

Tuva Dahl
Emilie Bråthen

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring blant hjemmeboende med demens?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Anne Marit Åslund
Mai 2024

Tuva Dahl
Emilie Bråthen

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring blant hjemmeboende med demens?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Anne Marit Åslund
Mai 2024

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

Sammendrag

Tittel:	«Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring blant hjemmeboende med demens?»	Dato: 30/05-24
Forfattere:	Emilie Bråthen Tuva Dahl	
Veileder:	Anne Marit Åslund	
Nøkkelord (3-5 stk):	Demens, underernæring, forebyggende tiltak, sykepleieintervensjoner	
Antall sider/ord: 40/7538	Antall vedlegg: 0	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: om lag 100 000 mennesker lever med demens i Norge. To tredjedeler av dem bor hjemme og rundt halvparten mottar hjemmesykepleie. Pasientgruppen er svært utsatt for feil- og underernæring. For sykepleiere handler ernæringsarbeid i hjemmet om å identifisere utfordringer og understøtte brukerens selvstendighet.</p>		
<p>Hensikt: å finne forskning som belyser hvilke tiltak vi som fremtidige sykepleiere kan iverksette for å forebygge underernæring blant hjemmeboende personer med demens. Oppgaven skal bidra til økt bevisstgjøring rundt ernæringsproblematikk og kunnskap knyttet til ernæringsarbeid.</p>		
<p>Metode: litteraturstudie som inneholder åtte forskningsartikler, derav sju kvantitative og en kvalitativ. Artikkene ble funnet gjennom et strukturert og et supplerende søk.</p>		
<p>Resultat: analyseprosessen avdekket tre temaer: kartlegging av ernæringsstatus, personsentrert omsorg og ledelsen- og sykepleierens rolle. Bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, rutinemessig vektkontroll, adekvat diagnose, kunnskap, rutiner, tid og individuell omsorg var gjennomgående funn i studiene.</p>		
<p>Konklusjon: forskning og annen faglitteratur trekker frem at forebygging av underernæring blant hjemmeboende med demens er et tema det bør settes større søkelys på. Ut ifra hovedfunn gjort i studien og sykepleierens funksjonsområder, har vi funnet ut at relevante sykepleietiltak kan være: sykepleiekartlegging og dokumentasjon, rutinemessig vektkontroll, støtte/veiledning til pasient og pårørende.</p>		

Abstract

Title:	«How can nurses prevent malnutrition among people living at home with dementia?»	Date: 30/05-24
Authors:	Emilie Bråthen Tuva Dahl	
Supervisor:	Anne Marit Åslund	
Keywords (3-5 stk):	Dementia, malnutrition, preventive measures and nursing interventions	
Number of pages/words: 40/7538	Number of appendix: 0	
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: approximately 100 000 people live with dementia in Norway. Two thirds of them live at home and approximately half of them receive home nursing care. The patient group is highly susceptible to malnourishment and malnutrition. For nurses, nutrition work in the home is about identifying challenges and supporting the user ´s independence.</p> <p>Aim: to find research that sheds light on what measures we as future nurses can take to prevent malnutrition among people living at home with dementia. The assignment will contribute to increased awareness of problems related to nutrition and knowledge about nutrition work.</p> <p>Method: literature study containing eight research articles, seven of them are quantitative and one is qualitative. The articles were found through a structured search and a supplementary search.</p> <p>Result: the analytical process revealed three themes: mapping nutritional status, person-centered care and the role of management and nurses. Use of standardized mapping tools, routine weight control, adequate diagnoses, knowledge, time and individual care were consistent finding in the studies.</p> <p>Conclusion: research and other literature show that the prevention of malnutrition among people living at home with dementia is a topic there should be more focus on. Based on the main findings in this study and the nurse´s functional areas, we have found that relevant nursing measures can be nursing mapping and documentation, routine weigh control, support/guidance for patients and relatives.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Avgrensing	6
1.3 Sykepleiefaglig relevans.....	7
2.0 Bakgrunn	8
2.1 Demens	8
2.2 Demens og underernæring.....	8
2.3 Kartlegging av ernæringsstatus	9
2.4 Demens og kommunikasjon.....	9
2.5 Sykepleierens forebyggende funksjon.....	10
2.6 Hjemmesykepleie.....	10
2.7 Personsentrert omsorg.....	10
2.8 Etiske og juridiske perspektiver	11
2.9 Hensikt og problemstilling	11
3.0 Metode	12
3.1 Litteraturstudie som metode	12
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
3.3 Kvalitativ eller kvantitativ metode	13
3.4 Søkestrategi	13
3.5 Søkeprosessen	15
3.6 Aveyards tematiske analysemodell.....	19
3.7 Kvalitetsvurdering av artiklene.....	19
3.8 Etisk vurdering av artiklene.....	20
4.0 Resultater	21
4.1 Presentasjon av utvalgte artikler.....	21
4.2 Sammenfatning av resultat.....	29
4.2.1 Kartlegging av ernæringstilstand.....	29
4.2.2 Personsentrert omsorg	30
4.2.3 Ledelsens- og sykepleierens rolle.....	30
5.0 Diskusjon	31
5.1 Kartlegging av ernæringsstatus	31
5.1.1 Diagnose	31
5.1.2 Bruk av kartleggingsverktøy	32
5.1.3 Vektregistrering	33
5.2 Ledelsens- og sykepleierens rolle.....	34
5.3 Personsentrert omsorg.....	35

<i>5.4 Metodediskusjon</i>	36
6.0 Konklusjon	36
Referanseliste	37

1.0 Introduksjon

I 2020 viste en forekomstundersøkelse basert på Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag at om lag 101 000 personer i Norge lever med demens. Ifølge norske tall og internasjonale studier øker andelen som utvikler sykdommen kraftig med alderen. Fordi den norske befolkningen blir stadig eldre, forventes det at andelen personer som lever med demens kommer til å doble seg innen 2050. I dag bor de fleste med diagnosen hjemme og rundt halvparten av dem mottar hjemmesykepleie (Strand et al., 2021). Mennesker med demens er i hjemmesykepleien den brukergruppen som er mest utsatt for feil- eller underernæring (Ranhoff, 2021, s. 238). For sykepleiere handler ernæringsarbeid i hjemmet om å identifisere utfordringer og understøtte brukerens selvstendighet, noe som kan være utfordrende hos mennesker som har demens (Fjørtoft, 2016, s. 135). I denne bacheloroppgaven vil relevant forskning bli presentert og aktuelle sykepleietiltak knyttet til forebygging av underernæring diskutert. Videre vil mangel på kunnskap, tid og rutiner belyses og diskuteres opp mot relevant fagstoff, lovverk og retningslinjer.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I vår bacheloroppgave har vi valgt å fordype oss i demens og underernæring. Gjennom jobb og praksis i kommunehelsetjenesten har vi sett at underernæring er et utbredt problem blant hjemmeboende med demens. Samtidig har vi erfart at det er krevende for sykepleiere å følge opp og gjennomføre systematisk kartlegging. Vår erfaring videre er at det settes av for lite tid til ernæringsarbeid i hverdagen, at sykepleiere har for lite kunnskap og at kommunene ikke har nok utstyr til å drive faglig forsvarlig praksis. Det gjør det vanskelig for sykepleiere å skape en kontinuitet i arbeidet. Gjennom studietiden har vi fått en økt interesse for demensomsorgen, da mennesker med demens byr på mange faglige og etiske utfordringer. Siden pasientgruppen er i konstant risiko for underernæring ønsker vi som fremtidige sykepleiere å sette søkelys på ernæringsproblematikken, samtidig som vi ønsker å tilegne oss kunnskap om hvordan vi kan kartlegge, vurdere og iverksette sykepleiehandlinger. Målet med arbeidet er at fremtidige mottakere av helse- og omsorgstjenester med demens i hjemmet skal oppleve god omsorg og optimal ernæringsstatus.

1.2 Avgrensning

Litteraturstudien belyser sykepleiefunksjoner og aktuelle tiltak som sykepleiere kan iverksette for å forebygge underernæring hos hjemmeboende personer med demens. I Norge er de aller fleste med sykdommen over 65 år (Strand et al., 2021) og vi har derfor valgt å kun inkludere forskning som er gjennomført i den aldersgruppen. Med pasientens hjem som arbeidsfelt vil sykepleiere møte mennesker som fremdeles er i stand til å bo hjemme med hjelp og tilrettelegging. Erfaringene våre tilsier at det i hovedsak er mennesker med mild til moderat demens og vi har derfor valgt å fokusere på graden av demens fremfor type. Fordi samhandling med pårørende står sentralt i demensomsorgen, har vi valgt å inkludere pasienter som bor sammen med pårørende/omsorgspersoner, men oppgavens hovedfokus er sykepleierens forebyggende funksjon og sykepleierens tilnærming til mennesker med demens i praksis.

1.3 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere møter omtrent daglig mennesker med demens uavhengig av om de jobber i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Pasientgruppen er sårbar og forekomsten er økende (Helsedirektoratet, 2022a), noe som forutsetter at vi som fremtidige sykepleiere opparbeider oss kunnskap om hvordan vi best mulig kan møte og ivareta mennesker med ulik grad av funksjonssvikt. Sentralt i hjemmesykepleierens arbeid står menneskets fjorten grunnleggende behov, som inkluderer behovet kroppen har for væske og næring (Bjørk et al., 2021, s. 18). Hos hjemmeboende personer med demens handler ernæringsarbeid om å praktisk tilrettelegge måltider i samarbeid med pasienten og samtidig ivareta deres selvstendighet. Å gi omsorg som ikke krenker pasienter med demens krever faglig og etisk kompetanse, empati og engasjement fra sykepleieren (Fjørtoft, 2016, s. 78). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren utøve en praksis som fremmer helse, samtidig som den forebygger sykdom og lidelse (NSF, 2023). Fordi eldre bor hjemme lenger i dag enn de gjorde tidligere, er det viktigere enn noen gang at det rettes oppmerksomhet mot sykepleierens forebyggende funksjon slik at eldre holder seg friske og selvhjulpne lenger.

2.0 Bakgrunn

Denne delen av oppgaven tar for seg teoretiske perspektiver og begreper.

2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på flere ulike sykdommer og skader. Tidligere ble begrepet brukt som et samlingsnavn på sykdommer som medfører kognitiv svikt, men i dagens samfunn blir det stadig mer normalt å bruke begrepet kognitiv sykdom (Skovdahl, 2021, s. 419). I denne oppgaven har vi likevel valgt å forholde oss til begrepet demens, da kognitiv sykdom ikke er godt nok innarbeidet og vi selv har erfart at demens fremdeles brukes i praksis.

