

Kandidatnummer 5145 og 5136

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Kull 2019

Stavanger, 05.05.2022

X JA Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Tittel: Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens

Bakgrunn for valg av tema/problemstilling: Demografisk utvikling fører til at flere eldre bor hjemme på grunn av mangel på sykehjems plasser. Hjemmesykepleien har ikke kapasitet til å observere pasientene til enhver tid, og det kan medføre utfordringer med kartlegging, samt økt risiko for underernæring hos pasientene. Vi ønsker opplysninger om risikofaktorer for underernæring for de pasientene som bor hjemme med demens. Samtidig at helsepersonell har kunnskap om hvordan de skal kartlegge ernæringsstatus og kunne iverksette tiltak for å forebygge underernæring hos denne pasientgruppen.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse elementer som fremmer og hemmer god ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende pasienter med demens, og hvilken betydning sykepleierens kompetanse har for denne pasientgruppen.

Metode: Metoden som er brukt i oppgaven er en integrativ litteraturstudie. Fire av studiene er kvantitative, en er kvalitativ.

Resultat: Studiene viser at hjemmeboende eldre med demens er underernærte eller står i fare for å bli det. Flere sykepleiere gir uttrykk for at de ikke klarte å gi tilstrekkelig ernæringsbehov eller kartlegging, grunnet manglende tid, kunnskap og ressurser. Det er flere underliggende årsaker til underernæring, som ofte var relatert til aldringsprosessen, manglende dokumentasjon eller kognitiv svikt/demens. Videre kom det frem at kartlegging var viktig for å kunne se hvem som var underernært, eller stod i fare for å bli det. I studiene er Mini Nutritional Assessment (MNA), kroppsmasseindeks (KMI) og ernæringsjournalen brukt for å kartlegge ernæringsstatus.

Nøkkelord: Demens, hjemmeboende, kartlegging, ernæringsstatus, hjemmesykepleie

Abstract

Title: Malnutrition in elderly home residents with dementia

Background: Demographic development leads to more elderly people living at home due to a lack of nursing home places. Home nursing does not have the capacity to observe the patient all the time, and this can lead to challenges with mapping, as well an increased risk of malnutrition in the patient. We want information on risk factors for malnutrition for those patients who live at home with dementia. At the same time, health professionals have knowledge of how map nutritional status and be able to implements measures to prevent malnutrition in this patient group.

Purpose: The purpose of the study is to focus on elements that promote and inhibit good nutritional status in elderly home dwelling patients with dementia, and what significance the nurse's competence has for this patient group.

Methods: The method used in this study is an integrative literature study. Four of the studies are quantitative, one is qualitative.

Findings: The studies show that elderly people living at home with dementia are malnourished or are at risk of becoming that. Several express that they were unable to provide adequate nutritional needs or mapping, due to lack of time, knowledge, and resources. There are several underlying causes of malnutrition, which were often related to the aging process, lack of documentation or cognitive impairment / dementia. Furthermore, it appears that mapping was important to be able to see who was malnourished, or in danger of becoming so. In the studies, the Mini nutritional Assessment (MNA), body mass index (BMI) and the nutrition journal are used to map nutritional status.

Conclusions:

Dementia, homeliving, mapping, nutritional status, homenursing

Innhold

1	Innledning	1
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	<i>1</i>
1.2	<i>Problemformulering</i>	<i>2</i>
1.3	<i>Hensikt med oppgaven</i>	<i>2</i>
2	Teoretisk perspektiv	3
2.1	<i>Demens</i>	<i>3</i>
2.2	<i>Aldringsprosessen</i>	<i>3</i>
2.3	<i>Eldre og underernæring</i>	<i>4</i>
2.4	<i>Hjemmesykepleie</i>	<i>5</i>
2.5	<i>Ernæringskartlegging</i>	<i>5</i>
2.6	<i>Virginia Henderson teori</i>	<i>6</i>
2.7	<i>Dokumentasjon</i>	<i>6</i>
3	Metode	7
3.1	<i>Litteraturstudie</i>	<i>7</i>
3.2	<i>Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode</i>	<i>7</i>
3.3	<i>Søkeprosess</i>	<i>8</i>
3.3.1	<i>Søkestrategi</i>	<i>8</i>
3.3.2	<i>Inklusjons og eksklusjonskriterier</i>	<i>8</i>
3.3.3	<i>Søkeord</i>	<i>9</i>
3.3.4	<i>Kvalitetsvurdering</i>	<i>9</i>
3.3.5	<i>Etiske overveielser</i>	<i>10</i>
3.3.6	<i>Analyse av artikler</i>	<i>10</i>
4	Resultater	13
4.1	<i>Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus</i>	<i>14</i>
4.2	<i>Kunnskap, tid og ressurser</i>	<i>15</i>
4.3	<i>Underliggende årsaker til underernæring</i>	<i>15</i>
5	Diskusjon	16
5.1	<i>Metodediskusjon</i>	<i>16</i>
5.2	<i>Resultatdiskusjon</i>	<i>17</i>
5.2.1	<i>Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus</i>	<i>17</i>
5.2.2	<i>Kunnskap, tid & ressurser</i>	<i>19</i>
5.2.3	<i>Underliggende årsaker til underernæring</i>	<i>21</i>
6	Betydning for praksis	23
7	Referanser	25

8	Vedlegg	28
8.1	<i>Vedlegg 1, søkelogg</i>	28
8.2	<i>Vedlegg 2, Litteratormatrise</i>	29
8.3	<i>Vedlegg 3, MNA skjema</i>	34
8.4	<i>Vedlegg 4, ernæringsjournalen</i>	35

Antall ord: 7332

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter samhandlingsreformen ble iverksatt (St.meld.nr 47 (2008-2009)) har innleggelsesperioden på sykehus blitt betraktelig mindre, noe som har økt behovet for kommunal helsehjelp (Fermann & Næss, 2016, s. 238). Demografisk utvikling fører til at flere eldre bor hjemme. Dette er et resultat av mangel på sykehjemsplasser (Romrøen, 2016, s. 75). Eldre over 80 år utgjør omtrent femti prosent av tjenestemottaker av hjemmesykepleie (Fermann & Næss, 2016, s. 238). Over halvparten av pasientene som bor hjemme og mottar hjemmesykepleie har en demenssykdom. Det er variert hvor mye bistand pasientene som har en demenssykdom har behov for av hjemmesykepleien. Alt varierer fra pasient til pasient, samt hvor langt demenssykdommen har utviklet seg (Fermann & Næss, 2016, s. 244).

Det er blitt gjennomført studier av underernæring hos eldre på institusjon, men lite av de som bor hjemme. I tillegg har demens og underernæring blitt fokusert på som to separate tema under vår utdanning som sykepleierstudenter. Når næringsinntaket er mindre enn næringsbehovet, oppstår underernæring. Det kan være at behovet for næring øker, eller at inntaket av næring reduseres (Brodtkorb, 2016, s. 307&308). Underernæring kan føre til redusert livskvalitet, økt antall innleggelser på sykehus, forlenget innleggelses tid og høyere dødelighet (Helsedirektoratet, 2022).

Hos hjemmeboende eldre er det mer utfordrende å få oversikt over næringsinntak, da de ikke har helsepersonell til stede hele døgnet til observasjon. Flere av eldre hjemmeboende har hjemmesykepleie, men det er ikke gitt at personalet er tilstedeværende under hele måltidet (Fermann & Næss, 2016, s. 248). Vi ønsker opplysninger om risikofaktorer for underernæring for de pasientene som bor hjemme med demens. Samtidig at helsepersonell har kunnskap om hvordan de skal kartlegge ernæringsstatus og kunne iverksette tiltak for å forebygge underernæring hos denne pasientgruppen.

1.2 Problemformulering

Befolkningen øker, og andel eldre vil dermed stige. Fra 2010 til 2050 anslås det at antall eldre i befolkningen vil være en million i Norge. En av de vanligste tilstandene den eldre befolkningen er utsatt for er aldersdemens (Romøren, 2016, s. 29). Ifølge folkehelseinstituttet (2021) er det i dag omtrent 100 000 personer i Norge som er diagnostisert med demens. Det regnes med at rundt 10 000 vil få sykdommen for hvert år (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 412).

Demens er en sykdom som rammer flere av hjernens funksjoner. Personer med demens vil kunne få endringer i personlighet, hukommelsessvikt, nedsatt livskvalitet og redusert evne til å kunne ivareta sine behov. Redusert hukommelse og oppmerksomhet ved demenssykdom gjør at de som bor hjemme med denne lidelsen ikke klarer ivareta sin ernæringsstatus. Demenssykdom vil øke faren for underernæring, grunnet fysiske, psykiske og sosiale forandringer. Personer med demens kan glemme å spise, miste sult – og metthetsfølelse og kan miste forståelsen av behovet man har for næring (Skovdahl & Berentsen, 2016, ss. 422-423). Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om hvordan en kartlegger ernæringsstatus hos eldre med demens og vet hvordan og når en skal iverksette forebyggende tiltak for å unngå underernæring (Brodtkorb, 2016, ss. 304-306).

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse elementer som fremmer og hemmer god ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende pasienter med demens, og hvilken betydning sykepleiers kompetanse har for denne pasientgruppen.

