

Kandidatnummer: 1737 & 1738

**BSYBAC\_**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Forebygging av underernæring hos hjemmeboende med demens



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 02.01.24*

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

## Sammendrag

### *Bakgrunn*

Antall eldre i samfunnet øker, og med det stiger også antall mennesker som lever med en demensdiagnose. Eldre som lever med demens er særlig i risiko for å utvikle underernæring. Dette kan føre til raskere degenerering av diagnosen, underliggende sykdommer og økt dødelighet, som kan medføre et større press på sykepleiere i hjemmesykepleien.

### *Hensikt*

Å utforske underernæring hos hjemmeboende med demenssykdom, samt undersøke effektive forebyggende tiltak.

### *Metode*

Oppgaven benytter seg av fem vitenskapelige studier, hvor to av studiene har kvalitativ metode og tre med kvantitativ metode. Ved bruk av analysemodellen til Friberg ble det utarbeidet hovedkategorier og underkategorier ut ifra resultatene til studiene. Sykepleieteori om demens og underernæring, og Virginia Hendersons teori om de 14 grunnleggende sykepleieprinsipp, utgjør grunnlag for oppgavens besvarelse.

### *Resultater*

Sykepleieres utfordringer omfatter ikke bare manglende kunnskap og kompetanse knyttet til brukerne, men også utilstrekkelige rutiner og risikovurderinger for hver enkelt bruker. Godt samarbeid innad i organisasjonen og med pårørende kan være gunstig for ernæringsomsorgen. Flere av sykepleierne pekte på tid som et hinder for å oppnå god ernæringsmessig omsorg.

### *Konklusjon*

Resultatene peker på manglende rutiner og dokumentasjon i ernæringskartlegging hos hjemmeboende brukere som lever med demens. Tid, ressurser og kunnskap er avgjørende for tidlig identifisering og iverksetting av målrettede tiltak. For å øke forståelsen og tidlig forebygging bør det legges vekt på økt oppmerksomhet og samarbeid.

*Nøkkelord: Demens, underernæring, forebygging, hjemmesykepleien, sykepleier, kartleggingsverktøy.*

## Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Introduksjon av tema .....</i>	1
1.2	<i>Bakgrunn for valg av tema .....</i>	1
1.3	<i>Problemformulering og problemstilling .....</i>	2
1.4	<i>Hensikt med oppgaven .....</i>	2
1.5	<i>Begrepsforklaringer.....</i>	2
<b>2</b>	<b>Teori .....</b>	<b>3</b>
2.1	<i>Demens .....</i>	3
2.2	<i>Risikofaktorer og underernæring .....</i>	4
2.3	<i>Demens og underernæring .....</i>	4
2.4	<i>Sykepleierens rolle i hjemmesykepleien.....</i>	4
2.5	<i>Vurdering av brukerens ernæringsstatus.....</i>	5
2.5.1	<i>Mini Nutritional Assessment .....</i>	5
2.6	<i>Relevant lovverk.....</i>	5
2.7	<i>Sykepleierteori .....</i>	6
<b>3</b>	<b>Metode.....</b>	<b>7</b>
3.1	<i>Litteraturstudie som metode .....</i>	7
3.2	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....</i>	7
3.3	<i>Innledende søk og PICO.....</i>	8
3.4	<i>Valg av databaser og søkeord .....</i>	9
<b>4</b>	<b>Analyse av studier .....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>11</b>
5.1	<i>Vurdering av brukerens ernæringsstatus.....</i>	11
5.2	<i>Samarbeid forutsetter god ernæringsmessig omsorg .....</i>	13
5.2.1	<i>Samarbeid med pårørende.....</i>	13
5.2.2	<i>Samarbeid med kollegaer .....</i>	14
5.3	<i>Tid, kunnskap og ressurser.....</i>	14
<b>6</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>16</b>
6.1	<i>Metodediskusjon .....</i>	16
6.2	<i>Resultatdiskusjon .....</i>	18
6.2.1	<i>Vurdering av ernæringsstatus.....</i>	18
6.2.2	<i>Samarbeid forutsetter god ernæringsmessig omsorg .....</i>	20
6.2.3	<i>Tid, kunnskap og ressurser.....</i>	22
6.2.4	<i>Sykepleierteori .....</i>	23

<b>7</b>	<b>Anvendelse i sykepleiepraksis .....</b>	<b>24</b>
<b>8</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>25</b>
	<b>Referanser .....</b>	<b>26</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>29</b>
	<i>Vedlegg 1: Litteratormatrise .....</i>	<i>29</i>
	<i>Vedlegg 2: Søkelogg .....</i>	<i>34</i>
	<i>Vedlegg 3: MNA- skjema.....</i>	<i>38</i>

Antall ord: 7992

## 1 Innledning

Dette kapittelet inneholder introduksjon til denne bacheloroppgaven og bakgrunn for valg av temaet: forebygging av underernæring hos hjemmeboende brukere med demens. I kapittelet introduseres problemstillingen og hensikten for oppgaven, etterfulgt av begrepsforklaringer.

