arenaen for helhetlig og profesjonell sykepleieutøvelse*. <https://sykepleien.no/meninger/2020/01/hjemmesykepleien-er-den-perfekte-arenaen-helhetlig-og-profesjonell>

Grønseth, R. og Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: praktiske råd i skriveprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget

Haugen, P.K. og Engedal, K. (2018). *Kognitive symptomer*. I P.K.Haugen og K.Engedal (red.). Forlaget aldring og helse.

Heimli, H., Bøhn, B. H. og Stordalen, J. (2019). *Kosthold og ernæring i demensomsorgen*. Tilgjengelig fra: [Hefte 10: Kosthold og ernæring i demensomsorgen \(aldringoghelse.no\)](https://www.aldringoghelse.no/tilgjengelig-fra-hefte-10-kosthold-og-ernaring-i-demensomsorgen)

Helsenorge (2022, 21. desember) *Helsetjenester i hjemme*  
<https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsetjenester-i-hjemmet/>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2023, 01. januar). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2021-06-18-97) Lovdata.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#:~:text=opprinnelig%20kunngjort%20versjon-.Lov%20om%20kommunale%20helse%2D%20og,m.m.%20\(helse%2D%20og%20omsorgstjenesteloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#:~:text=opprinnelig%20kunngjort%20versjon-.Lov%20om%20kommunale%20helse%2D%20og,m.m.%20(helse%2D%20og%20omsorgstjenesteloven)

Helsedirektoratet (2022, 14. mars). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>

Helsedirektoratet. (2016). *Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten* <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/religiose-og-kulturelle-kostholdshensyn#hvordan-tilpasse-maten-til-matkultur-i-ulike-land>

Helsedirektoratet. (2020). *Om demens*. [Om demens - Helsedirektoratet](#).

Johansson, L. Wijk, H. Christensson, L. Improving Nutritional Status of Older Persons with Dementia Using a National Preventive Care Program. *J Nutr Health Aging*. 2017;21(3):292-298. doi: 10.1007/s12603-016-0737-7. PMID: 28244569.

Kirkevold, M. & Jeppestøl, K. (2020). Kartlegging og Vurdering. I M. Kirkevold, K. Brotkorb & A. H. Ranfoss (Red.). *Geriatrisk Sykepleie* (3 utg., s.115-139)

Kirkevold, M. (2020) Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. Sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brotkorb & A. H. Ranfoss (Red.). *Geriatrisk Sykepleie* (3 utg., s.98-114)

Kristoffersen, N. J. (2017) Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G.H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (3. utg., s.139-186). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N.J., Skaug, E-A, Steindal S.A. & Grimsbø, G.H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen (Red.). *Grunnleggende Sykepleie: Bind 1* (4 utg., s.15-28). Gyldendal Akademisk

Kunnskapsbasertpraksis.no (2021). *Kunnskapsbasert praksis*  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Meijers JM, Schols JM, Halfens RJ. Malnutrition in care home residents with dementia. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(6):595-600. doi: 10.1007/s12603-014-0006-6. PMID: 24950150.

Meyer S, Velken R, Jensen L. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*.

<https://sykepleien.no/forskning/2017/05/vurdering-av-ernaeringsstatus-et-sykepleiefaglig-ansvar-i-hjemmesykepleien>

Nasjonal foreningen for folkehelse (2023, 04. januar). *Arvelighet og årsaker til demens* <https://nasjonalforeningen.no/demens/arvelighet-og-arsaker/>

Norsk Helseinformatikk (2019, 02. januar). *Ulike demensformer* <https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/demens-ulike-former/>

Norsk Sykepleieforbundet (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 2017-2018:15. (2017-2018) *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. [Helse- og omsorgsdepartementet https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/)

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

Orvik,A.(2022) *Organisatorisk kompetanse: Innføring I faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3.utg). Cappellen Damm akademisk

Rokstad, A.M.M. & Røsvik, J. (2020) 3 Personsentrert omsorg. I A.M.M. Rokstad og K.L.Smeby (Red.), *Personer med demens* (2 utg., s.51-71). Cappelen Damm Akademisk