1 Teoretisk perspektiv

1.1 Demens

Demens er en kronisk sykdom og en fellesbetegnelse på sykdom som rammer flere av hjernens funksjoner (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 411). Det finnes ulike typer av demens, hvor Alzheimers er den mest vanlige, etterfulgt av vaskulær demens og blandet demens. Det finnes også lewy-body demens og fronttemporal demens (Skovdahl & Berentsen, 2016, ss. 412-414). Felles for dem alle er at de er progredierende, og personen som rammes blir dårligere og dårligere ettersom sykdommen utvikler seg (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 411). Symptombildet er varierende fra pasient til pasient og hvilken demenstype pasienten har. De vanligste symptomene er svekket hukommelse, særlig for ting som nettopp har hendt, problemer med å planlegge, redusert dømmekraft og forvirret om tid og sted. Ifølge folkehelse rapporten er det flere kvinner enn menn som rammes av demens (folkehelseinstituttet 2021). Nye tall viser at 16 prosent av kvinner over 70 år har demens, mens tall hos menn er 13 prosent (Folkehelseinstituttet, 2021).

Det kan være utfordringer for helsepersonell å kartlegge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens. Denne pasientgruppen har vansker med å uttrykke egne behov, og må ofte observeres av helsepersonell. De kan blant annet være obstipert, ha smerter eller svelgevansker uten å kunne gi uttrykk for dette i form av ord. Deres måte å gi uttrykk for plager på, kan være f.eks. gjennom sinne eller uro, og helpersonell må dermed kunne tolke disse symptomene (Skovdahl & Berentsen, 2016, ss. 416-417).

1.2 Aldringsprosessen

Aldringsprosessen er en naturlig prosess som skjer i kroppen og starter når man har nådd moden alder, omtrent 25 år. Alder i seg selv er ingen sykdom, men grunnet nedsatt immunforsvar og ofte en svakere kropp, vil eldre være mer utsatt for sykdom. Aldringsprosessen har betydning for ernæringsstatus til pasienter. Huden får redusert evne til å binde vann, dermed er eldre mer utsatt for dehydrering (Mensen, 2016, ss. 53-54). Mat handler mye om smak og lukt. I aldringsprosessen blir disse sansene nedsatt, dette er med på å redusere appetitten. Flere kan ha tygge – og svelgevansker og nedsatt spyttproduksjon, det fører til at det blir en utfordring å spise. Aldringsprosessen er med på å redusere kroppen sin energiomsetning og behov (Stubberud, Kondrup, & Almås, 2020, s. 19).

I hjernen blir det tap av neurotransmittere. Eldre får nedsatt korttidshukommelse og oppmerksomhet. Nervene kan påvirke motorikken og det kan føre til problemer med f.eks. lage mat. Ved nedsatt

motorikk og balanse unngår noen eldre å gjøre hverdagslige aktiviteter, grunnet engstelighet for fall. Flere eldre slutter å lage mat, handle og utføre aktiviteter som de tidligere praktiserte. Nedsatt hjertefrekvens og elastisitet i lungene kan gi tungpustet ved aktivitet, og eldre blir ofte inaktiv. Inaktivitet gjør at fordøyelsen blir nedsatt, noe som gir økt fare for obstipasjon, dette kan igjen føre til mindre matlyst eller magesmerter (Mensen, 2016, s. 54).

1.3 Eldre og underernæring

Underernæring oppstår når kroppens behov for energi, protein, væske, mineraler og næringsstoff ikke er tilstrekkelig. Kroppen begynner å tære på fett-og proteinreservene i kroppen for å få energi, det vil føre til muskelsvinn, vekttap og mangel på nødvendige mineraler og vitaminer (Brodtkorb, 2016, ss. 302-308). En formel som blir brukt for å kartlegge underernæring er kroppsmasseindeks (KMI). KMI gir et tall på balansen mellom høyde og vekt. Normalverdien ligger mellom 18,5 og 25 kg/m². Er referansenummeret <18,5 vil pasienten defineres som underernært. Eldre har høyere referansenivå grunnet forminsket høyde. Eldre bør ligge mellom KMI 25-29 kg/m². Dersom eldre over 65 år har KMI <22 kg/m² vil de bli regnet som underernært. KMI >30kg/m² vil bli regnet som overvekt (Stubberud, Kondrup, & Almås, 2020, s. 24).

Ifølge helsedirektoratet (Einen mfl. 2014, Helsedirektoratet 2012) kan underernæring deles i to grupper. Tabellen nedenfor viser en oversikt over hvordan underernæring deles i to grupper hos eldre.

Tabell 1, oversikt over kriterier for underernæring

Moderat underernæring dersom ett av kriteriene er oppfylt:	Alvorlig underernært dersom ett av kriteriene er oppfylt:
Uønsket vekttap over 10% siste 3-6 måneder	15% uønsket vekttap siste halvår eller mer enn 5% uønsket vekttap siste 3 måneder
KMI <20	KMI <18,5
KMI <22 og samtidig uønsket vekttap mer en 5% siste 3-6 måneder	KMI <20 og samtidig uønsket vekttap på over 5% siste 3 måneder.

Matinntak under halvparten av beregnet behov siste uke	Matinntak under en fjerdedel av beregnet behov siste uke
--	--

(Stubberud, Kondrup, & Almås, 2020, s. 24)

Eldre er mer utsatt for å bli underernærte grunnet redusert matlyst, endringer i smakssansene, svelgevansker og aldring som reduserer kroppens energibehov. Konsekvensene av underernæring kan være hyppigere sykehusinnleggelser, nedsatt immunforsvar, tap av muskelmasse og økt dødelighet (Stubberud, Kondrup, & Almås, 2020, s. 21).

Eldre som i tillegg har en demenssykdom er ekstra utsatt for underernæring. Årsaker er at de kan glemme å spise, noen kan ha dårlig munnhelse, og mange kan også være smertepåvirket, og derfor ikke klare å uttrykke hvor de har vond (Skovdahl & Berentsen, 2016, ss. 422-424).

1.4 Hjemmesykepleie

En pasient som mottar hjemmesykepleie, er en person som mottar helsehjelp i hjemmet fra en helsefagarbeider eller sykepleier. Dette kan være alt fra hjelp til toalettbesøk, hjelp til påkledning eller hjelp til matlaging og medisiner. Å jobbe i hjemmesykepleien innebærer at sykepleieren gjør en individuell kartlegging og vurdering av hver enkelt pasient. For å få til dette må personalet vite hvordan de bruker tiden sin riktig, lage seg gode rutiner og ha riktig kompetanse til å vurdere og prioritere ulike pasientsituasjoner (Fermann & Næss, 2016, s. 238). Kommunen er pliktet til å utøve tjeneste til de som ikke klarer ivareta seg selv. Årsaker til dette er blant annet somatisk eller psykisk sykdom, lidelse, sosiale problem eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §3-1 står det blant annet at kommunen skal tilby utredning, diagnostisering og behandling, helsetjenester i hjemmet og dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

1.5 Ernæringskartlegging

Ernæringsstatus har innvirkning på helsen. God ernæringsstatus forebygger sykdommer, fremmer god livstil og vekst. Ernæringsstatus er resultatet av forbruket, tilførselen og tap av næringsstoff. Den uttrykker i hvor stor grad det fysiologiske behovet for ulike næringsstoff blir tilfredsstilt. Målet er at det er samsvar mellom det vi har behov for og inntaket av næringsstoffene. Når vi kartlegger

ernæringsstatus, får vi et innblikk i om pasienten er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem (Brodtkorb, 2016, s. 303).

Det finnes ulike skjema for å kartlegge ernæringsstatus hos pasienter. I primærhelsetjenesten er det tre ulike kartleggings-skjema som er mulige å bruke, som blant annet Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Mini Nutritional Assessment (MNA) og ernæringsjournalen. Utgangspunktet for vurderingen av kartleggingen om en pasient er i ernæringsmessig risiko er vekt, høyde og vektutvikling. Noen skjema vurderer også matinntak, grad av sykdom og fysisk funksjon. MNA utarbeidet av Nestlé (1999) er ofte brukt som kartlegging av ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende pasienter, bestående av to deler. En del består av seks spørsmål og den andre delen består av 12 spørsmål. Spørsmålene handler blant annet om pasientens KMI, matvaner, om pasienten bor i egen bolig og om pasienten har en demenssykdom. Ernæringsjournalen utarbeidet av helsedirektoratet (2012) er et annet kartleggings-skjema om ernæringsstatus hos eldre som blir tatt i bruk. I dette skjema blir vekt, vektendring og høyde kartlagt. I tillegg blir det spurt om ti spørsmål relatert til ernæring, som nedsatt matlyst og ulike problemer som gjør det vanskelig for pasienten å få seg i næring. Alt fra tygge og svelgeproblemer til sår i munnen, forstoppelse, kvalme med mer.

1.6 Virginia Henderson teori

Virginia Henderson er en av de første som fremmet en sykepleieteori. Teorien handler om sykepleierens fokus og oppgaver. Hun identifiserte 14 grunnprinsipper som fortsatt har betydning for det grunnleggende i sykepleien. Henderson fokuserte på sykepleieren sitt ansvar for å kunne ivareta de grunnleggende behovene til pasientene. Dette blir sykepleieren sin jobb når pasientene sine egne ressurser ikke er tilstrekkelig nok, ofte grunnet sykdom eller helsesvikt. Nummer to av hennes grunnprinsipper er «å spise og drikke tilstrekkelig» (Kristoffersen, 2012, s. 226). Dersom pasienten grunnet sykdom ikke lenger klarer å dekke egne behov, er sykepleieren sin særegne funksjon å hjelpe eller tilrettelegge. Sykepleieren trenger kunnskap om pasientens behov for ernæring og hvordan de kan legge til rette for at behovene skal kunne tilfredsstilles (Kristoffersen, 2012, s. 224).