### 1.1 Introduksjon av tema

Eldrebeholdningen i det Norske samfunnet øker, og med det øker antall alvorlige diagnoser som demens (Livingston et al., 2020, s. 413). Med rundt 101 000 mennesker som lever med demens i Norge, forventes det mer enn en dobling i løpet av år 2050 (Strand et al., 2021). De fleste som lever med en demensdiagnose i Norge bor hjemme. Over 40% av de som er over 70 år og får hjemmetjenester, har en demensdiagnose (Strand et al., 2021). Eldre som lever med demens er særlig utsatt for underernæring da energibehovet vanligvis synker med alderen, som følge av redusert muskelmasse og aktivitetsnivå (Strand et al., 2023). Statistikk fra 2022 viser at 19,7% av hjemmetjenestemottakere i alder 67 år og eldre, er i risiko for underernæring. Alle voksne mottakere av helsetjenester i hjemmet, skal vurderes med tanke på risiko for underernæring ifølge Nasjonal faglig retningslinje (Helsedirektoratet, 2022b, s. 3). Til tross for dette, kan begrensende ressurser og kunnskap utgjøre en utfordring for hjemmesykepleiere, noe som kan føre til at kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus blir nedprioritert (Fjørtoft, 2016, s. 171). Denne oppgaven belyser sykepleiernes erfaringer og utfordringer i dette feltet.

### 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Underernæring er en stor utfordring hos eldre hjemmeboende med demens (Helsedirektoratet, 2022b, s. 5). Kunnskap, oppmerksomhet og kompetanse rundt ernæring, og eldre med demens er en viktig faktor for å forebygge underernæring hos mennesker med demens (Helsedirektoratet, 2022b, s. 45). Underernæring øker risikoen for ulike komplikasjoner, som innebærer å ha redusert motstand mot infeksjoner, forverrer den fysiske og kognitive funksjonen, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesensen og kan gi økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2022b, s. 6). Forebygging av underernæring vil også være viktig i prosessen om forebygging av utvikling av andre sykdommer- som kan være et steg for å nå FNs bærekraftsmål om god helse- og dermed viktig for at flere eldre skal leve lange gode liv (FN-sambandet, 2023).

### 1.3 Problemformulering og problemstilling

Andelen eldre i samfunnet øker samtidig med en økning i utvikling av demens (Strand et al., 2021). En ny eldrereform har som mål å støtte eldre i å bo hjemme lenger (Regjeringen, 2023). Dette medfører større belastning på hjemmetjenestene, med tilrettelegging for at brukere med demens får tilstrekkelig omsorg og pleie (Regjeringen, 2023). Demens kan påvirke ernæringsstatusen gjennom kognitive endringer som hukommelsestap, motoriske endringer, smaksløker, appetitt og svelgfunksjonen (Kirkevold et al., 2021, s. 435). Hjemmeboende brukere som lever med demens kan ha vansker med å få i seg nok næring, som kan være krevende for både pårørende og sykepleiere på grunn av sykdommens kognitive- og atferdsmessige endringer (Fjørtoft, 2016, s. 102). Manglende kunnskap og rutiner kan føre til at risikogrupper overses. Økt kunnskap kan bidra til tidligere identifisering og forebygging av underernæring (Kirkevold et al., 2021, s. 119).

Følgende problemstilling danner utgangspunkt for oppgaven: «Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos hjemmeboende med demens?». Fokuset i oppgaven er rettet mot hjemmesykepleien og et sykepleieperspektiv. Det er sykepleierne som har ansvar for brukerne, og dermed hjemmesykepleien som står med ansvaret for å kartlegge mulige risikofaktorer og iverksette forebyggende tiltak.

### 1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med å velge temaet «forebygging av underernæring hos hjemmeboende brukere med demens» er å belyse forekomsten av underernæring hos hjemmeboende med demenssykdom, og undersøke mest effektive forebyggende tiltak. Med denne oppgaven undersøkes det hvilke effektive tiltak som praktiseres i hjemmesykepleien, hvordan de fungerer i praksis for å forebygge problemstillingen og hvordan ulike omsorgspersoner kan arbeide sammen for å dekke omsorgsbehovet.