Demens er en tilstand med kronisk og irreversibel kognitiv svikt. Sykdommen er progredierende, noe som gjør at den syke gradvis vil bli mer redusert og dermed få et økende behov for bistand i hverdagen. Sviktende evne til å ivareta daglige gjøremål og endret sosial atferd er typiske kjennetegn ved demens (Fjørtoft, 2016, s. 16).

Demenssykdommene deles vanligvis inn i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Symptomene vil variere ut ifra hvilken del av hjernen som har blitt påvirket (Skovdahl, 2021, s. 419), men for at de skal beregnes som symptomer på demens, må de være kroniske og et resultat av en spesifikk hjernesykdom eller hjerneskade (Helsedirektoratet, 2022a). I likhet med demenssykdommene, kan også symptomene deles inn i tre hovedgrupper. Kognitive symptomer inkluderer svekket oppmerksomhet, hukommelse, forståelse, lærings- og orienteringsevne. Også språkvansker og handlingssvikt er vanlige kognitive symptomer. Vanlige psykologiske og atferdsmessige symptomer er angst, depresjon, tilbaketrekning, vrangforestillinger, rastløshet, vandring, passivitet, apati, aggressivitet og endret døgnrytme, mens muskelstivhet, styringsproblemer og inkontinens er eksempler på motoriske symptomer (Fjørtoft, 2016, s. 71-72).

2.2 Demens og underernæring

Forstyrret appetitt og spiseatferd er et vanlig problem blant hjemmeboende med demens. Enkelte mister sult- og metthetsfølelsen, mens andre glemmer å spise og drikke. Samtidig vil mennesker med demens få en redusert forståelse av behovet kroppen har for næring (Skovdahl, 2021, s. 435). Det gjør at eldre med økende funksjonssvikt trenger bistand til å ivareta ernæringsbehovet (Brodtkorb, 2021, s. 303). Underernæring er definert som: "*en situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning, funksjon og kliniske utfall*" (Aagaard, 2021, s. 280). Sykdom som demens kan føre til underernæring, samtidig som underernæring kan føre til ytterligere sykdom. Det er derfor viktig for sykepleiere å jobbe forebyggende, slik at personer som har demens ikke utvikler ytterligere sykdom og forverret kognitiv funksjon (Brodtkorb, 2021, s. 302). Nedsatt muskelkraft, immunforsvar, ventilasjon og hostekraft, forsinket sårtilheling og depresjon er konsekvenser av underernæring. Også lavere muskelmasse og nedsatt muskelkraft kan være en konsekvens av underernæring som igjen kan føre til økt fallrisiko. I tillegg har underernærte pasienter en høyere risiko for infeksjoner og trykksår (Aagaard, 2021, s. 281).

Agnosi kan gjøre at pasienter med demens har en nedsatt evne til å tolke sanseinntrykk som lukt og smak, samtidig som pasientene kan vanskeligheter med å gjenkjenne og bruke spiseredskaper. Apraksi kan føre til at pasientene kan bli sittende å se på maten, samtidig som de ikke er i stand til å begynne å spise (Brodtkorb, 2021, s. 309-310). Det er derfor viktig å kartlegge mat- og drikkeinntak hos hjemmeboende med demens, slik at tiltak som bidrar til å forebygge og forhindre underernæring utarbeides tidlig (Skovdahl, 2021, s. 435).

2.3 Kartlegging av ernæringsstatus

I nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring står det at ved oppstart av helse- og omsorgstjenester skal det gjøres en risikovurdering for underernæring. Deretter skal pasientene vurderes etter en bestemt frekvens eller etter et annet individuelt opplegg som er faglig begrunnet. Det betyr at alle pasienter over 18 år som mottar tjenester i hjemmet skal vurderes i forhold til ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2022b). Hensikten med å kartlegge pasientens ernæringsstatus er å få bekreftet eller avkreftet om en person har utviklet eller står i fare for å utvikle et ernæringsproblem. Det er derfor hensiktsmessig at faglige instanser som arbeider med eldre har etablerte rutiner som sikrer god kartlegging. Det er flere verktøy helsepersonell kan bruke for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. Et eksempel er Mini Nutritional Assessment (MNA). Skalaen gjør det mulig å systematisk kartlegge ulike årsaksforhold ved underernæring. En annen måte å kartlegge pasientens ernæringstilstand på er rutinemessig vektkontroll (Brodtkorb, 2021, s. 304).

2.4 Demens og kommunikasjon

Kommunikasjon er avgjørende når helsepersonell skal bygge en relasjon til mennesker som har demens. Trygghet og respekt er to nøkkelbegreper, og sentralt i kommunikasjon er målet om å skape en god samhandling. Som sykepleier er det derfor viktig å informere og rettlede uten å stille for mange spørsmål eller gi for vanskelige valg. Hensikten er ikke å avsløre den kognitive svikten. For mange med demens vil det være hensiktsmessig å trekke frem tidligere tider og de delene av livet den syke selv husker. Aktuelle kommunikasjonsmetoder i møte med mennesker som har demens er validering, reminisens og konstruktiv dialog. Også bruk av nonverbal kommunikasjon er viktig, spesielt hos personer som har nedsatt kommunikasjon. Personer med demens klarer ikke alltid å gi tilstrekkelige opplysninger og da vil det være hensiktsmessig å benytte seg av pårørende og andre nære omsorgspersoner som kan bidra med tilleggsopplysninger (Fjørtoft, 2016, s. 76).

2.5 Sykepleierens forebyggende funksjon

Sykepleiere har ansvar og fagspesifikke funksjoner som preger deres arbeid, tilnærming og ivaretagelse av pasienter i alle situasjoner. Utøvelse av sykepleie omfatter både direkte- og indirekte pasientrettede oppgaver (Nortvedt & Grøndahl, 2021, s. 22). I denne oppgaven vil sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon vektlegges. Forebyggende helsearbeid handler på en side om å forebygge sykdom, skade og død, og på den andre siden om å bedre eller bevare pasientens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2021, s. 160). Sykepleieprosessen brukes som metode innenfor alle funksjonsområdene (Nortvedt & Grøndahl, 2021, s. 22). Sykepleieprosessen kan deles i fem faser og er en problemløsende metode. De fem fasene går ut på å kartlegge pasientens behov for sykepleie, identifisere problem/sykepleiediagnose, definere mål, velge tiltak og evaluere resultatet (Skaug, 2021, s. 46). Forskning viser at eldre mennesker med demens er spesielt utsatt underernæring og det er derfor viktig at sykepleiere kontinuerlig bruker sykepleieprosessen til å identifisere pasienter som er i ernæringsmessig risiko og deretter iverksette tiltak. Forebyggende arbeid handler for sykepleiere om å hjelpe disse menneskene med å opprettholde en god ernæringsstatus (Brodtkorb, 2021, s. 302).

2.6 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud om helsehjelp til mennesker som bor hjemme, og helsehjelp er handlinger utført av helsepersonell som har et forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål. Helsehjelp kan også ha pleie- og omsorgsformål. Helsehjelp gis til personer som i kortere eller lengre tid har behov for hjelp i hverdagen på grunn av sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon. Hensikten og målet med hjemmesykepleierens arbeid er at *“den enkelte skal få bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig, at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i eget hjem, og at den enkelte skal ha en meningsfull hverdag og gode opplevelser”* (Fjørtoft, 2016, s. 17).

2.7 Personsentrert omsorg

Sosialpsykologen Tom Kitwood la et teoretisk grunnlag for personsentrert omsorg i praksis. Begrepet har ikke en enkel definisjon, men flere betydninger og brukes ofte innenfor demensomsorgen. Enkelte ser personsentrert omsorg som en individuell omsorg, mens andre ser på personsentrert omsorg som et verdigrunnlag. Personsentrert omsorg omfatter fire hovedelementer: et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske, evnen til å forstå verden (sett fra personen perspektiv) og etablering av et støttende miljø som dekker personens psykologiske behov (Brooker, 2013, s. 11). I Norge er det laget en egen plan som omhandler tjenestetilbud til mennesker med demens og sentralt i planen er målet om å skape et mer demensvennlig samfunn. I Demensplan 2025 legger Regjeringen fram et ønske om at sykdommen oppdages tidlig, slik at gode og tilpassede tjenester kan opprettes. I dag bor de fleste med en demensdiagnose hjemme og et nasjonalt mål er at de skal fortsette med det i årene fremover. Det er derfor viktig at det blir satt i gang forebyggende tiltak tidlig, slik at egenmestring kan skapes gjennom veiledning og tilrettelegging. Et av innsatsområdene i Demensplan 2025 handler om forebygging og folkehelse, der et sentralt mål er at det skal opprettes en ernæringsstrategi rettet mot mennesker som har demens (Regjeringen, 2020).

2.8 Etiske og juridiske perspektiver

Som helsepersonell må sykepleiere til enhver tid arbeide etter gjeldende retningslinjer og ivareta etiske prinsipper i møte med pasientene. Formålet med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er å danne et rammeverk for etisk sykepleiepraksis. I retningslinjene står det blant annet at «sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom og lidelse» (NSF, 2023). Retningslinjene kan knyttes til sykepleierens forebyggende funksjon, som omtales i denne oppgaven. I 2009 ga Helsedirektoratet ut nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Målet med retningslinjene er å identifisere mennesker som er i ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2022b). For sykepleiere i hjemmesykepleien er det nødvendig å ha kjennskap til retningslinjene for å kunne gjennomføre faglig forsvarlig helsehjelp.

Hjemmesykepleien er en offentlig helsetjeneste, og som sykepleier er det en rekke lover og forskrifter som legger føringer og definerer de rammene tjenestene skal holdes innenfor (Fjørtoft, 2016, s. 154). Den mest sentrale loven for hjemmesykepleien er helse- og omsorgstjenesteloven. Lovens formål går ut på at helsepersonell skal forebygge skade og sykdom, sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, sikre samhandling, individtilpasset omsorg og god kvalitet på tjenestene. I §3-3 står det skrevet at kommunen ved opprettelse av tjenester skal fremme helse og forebygge sykdom, mens det i kapittel 4 er lagt vekt på forsvarlighet. I §4-1b står det at alle pasienter skal motta et verdig tilbud og ifølge §4-1d skal tjenestene ha tilstrekkelig fagkompetanse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Pasient- og brukerrettighetsloven er også en sentral lov for hjemmesykepleien og loven gir hvert individ rett til nødvendig helsehjelp, samtidig som loven gir brukerne rett til informasjon og medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal sikre at pasienter i kommunehelsetjenesten får ivaretatt sine behov (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Helsepersonelloven legger føringer på hvordan helsepersonell skal arbeide og fastslår at helsehjelpen som ytes skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull (Helsepersonelloven, 1999). Det står i samsvar med kapittel 4 i helse- og omsorgstjenesteloven og i praksis betyr det at fagpersoner som utfører helsehjelp skal ha de nødvendige kvalifikasjonene.