1.7 Dokumentasjon

Dokumentasjon av sykepleie er en lovpålagt plikt helsepersonellet har i deres jobbhverdag (helsepersonelloven, 1999) §8-39). Dokumentasjon av sykepleie skal blant annet sikre pasientens sikkerhet, bedre kommunikasjonen helsepersonell imellom og sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleietilbudet. For å sikre pasienten sin sikkerhet er det nødvendig å vite informasjon om pasienten. Sykepleieren bør vite om tilstanden, planlagte – og gjennomførte behandlinger. Det er fordel at effekten av tiltak og behandling blir dokumentert ned i journalen. Da dette blir dokumentert, vil en kunne vurdere kvaliteten på sykepleien, om den fører til helse og velvære eller ikke. God og riktig dokumentasjon av sykepleie gjør kommunikasjonen mellom helsepersonell lettere. Man kan enkelt gå inn på journal å lese om pasienten sin tilstand tidligere og sammenligne med nåtid. På denne måten får sykepleieren vite hva som skal observeres og videre gjøre tiltak for å følge opp tilstanden til pasienten. Når et tiltak eller en behandling igjen blir fulgt opp, sikrer dette kontinuiteten på sykepleien. Manglende dokumentasjon kan føre til feilbehandling av pasienten (Dahl & Skaug, 2012, s. 21).

2 Metode

Metode er et fremgangsmiddel som gir mulighet for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Datainnsamling er nødvendig for å kunne belyse problemstillingen eller hensikten med oppgaven (Dalland, 2015, ss. 110-112).

2.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er systematisk søkning etter informasjon om et utvalgt tema, vurdere informasjonen kritisk og sammenligne (Friberg, Att göra en litteraturöversikt, 2017, s. 141). Metoden som er brukt i oppgaven er en integrativ litteraturstudie. Dette vil si at vi har trukket konklusjoner og analysert kunnskapen av både kvantitativ og kvalitativ forskning som ble lagt frem i de ulike artiklene vi har valgt (Friberg, Att göra en litteraturöversikt, 2017, s. 150). Vi valgte å kombinere kvalitativ og kvantitativ metode. Ved å kombinere får vi mer fyldigere og informativ data.

2.2 Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode

Kvalitativ metode blir brukt som en forskningsmetode der mennesker sine opplevelser, følelser, tanker og erfaringer blir undersøkt. Datainnsamlinger foregår som intervjuer, feltarbeid, dokumentanalyse og observasjoner for å samle inn relevant informasjon. Det er mindre utvalg av deltagere, for å få et fyldig datamateriale. I etterkant analyserer forskere dataene som er samlet inn og presenterer det (Thidemann, 2017, ss. 78-79).

Når en kvantitativ metode blir brukt, er det ofte målbare enheter som tall som blir brukt for å si noe om en problemstilling. Forskeren som samler inn tall, gjør dette for å få svar på hvor mye eller hvor ofte noe er eller har skjedd. For å komme frem til tallene som skal belyse problemstillingen i denne metoden, brukes ofte spørreskjema. I de utvalgte artiklene har forskeren tatt i bruk spørreskjema om kartlegging av ernæring. Dette er en datainnsamling for å samle inn tall på hvor mange hjemmeboende pasienter med demens som er underernærte eller i fare for å bli det (Thidemann, 2017, ss. 77-78).

2.3 Søkeprosess

2.3.1 Søkestrategi

I litteratursøkingen ble det brukt ulike databaser. I databasene ble det gjort et systematisk søk for å finne relevant litteratur til problemstillingen vår. Vi har valgt å bruke helsefaglige databaser som ligger ute på biblioteksiden til Universitetet i Stavanger. De databasene vi benyttet oss av var Oria, Idunn, ProQuest, CINAHL, Svemed+ og PubMed. Grunnen til at vi brukte ulike databaser var for å finne nok artikler om vårt tema. Det er mye litteratur i databasene og det har derfor vært nødvendig å avgrense søkene til relevant tema.

2.3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene vi har valgt er at alle artiklene skulle være fagfellevurdert, vitenskapelige og ikke eldre en 10 år. I tillegg kunne artiklene være både av kvantitativ og kvalitativ forskning, og fra norsk og engelsk språklig forskning. Videre ønsket vi at forskning skulle være fra et industriland. Forskning fra utviklingsland ble ekskludert, på bakgrunn av at de har mindre ressurser og resultatet kan være avvikende. Det er for stor ulikhet i samfunnet i et utviklingsland til at det kan sammenlignes med Norge.

Ettersom helsefaget er i endring hele tiden, er det viktig å være faglig oppdatert. Derfor ble artikler som var eldre enn 10 år ekskludert fra litteratursøkingen, da disse kunne være utdatert i forhold til nåtiden. Problemstillingen vi har er underernæring hos eldre hjemmeboende med demens som mottar hjemmesykepleie. Litteraturstudien inkluderte pasienter med demens, både menn og kvinner, alder over 65 år og eldre. Den inkluderte også eldre hjemmeboende generelt. Pasienter med demens på institusjon, alder 64 år og yngre ble ekskludert fra litteraturstudien vårs. Vi har likevel valgt å inkludere en studie som omhandlet både hjemmesykepleie og sykehjem. Studien svarte godt til vår hensikt, og ble derfor inkludert i oppgaven.

2.3.3 Søkeord

Da vi startet søkene vårs, begynte vi først å søke på norskspråklige ord. Vi fikk da opp flere relevante fagfelleverderte artikler til oppgaven. Videre valgte vi å gå over på engelsk språklige søkeord, da dette ga bredere spekter av empiriske artikler.

Søkeordene vi har valgt å bruke er «malnutrition», «undernutrition», «nutritional care», «malnourishment», «nutritional status», «ernæringsstatus», «screening», «home», «home living», «dementia», «home nursing», «underernæring», «demens» og «hjemmesykepleie». For at søkeprosessen skal være tydelig har vi valgt å bruke Fribergs (2017) booleske søketeknikk og skrev inn enkeltord som «OR», «AND» og «NOT», «OG» og «ELLER» i søkehistorikken for å kombinere søkene (Östlundh, 2017, s. 72). Se vedlegg 1, tabell 3 for resultat av litteratursøkingen.

2.3.4 Kvalitetsvurdering

Empiriske artikler er forskning og danner grunnlaget for valget av artikler til oppgaven. Søkeordene og søkekombinasjonene vi brukte ga flere treff, noe som gjorde at flere artikler ble ekskludert da disse ikke svarte til problemstillingen vi har valgt. Forskningsarena vi har tatt utgangspunkt i er hjemmesykepleie, og dermed har annen litteratur som inkluderer institusjon blitt ekskludert, da dette er av feil arena. Vi har likevel valgt å ta med en artikkel som inkluderer institusjon og hjemmesykepleie som arena, da artikkelen hadde relevant litteratur om kartlegging av ernæring hos eldre. Vi har valgt sykepleier sitt perspektiv. Under gjennomgang av artiklene startet vi med å lese sammendraget for å få et overblikk over det artiklene hadde forsket på.

Det ble sjekket hvilket tidsskrift artiklene ble publisert i, for å finne oppdatert og troverdig kilde til oppgaven. Disse artiklene er fagfellevurdert, som vil si at de blir vurdert av eksperter innenfor fagfeltet (Dalland & Trygstad, Kilder og kildekritikk, 2015, s. 78). Fra start fant vi seks artikler vi tenkte var relevante til oppgaven. Etter gjennomgang av IMRaD-struktur (Dalland & Trygstad, 2015, s. 79) og sjekking av publisert tidsskrift, kom vi frem til fem artikler som svarte til oppgaven, da den siste ble ekskludert på bakgrunn av at den var scopping-review og ikke empirisk.

2.3.5 Etiske overveielser

I vår systematiske litteraturstudie er alle forskningsartiklene etisk vurdert. Studien til Meyer, S., Velken, R., & Jensen, L. (2017) og Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013, 12 10) har fått etisk godkjenning. I studiene Droogsma, E., Van Asselt, D. Z., , B., Scholzel-dorenbos, C., Van Steijn, J. H., , M., Van Der Hoof, ,C.S. og Aagaard & Grøndahl (2017) og Landmark, B., Gran, S., & Grov, E. (2014) var personene allerede anonymisert og dataene som ble brukt var uidentifiserbare. Det var dermed ikke behov for etisk godkjenning. Vi har sett at artiklene har tatt hensyn til etiske overveielser i forskningens gjennomførelse. Det vil si at det er blitt fokusert på å ivareta personvernet og styrke forskningsresultatene (Dalland, 2015, s. 9). Personene som er med i forskningene er anonymisert, som vil si at det ikke er mulig å finne tilbake til personen som er blitt forsket på (Dalland, 2015, s. 103). Oppgaven er skrevet med utgangspunkt i universitet i Stavanger sine retningslinjer for oppgaveskriving, og kildehenvisninger er gjort etter APA – 6.

2.3.6 Analyse av artikler

For å komme frem til de ulike artiklene vi har valgt, satte vi de opp i en tabell for å få en enkel oversikt over resultatene av de ulike studiene. Når vi skulle analysere dataene i artiklene, har vi tatt i bruk metasyntese. Ved metasyntese sammenlignes, analyseres og tolket vi artikler som allerede er publisert.

Vi har tatt utgangspunkt i Friberg (2017) sin analysemodell som består av fem steg. Først startet vi med å finne studier i databaser. Deretter startet vi med å lese studiene flere ganger for å bli kjent med innholdet og satt fokus på resultatet i studien. Vi vurderte om artiklene samsvarte med vår hensikt, samt at den var av god kvalitet.