### 1.5 Begrepsforklaringer

I denne oppgaven er begrepet «pasient» erstattet med «bruker». Bruker benyttes fordi denne oppgaven primært fokuserer på kommunehelsetjenesten/ hjemmesykepleien og dette er termen som brukes der. Dersom det uttales at individet er på institusjon eller lignende, omtales bruker som pasient. På grunn av oppgavens relevans er ord som «hjelpepleier», «helsepersonell»,

«health care professionals», «home care workers» og «ansatte» byttet ut med «sykepleier». Oppgaven tar utgangspunkt i et sykepleieperspektiv, men oppgaven erkjenner at det er ulike begreper i studiene.

## 2 Teori

Demens er en kronisk degenerativ sykdom som kan ha stor innvirkning på brukerens livskvalitet (Ørn & Bach-Gansmo, 2022, s. 556). Sykdommen skaper økt hjelpebehov, veiledning og tilrettelegging som følge av endret kognitiv status (Kirkevold et al., 2021, s. 416). Demenssykdom er en risikofaktor for å utvikle underernæring (Helsedirektoratet, 2022c). Oppgaven ser på teori og relevant lovverk knyttet til sykepleierens funksjon i ernæringsarbeidet med brukere som lever med demens.

### 2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse for en rekke ulike sykdommer og skader i hjernen med ulik bakgrunn som medfører kognitiv svikt (Kirkevold et al., 2021, s. 419). Tilstanden kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt, endret sosial atferd og sviktende evne til å ivareta daglige aktiviteter (Fjørtoft, 2016, s. 71). Demens er en progredierende sykdom, det vil si at sykdommen stadig vil utvikle seg, og den syke vil bli stadig mer redusert og hjelpetrengende (Ørn & Bach-Gansmo, 2022, s. 556).

Symptomer ved demens kommer ofte gradvis, kan være varierte og ulike med tanke på hvor i hjernen sykdommen utartes (Fjørtoft, 2016, s. 71). Symptomene ved demens deles inn i kognitive-, psykologiske-, atferdsmessige- og motoriske symptomer. Svekket oppmerksomhet, hukommelse, læringsevne og svekket forståelse er noen typiske kognitive symptomer for demens. Andre psykologiske symptomer kan være angst, depresjon, vrangforestillinger, personlighetsendringer og interesseløshet. Motoriske symptomer innebærer muskelstivhet, inkontinens og styringsproblemer (Fjørtoft, 2016, s. 72). Det er vanlig å dele demenssykdommene inn i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer (Kirkevold et al., 2021, s. 419). Alle tre hovedgruppene er inkludert i oppgaven.

## 2.2 Risikofaktorer og underernæring

Underernæring defineres som en tilstand der mangel på energi eller protein gir vekttap og redusert muskelmasse som fører til forverret fysisk eller mental funksjon og dårligere utfall ved sykdom (Helsedirektoratet, 2022c). Brukerne som er mest utsatt for underernæring inkluderer eldre, personer med demens, de med redusert allmenntilstand, nedsatt appetitt, tygge-og svelgeproblemer og brukere som behøver hjelp til å spise og drikke (Kirkevold et al., 2021, s. 251).

## 2.3 Demens og underernæring

Energibehovet hos eldre synker vanligvis med alderen som følge av redusert muskelmasse og aktivitetsnivå, likevel er behovet for næringsstoffer lik som for den voksne befolkningen (Helsedirektoratet, 2022c). Sykepleiere må derfor være oppmerksomme på å sikre at brukerne har et tilstrekkelig og variert kosthold, for å opprettholde matlyst og et adekvat næringsinntak (Helsedirektoratet, 2022c). En konsekvens av demens kan være å glemme å spise og drikke, enkelte kan også miste sult- og metthetsfølelsen (Helsedirektoratet, 2022c). Forstyrret appetitt og spiseatferd er et betydelig problem hos eldre hjemmeboende personer som har demens og redusert appetitt kan være det første subjektive og kliniske tegnet på vekttap og fare for underernæring (Kirkevold et al., 2021, s. 435). Underernæring har helsemessige konsekvenser, og kan fremskynde skrøpelighet, funksjonssvikt og øke dødeligheten (Helsedirektoratet, 2022c).