2.9 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å finne forskning som belyser hvilke tiltak vi som fremtidige sykepleiere kan iverksette for å forebygge underernæring blant hjemmeboende personer med demens. Oppgaven skal bidra til økt bevisstgjøring rundt ernæringsproblematikk og kunnskap knyttet til ernæringsarbeid.

Følgende problemstilling besvares i oppgaven: *«Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring blant hjemmeboende med demens?»*

3.0 Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten vi har brukt for å samle inn informasjon og kunnskap for å besvare vår problemstilling (Thidemann, 2023, s. 74). I henhold til retningslinjer fra NTNU har vi brukt litteraturstudie som metode og vi har underveis i prosessen brukt boken «Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter» som et hjelpemiddel. I denne delen av oppgaven skal vi presentere hvilke metodiske valg som har blitt gjort og redegjøre dem.

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven har vi systematisert kunnskap fra åtte forskningsartikler. Vi har kritisk vurdert innholdet i hver av dem ved hjelp av helsebibliotekets sjekklister og kontrollert at artiklene er etisk godkjent. Hensikten med å bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven har vært å innhente relevant kunnskap som belyser vår problemstilling ved å gjennomføre et strukturert søk i to ulike databaser. Ved å samle inn og sammenfatte den eksisterende kunnskapen som allerede er på fagfeltet, har vi fått en oppdatert og god forståelse av tematikken i vår problemstilling. Vi har gjennom litteraturstudie også fått inntrykk av at det er et fagfelt som i fremtiden bør forskes mer på.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Et litteratursøk kan gi mange treff og det er derfor hensiktsmessig at vi gjennom søkeprosessen har problemstillingen klart for oss og at vi er bevisste på hvilke fagstoff vi leter etter. For å besvare problemstillingen og presisere søket, har vi gjort begrensninger i litteraturen ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved å bruke inklusjon- og eksklusjonskriterier avgrensner vi mengden litteratur og får et søk som inneholder fagstoff og kunnskap om vårt tema som er aktuelt for å kunne besvare vår problemstilling (Thidemann, 2023, s. 83). For å tydeliggjøre inklusjon- og eksklusjonskriterier, har vi valgt å fremstille kriteriene i en tabell nedenfor.

Det er et krav om at artiklene som inkluderes i litteraturstudien er fagfelleverderte originalartikler eller reviewartikler. De fleste vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag følger IMRaD-strukturen. IMRaD står for introduksjon, metode, resultater og diskusjon, og gjør det enklere for oss som lesere å finne den informasjonen vi trenger (Thidemann, 2023, s. 66). I vår resultatdel har vi kun valgt å inkludere studier som har IMRAD-struktur. Hovedfokuset i vår litteraturstudie er hjemmeboende personer med demens og underernæring. Pasienter som står i fare for å utvikle underernæring på grunn av sin demensdiagnose er inkludert i oppgaven, mens pasienter som står i fare for underernæring grunnet andre medisinske tilstander, men som i tillegg har en demensdiagnose, er ekskludert fra oppgaven. Studiene inkluderer pasienter med mild til moderat demens som er 65 år eller eldre, og som bor sammen med pårørende/omsorgspersoner. Artiklene inkludert har en tidsbegrensning på tjue år. I hovedsak ønsket vi å finne nyere forskning, men for å fange opp et bredere utvalg av relevante artikler som belyser vår problemstilling, valgte vi å inkludere studier som er opptil tjue år gamle.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleier	Andre profesjoner
IMRaD- struktur	
Fagfellevurderte forskningsartikler	
Skandinaviske språk og engelsk	
Mild til moderat demens	Alvorlig demens
Alder: 65 år og eldre	
Hjemmeboende pasienter	Sykehjemspasienter, sykehuspasienter
Publisert: 2004-2024	Artikler skrevet før 2004
Pårørende	
Demens	Andre medisinske sykdommer

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.3 Kvalitativ eller kvantitativ metode

Problemstillingen som belyses i oppgaven kan besvares ved bruk av både kvalitative og kvantitative metoder. Ved å kombinere data fra de to ulike metodene kan forståelsen av tematikken som belyses i oppgaven bli dypere og bedre (Andersen, 2017).

Kvantitative data kjennetegnes ved at dataene er målbare enheter, altså eksakt fagkunnskap. Metoden gir breddekunnskap, som vil si at mange undersøkelsesenheter gir et lite antall opplysninger. Kvalitative data gir på den andre siden dybdekunnskap, da få undersøkelsesenheter gir mange opplysninger. Hensikten med kvalitative data er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som for eksempel tanker, opplevelser og erfaringer (Thidemann, 2023, s. 75-76). Sju av studiene inkludert i oppgaven er kvantitative, mens den siste er kvalitative. De kvantitative studiene vektlegger omfanget av underernæring og ernæringsmessig risiko blant hjemmeboende personer med demens, mens den kvalitative fokuserer på hjemmesykepleierens rammer og utfordringer.

3.4 Søkestrategi

Hensikten med en søkestrategi er å fange opp forskning og fagstoff som er relevant for å besvare oppgavens problemstilling og en god søkestrategi er grunnlaget for effektivt søkearbeid. En god søkestrategi vil føre til færre og mer relevante treff. Det er derfor viktig å finne hensiktsmessige og relevante søkeord, samtidig som ordene må kombineres på en måte som fanger opp flest mulig relevante artikler i et søk (Thidemann, 2023, s. 86-87). For å gjøre problemstillingen presis og søkbar, valgte vi å bruke rammeverket PICO. Siden vi i denne oppgaven ikke skal sammenligne to temaer, valgte vi å fjerne "C" for "comparison" og heller lage et PPIO-sjema. Ved å dele opp problemstillingen i fire deler og deretter definere relevante søkeord til hver del, utviklet vi en søkestrategi. Vi brukte de boolske operatorene OR og AND for å kombinere søkeordene, som er valgt på bakgrunn av bestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2023, s. 87). Søkestrategi er presentert i oppgaven for å belyse hvordan data ble samlet inn, analysert og diskutert.

P	P	I	O	↑ OR ↓
Hjemmeboende pasient med demens/kognitiv svikt		Forebygge underernæring ved bruk av sykepleieprosessen og sykepleie-intervensjoner	God ernæringsstatus blant hjemmeboende med demens	
P	P	I	O	← AND →
Dementia (MH, CH) Cognition disorders (MH, CH) Cognitive disorders (MH, kw)	Malnutrition (MH, CH) Malnutrition risk (MH, kw) Risk of malnutrition (MH, kw) Nutritional risk (MH, kw)	Nursing (MH, kw) Home nursing (kw, tw) Nutritional assessment (MH, CH) Nursing interventions (tw, CH) Nutritional interventions (MH, kw) Nursing process (MH, CH)	Prevent malnutrition (MH, kw) Healthy aging (MH, CH) Nutritional status (MH, CH) Nutritional health (MH, kw)	

Tabell 2 PICO-skjema

3.5 Søkeprosessen

Ifølge Thidemann skal det systematiske litteratursøket være planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2023, s. 82). Søkehistorikk er dokumentasjon og søket er derfor presentert i en tabell nedenfor. Tabellen viser hvilke søkeord og kombinasjoner som er brukt, avgrensninger, antall treff, antall leste sammendrag, antall leste artikler og hvor mange av artiklene som er inkludert i studiens resultatdel. Søkehistorikken er også presentert i et flytskjema nedenfor.

I oppstartsfasen av litteratursøket valgte vi å gjøre innledende søk i Google Scholar, Oria, Sykepleien forskning, PubMed og CINAHL. Hensikten med de innledende søkene var å få et innblikk i litteraturen, en oversikt over hvilke kunnskap som finnes på fagfeltet og omfanget av tidligere studier. Gjennom de innledende søkene fant vi flere artikler som var relevante for å besvare vår problemstilling. Vi noterte fortløpende ned aktuelle nøkkel- og emneord som vi senere satte inn i PIO-skjemaet. Det ble gjort flere søk med ulike ordkombinasjoner i PubMed og CINAHL, som begge er to relevante databaser for medisin og sykepleiefaget. Databasene gir et bredt utvalg av medisinsk forskning og er tilgjengelige gjennom NTNUs bibliotek (NTNU, 2024).

Ifølge Thidemann er søkeprosessen en iterativ prosess (Thidemann, 2023, s. 82). Det betyr at man kan bevege seg frem og tilbake på de ulike trinnene i prosessen. Siden søkene vi gjennomførte ga varierende resultater, valgte vi flere ganger å endre på emne- og søkeordene som ble brukt. Det endelige, strukturerte søket ble gjort i PubMed og CINAHL 10/04-24. Søket besto av både emne- og nøkkelord, og ga totalt 210 treff. Siden vitenskapelige artikler kan være registrert i flere databaser samtidig, brukte vi Endnote til å fjerne eventuelle duplikater. 13 duplikater ble fjernet og vi satt igjen med 197 artikler. Hvorvidt artiklene var relevante for å besvare vår problemstilling ble deretter vurdert etter artikkelens tittel og sammendrag. 63 av artiklene hadde interessante titler som gjorde at vi leste sammendragene, men kun 10 av artiklene hadde relevante sammendrag i tråd med våre inklusjon- og eksklusjonskriterier. Artiklene ble printa ut og deretter lest i fulltekst. 6 av dem hadde relevant funn og ble inkludert i oppgavens resultatdel.