Videre identifiserte vi de viktigste funnene i resultatet på studiene og satt de opp i en tabell (se nedenfor, tabell 2, oversikt over analyserte tabeller). For å kunne få et helhetlig bilde av artiklene ble det notert nøkkelfunn. På denne måten kunne vi finne de ulike fenomenene som gikk igjen. Det som gikk igjen var blant annet kartlegging, tid, kompetanse, ressurs, gode rutiner, ernæringsstatus og underernæring.

Etterpå samlet vi de ulike nøkkelordene og resultatene. Disse to ble relatert til hverandre. Det ble sjekket om studiene hadde en sammenheng. Nøkkelordene ble et hjelpemiddel for å se om studiene hadde sammenheng, og det viste at flere av temaene gikk igjen i de ulike studiene.

Til slutt formulerte vi en beskrivelse av det vi har kommet frem til etter gjennomgang av studiene (Friberg, 2017, ss. 135-137) .

Vi delte resultatene opp i tre hovedkategorier som er beskrevet i avsnittene under tabellen. De tre kategoriene vi kom frem til var:

- Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus.
- Kunnskap, tid og ressurser.
- Underliggende årsaker til underernæring.

Tabell 2, Oversikt over analyserte tabeller

Forfatter, Årstall og tittel	Tema/problem	Hensikt	Perspektiv	Metode
<p>Aagaard, & Grøndahl. (2017). Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien. Land: Norge</p>	<p>Retningslinjer for vurdering av ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende og opplæring av gode rutiner på kartlegging av ernæringsstatus er en viktig del av jobben i hjemmesykepleien.</p>	<p>Å få frem hvilke rutiner helsepersonell og ledere i hjemmesykepleien har for å vurdere pasientens ernæringsstatus</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Kvantitativ tversnittstudie som består av to delstudier. En blant ledere i hjemmesykepleie og en blant helsepersonell i hjemmesykepleien.</p> <p>Datainnsamling ved hjelp av spørreskjema. 272 ledere (svarprosent 59) og 212 blant helsepersonell (svarprosent 74) besvarte spørreskjema.</p>
<p>Droogsma, E., Van Asselt, D. Z., , B., Scholzel-dorenbos, C., Van Steijn, J. H., , M., . . . Van Der Hooft, ,C.S. (2013). Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed alzheimer's disease: Prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status. <i>The Journal of Nutrition, Health & Aging, 17</i>(7), 606-10. Land: Nederland</p>	<p>Personer med nylig diagnostisert Alzheimer har svekkelser i dagliglivet og er dermed i større fare for å bli underernært.</p>	<p>Å kartlegge underernæring ved hjelp av MNA og forholdet til ernæringsstatus til eldre hjemmeboende som nylig har fått diagnosen Alzheimers.</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Kvantitativ Retrospektiv tversnittstudie</p> <p>312 med diagnose Alzheimer som bodde i lokalsamfunnet, samt alder fra 65 år og oppover ble inkludert.</p>

Landmark, B., Gran, S., & Grov, E. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. Klinisk Sykepleie, 30(1), 4-15 Land: Norge	Hvordan helsepersonell kan ta i bruk ernæringsjournalen for å kartlegge ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien	Å ta i bruk helsedirektoratet sitt ernæringsverktøy for å få kunnskap om risiko ved underernæring	Sykepleier	Kvantitativ Gjennomført beskrivende studie blant 532 pasienter 67år> innlagt på sykehjem eller som mottar hjemmesykepleie
Meyer, S., Velken, R., & Jensen, L. (2017). Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. Land: Norge.	Sykepleierens utfordringer relatert til kartlegging og vurdering av ernæringsstatus i hjemmesykepleien	Utforske hvordan hjemmesykepleierne vurderer og ivaretar ernæringsstatus til eldre hjemmeboende i henhold til Nasjonale faglige retningslinjer.	Sykepleier	Kvalitativ forskning. Analyse av 12 gruppesamtaler med 19 sykepleiere fra to kommuner.
Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. Land: Norge.	Over halvparten av hjemmeboende eldre med demens er underernærte. Det er viktig at helsepersonell er kjent med risikofaktorer ved underernæring og dermed vet når de skal iverksette nødvendige tiltak.	Sette søkelys på hvordan sykepleier skal kartlegge ernæringsstatus til eldre hjemmeboende med demens, som mottar hjemmesykepleie.	Sykepleier	Kvantitativ forskning. Tverrsnittstudie i fire utvalgte bydeler i Oslo. 282 deltakere (80 menn og 202 kvinner).

3 Resultater

I dette kapittelet har vi lagt frem resultatene fra de fem artiklene vi har analysert. I artiklene står det om hvordan sykepleier kan kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos eldre

hjemmeboende. Det belyses også mangel på kunnskap om underliggende årsaker ved underernæring. Samt utfordringer ved begrenset tid og ressurser som sykepleieren kan møte på i hjemmesykepleien.

3.1 Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus

I de ulike artiklene vi fant, har alle påpekt betydningen av å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos pasientene. Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus var et viktig tiltak for å avdekke underernæring hos eldre (Rognstad et al. (2013)., Droogsma et al. (2013)., Landmark et al. (2014)., Meyer et al. (2017)., & Aagaard og Grøndahl (2017)). Landmark et al. (2014) påpekte at vurdering og kartlegging av ernæring burde skje ved innskriving av alle pasientene i hjemmesykepleien, og deretter i faste intervaller.

Studien til Aagaard og Grøndahl (2017) mente at det burde implementeres gode rutiner på hvordan ernæringsstatus hos pasientene ble kartlagt. Veiling kunne være lett å glemme bort i en travel hverdag (Aagaard og Grøndahl, 2017). Likevel konkluderte de med viktigheten av rutinemessig veiling av pasientene som bodde hjemme. Ved å for eksempel sette vektmåling i et system, og ha retningslinjer på hvordan og når pasienten skulle veies, kunne gi bedre resultater på kartleggingen av ernæringsstatus hos den enkelte pasienten. Forskerne nevnte at veiingen kunne skje i sammenheng med andre oppgaver som skulle bli gjort inne hos pasienten, som for eksempel i forbindelse med dusj.

I de fem utvalgte artiklene har alle forskerne nevnt screening-skjema som en metode på hvordan ernæringsstatusen kunne kartlegges. Tre av studiene (Rognstad et al. (2013)., Aagaard og Grøndahl, (2017)., & Droogsma et al. (2013)) tok i bruk MNA. Landmark et al. (2014) og Meyer et al. (2017) tok i bruk ernæringsjournalen som kartleggings-skjema av ernæringsstatus. Både MNA og ernæringsjournalen er skjema som ofte blir brukt til å kartlegge ernæringsstatus hos eldre. Begge skjemaene kartlegger ernæringsrelaterte problemer. I studien til Rognstad et al. (2013) kom det frem at rundt halvparten av eldre hjemmeboende pasienter med demens var underernærte eller var i fare for å bli underernærte. I tillegg mente Aagaard og Grøndahl (2017) at pasienter med kognitiv svikt var i risikogruppen for underernæring. Forskerne i studien til Rognstad et al. (2013) konkluderte med at gode rutiner på kartlegging av ernæringsstatus var viktig, grunnet eldre hjemmeboende med demens var en utsatt gruppe.

3.2 Kunnskap, tid og ressurser

For å kunne kartlegge ernæringsstatusen av eldre hjemmeboende pasienter med demens, belyste studiene at det var nødvendig at helsepersonellet som skulle utføre kartleggingen, visste hvordan dette skulle gjøres. De skulle ha kjennskap til risikofaktorene ved underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter med demens (Rognstad et al. (2013). I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) mente helsepersonellet at de hadde behov for bedre og økt kunnskap om ernæringskartlegging av pasientene. Dette blir også støttet av studien til Landmark et al. (2014).

Flere av personalet i studiet til Meyer et al. (2017) nevnte at de synes det var vanskelig å kartlegge mat og drikkeinntak hos hjemmeboende pasienter, da de ikke var tilstede hele døgnet rundt hos pasienten. I samme studie var det flere sykepleiere som synes det var upassende å skulle inn å veie pasienten med tanke på autonomi. Likevel var det flere pasienter som var positive til veiingen, da de følte dette var en måte å bli tatt vare på av helsepersonellet (Meyer et al. 2017).

Å ha nok tid til hver enkelt pasient var ofte krevende i en hektisk hverdag, noe som gjorde at kartlegging av ernæring hos pasienten ofte ble nedprioritert (Meyer et al. 2017). Situasjonen rundt måltidet, som å spise alene kunne ha mye å si på matlysten (Rognstad et al. 2013). Å spise sammen med noen gjør noe med matlysten, og i studien til Meyer et al. (2017) nevner de at i hjemmesykepleien var dette et stort problem på grunn av tid og ressurs av personalet.

3.3 Underliggende årsaker til underernæring

Som nevnt i teoridelen er eldre en sårbar gruppe og studiene bekrefter at denne pasientgruppen er underernært eller står i fare for underernæring (Landmark et al. 2014., Meyer et al. 2017., Rognstad et al. 2013., Aagaard & Grøndahl 2017., Droogsma et al. 2013). I flere av studiene kom det frem at tannproblem, tyggeproblemer, nedsatt matlyst og kognitiv svikt, var betydelige risikofaktorer for underernæring hos eldre (Rognstad et al, 2013., Landmark et al. 2014) Kognitiv svikt gjør at pasienten kan glemme å spise, samt at de ikke har forståelse om betydningen ved ernæring (Rognstad et al, 2013).

Studiene til Rognstad et al. (2013) og Meyer et al. (2017) påpekte at flere hjemmeboende eldre bodde alene i sin bolig, og dette kunne videre resultere i ensomhet, som kunne gi nedsatt matlyst. Mye av gleden i mat er å spise sammen med andre (Rognstad et al. 2013., & Meyer et al. 2017).