## 2.4 Sykepleierens rolle i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er et tilbud om helsehjelp i hjemmet når sykdom, alderdom, svekket helse eller en vanskelig livssituasjon gjør at mennesker trenger hjelp i lengre eller kortere periode (Helsedirektoratet, 2022a). Formålet med hjemmesykepleien er å tilrettelegge, veilede, forebygge og behandle hjemmeboende i hjemmet som utføres av sykepleiere (Fjørtoft, 2016, s. 17). Det er viktig at sykepleieren vet sin rolle, og er kjent med utfordringene de kan møte ved hjemmebesøkene. Sykepleierne skal støtte brukeren i å mestre dagliglivet hjemme og bidra til gode opplevelser som fremmer mestring og trivsel, og tilrettelegge slik at brukerne kan bo lengst mulig hjemme etter ønske (Fjørtoft, 2016, s. 17).



## 2.5 Vurdering av brukerens ernæringsstatus

Ernæringsstatus er et resultat av tilførselen, forbruket og tap av næringsstoffer (Kirkevold et al., 2021, s. 304). Ernæringsstatus uttrykker i hvilken grad det fysiologiske behovet for næringsstoffer oppfylles, og er et mål på om det er samsvar mellom inntak og behov av næringsstoffer (Helsedirektoratet, 2022c). Ved å kartlegge ernæringsstatus får en bekreftet eller avkreftet om brukeren har utviklet eller er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem, og kartleggingen danner grunnlaget for å kunne bedre brukerens ernæringsstatus (Kirkevold et al., 2021, s. 304). Ifølge helsedirektoratets faglige retningslinjer for forebygging av underernæring er det anbefalt å foreta en risikovurdering av brukeren innen to uker etter oppstart av helsetjenester i hjemmet, og deretter månedlig (Helsedirektoratet, 2022b, s. 4).

### 2.5.1 Mini Nutritional Assessment

Med skalaen Mini Nutritional Assessment (MNA), kan en systematisk kartlegge årsaksforhold ved underernæring hos eldre brukere i hjemmesykepleien (Vellas et al., 2006). MNA er et av de oftest anvendte instrumentene ved screening av Eldres ernæringsstatus (Vellas et al., 2006). Skjemaet består av to deler: Screening del 1 som består av seks spørsmål rundt matinntak de siste tre månedene, vekttap de siste tre månedene, mobilitet, stress, neuropsykologiske lidelser og til slutt KMI. Dersom poengscoren etter del 1 er 11 poeng eller mindre er brukeren mulig underernært og vurderingen fortsetter til del 2. Del 2 består av 12 spørsmål knyttet til underernæring, med både mål av overarms- og leggkomkrets som en del av vurderingen. Dersom totalvurderingen del 1 + 2 er 17 til 23,5 poeng er brukeren i fare for underernæring, dersom scoren er mindre enn 17 poeng betyr det at brukeren er underernært (Vellas et al., 2006). Se vedlegg 3 for MNA skjema.

## 2.6 Relevant lovverk

Det skal påpekes at det finnes annet mulig relevant lovverk, men på grunn av oppgavens relevans har denne bacheloroppgaven benyttet seg av følgende lovverk under.

I helsepersonelloven, henvises det til «plikt til å journalføre og til journalens innhold» (Helsepersonelloven, 1999, §39-40). Sykepleiere i hjemmetjenesten er pliktig til å rapportere endringer som kan være risiko for underernæring. Ved feilrapportering eller underrapportering kan underernæring bli oversett og dermed vanskeligere å forebygge (Helsepersonelloven, 1999, §39-40).

Helse- og omsorgstjenester som ytes, skal være forsvarlig. Forsvarlighetskravet er lovfestet i helsepersonelloven §4. Det innebærer blant annet å gi brukeren et helhetlig og koordinert tilbud (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dersom det ikke blir iverksatt nødvendige tiltak for å forebygge og behandle underernæring, kan dette være uforsvarlig fordi det vil kunne medføre tap av leveår med god helse (Helsedirektoratet, 2022c).

## 2.7 Sykepleierteori

På grunn av oppgavens relevans tar denne bacheloroppgaven for seg Virginia Hendersons sykepleierteori som er forklart nedenfor.