Skovdahl, K. (2020) Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brotkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk Sykepleie* (3 utg., s.416-441)

Stubberud, D-G., Kondrup, J. og Almås, H. (2016). Ernæring ved sykdom. I D. G. Stubberud, R. Grønseth og H Almås (red.). *Klinisk sykepleie 2* (5.utg., s. 17-50). Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget  
Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2020, 23. Juni) *Kognitiv svikt*. <https://www.utviklingscenter.no/malrettet-miljobehandling/personsentrert-omsorg-en-vei-til-verdighet/kognitiv-svikt>

Visscher, A., Battjes-Fries, M.C.E., van de Rest, O. Fingerfoods: a feasibility study to enhance fruit and vegetable consumption in Dutch patients with dementia in a nursing home. *BMC Geriatr* **20**, 423 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01792-5>

Wyller, T.B. (2021, 23. juni) *Aldring*. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. <https://www.utviklingscenter.no/malrettet-miljobehandling/personsentrert-omsorg-en-vei-til-verdighet/aldring>

## Vedlegg 1:

MST kartlegging. Skjema hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/vurdering-av-risiko-for-underernaering#for-a-vurdere-risiko-for-underernaering-anbefales-verktoyet-mst-malnutrition-screening-tool-praktisk>

<b>Verktøy for å vurdere risiko for underernæring hos voksne (MST – Malnutrition Screening Tool)</b>		
1. Har du/pasienten gått ned i vekt i det siste uten å ha gjort forsøk på det?		
	<b>Nei</b>	<b>0</b>
	<b>Vet ikke</b>	<b>2</b>
<b>Ja. Hvor mange kilo?</b>		
	<b>1-5 kg</b>	<b>1</b>
	<b>6-10 kg</b>	<b>2</b>
	<b>11-15 kg</b>	<b>3</b>
	<b>over 15 kg</b>	<b>4</b>
	<b>Vet ikke hvor mange kilo</b>	<b>2</b>
2. Har du/pasienten spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?		
	<b>Nei</b>	<b>0</b>
	<b>Ja</b>	<b>1</b>
<b>Total poengskår</b>		
<b>Poengskår 2 eller mer betyr at du/pasienten er i risiko for underernæring: Iverksett kartlegging og tiltak.</b>		



## Verktøy for å vurdere risiko for underernæring hos voksne (MST - Malnutrition Screening Tool\*)

Involver gjerne pårørende, som ofte kan bidra med utfyllende informasjon

1. Har du/pasienten gått ned i vekt i det siste uten å ha gjort forsøk på det?

Nei	0
Vet ikke	2
Ja. Hvor mange kilo?	
1-5 kg	1
6-10 kg	2
11-15 kg	3
Over 15 kg	4
Vet ikke hvor mange kilo	2

Ta utgangspunkt i vektendring i løpet av de siste seks måneder

«Spist mindre enn vanlig» kan omfatte

- o spist mindre enn man pleier
- o spist dårlig
- o spist lite
- o redusert matinntak

2. Har du/pasienten spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?

Nei	0
Ja	1

Ta gjerne utgangspunkt i om det er mindre enn ¼ av det personen anser som sitt vanlige matinntak

«Nedsatt matlyst» er en vanlig årsak til redusert matinntak. Vær oppmerksom på at det er mange forhold som kan påvirke matlysten eller matinntaket, slik som tygge- og svelgevansker eller andre spiserelaterte symptomer som gjør at du/pasienten har problemer med å få i seg mat og næring.

Total poengskår: \_\_\_\_\_

Poengskår 2 eller mer betyr at du/pasienten er i risiko for underernæring. Iverksett kartlegging og tiltak.

\*Malnutrition Screening Tool (MST) er oversatt til norsk av Helsedirektoratet. Gjengitt fra Nutrition, Vol 15(6), Ferguson M., Capra S., Bauer J., Banks M., Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients, s. 458-64, Copyright 1999, med tillatelse fra Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/journal/nutrition>