Det ble forsket på om kjønn var en årsak til underernæring. Ifølge Landmark et al. (2013) sin studie kom det frem at kjønn ikke hadde signifikant forskjell. I motsetning til Rognstad et al (2013) hvor deres studie kom frem til at kvinner hadde en tydeligere risiko for å bli underernært. I tillegg kom det frem i studien til Rognstad et al (2013) at de pasientene som handlet inn matvarer selv, hadde betydelig høyere vekt enn de som fikk bistand til matinnkjøp.

Det blir også nevnt i studien til Aagaard og Grøndahl (2017) at flere av sykepleierne ikke visste at veiing var av rutiner ved innskrivelse i hjemmesykepleien. I studien til Meyer et al (2017) ble det nevnt at helsepersonell ikke visste hvilket kartleggingsverktøy de skulle bruke. Det medførte at kartlegging av ernæringsstatus ikke ble prioritert. Pasientens ernæringstilstand ble derfor ikke vurdert og dokumentert, noe som studien til Landmark et al. (2014) mente hadde en betydning for å kunne ivareta pasientsikkerheten.

4 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

Denne oppgaven inkluderer både kvalitativ og kvantitativ forskning. Vi søkte og fant fem relevante artikler til vår oppgave. Studiene til Meyer et al. (2017) og Aagaard og Grøndahl (2017) handler om helsepersonellens utfordringer knyttet til vurdering og kartlegging av ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende. En svakhet med disse to studiene kan være at artiklene handler om kartlegging av ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende generelt, og ikke spesifikt om eldre hjemmeboende med demens. Men ettersom oppgaven vår har sykepleier som perspektiv, vil disse to artiklene styrke hensikten med oppgaven.

Det er kun artikkelen til Rognstad et al. (2013) som handler spesifikt om kartlegging av ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende med demens. Det ble derfor en svakhet med oppgaven at vi kun inkluderte en artikkel om demens, og derfor valgte vi underveis i oppgaven å legge til artikkelen til Droogsma et al. (2013) som handler om samme problemstilling.

Til slutt tok vi med en artikkel til Landmark et al (2014) som handler om kartlegging av ernæringsstatus på sykehjem og i hjemmesykepleien. Dette kan være en svakhet i vår oppgave da vi fokuserer på hjemmesykepleien og ikke sykehjem. Men ettersom funnene i studiet samsvarer med funnene i de andre studiene om viktigheten av kartlegging av ernæringsstatus hos eldre, styrker dette resultatet med vår oppgave.

4.2 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven settes teoridelen opp mot resultatdelen for å drøfte om disse samsvarer til hensikten med oppgaven vårs. Vår hensikt er få frem “hvilke elementer som kan fremme og hemme god ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende med demens”. Viktigheten av kartlegging og kunnskap om ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende er to sentrale funn som kommer igjen i alle artiklene vi har kommet frem til. Vi skal presentere resultatdiskusjonen i tre hovedkategorier. Først om viktigheten av kartlegging av ernæringsstatus. Deretter om helsepersonellens kunnskap, tid og ressurser i hjemmesykepleien. Og til slutt underliggende årsaker til hvorfor underernæring skjer.

4.2.1 Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus

Eldre er særlig utsatt for å bli underernærte, og konsekvensene av underernæring påvirker både den fysiske og mentale funksjonen i kroppen (Stubberud, 2020, 21).

Det blir i studien til Aagaard og Grøndahl (2017) lagt frem at 7 av 10 av lederne og 8 av 10 av helsepersonellet svarte at på deres arbeidsplass var det alltid eller ofte brukere med dårlig ernæringsstilstand. Ifølge Rognstad et al. (2013) var det viktig å ha gode rutiner på kartlegging av ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende, for å forebygge underernæring og tidlig sette i verk tiltak for å unngå videre utvikling av problemet. Dette støttes av flere studier (Landmark

et al., 2014, Meyer et al., 2017, Aagaard og Grøndahl., 2017 & Droogsma et al., 2013). Når sykepleier er i møte med pasienten, vil kartlegging av ernæringsstatus være grunnlaget for å kunne vurdere om behov for væske og ernæring er tilfredsstillende eller ikke (Aagaard & Bjerkreim, 2012, s. 175).

For å vurdere en pasients ernæringsstatus finnes det ulike skjema for å kartlegge dette. I primærhelsetjenesten har de blant annet Mini nutritional assessment (MNA) og ernæringsjournalen som begge blir brukt i flere av forskningsartiklene til oppgaven vårs. I artiklene til Rognstad et al. (2013)., Droogsma (2013)., Aagaard og Grøndahl (2017)., blir MNA brukt som kartleggingsskjema av ernæringsstatus. MNA er spesielt utarbeidet til kartlegging av ernæringsstatus hos eldre over 65 år (Helsedirektoratet, 2016). Studien til Rognstad et al. (2013)., Droogsma (2013)., & Aagaard og Grøndahl (2017)., konkluderte med å bruke MNA som kartleggingsskjema da dette var mest hensiktsmessig for denne pasientgruppen. Et annet ernæringskartleggingsskjema som er brukt er ernæringsjournalen. Denne blir brukt i artiklene til Landmark et al. (2014) og Meyer et al. (2017).

En utfordring helsepersonellet stod ovenfor i den kliniske hverdagen, var hvordan de ved hjelp av enkle metoder kunne fange opp tegn til om en pasient var underernært eller i risiko for å bli underernært (Landmark, Gran & Grov 2014). Studien til Rognstad et al. (2013), formidler at underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt, var svært utbredt. De mente derfor at kartlegging av ernæringsstatus hos hjemmeboende pasienter med demens var et viktig tiltak for ernæringsomsorgen hos denne pasientgruppen. Dette støttes også av studien til Droogsma (2013).

Den sikreste opplysningen for å kartlegge om forholdet mellom tilførsel og forbruket av næringsstoffer er intakt, er måling av kroppsvekt. Derfor bør alle pasienter ved innskrivelse veies. Når en pasient veies ved innskrivelse, vil helsepersonellet kunne sammenligne og vurdere resultater ved senere veiinger. I hjemmesykepleien er det anbefalt å veie pasienten hver måned, og oftere ved behov (Stubberud, Kondrup, & Almås, 2020, s. 26). I studien til Meyer et al. (2017) kom det frem at fem faglige ledere og en av fem blant helsepersonell ikke visste om at det var vanlig å veie brukeren ved innskrivelse i hjemmesykepleien. Om lag en av åtte blant helsepersonellet visste ikke om rutinen på veiing av pasienter ved innskrivelse. Når et så stort antall ikke visste om at veiing var vanlig ved innskrivelse og ikke visste at det

var av rutine, kan dette indikere på at pasienten ikke blir veid. Dette kan igjen resultere i at underernæring ikke blir fanget opp. I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) nevner flere av sykepleierne at de ikke ville nevne vekt, da de ikke ville krenke pasienten, og derfor unnlot å veie pasienten. Det var også noen pasienter som kviet seg til å bli veid. Senere i studien kommer det frem at når sykepleier gjorde pasienten oppmerksom på veiingen kvelden før, var pasientene positive til å bli veid, og følte seg ivaretatt av helsepersonellet.

Studiene til Meyer et al. (2017) & Aagaard og Grøndahl (2017) mente at kartlegging av ernæringsstatus av hver enkelt pasient burde skje ved innskriving i hjemmesykepleien, og deretter i faste intervaller. I tillegg til rutiner på kartlegging av ernæringsstatus, mente studien til Meyer et al. (2017) at veiing også burde være en del av rutinene ved innskriving.

4.2.2 Kunnskap, tid & ressurser

I flere av artiklene kom det frem at kunnskap og tid opplevdes som en utfordring for sykepleierne i møte med hjemmeboende pasienter (Aagaard & Grøndahl 2017., Meyer et al 2017., Landmark et al. 2014). Når en jobber i hjemmesykepleien, er individuell kartlegging og vurdering av hver enkelt pasient en viktig del av jobben. Sykepleieren må bruke tiden sin riktig, lage seg gode rutiner og ha riktig kompetanse til å kunne vurdere og prioritere de ulike pasientsituasjonene de møter på (Fermann & Næss, 2016, s. 238). Riktig kompetanse, inkluderer blant annet at sykepleieren er faglig oppdatert til enhver tid, slik at hun kan fremme god ernæringsomsorg hos pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Mangel på kunnskap om risikofaktorer ved underernæring hos eldre hjemmeboende og kartlegging rundt dette tema, var et problem som gjentok seg i flere av artiklene, og noe sykepleierne presiserte at de ønsket å lære mer av (Aagaard og Grøndahl, 2017., & Landmark et al. (2014)).

Ifølge Aagaard og Grøndahl (2017) kom det frem at lederne i hjemmesykepleien vurderte kunnskap, tid og ressurser som de største hindringene når en skulle vurdere og følge opp ernæringsstatusen til pasienten. Sykepleierne i studien var enig med ledelsen i disse hindringene, men synes tiden var det største problemet. Dette nevnes også i studien til Meyer et al. (2017). Ifølge kosthåndboken til helsedirektoratet (2012) skal pasienter med demenssykdom observeres kontinuerlig under måltider for å få hjelp ved behov og slik at helsepersonell skal kunne observere dersom det er noe fysiologiske plager som gjør at

pasienten har problemer ved inntak av mat. I Meyer et al. (2017) sin studie fortalte sykepleierne at de synes det var utfordrende å følge opp matinntak hos hjemmeboende eldre, grunnet de ikke kunne observere pasientene gjennom hele døgnet, særlig pasienter med demenssykdom på grunn av deres kognitive svikt. Studien til Droogsma et al. (2013) støtter dette, og mente at helsepersonell skulle være oppmerksomme på ernæringsstatus til pasienter med demens og spesielt for de pasientene med økt omsorgsbehov. I tillegg mente Droogsma et al. (2013) at helsepersonell burde kunne bidra med støtte i matsituasjon hos de pasientene som hadde behov for dette. Kommunen er pliktet til å utøve tjeneste hos de som ikke klarer ivareta behovene sine selv (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). Studiene viser at dette ikke alltid blir ivaretatt, grunnet mangler på tid og ressurser.