Virginia Hendersons grunnleggende sykepleieprinsipper er inspirert av Abraham Maslows behovspyramide (Kristoffersen et al., 2021, s. 234). I oppgaven er fokuset rettet mot tre av Hendersons 14 grunnleggende sykepleieprinsipper: nr. 2 om tilstrekkelig med mat og drikke, nr.10 om å få kontakt med andre og uttrykke behov, samt nr. 13 om å oppleve følelsen av å utrette noe (Kristoffersen et al., 2021, s. 237). Henderson mener at sykepleiere har i oppgave å tilrettelegge, veilede og informere brukere for å dekke dette behovet, dersom brukere som lever med demens ikke får dekket dette behovet selv. Når sykepleiere skal ivareta ernæringsbehovet hos hjemmeboende brukere med demens, påpeker Henderson at behovene varierer og må tilpasses individuelt. Sykepleiere må aktivt tilegne seg innsikt i brukerens opplevelse av behovene sine og hvordan disse best kan imøtekommes. Å oppnå en slik forståelse er utfordrende, men essensielt (Kristoffersen et al., 2021, s. 238).

### 3 Metode

Dette kapitlet omhandler hvilke metoder som er brukt, søkeprosessen og søkemotorer som er benyttet i denne bacheloroppgaven. De resterende metodedelene inneholder oversikt over PICO-modellen og inklusjons- og eksklusjonskriterier.

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden som benyttes i denne oppgaven er litteraturstudie og innebærer innsamling, kritisk gjennomgang og oppsummering av litteraturen (Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten er å gi en oppdatert forståelse av kunnskapen på det aktuelle området og beskriver hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

Oppgaven bygger på eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2021, s. 199). Valgte studier brukes for å besvare problemstillingen, som krever både kvalitative og kvantitative studier. Ved bruk av disse metodene, vil begge på hver sin måte bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan sykepleiere handler og samhandler (Dalland, 2021, s. 54). De kvantitative studiene presenterer tall og forskning om ernæringsrisiko hos hjemmeboende som lever med demens, de kvalitative dykker dypere inn i sykepleiernes erfaringer (Dalland, 2021, s. 559).

#### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble satt for å systematisere søkene i de ulike databasene (Dalland, 2021, s. 149). Avgrensingene som ble brukt i søkene er presentert i tabell 1. Inklusjonskriteriene er valgt ut fra hvilke områder som er viktig for de utvalgte studiene å dekke. Helsevesenet utenfor Europa kan oppleves annerledes, og ha en annen struktur enn i Europa. Derfor ble andre verdensdeler enn Europa ekskludert. Institusjoner har mer oversikt og observerer matinntak og eventuelle endringer raskt hos pasienten. Institusjoner som sykehjem og sykehus ble også ekskludert.

**Tabell 1:** Inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteratursøk om demens og underernæring

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Vitenskapelig artikkel	Fagartikkel
Europa	Utenfor Europa
Hjemmesykepleien	Institusjon eller sykehus
Fagfellevurderte	Ikke fagfellevurderte
Brukere med demens	Andre sykdommer enn demens og kognitiv svikt
Publiserings år: 2013- 2023	Eldre enn 2013

### 3.3 Innledende søk og PICO

De innledende søkene ble gjennomført i databasen EBSCOhost. Søkene tok utgangspunkt i PICO- modellen. PICO er forkortelse på populasjon/ pasient/ problem, innervasjon og kontekst (Strømme, 2017). Dette er et verktøy som er med på å gjøre problemstillingen tydelig og presis, gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteratur (Helsebiblioteket, 2021). Helsebiblioteket (2021) oppgir at PICO med liten «o» isteden for PICO med stor «O», er mer egnet til spørsmål som besvares med kvalitativ forskningsmetode, som da passer til denne oppgaven. Søkene etter studiene tok utgangspunkt i PICO- skjemaet i tabell 2.

**Tabell 2:** PICO- skjema for litteratursøk om demens og underernæring

(P) Population/ patient/ problem	(I) Intervention	(Co) Context
Dementia*	Screening tolls	Prevention of malnutrition
Demensrammede personer	Weekly Weight measurement	Increased interest and attention
Patient	Nurse role	Knowledge and competence
Elderly	Relatives as a resource	Rutiner
Cognitive failure	Mini Nutritional Assessment (MNA)	Samarbeid
Malnutrition*	Home Health Care	Tidlig identifisering

PICO = Populasjon, pasient, problem, intervensjon og kontekst, og er et verktøy som hjelper med å gjøre problemstillingen presis.

### 3.4 Valg av databaser og søkeord

For å finne relevant forskning ble systematiserte søk gjennomført i databaser som Cinahl, Medline, og Svemed+. Det ble benyttet mange forskjellige kombinasjoner av søkeord både på norsk og engelsk for å dekke både Skandinaviske og internasjonale studier.