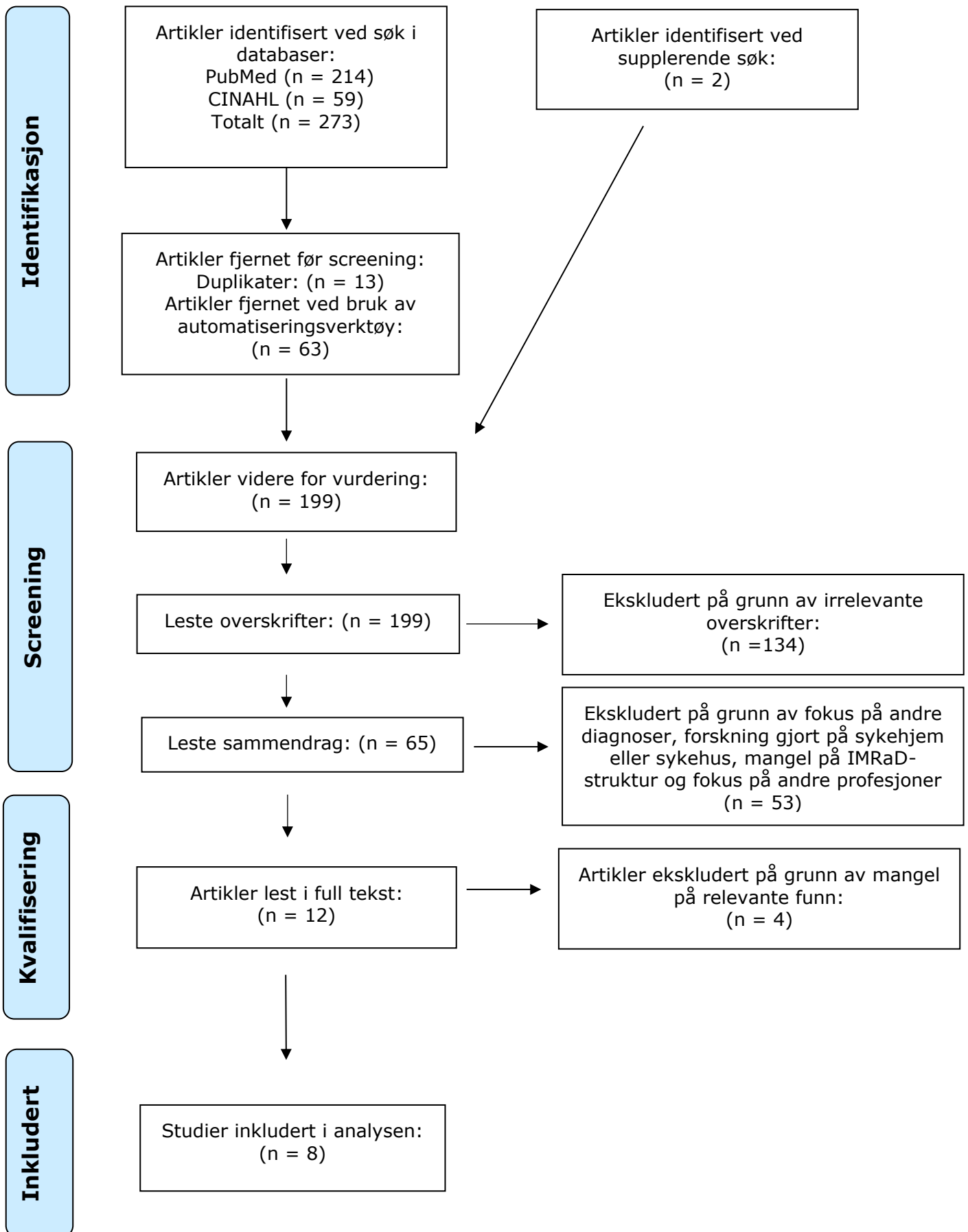
Vi valgte også å gjøre et supplerende søk i *Sykepleien Forskning* for å vurdere om resultatene i det strukturerte søket sto i samsvar med norsk forskning (Aveyard, 2023, s. 88-89). Gjennomførte det supplerende søket på Sykepleien Forskning 15/04-24. Søkeordene *hjemmesykepleie*, *ernæring* og *demens* ble brukt, og søket ga totalt 9 treff. Leste alle titlene og ekskluderte raskt seks av dem, da overskriftene ikke var relevante for vår problemstilling. Leste deretter sammendraget på de tre resterende artiklene og valgte å inkludere to av dem, da de var relevante for å besvare vår problemstilling.

Søkeord	PUBMED	CINAHL
1) Dementia	213 608 (MH)	85 473 (CH)
2) Cognition disorders	120 448 (MH)	38 837 (CH)
3) Cognitive disorders	40 059 (MH)	
4) Cognitive disorders	5 633 (tw)	25 977 (kw)
5) 1 or 2 or 3 or 4	296 025	120 125
6) Malnutrition	137 731 (MH)	12 844 (CH)
7) Malnutrition risk	16 419 (MH)	
8) Malnutrition risk	822 (kw)	2048 (kw)
9) Risk of malnutrition	26 111 (MH)	
10) Risk of malnutrition	2 781 (tw)	1820 (kw)
11) Nutritional risk	66 648 (MH)	
12) Nutritional risk	4 029 (tw)	1900 (kw)
13) 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	202 727	14 769
14) Nursing	265 173 (MH)	
15) Nursing	663 894 (tw)	747 024 (kw)
16) Home nursing	9 662 (MH)	3 709 (CH)
17) Nutritional assessment	18 223 (MH)	18 642 (CH)
18) Nursing interventions		10 330 (CH)
19) Nursing interventions	5 454 (tw)	15 511 (kw)
20) Nutritional interventions	63 497 (MH)	
21) Nutritional interventions	3 437 (tw)	1 415 (kw)
22) Nursing process	86 974 (MH)	39 335 (CH)
23) 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22	759 331	765 239
24) Prevent malnutrition	21 678 (MH)	
25) Prevent malnutrition	13 268 (tw)	142 (kw)
26) Healthy aging	2 258 (MH)	2 193 (CH)

27) Nutritional status	55 883 (MH)	19 415 (CH)
28) Nutritional health	22 497 (MH)	
29) Nutritional health	825 (tw)	367 (kw)
30) 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29	101 713	21 975
31) 5 and 13 and 23 and 30	214	59
Språk: skandinavisk/engelsk	157	53
Alder: 65+		
Publisert: 2004-2024		
Abstract available		
Totalt	210	
Etter duplikat fjerning:	197	
Antall leste overskrifter:	197	
Antall leste sammendrag:	63	
Antall artikler lest i fulltekst:	10	
Valgt:	6	
<p>Sørbye, L. W., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Jonsson, P. V., Topinkova, E., Ljunggren, G. & Bernabei, R. (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in home care program (ADHOC). <i>The journal of nutrition, health and aging</i>, 12(1), s. 10-16. https://doi.org/10.1007/BF02982158 Get rights and content</p> <p>Salva, S., Andrieu, E., Schiffrin, E.J., Moulij, J., Decarli, B., Rojano-I-Luque, X., Guigoz, V., Vellas, B. & The NutriAlz group. (2011). Health and promotion program for patients with dementia (NutriAlz): cluster randomized trial. <i>The journal of nutrition, health and aging</i>, 15(1), s. 822-830. 10.1007/s12603-011-0363-3</p> <p>Wirth, R., Smoliner, C., Sieber, C. C & Volkert, D. (2011). Cognitive function is associated with body composition and nutritional risk of geriatric patients. <i>The journal of nutrition, health and aging</i>, 15(8), s. 706-710. https://doi.org/10.1007/s12603-011-0089-2</p> <p>Roque, M., Salva, A. & Vellas, B. (2013). Malnutrition in community dwelling- adults with dementia (Nutrialz Trial). <i>The journal of nutrition, health and aging</i>, 17(3), s. 295-299. https://doi.org/10.1007/s12603-012-0401-9</p> <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 and aging</i>, 21(3), s. 292-298. https://doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7</p> <p>Ozlem, C., Zeliha, T., Hasmet, H., Basar, B. & Hakan, G. I (2023). Eating Difficulties and Relationship With Nutritional Status Among Patients With Dementia. <i>The Journal of Nursing Research</i>, 31(1), s. 1-9. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000538</p>		

Tabell 3 Søketablell

Figur 1 Flytskjema for utvalgelse av artikler



3.6 Aveyards tematiske analysemodell

Analyse handler om å finne ut hva en tekst handler om og deretter tolke den (Thidemann, 2023, s. 92). For å analysere artiklene vi ønsket å inkludere i oppgaven, har vi brukt Aveyards tematiske analysemodell. Hensikten med analysemodellen er å få en oversikt over artiklenes innhold og om studiene gir svar på valgt problemstilling. Det første steget i modellen handler om å identifisere aktuelle temaer ved å skimle resultatdelen på studiene. Ved å gjennomgå hvilke hovedfunn som er gjort i hver av studiene, kan vi reflektere over de ulike resultatene som er presentert og deretter beskrive funnene som forskerne har gjort (Thidemann, 2023, s. 97). Gjennomgående i våre utvalgte artikler var temaene kartlegging, personsentrert omsorg, ledelsens og sykepleierens rolle. Vi valgte derfor å ha hovedfokus på de tre nevnte temaene ved videre lesning, og lagde en tabell for å ha oversikt på hvilke artikler som inneholder hvilke resultater. For å enklere identifisere temaene skrev vi ut artiklene og brukte markeringstusj med fire ulike farger, der hvert tema hadde sin egen farge. Som Aveyard anbefaler lagde vi deretter en ny tabell med de utvalgte temaene som var identifisert og fordelte resultatene fra artiklene under hvert tema. Til slutt satt vi igjen med en oversikt over hvilke temaer som kan diskuteres og begynte arbeidet med å se nærmere på hvordan temaene henger sammen, likheter og forskjeller (Thidemann, 2023, s. 99).

3.7 Kvalitetsvurdering av artiklene

Artiklene ble vurdert med utgangspunkt i aktualitet og om forskningen presentert er relevant for å besvare valgt problemstilling. Formålet med studien og forskningsdesign ble vektlagt i vurderingen. Studien inneholder kun fagfelleverderte artikler og vi vet derfor at artiklene før publisering er kvalitetsvurdert og godkjent av flere forskere. Vi har også kritisk vurdert de relevante artiklene ved hjelp av "TONE-prinsippet", som står for troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet. TONE-prinsippet vurderer om forfatterens bakgrunn og hensikt med studien er troverdig. Ved å bruke prinsippet vurderes det om studiens data samsvarer med tidligere forskning, og om det blir belyst flere sider av saken. Videre vurderes det om artikkelen er fagfelleverdert og har en tydelig IMRaD struktur. Dette er en kritisk måte å vurdere artikkelens innhold, om forskningsmetodene er godt forklart og om den er relevant for denne studiens tematikk (NTNU, 2017). Til slutt ble artiklene vurdert av helsebibliotekets sjekklister tilegnet kvalitativ studie, tverrsnittsstudie og randomisert kontrollert studie (Helsebiblioteket, 2021).