Studien til Rognstad et al. (2013) trakk frem kognitiv svikt og demenssykdom som en hovedårsak til underernæring. Flere eldre hjemmeboende kan blant annet glemme å spise og sykepleieren klarer ikke fange opp dette da de ikke observerer pasienten kontinuerlig. Aagaard og Grøndahl (2017) fremhever at gode rutiner og utarbeiding av skriftlige prosedyrer der helsepersonell øver på å kartlegge ernæringsstatus hos eldre kunne bidra til at de enklere kunne kartlegge ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende med demens.

Den sosiale settingen rundt måltidet har mye å si for appetitten for pasienten. En god atmosfære rundt måltidene kan bidra til at pasienten får økt matlyst og dekket sine psykososiale behov (Brodtkorb, 2016, s. 308). I studiene til Meyer et al. (2017) la sykepleieren vekt på det sosiale rundt måltidet som et viktig tiltak for underernærte eldre. De fortalte videre at de synes det var krevende å fylle dette tiltaket opp, da tiden ikke strakk til og ressursene var få. Kommunen har ansvar for å gi dagsaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2). Når sykepleier vet om hvilke tilbud kommunen har å tilby, kan dette bidra positivt for ernæringsstatusen hos eldre hjemmeboende. Dagaktivitetstilbud kan øke appetitt i form av å møte andre mennesker i samme situasjon, spise i felleskap og mer aktivitet i hverdagen som stimulerer til økt matlyst.

Som nevnt over i teorikapitlet til Henderson beskriver hun sykepleieren sitt ansvar for å ivareta pasienten sine grunnleggende behov. Hun trekker frem at dersom pasienten ikke kan spise eller drikke tilstrekkelig, er det sykepleierne sin oppgave og hjelpe eller tilrettelegge for at behovet for ernæring tilfredsstilles (Kristoffersen, 2012, s. 224). I studiene til Meyer et al

(2017) og Aagaard & Grøndahl (2017) konkluderes det med at disse behovene ikke blir tilstrekkelig tilfredsstilt på grunn av mangel på tid, ressurs og kunnskap.

4.2.3 Underliggende årsaker til underernæring

Som nevnt i teorikapittelet er eldre mer utsatt for å bli underernært grunnet aldringsprosessen (Stubberud, Kondrup, & Almås, 2020, s. 21). Matlysten og sansene blir nedsatt, noe som gjør at den eldre spiser mindre og appetitten blir redusert (Stubberud, Kondrup, & Almås, 2020, s. 19). Dette kommer også frem i studiene til Landmark et al. (2014), Droogsma (2013) og Rognstad et al. (2013). KMI er et verktøy som brukes for å kartlegge ernæring, og er balansen mellom høyde og vekt. Å måle høyde og veie pasienten er viktige tiltak for å kunne kartlegge og vurdere ernæringsstatusen til pasienten (Aagaard & Grøndahl, 2017). I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) fortalte sykepleierne at de synes det var vanskelig å måle høyde på flere av pasientene, da ikke klarte å rette seg skikkelig ut. I studien kom det frem at sykepleierne ikke visste om rutiner på veiing, og dette kunne derfor bli glemt bort. Manglende rutiner på veiing og manglende målinger av høyde, kunne derfor være en medvirkende årsak til at KMI-verdien ikke ble beregnet. Det ble videre nevnt i samme artikkel at en kunne måle høyde hos pasienten på en annen måte, ved å måle underarmens lengde. Men til tross for at KMI-verdien er i normalområde, kan pasienten fortsatt bli underernært grunnet drastisk vektneidgang over tid (Stubberud, Kondrup, & Almås, 2020, s. 24).

I studien til Landmark et al (2014) sa de at den viktigste faktoren til at eldre har dårlig ernæringsstatus er underernæring. Eldre som i tillegg har en demenssykdom var mer utsatt for å bli underernært. Dette blir også nevnt i artikkelen til Aagaard & Grøndahl (2017). Pasienter med demens er preget av svekket hukommelse, noe som gjør at de kan glemme å spise og drikke (Skovdahl & Berentsen, 2016, ss. 411-414). I tillegg til redusert matlyst kan underliggende årsaker til underernæring være tann og tyggeproblemer, svelgeproblemer, samt ensomhet (Brodtkorb, 2016, s. 308). Dette blir også nevnt i studiene til Rognstad et al. (2013), Landmark et al (2014), og Meyer et al. (2017). Som tidligere nevnt blir smakssansene redusert med alderen, noe som gjør at mat med lite smak er mindre fristende. I studien til Meyer et al. (2017) ble det nevnt at sykepleierne synes det var uverdigg å varme opp mat i mikrobølgeovnen til den hjemmeboende pasienten. Bedring av appetitten kan ifølge Brodtkorb (2016) være at pasienten får velge og smøre maten sin selv (Brodtkorb, 2016, s.

308). I studien til Rognstad et al. (2013) ble det nevnt at de pasienten som handlet maten selv, hadde betydelig høyere appetitt enn de som fikk bistand til matinnkjøp. Det konkluderes med at dette kan være for at pasienten da får velge maten han selv liker. Videre vil dette også bidra til å stimulere sansene for matlyst. I tillegg konkluderes det med at pasienten som handler maten selv, kan være i bedre fysisk og psykisk form enn den som får hjelp til matinnkjøp. Fysisk aktivitet bidrar til at kroppens fordøyelse opprettholdes, som igjen kan gi økt matlyst hos pasienten (Mensen, 2016, s. 54). Dette kan derfor også være en faktor som kan tas med i betraktningen av hvorfor de pasientene som handlet maten selv, hadde betydelig høyere appetitt enn de som fikk bistand til dette.

Som nevnt i teoridelen kan aldringsprosessen bidra til nedsatt funksjonsnivå. I studien til Droogsma et al. (2013) blir det nevnt at det var gjensidig sammenheng mellom pasientens funksjonsnivå og ernæringstilstand. De trakk frem at dersom en pasient med demenssykdom hadde redusert funksjonsnivå, ville dette påvirke ernæringsstatus. Og dersom pasienten hadde dårlig ernæringsstatus, ville dette forverre pasientens funksjonsstatus. Ifølge Skovdahl & Berntsen (2016) vil en person med demenssykdom bare blir dårligere og dårligere i funksjonsnivå (Skovdahl & Berntsen, 2016, s. 411). Studiene til Rognstad et al. (2013) og Droogsma et al. (2014) trekker derfor frem at graden av sykdommens utvikling kan ha stor betydning på kroppens funksjons og ernæringsstatus.

I studien til Rognstad et al. (2014) blir det trukket fram at det å være kvinne var en tydelig risikofaktor for å bli underernært. Dette motstrider studien til Landmark et al. (2014) og Droogsma et al. (2013) som kommer frem til at det ikke er noe signifikant ulikheter på kvinners og menns KMI. Som nevnt i teorikapittelet viser tall at det er flere kvinner enn menn som rammes av demenssykdom (Folkehelseinstituttet, 2021). Dette kan være en forklaring på at det er flere kvinner med demens som er underernært, da demens påvirker ernæringsstatus i negativ grad. Ingen av de andre artiklene trekker noe frem av kjønn, så det er usikkert om kjønn kan være en underliggende årsak til underernæring, eller om det er tilfeldig ut fra deltakere i studiene.

En annen mulig underliggende årsak til underernæring, kan være mangel på viktig dokumentasjon rundt ernæring. Ifølge helsepersonelloven (1999) §8-39 står det at den som yter helsehjelp er pliktet til å dokumentere. I helsepersonelloven (1999) §8-40 står det at dokumentasjonen skal inneholde informative og nødvendige opplysninger om helsehjelpen og

pasienten. Journalen skal være enkel og konkret. Som tidligere nevnt kom det frem i artikkelen til Aagaard & Grøndahl (2017) at flere av helsepersonellene ikke visste om at veiing var en del av innskrivelsesrutinene i hjemmesykepleien. I tillegg ble det også nevnt at kartlegging og vurdering av ernæringsstilstanden ikke var av rutiner og heller ikke nedfelt i skriftlige prosedyrer. I artikkelen til Meyer et al. (2017) fortalte de at helsepersonellet ikke visste hvilke kartleggingsverktøy de skulle bruke, og det ble derfor ikke kartlagt ernæringsstatus. Når det ikke er rutiner på veiing og kartlegging av ernæringsstatus, og det ikke er nedfelt i skriftlige prosedyrer tyder dette på at ernæringsstilstand ikke blir vurdert og dokumentert. Som nevnt i teorikapittelet er dokumentasjon av sykepleie viktig for å ivareta pasientens sikkerhet, bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og sikre kvalitet og kontinuitet på pleien. Når man er på jobb i hjemmesykepleien kan sykepleier som er på vakt enkelt gå inn i journal å lese om pasientens tilstand og eventuelle tiltak som er blitt gjort. Mangel på dokumentasjon, kan dermed føre til feilbehandling eller ingen behandling, som igjen i dette caset kan føre til at pasienten blir underernært (Dahl & Skaug, 2012, s. 21).