I EBSCOhost ble Cinahl brukt til det første søket. Dette inkluderte ord som «home nursing OR home care OR home health nursing», «dementia» og «malnutrition». Disse ordene ble kombinert med AND, og dette fikk 0 treff på Cinahl. Deretter ble det gjort et nytt søk med flere synonymer som «home nursing OR home health care OR community nurse», «dementia OR people with dementia OR dementia patients» og «Malnutrition OR undernourishment». Disse ble igjen kombinert med AND og dette ga 13 treff, hvorav en studie ble inkludert. Videre ble det gjort søk i Medline med søkeord som «dementia» AND «malnutrition» AND «nutritional assessment», inkludert synonymer som «undernutriton» og nutritional screening med OR for å få et bredere søk. Dette fikk 8 treff hvorav en studie ble valgt etter å ha lest abstraktene av 4 studier.

Svemed+ ble brukt med samme avgrensinger. Søkeordene «underernæring OG demens» resulterte i 6 treff, av disse ble abstraktene til 3 studier lest og en studie ble benyttet. Et nytt søk med søkeord som «mini nutritional assessment» og «hjemmesykepleie» ga 14 treff, hvorav to studier ble valgt etter å ha lest 4 abstrakt. Se under i tabell 3 for en enkel oversiktstabell av de valgte studiene.

**Tabell 3:** Oversiktstabell av studiene for litteratursøk om demens og underernæring

Artikkel	Hensikt	Metode	Perspektiv	Database
Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abott, R. (2019) It's what you do that makes a difference An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home	Utforske erfaringene og oppfatninger av ernæringsmessig omsorg for hjemmeboende med demens fra helsepersonellets perspektiv.	Kvalitativ semistrukturerte intervjuer og supplert med bruk av en vignett som skisserer et scenario hvor en ektemann tar seg av sin kone med demens.	Sykepleier/ ernæringsfysiolog	Cinahl
Johannson, L., Wijk, H. & Christensson, L. (2017) "Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program."	Undersøke utfallet av endringer i kroppsvekt med bruk av en strukturert forebyggende omsorgsprosess blant personer med demens vurdert som i risiko for underernæring.	Kvantitativ 1912 personer som var eldre enn 65 år. Analyse av data.	Sykepleier	Medline
Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C. & Lühr, N. (2013) Underernæring hos hjemmeboende personer med demens	Kartlegge og belyse ernæringsstatus til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt som får bistand av hjemmetjenesten.	Kvantitativ Totalt 282 pasienter deltok (80 menn og 202 kvinner). MNA ble benyttet til innsamling av data. Forskningsspørsmålene ble besvart med hjelp av spørreskjema.	Sykepleier	Svemed+
Aagaard, H. & Grøndahl, V. (2017) Routines in the community nursing services for assessing nutritional status	Beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere brukernes ernæringsstatus.	Kvantitativ Totalt 273 ledere fra ulike kommuner i hjemmesykepleien. 212 helsepersonell fra totalt 13 kommuner i landet som svarte på spørreskjema.	Sykepleier/ ledere	Svemed+
Meyer, S., Velken, R. & Jensen, L. (2017) Vurdering av ernæringsstatus- et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien	Å undersøke hjemmesykepleiens tilnærming til ernæringspraksis i samsvar med nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge underernæring.	Kvalitativ Totalt 19 sykepleiere og ledere. analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter og tolv gruppesamtaler.	Sykepleier/ ledere	Svemed+

## 4 Analyse av studier

For å analysere de utvalgte artiklene er det benyttet Friberg. (2017) sin femtrinns analysemodell. Analysen dreier seg om å bevege seg fra helheten til delene, og finne en ny helhet som til slutt vil bli resultatet i denne oppgaven (Friberg, 2017, s. 136-137). Steg 1 ifølge Friberg er å lese gjennom resultatene fra de ulike artiklene flere ganger, og skrive et sammendrag fra hver artikkel. Dette steget vil være til hjelp for å få en større forståelse for hva artiklene handler om, og hva de har funnet ut. Videre settes det sammen en tabell hvor man samler de ulike nøkkelfunnene fra de utvalgte artiklene. Dette steget er nyttig for å samle opp hver studies hovedfunn og sammenligne disse (Friberg, 2017, s.137). Ved å se på alle resultatene, veie de opp mot hverandre og se på hvilken måte de svarer på oppgavens problemstilling, førte til slutt til en ny helhet, som er oppgavens resultat. Hovedfunn og underkategorier blir presentert i tabell 4.