3.8 Etisk vurdering av artiklene

Helseforskningsloven har som formål å sikre at all helseforskning utføres på en etisk forsvarlig måte, med vurdering og godkjenning av Regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Helseforskningsloven, 2008). En etisk vurdering av artiklene går ut på å undersøke om forskningen ivaretar frivillighet, anonymitet og informert samtykke. Alle studier skal være etisk gjennomtenkt og utføres på en forsvarlig måte (Thidemann, 2023. s. 12). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) brukes i organisering av forskningsetisk arbeid. Før forskningsprosjekter kan gjennomføres vurderer REK om de oppfyller etiske retningslinjer. Prosjektet vurderes i forhold til forskningskvalitet, informasjonsskriv, samtykke, fordeler, ulemper og risiko-nytte vurdering (Solberg, 2021, s. 214).

4.0 Resultater

4.1 Presentasjon av utvalgte artikler

Artikkel 1:	Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in home care program (ADHOC)
Forfatter:	Sørbye, L. W., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Jonsson, P. V., Topinkova, E. Ljunggren, G. & Bernabei, R.
Tidsskrift:	The journal of nutrition, health and aging
Utgivelsesland:	Europa
Utgivelsesår:	2008
Studiens hensikt:	Hensikten med studien var å beskrive sammenhengen mellom utilsiktet vekttap og ernæringsstatus hos eldre som bor og mottar helsetjenester i eget hjem.
Metode:	Kvantitativ tverrsnittstudie gjennomført 11 steder i Europa. Studien hadde 4 455 deltakere i alderen 65 år og eldre. Alle deltakerne var mottakere av hjemmetjenester.
Resultat av artikkelen:	Resultatet viser at pasienter med en Cognitive Performance Scale (CPS) verdi over 3 (indikerer en kognitiv svekkelse) har økt risiko for underernæring. Videre viser resultater fra studien at svekket appetitt er en årsak til utilsiktet vekttap. Artikkelen får frem at sykepleiere er store observatører av spisevaner hos hjemmeboende og at bruk av standardiserte kartleggingsverktøy kan identifisere personer i risiko for ernæringsmessige problemer på et tidlig stadium. Studien fastslår også at sykepleiere bør følge med på mat- og drikkeinntaket hos pasienter som er i ernæringsmessig risiko.
Relevans for problemstilling:	Studien er relevant for vår problemstilling da den omhandler eldre med kognitiv svikt som bor hjemme. Studien inneholder forebyggende strategier sykepleiere kan bruke for å identifisere pasienter som er i risiko for underernæring. Eksempler på forebyggende tiltak som er beskrevet i studien er regelmessig ernæringsvurdering, bruk av standardiserte kartleggingsverktøy og individuelle tiltak.

Tabell 4 Artikkelmatrikse 1

Artikkel 2:	Cognitive function is associated with body composition and nutrition risk of geriatric patients
Forfatter:	Wirth, R., Smoliner, C., Sieber, C.C. og Volkert, D.
Tidsskrift:	The Journal of Nutrition, Health & Aging
Utgivelsesland:	Tyskland
Utgivelsesår:	2011
Studiens hensikt:	Hensikten med studien var å undersøke kroppssammensetning og ernæringsrisiko hos geriatriske pasienter og deres assosiasjon med kognitiv svikt.
Metode:	Retroperspektiv tverrsnittsanalyse basert på kvantitative data. 4 095 geriatriske sykehuspasienter gjennomgikk en vurdering av kroppssammensetning, ernæringsrisiko, pleiebehov og kognitiv funksjon mellom april 2004 og november 2009. Alle dataene ble hentet fra rutinemessige kliniske undersøkelser innen de tre første dagene etter sykehusinnleggelse.
Resultat/konklusjon:	Personer med kognitiv dysfunksjon viste en signifikant lavere kroppsvekt sammenlignet med personer som var kognitivt intakte. Artikkelen konkluderer med at vekttap ved kognitiv dysfunksjon og demens i hovedsak består av tap i fettmasse og dermed er en konsekvens av de kognitive symptomene på sykdommen. Til og med mild kognitiv dysfunksjon kan føre til utilstrekkelig matinntak. Årsaker kan være redusert initiativ, apati, mattilgang og måltids distraksjoner.
Relevans for problemstillingen:	Artikkelen er relevant for problemstillingen da den tar for seg sammenhengen mellom kognitiv dysfunksjon og vekttap, samtidig som den redegjør for risikofaktorer knyttet til vekttap og underernæring hos personer med demens.

Tabell 5 Artikkelmatrise 2

Artikkel 3:	Health and promotion program for patients with dementia (NutriAlz)
Forfattere:	Salva, S., Andrieu, S., Fernandez, E., Schiffrin, E. J. Moulin, J., Decarli, B. Rojano-i-Luque, X., Guigoz, Y., Vellas, B; NutriAlz group
Tidsskrift:	The journal of nutrition, health and aging
Utgivelsesland:	Spania
Utgivelsesår	2011
Studiens hensikt:	Hensikten med studien var å vurdere hvilken effekt ernæringsprogrammet NutriAlz (undervisnings- og opplæringsprogram) hadde på ernæringsstatusen til hjemmeboende personer med demens.
Metode:	Randomisert, kontrollert studie. Kvantitative data. 946 hjemmeboende Alzheimer-pasienter og deres omsorgspersoner ble rekruttert fra 11 poliklinikker og behandlingssentre i Barcelona.
Resultat:	Studien viser at NutriAlz programmet ikke hadde noe effekt på den funksjonelle diagnosen hos personer med Alzheimer. Likevel ga studien gode resultater for å redusere risiko for underernæring, hvor intervensjonsgruppen reduserte risikoen med 15%.
Relevans for problemstillingen:	Studien viser at bruk av kartleggingsprogrammet NutriAlz vil redusere risikoen for underernæring hos hjemmeboende med demens. Programmet tar for seg individualiserte tiltak, informasjon til pasient og pårørende, og kontinuerlig oppfølging.

Tabell 6 Artikkelmatrikse 3

Artikkel 4:	Malnutrition in community-dwelling adults with dementia (NutriAlz Trial)
Forfattere:	Roque, M., Salva, A. & Vellas, B.
Tidsskrift:	The journal of nutrition, health and aging
Utgivelsesland:	Spania
Utgivelsesår:	2013
Hensikt:	Hensikten med studien var å vurdere ernæringsstatus hos hjemmeboende personer med demens ved hjelp av kartleggingsverktøyet Mini Nutritional Assessment (MNA) og identifisere kliniske risikofaktorer knyttet til ernæringsrisiko og underernæring.
Metode:	Tverrsnittstudie basert på kvantitative data. Studien hadde 940 deltakere hvorav alle deltok på demensklinner.
Resultat:	Studiens resultat viser hvilken betydning vurdering av ernæringsstatus har hos pasienter med demens. Resultatet viser også betydningen av å identifisere risikofaktorer relatert til underernæring for å kunne gi best mulig individuell behandling. 5,2 % av deltakerne i studien ble klassifisert som underernærte og 42,6 % sto i fare for å utvikle underernæring ved bruk av MNA. Dårlig ernæringsstatus var hos deltakerne relatert til høy alder og dårlig kognitiv funksjon.
Relevans for problemstillingen:	Studien tar for seg kartleggingsverktøyet MNA, som vurderer pasientens risiko for underernæring. Ved bruk av kartleggingsverktøyet kan sykepleiere tidlig identifisere tegn på underernæring hos hjemmeboende pasienter. Det gjør at sykepleierne kan iverksette individuelle ernæringstiltak. Studien tar også for seg risikofaktorer.

Tabell 7 Artikkelmatriks 4

Artikkel 5:	Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program
Forfatter:	Johansson. L., Wijk. H & Christensson, L.
Tidsskrift:	The journal of nutrition, health and aging.
Utgivelsesland:	Sverige
Utgivelsesår:	2017
Hensikt:	Hensikten med studien var å undersøke hvordan en strukturert forebyggende behandlingsprosess førte til endring i kroppsvekt blant personer med demens som står i fare for å bli underernærte eller som er underernærte.
Metode:	Pre-post analyse. Data ble hentet fra to nasjonale kvalitetsregistre (Senior Alert og Svedem), kombinert og brukt. Kombinasjon av de to registrene gjorde det mulig å studere effekter på ernæringsstatus hos personer med demens ved bruk av individualisert forebyggende behandling. Dataene er kvantitative.
Resultat:	Forbedret kroppsvekt ble kun funnet blant de personene som hadde registrering i alle de fire trinnene i den forebyggende omsorgsprosessen. Den forebyggende omsorgsprosessen har fire steg: risikovurdering, analyse av bakenforliggende årsaker, utførte handlinger og utfall. Trinn 1, risikovurdering, er obligatorisk for alle personer som er registrert i Senior Alert, mens registreringen fortsetter til trinn 2-4 dersom en pasient er vurdert som "i risiko for". I praksis betyr det at handlingene var basert på analyse av underliggende årsaker for hvert enkelt individ. Studien viser at bruk av individualisert handlingsplan kan bidra til bedre ernæringsstatus blant personer med demens.
Relevans for problemstillingen:	Studien er relevant for vår problemstilling da den viser at bruk av en individualisert behandlingsplan kan forbedre kroppsvekt og ernæringsstatus blant personer med demens.

Tabell 8 Artikkelmatrise 5

Artikkel 6:	Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmetjenesten.
Forfatter:	Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H.
Tidsskrift:	Sykepleien forskning
Utgivelsesland:	Norge
Utgivelsesår:	2017
Studiens hensikt:	Hensikten med studien var å utforske hvordan hjemmesykepleiere ivaretar ernæringsbehovet til hjemmeboende personer med demens, sett i lys av kravene fra nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.
Metode:	Kvalitativ studie som tar utgangspunkt i og analyserer data fra to praksisutviklingsprosjekter. Datamaterialet omfatter tolv gruppesamtaler med nitten sykepleiere fra to ulike kommuner.
Resultat/konklusjon:	<p>Ledelsesforankring er viktig når systematisk ernæringskartlegging skal implementeres. Sykepleierne ga uttrykk for at kunnskap til pasienten og ernæringsbehovet er betydningsfullt i praktisk tilrettelegging i hjemmet.</p> <p>Sykepleierne syntes det var vanskelig å vurdere mat- og drikkeinntak i løpet av døgnet. De sto i spenningsfeltet mellom selvbestemmelse til den hjemmeboende og anbefalingene om systematisk ernæringskartlegging og tidspress.</p>
Relevans for problemstillingen:	Studien er relevant for problemstillingen da den tar for seg utfordringer knyttet til praktisk ernæringsarbeid i hjemmet. Studien vektlegger at en god ledelse, rutiner og bruk av standardiserte kartleggingsverktøy er nødvendig.