5 Betydning for praksis

I denne litteraturstudien har vi hatt fokus på hva som kan bedre eller forverre en pasient sin ernæringsstatus når de bor hjemme i egen bolig. Ved gjennomgang av teori og forskning kom vi frem til at kartleggingsverktøy som KMI, MNA og ernæringsjournalen var nyttige elementer for sykepleieren slik at de kunne kartlegge ernæringsstatus hos eldre. Pasienten sitt funksjonsnivå hadde en klar sammenheng med ernæringsstatusen. Den hadde betydning for om den var god eller dårlig. Sykepleierne hadde for lite kunnskap om kartlegging av ernæring og om underliggende årsaker til underernæring. I tillegg ble det nevnt at det var vanskelig for helsepersonell å vite hvilket kartleggingsverktøy de skulle bruke, samt mangel på rutiner for kartlegging av ernæringsstatus. Dette medførte at kartleggingen av ernæringsstatus ble utelatt.

I gjennomgang av studiene kom det frem at underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens var et problem i hjemmesykepleien. I studiene ble det nevnt at flere av sykepleierne opplevde at de ikke strakk til, grunnet begrensning av tid og ressurser. Veiing som var en viktig del av kartleggingen av ernæringsstatus, var også et gjentakende tiltak som ble nedprioritert i en travel hverdag. Manglende kartlegging førte til manglende vurdering av pasienten. Liten tid og få ressurser gjorde at viktige observasjoner ble oversett. Dette førte til

lite eller ingen dokumentasjon. Manglende dokumentasjon gjør igjen at pasienten står i fare for å bli underernært når di bor i sitt eget hjem. Litteraturstudien er relevant for sykepleien. Dersom ledelsen hadde hatt større fokus på ernæringsomsorgen hos eldre hjemmeboende med demens, vil dette videre påvirke personalets fokus på dette problemområdet. Resultatene vil gjøre sykepleiere mer oppmerksom på hvordan de ved hjelp av gode rutiner på kartlegging kan fange opp pasienter med demens som bor hjemme som står i fare for eller er underernærte. Sykepleiere kan videreføre kunnskapen til andre personal på jobben, slik at disse også blir mer oppmerksomme på ernæringsomsorgen til pasienten. Vi ser et økende behov for fokus på ernæringsomsorgen hos eldre, på grunn av stigende antall personer med demenssykdom og flere eldre som blir boende hjemme. Tiltak kan dermed settes i verk tidligere for å unngå alvorlig underernæring eller sykdom relatert til dårlig ernæringsstatus.

6 Referanser

Brodtkorb, K. (2016). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie 2 utg* (ss. 301-314). Oslo: Gyldendal Akademisk .

Dalland, O. (2015). Ethiske overveielser og personvern. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskrivning* (ss. 95-109). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2015). Ethiske overveielser og personvern. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskrivning* (ss. 95-109). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2015). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskrivning* (s. 110). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O., & Trygstad, H. (2015). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskrivning* (ss. 63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Droogsma, E., Van Asselt, D. Z., , B., Scholzel-dorenbos, C., Van Steijn, J. H., , M., . . . Van Der Hooft, ,C.S. (2013).

Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: Prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(7), 606-10. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1007/s12603-013-0032-9> . Nedlastet 5/4-22

Fermann, T., & Næss, G. (2016). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie 2 utg* (ss. 238-260). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fermann, T., & Næss, G. (2016). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie, 2utg* (ss. 238-245). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet (2021). Demens. Oslo, Norge.

Link: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#referanser> , nedlastet 25/4-22

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg, *Dags för uppsats* (ss. 129-138). Polen: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg, *Dags för uppsats* (ss. 141-150). Polen: Studentlitteratur.

Helsedirektoratet. (2022). Om underernæring. Oslo, Norge.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering#konsekvenser> nedlastet 4/4-

- Helsedirektoratet (2016).** Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. Link: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosthåndboken%20-%20Veileder%20i%20ernæringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosthåndboken%20-%20Veileder%20i%20ernæringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf , nedlastet 26/4-22
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011).** Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata., <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-1> , Nedlastet 27/4-22
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011).** Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-2> , nedlastet 27/4-22
- Helsepersonelloven. 1999).** Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§39> , nedlastet 13/4-22
- Helsepersonelloven. (1999).** Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§40> , nedlastet 13/4-22
- Helsepersonelloven. (1999).** Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4> , Nedlastet 27/4-22
- Kristoffersen, N. J. (2012).** Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 1* (ss. 208-230). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Landmark, B., Gran, S., & Grov, E. (2014).** Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk Sykepleje*, 30(1), 4-15. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN1903-2285-2014-01-02>
 [Nedlastet 16/03-22](#)
- Meyer, S., Velken, R., & Jensen, L. (2017).** Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning* (Oslo), (61797), E-61797.
- Rognstad, M., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013).** Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning* (Oslo), 8(4), 298-307.
- Romrøen, T.-I. (2016).** Pasient- og omsorgsforløp.

- I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie 2 utg* (ss. 73-78). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T. (2016).** Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie 2 utg* (ss. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2016).** Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie 2. utg* (ss. 410-434). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.**
Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.
- Stubberud, D.-G., Kondrup, J., & Almås, H. (2020).** Ernæring ved sykdom. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk sykepleie 2, 5 utg* (ss. 18-48). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G., Kondrup, J., & Almås, H. (2020).** Ernæring ved sykdom. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk sykepleie bind 2* (ss. 17-48). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2017).** Valg av metode. I I.-J. Thidemann, *Bachelor oppgaven for sykepleiesrudenter* (ss. 76-82). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vellas, B. J., Garry, P. J., Guigoz, Y., Nestle Nutrition Services., & Nestle Clinical & Performance Nutrition Workshop. (1999).**
Mini nutritional assessment (MNA): Research and practice in the elderly. Basel: Karger. Link: <https://www.mna-elderly.com> , nedlastet 31/3-22
- Östlundh, L. (2017).** Informationssökning. I F. Friberg, *Dags for üppsats* (ss. 59-82). Polen: Studentlitteratur.
- Aagaard, & Grøndahl. (2017).** *Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien.* Sykepleien. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219> Nedlastet 21/4-22

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1, søkelogg

Tabell 3, Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
15.03.22	Oria	Underernæring OG demens	Årstall 2012- 2022 Fagfelle vurdert	8	5	1	1
15.03.22	Idunn	Ernæringsstatus AND screening	Årstall 2012- 2022 Fagfelle vurdert	8	2	1	1
29.03.22	Svemed+	Ernæringsstatus AND hjemmesykepleie	Årstall 2012- 2022 Fagfelle vurdert	2	2	2	1
29.03.22	Oria	Ernæringsstatus OG hjemmesykepleie	Årstall 2012- 2022 Fagfelle vurdert	11	3	1	1
05.04.22	ProQuest	Nutritional status AND dementia AND malnutrition AND MNA	Årstall 2012- 2022 Fagfelle vurdert	992	5	3	1

7.2 Vedlegg 2, Litteratormatrise

Tabell 4, Litteratormatrise

Forfatter (e) Årstall Tittel Land	Artikkel tittel	Hensikt med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg / populasjon	Hovedfunn / resultater
<p>Artikkel 1: Aagaard, & Grøndahl. (2017).</p> <p>Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien.</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive hvilke rutiner helsepersonell og ledere i hjemmesykepleien brukte for å vurdere pasientene sin ernæringsstatus</p>	<p>Sykepleie</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie</p> <p>To delstudier. En blant ledere i hjemmesykepleien og en blant helsepersonell i hjemmesykepleien.</p> <p>Datainnsamling ved hjelp av spørreskjema.</p>	<p>273 ledere og 212 helsepersonell</p>	<p>67% av ledere og 37% av helsepersonell hadde kjennskap til helsedirektoratet sine retningslinjer. Veiing i hjemmesykepleie var noe som ikke var kjent ved innskrivelse av pasienten. 80% av ledere og 69% av helsepersonell oppga at det ikke var vanlig å veie ved innskriving. I tillegg til dette var vurdering av ernæringsstatus ikke nedfelt i skriftlige prosedyrer, noe som gjorde at ernæringsstatus ikke ble kartlagt, vurdert og dokumentert.</p>