## 5 Resultater

Dette kapittelet tar for seg resultatet av fem vitenskapelige studier. Resultatet er delt inn i fire hovedkategorier og deretter underkategorier, som er vist i tabell 4.

**Tabell 4:** Hovedkategori og underkategorier om demens og underernæring

Hovedkategorier	Underkategorier
Vurdering av brukerens ernæringsstatus	
Samarbeid forutsetter god ernæringsmessig omsorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeid med pårørende</li> <li>• Samarbeid med kollegaer</li> </ul>
Tid, kunnskap og ressurser	

### 5.1 Vurdering av brukerens ernæringsstatus

Rognstad et al. (2013) ser på kartlegging av brukernes situasjon og ernæringsstatus som avgjørende, da sykdomsforløpet til brukere som lever med demens kan variere (Rognstad et al., 2013). Meyer et al. (2017) påpeker i sin studie, viktigheten av sykepleierens kunnskap og

forståelse for brukerens opplevelse av egen livssituasjon og personlige utfordringer og fremhever det som kjernen i sykepleiepraksis (Meyer et al., 2017). Rognstad et al. (2013) påpeker også betydningen av å tilrettelegge tjenestetilbudet med respekt for brukerens integritet og verdighet. Tilbudet og tiltaket skal tilpasses den enkelte brukers behov og rutiner (Rognstad et al., 2013).

Rognstad et al. (2013) fremhever viktigheten av å foreta månedlig screening for å forebygge forverring og for å dokumentere forandringer i vektøkning. Studiene i oppgaven benytter seg av kartleggingsverktøy som MNA, MNA-SF og ernæringsjournalen for å kunne identifisere og kartlegge brukere med eller i risiko for underernæring (Johansson et al., 2017; Rognstad et al., 2013; Aagaard & Grøndahl, 2017). Rognstad et al. (2013) trekker frem at 40,4% av de brukerne med demens som mottar hjemmesykepleie er i fare for underernæring, mens 10% allerede var underernærte når vurderingen ble utført med kartleggingsverktøyet MNA. Flere av studiene undersøker også effekten av bruk av regelmessig vektkontroll som tiltak for å overvåke og kartlegge brukeres ernæringsstatus (Johansson et al., 2017; Meyer et al., 2017; Aagaard & Grøndahl, 2017). I Meyer et al. (2017) sin studie uttrykker enkelte sykepleiere derimot at det er upassende å veie brukerne, og begrunner dette med at brukerens verdighet og selvbestemmelse kan bli krenket (Meyer et al., 2017). Samtlige deltakere fra samme studie påpeker på den andre siden at kartlegging av brukerens vekt, er avgjørende, og peker på at det kan planlegges sammen med bruker når sykepleieren skal ta vekt (Meyer et al., 2017).

Johansson et al. (2017) utforsker betydningen av å identifisere mulige årsaker til underernæring og risiko for underernæring før en iverksetter tiltak (Johansson et al., 2017, s. 295). Studien oppdaget bedring i vekt hos de brukerne som hadde tilstrekkelig dokumentasjon rundt mulige underliggende årsaker. Det ble derimot ikke funnet bedring i kroppsvekt hos brukerne der denne dokumentasjonen manglet. Slik kan en opprette mer effektive og individuelle tiltak som er tilpasset hver enkelt bruker (Johansson et al., s. 296).

Samtlige av studiene peker på mangel på rutiner innad i hjemmesykepleien som en hindring for god risikovurdering og oppfølging av ernæringsstatus hos brukerne (Aagaard & Grøndahl, 2017). Totalt 45% av sykepleierne i studien uttrykker at hjemmesykepleien ikke hadde rutiner for vurderingsverktøy, kartlegging og oppfølging av brukernes ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017). Hele 69,2% av sykepleierne i samme studie, svarte «nei» på spørsmål om det var rutiner for vektkontroll av brukerne ved innleggelse eller vedtak, og over halvparten svarte



«nei» eller «vet ikke» til om de hadde en bærbar vekt til å ta med seg rundt til brukerne (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Informantene i studien til Meyer et al. (2017) uttrykker også at mangel på rutiner rundt ernæringskartlegging kan være et hinder for bruk av vurderingsverktøy og oppfølging i praksis (Meyer et al., 2017). Deltakerne understreker at ernæringskartlegging må integreres på et organisatorisk nivå. Ledelsen må rette oppmerksomhet og fokus på temaet, slik at det kan forankres faste rutiner som ikke sklir ut (Meyer et al., 2017).