Tabell 9 Artikkelmatriks 6

Artikkel 7:	Routines in the community nursing services for assessing nutritional status
Forfatter:	Aagaard, H. & Grøndahl, V. A.
Tidsskrift:	Sykepleien forskning
Utgivelsesland:	Norge
Utgivelsesår:	2017
Hensikt:	Hensikten med studien var å beskrive rutinene som helsepersonell og ledere følger i hjemmesykepleien når de skal vurdere pasientenes ernæringsstatus i hjemmet.
Metode:	Tverrsnittstudie basert på kvantitative data bestående av to delstudier: en studie blant ledere i hjemmesykepleien og en blant helsepersonellet. Det ble brukt et spørreskjema til å samle inn data fra totalt 273 ledere og 212 helsepersonell, hvorav de fleste var sykepleiere.
Resultat:	67% av lederne og 37% av helsepersonellet var kjent med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Kun én av tre deltakere svarte at deres arbeidssted har skriftlige prosedyrer for å vurdere pasientens ernæringsstatus. 80% av lederne og 69% av helsepersonellet svarte at det ikke er vanlig å veie pasienter ved oppstart av hjemmetjenester. Deltakerne svarer også at mangel på tid, ressurser og kunnskap hindrer dem i å drive systematisk ernæringsarbeid i hverdagen.
Relevans for problemstillingen:	Studien er relevant for problemstillingen da den identifiserer utfordringer knyttet til ernæringsarbeid og avdekker mangel på kunnskap blant helsepersonell. Artikkelen legger også vekt på at skriftlige rutiner og prosedyrer bør utarbeides i tråd med de nasjonale faglige retningslinjer for å skape en kontinuitet i ernæringsarbeidet slik at underernæring kan forebygges. Studien legger også vekt på at det er behov for mer kunnskap både blant ledere og helsepersonell.

Tabell 10 Artikkelmatrise 7

Artikkel 8:	Eating Difficulties and Relationship With Nutritional Status Among Patients With Dementia.
Forfatter:	Ozlem, C., Zeliha, T., Hasmet, H., Basar, B. & Hakan. G. I.
Tidsskrift:	The journal of Nursing Research
Utgivelsesland:	Tyrkia
Utgivelsesår:	2023
Studiens hensikt:	Hensikten med studien var å undersøke hvilke spisevansker pasienter med demens står overfor, samt å evaluere sammenhengen mellom spisevansker og underernæring.
Metode:	Tverrsnittstudie med 100 deltakere. 50 av deltakere hadde en demensdiagnose (intervensjonsgruppe) og de resterende 50 var friske (kontrollgruppe). Deltakerne i intervensjonsgruppen ble inkludert hvis de hadde mild demens og kunne stå selvstendig på en vekt. Alle deltakerne var hjemmeboende.
Resultat/konklusjon:	Det var ingen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen knyttet til svelgeproblemer, tyggeproblemer, tanntap eller matbevissthet i munnen. I gruppen med demens hadde 30% av pasientene problemer med manipulering av mat på tallerken, sammenlignet med kontrollgruppen der ingen av pasientene hadde problemer. 30% av deltakerne i demensgruppen trengte assistanse for å spise og 56% av pasientene hadde spisevegring, sammenlignet med bare 2% i kontrollgruppen. Spisevansker som selvmating ferdigheter ble oftere funnet hos personer med underernæring eller personer med risiko for underernæring
Relevans for problemstillingen:	Studien er relevant for vår problemstilling da den undersøker sammenheng mellom mild grad av demens og underernæring. Studien identifiserer også hvilke utfordringer mennesker med demens står overfor relatert til matinntak.

Tabell 11 Artikkelmatrikse 8

4.2 Sammenfatning av resultat

Analyseprosessen avdekket tre temaer: ernæringskartlegging, personsentrert omsorg, ledelsens og sykepleierens rolle.

4.2.1 Kartlegging av ernæringstilstand

Et sentralt funn i oppgaven er at høyere grad av kognitiv dysfunksjon og dårligere ernæringstilstand har en sammenheng (Wirth, 2011., Salva, 2011., Roque, 2013., Johansson, 2017.). Studien til Wirth et al. (2011) og Roque et al. (2013) legger fram at geriatriske pasienter har en svekket ernæringsstatus i samsvar med graden av kognitiv dysfunksjon, mens studien til Johanssons et al. (2017) viser at nedsatt kognitiv funksjon øker risikoen for underernæring betraktelig. Gjennomgående i studiene er også endret spiseatferd og i studien til Sørbye et al. (2008), Roque et al. (2013) og Ozlem et al. (2023) kommer det frem at vanlige symptomer blant mennesker med demens er appetittendringer, utfordringer knyttet til matvaner, atferdsforstyrrelser og spisevansker.

For å vurdere om en pasient er i risiko for å utvikle underernæring, peker studien til Meyer et al. (2017), Sørbye et al. (2008) og Johannessen et al. (2017) på at det er nødvendig å bruke standardiserte kartleggingsverktøy som kan identifisere personer som er i ernæringsmessig risiko på et tidlig stadium. Salva et al. (2011), Roque et al. (2013) og Johansson et al. (2017) fremhever kartleggingsverktøyet Mini Nutritional Assessment (MNA) som et nyttig verktøy.

I studien til Salva et al. (2011) og Roque et al. (2013) er rutinemessig vektkontroll et integrert tiltak som bidrar til redusert risiko for underernæring blant mennesker med demens. Johansson et al. (2017) legger også fram at vektregistrering er et effektivt tiltak og studien til Sørbye et al. (2008) fastslår at veiing av pasienter må være en obligatorisk del av ernæringskartleggingen. Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) problematiserer vektkontroll i hjemmet, men konkluderer likevel med at det nødvendig.

4.2.2 Personsentrert omsorg

Når personsentrert omsorg skal utøves i ernæringsarbeid handler det om at helsepersonell praktisk tilrettelegger måltider i samarbeid med pasienten. I studien til Meyer et al. (2017) trekkes det frem at kjennskap til pasienten er viktig i slikt arbeid. Det støttes av Sørbye et al. (2008), som skriver at observasjon av endring i ernæringsstatus gjort av sykepleiere som møter pasientene ukentlig kan bidra til tidlig identifisering av ernæringsrisiko. Studien peker på at sykepleiere er viktige observatører av spisevaner hos hjemmeboende personer og at symptomer på endret spiseatferd lettere kan oppdages dersom helsepersonellet har kjennskap til pasienten.

Det kommer fram at identifisering av helseutfordringer som redusert appetitt og vekttap er utfordrende i hjemmet, da den hjemmeboende sin selvstendighet også skal ivaretas. Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) uttrykker at de er spesielt bekymret for matinntaket hos hjemmeboende personer med demens. Sørbye et al. (2008) skriver i sin studie at ved mistanke om ernæringsproblemer skal det gjennomføres strenge observasjoner av mat- og drikkeinntak.

I Johanssons et al. (2017) sin studie gjennomgår pasientene et ernæringsprogram og hensikten med programmet er å utvikle en individualisert omsorgsplan. Ved å identifisere bakenforliggende årsaker og iverksette tiltak basert på dem får hver pasient bistand etter eget behov. Pasientene fra studien til Salva et al. (2011) og Roque et al. (2013) som fullførte NutriAlz programmet hadde en forbedret ernæringsstatus sammenlignet med kontrollgruppen. På tross av det ble det ikke avdekket reduksjon i autonomi hos pasientene i intervensjonsgruppen. Studien vektlegger derfor at pasientrettede ernæringsstiltak bør brukes for å opprettholde autonomien til mennesker med demens som bor hjemme.

4.2.3 Ledelsens- og sykepleierens rolle

Studien til Meyer et al. (2017) tydeliggjør viktigheten av ledelse og vektlegger lederens betydning knyttet til implementering av kartleggingsverktøy og rutiner. I studien kommer det fram at systematisk ernæringskartlegging må forankres i kommunene og i hjemmesykepleierens ledelse. For lav bemanning og tidspress gjør at ernæringsarbeid ikke prioriteres. Også i studien til Aagaard & Grøndahl (2017) kommer det fram at det settes av for lite tid til ernæringsarbeid, noe som hindrer helsepersonell i å gjennomføre ernæringskartlegging i hverdagen. Kun halvparten av de deltakende kommunene hadde rutiner for screening og evaluering av pasientens ernæringsstilstand, samtidig som enda færre av kommunene hadde rutinene dokumentert i skriftlige prosedyrer. Lederne og helsepersonellet er samstemte i at kunnskap, tid og ressurser er de største hindrene i arbeidet med å kartlegge ernæringsstatus hos pasienter i hjemmet.

5.0 Diskusjon

5.1 Kartlegging av ernæringsstatus

5.1.1 Diagnose

Et sentralt funn i oppgaven er at høyere grad av kognitiv dysfunksjon og dårligere ernæringsstilstand har en sammenheng (Wirth, 2011., Salva, 2011., Roque, 2013., Johansson, 2017). Det står i samsvar med Brodtkorb (2021) som skriver at eldre mennesker med kognitiv svikt er spesielt utsatt for underernæring. Derfor fremheves det i studien til Roque et al. (2013) at en adekvat diagnose og tidlig identifisering av funksjonssvikt er nødvendig for å forsinke eller unngå ernæringsmessig risiko. For det første vil riktig diagnose bidra til at forebyggende tiltak iverksettes på riktig tidspunkt. Ifølge Ozlem et al. (2023) bør for eksempel spisevaner evalueres regelmessig hos mennesker med demens, noe som forutsetter at pasientene har riktig ernæringsdiagnose. For det andre vil en adekvat diagnose føre til at sykepleiere kan tilrettelegge for gode mestringsopplevelser ved å tilpasse tiltakene som iverksettes til den enkeltes funksjonsnivå og behov.

Viktigheten av diagnose står også sentralt i Demensplan 2025, som i likhet med Sørbye et al. (2008) vektlegger at mennesker med kognitiv svikt bør fanges opp i rett tid. Observasjon av spiseatferd er en sentral arbeidsoppgave for sykepleiere (Sørbye, 2008), men en forutsetning for god observasjon er kunnskap om demens, og evne til å identifisere og gjenkjenne symptomer som appetittendringer, spisevaner og endring i matvaner. Det har vi erfart at kan være krevende i praksis, både fordi hjemmebesøkene ofte er korte og fordi pasientene kan prøve å skjule den kognitive svikten. Bruk av pårørende vil da være nødvendig for at sykepleiere skal få tilstrekkelig informasjon. Basert på funn gjort i studien ser vi at en adekvat diagnose er nødvendig for å kunne iverksette riktige tiltak til rett tid. Samtidig forstår vi at det er viktig at sykepleiere har kunnskap om symptomer på demens og risikofaktorer for underernæring, slik at pasientene fanges opp tidlig. Videre forstår vi at sentrale oppgaver for sykepleiere i arbeidet med å forebygge underernæring blant hjemmeboende med demens er å observere og dokumentere endringer i atferd og spisevaner. På den måten kan sykepleiere bidra til at pasienter med demens får riktig diagnose, som gir videre grunnlag for å iverksette og følge opp med nødvendige forebyggende tiltak.