<p>Artikkel 5: Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. Norge</p>	<p>Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens.</p>	<p>Hensikten med denne studien er å sette søkelys på hvordan en skal kartlegge ernæringsstatus til eldre hjemmeboende pasienter med demens som mottar hjemmesykepleie.</p>	<p>Sykepleieperspektiv</p>	<p>Kvantitativ studie. Tverrsnittstudie i fire bydeler i Oslo. MNA ble brukt til å samle inn data. Logistisk regresjonsanalyse ble tatt i bruk for å analysere dataene, og resultat ble presentert i oddsratioer.</p>	<p>Pasienter med diagnosen demens som bor hjemme.</p>	<p>Mer en halvparten av pasientene i studiet var underernærte eller stod i fare for å bli det. Studiet viser til at det er viktig at helsepersonell har rutiner på hvordan de henter inn data om ernæring hos denne pasientgruppen. I tillegg var det helt avgjørende at helsepersonell og pårørende har rutiner på hvordan de henter inn data om ernæring hos denne pasientgruppen. I tillegg var det helt avgjørende at helsepersonell og</p>

						pårørende har kjennskap til risikofaktorer knyttet til underernæring og demens for å kunne iverksette forebyggende tiltak og behandling tidlig før problemet forverres. Det viste seg også at pasienter som kjøpte mat selv hadde lavere sannsynlighet for å være underernært enn de som hadde noen som handlet for dem.
Droogsma, E., Van Asselt, D. Z., , B., Scholzel-dorenbos, C., Van Steijn, J. H., , M., . . . Van Der Hoof, ,C.S. (2013). Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: Prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status. <i>The Journal of Nutrition, Health & Aging, 17</i> (7), 606-10. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s12603-013-0032-9 Nederland	Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: Prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status	Å vurdere underernæring ved hjelp av MNA, og dens sammenheng med ulike årsaker til underernæring hos eldre med nylig diagnostisert Alzheimer sykdom som bor i samfunnet.	Sykepleie	Retroperspektiv tversnittstudie Det ble gjennomført en lineær regresjonsanalyse for å kunne vurdere effekten av ulike faktorer på ernæringsstatus. Datainnsamlingen pågikk i 10 år der det ble undersøkt sosiodemografiske egenskaper og data fra forskjellige kartleggingsverktøy for kognitiv	Totalt 312 deltakere fra og med 65 år som nylig hadde fått diagnosen Alzheimer	Forekomst av underernæring var 0%, mens risikoen for underernæring var 14,1%. Pasienter som var i risiko for underernæring var mer svekket i grunnleggende, daglig funksjon enn de som var velernært. Det konkludert med at daglig funksjon er

				funksjon, ernæringsstatus, funksjonell status og atferd.		uavhengig relatert til ernæringsstatus. En av syv eldre med ny diagnostisert Alzheimers i fare for underernæring. Dermed bør vurdering av ernæringsstatus inkluderes i helhetlig vurdering av pasienter med demens.
Landmark, B., Gran, S., & Grov, E. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. Klinisk Sykepleie, 30(1), 4-15 Land: Norge	Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av ernæringsjournalen	Å bruke helsedirektoratets ernæringsvurderingsverktøy for å få kunnskap om risiko ved underernæring	Sykepleier	Kvantitativ Det ble utført beskrivende studie blant 532 pasienter fra 67 år og oppover innlagt på sykehjem eller mottar hjemmesykepleie. Data om pasientene sin høyde, vekt, KMI og klinisk data som var nyttig til ernæringsstatus ble vurdert og inkludert. Helsedirektoratet sin ernæringsjournal ble brukt for å kartlegge ernæringsstatusen.	Eldre fra 67 år og oppover med en demenssykdom og som bor på sykehjem eller som har hjemmesykepleie.	KMI lavere enn anbefalt (KMI < 24 kg/m ²) ble funnet blant 50% av pasientene, og 30% ble rapportert i kategorien underernært (KMI < 22 kg/m ²). Pasient med mangel på appetitt og redusert evne til å tygge og/eller svelge hadde signifikant lavere KMI enn pasienter som ikke lider av disse problemene. Systematisk bruk av ernæringsjournalen synes hensiktsmessig for å

						kunne vurdere ernæringsstatus blant eldre for å kunne tilby adekvat behandling og systematisk oppfølging.
Meyer, S., Velken, R., & Jensen, L. (2017). Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. Norge.	Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien.	Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan hjemmesykepleiere vurderer og ivaretar ernæringsstatus til eldre hjemmeboende i henhold til Nasjonale faglige retningslinjer.	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ studie Analyse av data fra to norske kommuner, delt i studie A og B. Datamaterialet inneholdt tolv gruppesamtaler med 19 sykepleiere totalt.	Sykepleiere med minimum 75 prosent stilling.	I studien vises det til viktigheten av å ha kjennskap til pasienten og ernæringsbehovet til den enkelte pasient. I tillegg beskrives utfordringer sykepleiere i hjemmesykepleien møter på i forhold til kartlegging av mat og drikke hos pasienten. De nevnes også at pasientens selvbestemmelse og tidspress i hjemmesykepleien gjør det krevende for helsepersonellet å følge pasientene opp.

7.3 Vedlegg 3, MNA skjema

Mini Nutritional Assessment



Etternavn: <input type="text"/>		Fornavn: <input type="text"/>	
Kjønn: <input type="text"/>	Alder: <input type="text"/>	Vekt, kg: <input type="text"/>	Høyde, cm: <input type="text"/>
Dato: <input type="text"/>			

Besvar undersøkelsen (screeningen) ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre, fortsett med del II for å få en samlet vurdering av ernæringsstilstanden.

0 = betydelig redusert matinntak 1 = noe redusert matinntak 2 = ingen endring i matinntaket	<input type="checkbox"/>	0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke • Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag 	ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
0 = sengeliggende / sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>	0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>	0 = nei 1 = ja	<input type="checkbox"/>
0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>	0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
0 = BMI mindre enn 19 1 = BMI 19 til mindre enn 21 2 = BMI 21 til mindre enn 23 3 = BMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>	0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng) 12 - 14 poeng: <input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus 8 - 11 poeng: <input type="checkbox"/> Risiko for underernæring 0 - 7 poeng: <input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R		0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>	0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>	0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>	Screening, del II (maks. 16 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
		Screening, del I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
		Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
		MNA resultat	
		24 til 30 poeng	<input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus
		17 til 23,5 poeng	<input type="checkbox"/> Risiko for underernæring
		Mindre enn 17 poeng	<input type="checkbox"/> Underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]). J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.

Hentet fra: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-norwegian.pdf> , nedlastet 26/4-

7.4 Vedlegg 4, ernæringsjournalen

Pasientdata
Navn

Alder

Ernæringsjournal

1. Høyde

målt liggende målt stående m data:

2. Vekt og vektutvikling

- Tidligere vekt:kg mnd/år:
- Vekt ved innleggelse:kg data:
- Vekt ved registrering:kg data:
- Vekttap/vektøkningkg.....% over antall mndr/år.....
(se nærmere veiledning på baksiden)

Vekt skal videre kontrolleres 1 g/uke i sykehus og 1g/mnd i sykehjem, og vektendringer skal bedømmes. Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer /dårlig ernæringsstatus skal veies 1g/uke.

3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI)

(se veiledning for utregning på baksiden)

4. Andre ernæringsrelaterte data (kryss av og skriv anmerkninger)

• Nedsatt matlyst	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Tannproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Tygge/svelgeproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Munnsårhet/munntørighet	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Kvalme/oppkast	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Forstoppelse/diaré	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Ødemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Gripe/bevegelsesproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Trenger hjelp til å spise	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Synsproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>

Anmerkninger (se baksiden)

.....

.....

.....

5. Vurdering (se baksiden):

.....

.....

.....

.....

.....

Ernæringsrådet 2020

Veiledning til utfylling av Ernæringsjournalen

1. **Høyde** måles inntil en vegg eller med målebånd i seng langs ryggraden. Vær oppmerksom på at aldringsprosessen medfører lengdereduksjon.

2. **Vekt** skal alltid registreres ved innleggelse.

Spør også om tidligere vekt og om mulig kartlegg evt vekttap siste 2 – 6 mnd før innleggelse. Vektregistrering skal foretas før frokost, fortrinnsvis uten tøy (kun undertøy/nattøy) og etter at blæren er tømt. Pålitelige data forutsetter standardiserte betingelser og evt. avvik må anmerkes.

Vekttap i forhold til siste vektregistrering angis i %.

Prosentberegning av vektendring:

$$\frac{\text{Vektendring i kg (mellom siste og tidligere/siste veiing)} \times 100}{\text{Tidligere vekt (kg)}} = \% \text{ vekttap/ vektøkning}$$

3. **KMI (=BMI)** er et relativt mål for forholdet mellom høyde og vekt. Bruk kalkulator. Utregning av KMI:

$$\frac{\text{Vekt (kg)}}{\text{Høyde}^2 \text{ (angitt i meter)}} = \text{KMI}$$

$$\frac{60 \text{ kg}}{1,68 \text{ m} \times 1,68 \text{ m}} = \text{KMI ca 21}$$

WHO's referanseverdier for KMI hos voksne (15 – 65 år)

undervekt:	Under 18,5
normalvekt:	Mellom 18,5 – 24,9
overvekt:	Mellom 25,0 – 29,9
fedme:	Over 30

Når det gjelder personer over 65 år, har vi i Norge ingen andre referanseverdier. Studier viser imidlertid at KMI-verdien for eldre personer bør være høyere, og det er foreslått at normalverdien på KMI bør være 24 – 29, og at KMI under 22 som tegn på undervekt. (Mowe M. 2002, Beck A.M., Ovesen L, 1998)

4. **Andre ernæringsrelaterte data.** Under anmerkninger tilføyes tilleggsopplysninger som kan ha innvirkning på matinntak / ernæringsstilstand som for eksempel kognitiv svikt, feber, tretthet, slapphet eller tungpustethet under måltider, tydelige tegn på underernæring som magerhet, tynn/tørr hud, svimmelhet.

5. Vurdering

De registrerte opplysninger må vurderes og ende i en bedømmelse av ernæringsstatus:

- **God ernæringsstatus** forutsetter indikatorer som vanlig matinntak, normal KMI, manglende vekttap og ingen kliniske tegn på over- / underernæring.
- **Risiko for underernæring** kan være til stede ved en eller flere av følgende indikatorer: redusert matinntak, KMI under 18,5 hos voksne / under 22 hos eldre, vekttap på inntil 5% siste 2 måneder eller inntil 10% de siste 6 måneder, ett eller flere ernæringsrelaterte problemer, se pkt 4.
- **Alvorlig underernæring** forutsetter redusert matinntak, KMI under 18,5 hos voksne / under 22 hos eldre, vekttap over 5% de siste 2 måneder eller over 10% de siste 6 måneder og synlige kliniske tegn på underernæring.