5.1.2 Bruk av kartleggingsverktøy

Funn i studien indikerer at bruk av standardiserte kartleggingsverktøy er nødvendig når sykepleiere skal vurdere ernæringsstatusen til hjemmeboende med demens (Sørbye, 2008., Meyer, 2017. & Johansson, 2017). Salva et al. (2011)., Roque et al. (2013), og Johansson et al. (2017) fremhever kartleggingsverktøyet Mini Nutritional Assessment. Verktøyet er et godt validert screening-instrument, det anses som enkelt i bruk og inneholder ikke invasive metoder (Rognstad, 2013). Det gjør at sykepleiere enkelt kan gjennomføre en MNA-vurdering av pasientene i praksis, noe som er en fordel i hjemmesykepleien. En annen fordel ved bruk av MNA er at sykepleiere får bekreftet eller avkreftet om pasienten er i risiko for underernæring eller om pasienten allerede er underernært. På den måten kan forebyggende eller behandlende tiltak iverksettes fortløpende. Likevel er det flere utfordringer knyttet til bruk av MNA på mennesker som har demens. For det første inneholder skjemaet flere spørsmål som kan være vanskelig for pasienter med redusert hukommelse å svare på. Eksempler på slike spørsmål er blant annet knyttet til mengde og hyppighet på måltider, og hvordan pasientene ser sin egen helsetilstand sammenlignet med andre mennesker på samme alder (Brodtkorb, 2021, s. 306). Med tanke på at sykdommen er progredierende kan det derfor antas at verktøyet fungerer bedre på mennesker med mild demens, sammenlignet med de som har alvorlig demens, selv om skjemaet gjør det mulig å krysse av for nevropsykologiske problemer som alvorlig demens.

Salva et al. (2011) og Roque et al. (2013) understreker i sine studier viktigheten av å involvere pårørende, som også kan bidra med relevant informasjon. Det vil være hensiktsmessig for sykepleieren ved bruk av MNA, da den totale vurderingen av pasienten blir mer presis. Dersom sykepleieren ikke får fylt ut alle deler av skjemaet og det mangler noen opplysninger vil det uansett gi en innsikt i pasientens ernæringstilstand, da verktøyet legger føringer på at både vekt og BMI skal beregnes. Som et resultat av funn i studiene og kunnskap om mennesker med demens, forstår vi at bruk av verktøy som MNA har både fordeler og ulemper, noe vi også erfarte i praksis. Verktøyet kan på en side gi nyttig informasjon og en indikator på om pasienten er i ernæringsmessig risiko. På den andre siden må sykepleiere gjøre en totalvurdering av pasientens ernæringstilstand, og anerkjenne at vurdering ved hjelp av MNA vil bli dårligere hos en person som ikke kan uttrykke seg på lik linje med en person som har intakt kognitiv funksjon.

5.1.3 Vektregistrering

I studien til Salva et al. (2011) og Roque et al. (2013) er rutinemessig vektkontroll et integrert tiltak som sammen med andre intervensjoner gjennom et standardisert ernæringsprogram resulterte i lavere risiko for underernæring. Bruk av rutinemessig vektkontroll trekkes også frem av Johansson et al. (2017), som i samsvar med de to nevnte studiene konkluderer med at vektregistrering er nødvendig i forebyggende ernæringsarbeid. Det kan likevel reises innvendinger knyttet til veiing av pasienter i hjemmet. Flere av sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) hevder det er upassende og begrunner det med pasientens verdighet og selvbestemmelse. Siden mennesker med demens er en sårbar pasientgruppe, er det nødvendig at sykepleiere til enhver tid respekterer deres rett til å foreta egne valg (NSF, 2023).

Brodtkorb (2021) skriver at regelmessig vektregistrering er den enkleste måten å kartlegge pasientens ernæringstilstand på, men dersom en pasient for eksempel ikke ønsker å veie seg ved oppstart av tjenester vil sykepleieren stå i et etisk dilemma. På den ene siden bør sykepleieren handle etter de faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, mens på den andre siden bør sykepleieren støtte opp under pasientens autonomi. En av fordelene med å gjennomføre rutinemessig vektkontroll vil være at hjemmesykepleierne får konkrete tall å forholde seg til. Fordi mennesker med demens har redusert hukommelse og evne til å oppgi tilstrekkelig med informasjon, vil ikke nødvendigvis de opplysningene pasienten selv oppgir stå i samsvar med sannheten. Konkrete tall vil derfor gjøre det mulig for helsepersonell å følge med på svingninger i pasientens kroppsvekt, tidlig identifisere vekttap og fortløpende iverksette tiltak. På den måten vil vektregistrering være mer effektivt enn bruk av standardiserte registreringer knyttet til mat- og drikkeinntak. I studien til Johansson et al. (2017) ble derfor kroppsvekt brukt for å vurdere effekt av ulike tiltak.

Skovdahl (2021) skriver at det er viktig å kartlegge mat- og drikkeinntak hos pasienter med demens, men vår erfaring samsvarer med de oppfatningene sykepleierne fra studien til Meyer et al. (2017) har. Bruk av systematiske registreringer er lite nyttig i hjemmet og årsaken er at det er vanskelig å observere hva pasientene faktisk spiser og drikker i løpet av en dag. Sammenlignet med et sykehjem vil sykepleiere i hjemmetjenesten ikke være til stede ved alle måltider og tiden som tilbringes sammen med pasienten er ofte kort. Også i studien til Sørbye et al. (2008) kommer det frem at det er viktig å observere mat- og drikkeinntak hos pasienter som er i ernæringsmessig risiko, men selv om forskning viser at det er hensiktsmessig, så betyr det ikke nødvendigvis at det er mulig å oppnå i praksis. I tillegg til at besøkene ofte er korte, er også pasientlistene lange, noe som fører til at sykepleiere ikke alltid klarer å følge tidsskjemaet. I praksis erfarte vi flere ganger at pasientene for eksempel hadde spist når vi kom.

Funn i samtlige av studiene indikerer vektregistrering som et effektivt tiltak sammenlignet med bruk av systematiske registreringer av mat- og drikkeinntak. Derfor konkluderer vi med at rutinemessig vektkontroll bør gjennomføres hos pasienter som er i risiko for underernæring. Våre erfaringer fra praksis tilsier også at de fleste av pasientene føler seg ivaretatt og ikke krenket av å bli veid. Det er uansett viktig å erkjenne pasientens følelser og meninger, slik at de opprettholder egen selvbestemmelse og autonomi. Ved at sykepleiere kontinuerlig følger med på endringer i pasientens vekt, vil vekttap identifiseres på et tidlig stadium, som igjen gjør at ytterligere tiltak kan iverksettes.

5.2 Ledelses- og sykepleierens rolle

Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) understreker at ernæringskartlegging må integreres i hjemmetjenestens ledelse. Studien sammenligner ledelsesforankring i to kommuner og viser at mangel på beslutningsstøtte knyttet til valg av kartleggingsverktøy fra lederne hindrer sykepleiere i å gjennomføre praktisk ernæringsarbeid. Det viser betydningen av ledelse som en styrkende rammefaktor i praksis og at ledelsen har en avgjørende rolle knyttet til kvaliteten på tjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 160). Samtidig kommer det frem i studien at ledelsen må rette oppmerksomhet mot ernæringsproblematikk. Det støttes sykepleierne i studien til Aagaard & Grøndahl (2017), som legger fram at hjemmetjenestens ledere vier for lite oppmerksomhet til de eldres ernæringsbehov, selv om nasjonale faglige retningslinjer hevder at ledelsesforankring innebærer involvering og tilstrekkelig oppmerksomhet (Helsedirektoratet, 2023).

Lederne i studien til Aagaard & Grøndahl (2017) sier tid, kunnskap og deretter ressurser er de største hindrene for oppfølging av ernæringsstatus. Kunnskap henger tett sammen med forsvarlighet og plikten til å yte forsvarlig helsehjelp står skrevet i lov for helsepersonell §4. Paragrafen går blant annet ut på at helsepersonell har et helhetlig ansvar for pasienten som inkluderer ernæringsmessige tiltak. Likevel oppgir over 80% av både lederne og helsepersonellet at de ønsker videreutvikle sin kunnskap om ernæringsarbeid. Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) har både kjennskap til og forståelse for de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, men opplever likevel at teksten er akademisk og fjern fra hverdagspråket som brukes i klinisk praksis. Som fremtidige sykepleiere forstår vi at hensikten med retningslinjene forsvinner dersom innholdet i dem ikke er forståelig. Derfor må det innarbeides rutiner som sikrer at sykepleiere forstår innholdet i retningslinjene slik at praktisk ernæringsarbeid utføres i tråd med dem og dermed faglig forsvarlig. I studien til Aagaard & Grøndahl (2017) var det flere av ledere enn helsepersonellet som var kjent med retningslinjene, men likevel hadde ikke ledelsen utarbeidet tilstrekkelige rutiner og prosedyrer. På tross av dette har sykepleieren likevel et personlig ansvar for at egen yrkesutøvelse er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2023). Basert funn og tidligere ser vi at manglende samarbeid mellom ledelsen og helsepersonellet kan føre til dårligere oppfølging av pasientens ernæringsbehov.

Aagaard & Grøndahl (2017) viser at dårlig ernæringsmessig tilstand er vanlig blant brukere i hjemmesykepleien, noe som igjen viser til viktigheten av å utarbeide rutiner for oppfølging. Til tross for at det i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring står at det skal tas vekt av pasienten (Helsedirektoratet, 2022b), viser resultater fra studien at kun én av fem veier pasienten ved oppstart av tjenester og 12,5% svarte at de ikke vet om det skal tas vekt av pasienten ved registrering. Vi har selv erfart at det ofte ikke blir satt av nok tid til opplæring av retningslinjer og rutiner på arbeidsplassen. Dette påpeker også studien til Aagaard & Grøndahl (2017) der sykepleierne mener at om gode rutiner skal oppnås, må avdelingen prioritere tid til dette. På den andre siden har helsepersonell selv ansvar for å hente inn data relatert til ernæringsstatus hos hjemmeboende pasienter med demens (Rognstad, 2013). Vi forstår derfor basert på funn i studien at ernæringsarbeid er et delt ansvar mellom ledelsen og den enkelte sykepleier.

5.3 Personsentrert omsorg

Samtlige av studiene viser at sykepleiere benytter personsentrert omsorg i praktisk ernæringsarbeid (Meyer, 2017., Johannessen, 2013., Ozlem, 2023.). I studien til Meyer et al. (2017) kommer det fram at kjennskap til pasientens verdier og livshistorie står sentralt i personsentrert omsorg. En individuell tilnærming er essensielt i samhandling med mennesker som har demens og deres pårørende (Brooker, 2013, s. 9). Dette støttes av studien til Johannessen et al. (2013) som påpeker at individualisert omsorg og tiltak vil være med på å forbedre ernæringsstatusen. På den andre siden påpeker studien at oppfølging av ernæringshjelp kan være en utfordring hos en pasient med demens, da sykepleiere ikke vet hva pasienten spiser og drikker etter hjemmebesøk. Til tross for at pasienter med demens har vanskeligheter med å formulere sine behov, skal de få et tilrettelagt tilbud (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1, §3).

Personsentrert omsorg blir sjeldent prioritert hos hjemmeboende pasienter med demens. Hjemmesykepleiens oppgaver har endret seg kraftig gjennom de siste tiårene og flere eldre mottar behandling, pleie og omsorg i hjemmet. Det legger press på helse- og omsorgstjenestene (Fjørtoft, 2016, s. 18). Studien til Ozlem et al. (2023) viser at den vanligste utfordringen pasientgruppen har er evnen til å spise selv og evnen til å bruke bestikk. En slik problematikk kan være med på å fremme en ondartet sosialpsykologi hos hjemmesykepleien, da tiden er for knapp til å imøtekomme pasientens behov og sette av tid til å mate pasienten. Den anerkjente forskeren og forfatteren Tom Kitwood omfatter blant annet at ondartet sosialpsykologi er når pasienten blir utsatt for høyt tempo (Brooker, 2013, s. 13). Vi har erfart episoder fra hjemmetjeneste praksis at helsepersonellet varmer opp maten i mikroen og serverer den til pasienten i et plastbeger. Dette gir pasienten tap av verdighet og negativ opplevelse av måltidet, og det vil trolig gå utover matlysten (Brooker, 2013, s. 13). Basert på funnene ser vi sammenheng mellom sykepleierens ernæringsarbeid og personsentrert omsorg. For å forebygge underernæring hos den hjemmeboende er det viktig at sykepleieren tilpasser matsituasjonen til den enkelte og er bevisst på hvordan sykepleieren egen atferd kan påvirke pasientens situasjon negativt.

5.4 Metodediskusjon

I denne studien er det brukt både fag- og forskningsbasert litteratur som er relevant for å besvare problemstillingen. Forskningsartiklene ble funnet gjennom et strukturert søk og et supplerende søk. Det strukturerte søket ble gjennomført i flere databaser, men artiklene inkludert i denne oppgaven er hentet fra PubMed og CINAHL, mens det supplerende søket ble gjennomført i Sykepleien forskning. Ved å ikke inkludere artikler fra andre databaser kan vi muligens ha gått glipp av relevante funn, noe som er en svakhet for vår studie. Søkene ga artikler som er fagfelleverderte, følger IMRaD-struktur og omhandler de samme temaene, noe som er en styrke ved vår studie. Sju av artiklene er kvantitative, mens den resterende er kvalitativ. Samsvar i funn ved bruk av begge metoder er en styrke i vår litteraturstudie, da den kvalitative tar for seg helsepersonellens erfaringer og meninger, mens de kvantitative får frem konkrete tall.

Sju av artiklene er skrevet på engelsk og det er en risiko for at noen av resultatene er feiltolket ved oversettelse, noe som kan være en svakhet ved vår studie. Flere av de inkluderte studiene er gjennomført i andre europeiske land, noe vi anser som en styrke ved studien da de har et helsevesen som kan sammenlignes med Norge. To av artiklene omhandler samme ernæringsprogram, noe som kan være både en styrke og svakhet ved studien. På den ene siden gir det bedre kunnskap om programmet, men på den andre siden kan det føre til begrensninger i funn av resultater. I to av artiklene er det ikke gjort rede for etisk vurdering, som også er en svakhet ved studien. Utenom forskningsartiklene er det brukt pensumlitteratur anbefalt av NTNU og andre relevante nettsider for sykepleieutdanningen som Helsedirektoratet og Lovdata.

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å finne forskning som belyser hvilke sykepleietiltak som kan iverksettes hos hjemmeboende personer med demens for å forebygge underernæring. Ved bruk av Avyards tematiske analysemodell ble det identifisert tre relevante temaer: ernæringskartlegging, personsentrert omsorg, ledelses- og sykepleierens rolle. Med utgangspunkt i hovedfunn fra studiene og fokus på sykepleierens forebyggende- og veiledende funksjon er bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, rutinemessig vektkontroll, kjennskap til pasienten, observasjon av kognitiv funksjon og spisevaner gode forebyggende tiltak. Også informasjon og veiledning til både pasient og pårørende er forebyggende sykepleietiltak som kan bidra til optimal ernæringsstatus blant hjemmeboende med demens.

For at sykepleiere skal kunne iverksette forebyggende tiltak er det nødvendig at de har kjennskap til de faglige retningslinjene og forstår innholdet i dem. Studiene viser også at forankring av ledelse, gode rutiner og klare prosedyrer er nødvendig for å skape kontinuitet i arbeidet. Sentralt i sykepleie til pasienter med demens står en personsentrert omsorg og flere av studiene viser at individualiserte tilnærminger og behandlingsplaner har effekt på pasientenes ernæringsstilstand. Likevel gjør tidspress i hverdagen det vanskelig å tilfredsstille funnene. Som tidligere nevnt har regjeringen utarbeidet en demensplan for å skape et mer demensvennlig samfunn. Hensikten er at folk skal kunne bo hjemme lenger, men funn i studien viser at det bør rettes mer oppmerksomhet mot ernæringsproblematikk og forebyggende tiltak.

Referanseliste

- Aagaard, H. (2021). Væske og ernæring. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 2*. (4.utg., s.255-308). Gyldendal Norsk Forlag.
- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Routines in the community nursing services for assessing nutritional status. *Sykepleien forskning*, 12(61219). [10.4220/Sykepleienf.2017.61219](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219)
- Andersen, J. (2017). "Mixed methods" design i helseforskning. *Sykepleien forskning*, 105(64738). [10.4220/Sykepleiens.2017.64738](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738)
- Aveyard, H. (2023). *Doing a literature review: A practical guide* (5.utg.). Open University Press
- Bjørk, I. D., Breievne, G. & Skaug, E-A. (2021). Grunnleggende behov, kropp og velvære. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 2* (4.utg., s. 18-41). Gyldendal
- Brodtkorb, K. (2021). Ernæring, mat og måltider. A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s.301-316). Gyldendal Norsk Forlag.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert Demensomsorg: veien til bedre tjenester*. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.) Fagbokforlaget
- Helsebiblioteket. (2021, 17.september). *Sjekklistet*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistet>
- Helsedirektoratet. (2022, 14. mars). *Om underernæring*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering#sykehjemoghjemmetjenester>
- Helsedirektoratet. (2022a, 27.april). *Om demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helsedirektoratet. (2022b, 14.mars). *Forebygging og behandling av underernæring*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
- Helsedirektoratet. (2023, 15.august). *En aldrende befolkning*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsloppsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livsloppet-eldre/en-aldrende-befolkning>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

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 and aging*, 21(3), s. 292-298. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7>

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting m.m. (FOR-2003-06-27-792). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

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>

Nordtvedt, G. & Grønseth, R. (2021). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: bind 1*. (5.utg., s.17-39). Gyldendal Norsk Forlag

Norsk Sykepleierforbund. (2023, 23.mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

NTNU (2017). Kildekritikk av artikler: T-O-N-E prinsippet. <https://www.youtube.com/watch?v=rs5PFX5SIHc>

NTNU Universitetsbiblioteket. (2024). *Databaser og artikler*. NTNU Blogg. <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>(hentet: 15.05.24)

Næss, G. (2021). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s. 245-261). Gyldendal

Ozlem, C., Zeliha, T., Hasmet, H., Basar, B. & Hakan. G. I (2023). Eating Difficulties and Relationship With Nutritional Status Among Patients With Dementia. *The Journal of Nursing Research*, 31(1), s. 1-9. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000538>

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

Ranhoff, A. H. (2021). Forebyggende sykepleie. A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s. 160-172). Gyldendal

Regjeringen. (2015). *Demensplan 2025*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

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

Roque, M., Salva, A. & Vellas, B. (2013). Malnutrition in community dwelling- adults with dementia (Nutrialz Trial). *The journal of nutrition, health and aging*, 17(3), s. 295-299. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0401-9>

Salva, S., Andrieu,E., Schiffrin, E.J., Moulij, J., Decarli, B., Rojano-I-Luque, X., Guigoz., Vellas, B. & The NutriAlz group. (2011). Health and promotion program for patients with

dementia (NutriAlz): cluster randomized trial. *The journal of nutrition, health and aging*, 15(1), s. 822-830. [10.1007/s12603-011-0363-3](https://doi.org/10.1007/s12603-011-0363-3)

Skaug, E-A. (2021). Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (4.utg., s.44-89). Gyldendal Norsk Forlag

Skovdahl, K. (2021). Kognitiv svikt og demens. A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s. 416-441). Gyldendal

Solberg, B. (2021). Forskningsetikk. R. Pedersen (Red.). *Etikk i helsetjenesten* (1.utg., s. 210-220). Gyldendal

Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021). Demens. Folkehelse rapporten. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>

Sørbye, L. W., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Jonsson, P. V., Topinkova, E., Ljunggren, G. & Bernabei, R. (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in home care program (ADHOC). *The journal of nutrition, health and aging*, 12(1), s. 10-16. <https://doi.org/10.1007/BF02982158> Get rights and content

Thidemann, I.-J. (2023). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (3 utg.), Universitetsforlaget

Wirth, R., Smoliner, C., Sieber, C. C & Volkert, D. (2011). Cognitive function is associated with body composition and nutritional risk of geriatric patients. *The journal of nutrition, health and aging*, 15(8), s. 706-710. <https://doi.org/10.1007/s12603-011-0089-2>