## 5.2 Samarbeid forutsetter god ernæringsmessig omsorg

Ut fra funnene kommer det frem at sykepleierne er klar over viktigheten av et godt samarbeid med pårørende, kollegaer og ledere for å oppnå faglig forsvarlig og god ernæringsmessig omsorg (Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019; Aagaard & Grøndahl, 2017). Studien fremhever sykepleiernes ernæringsmessige omsorg som et kollektivt ansvar, som impliserer at alle aktører må bidra og anerkjenne behovet for samarbeid mellom ledere, sykepleiere og pårørende (Mole et al., 2019, s. 5).

### 5.2.1 Samarbeid med pårørende

Rognstad et al. (2013) peker på at tilstrekkelig kunnskap rundt risikofaktorer er avgjørende for å iverksette nødvendige tiltak så tidlig som mulig for å forhindre at underernæring oppstår og mulige komplikasjoner som følge av det (Rognstad et al., 2013). Dersom Pårørende har kunnskap om ulike risikofaktorer, kan det ha stor betydning for et godt samarbeid mellom sykepleier og pårørende. Mole et al. (2019) fremhever at sykepleierne i hjemmetjenesten kan være en form for støtte til de pårørende, og de kan tilby struktur og stabilitet i form av gode råd og tilstedeværelse. Det kan derimot være utfordrende å skille mellom å gi råd, og diktere hva pårørende skal gjøre (Mole et al., 2019, s. 5).

Et mulig forebyggende tiltak Mole et al. (2019) belyser, er at pårørende kan handle med brukerne. «(...) They can go shopping together. If she's putting loads of stuff in the basket, in her mind she's saying oh I like that" (Mole et al, 2019, s. 6). Dette støttes av Rognstad et al. (2013), som påpeker at brukere som foretar matinnkjøp og tilbereder maten selv eller sammen med noen, har 64% lavere sannsynlighet for å utvikle underernæring (Rognstad et al., 2013).

### 5.2.2 Samarbeid med kollegaer

Meyer et al. (2017) fremhever lederens viktige rolle i å etablere effektive interne rutiner i hjemmesykepleien for ernæringskartleggingsverktøy (Meyer et al., 2017). Aagaard og Grøndahl (2017) støtter denne oppfatningen i sin studie, hvor 26% av sykepleierne mente deres ledere ikke erkjente viktigheten av å bruke screeningverktøy og vurdere brukernes ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017). Videre ga 50, 2% av sykepleierne uttrykk for usikkerhet rundt tydelig ansvarsfordeling for å sikre at brukernes ernæringsbehov blir ivaretatt (Aagaard & Grøndahl, 2017). Det manglende samarbeidet og kommunikasjonen kan føre til uklare ansvarsforhold. Noe som potensielt hindrer fremdriften av kunnskapsbasert praksis (Meyer et al., 2017). Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus kan bidra til at underernæring ikke går under radaren, og derfor er det viktig at både lederne og sykepleierne er aktive pådrivere i arbeidet mot å kvalitetsutvikle gode rutiner rundt ernæringskartlegging og oppfølging til brukere som lever med demens (Aagaard & Grøndahl, 2017). Meyer et al. (2017) vektlegger gruppediskusjoner som et godt verktøy for sykepleiere for å styrke sitt faglige engasjement for ernæring og lokal kunnskap (Meyer et al., 2017).

### 5.3 Tid, kunnskap og ressurser

Sykepleierne i samtlige av studiene opplever tid som det største hinderet for å oppnå tilstrekkelig vurdering og oppfølging av brukernes ernæringsstatus (Meyer et al., 2017; Aagaard & Grøndahl, 2017). Meyer et al. (2017) trekker frem måltidens sosiale betydning. Det å spise sammen med brukeren mener mange av deltakerne i studien hadde vært et trivselskapende tiltak, men poengterer at det er praktisk vanskelig å gjennomføre i hjemmesykepleien (Meyer et al., 2017; Rognstad et al., 2013). Rognstad sin studie ser i likhet med Meyer et al. (2017) betydeligheten av det sosiale aspektet med å spise måltider sammen, og begrunner med at kommunikasjon og sosialt samvær kan ha en positiv innvirkning på brukeren og ernæringsstatus (Rognstad et al., 2013). Mole et al. (2019) trekker også frem; «Sometimes if you sit down and eat with someone, they will eat as well. It is what they can see, not feel (...) it's what you do that makes a difference» (Mole et al., 2019, s. 8).

Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) ser problematisk på praksisen med å varme opp middag i mikrobølgeovnen, da det ikke alltid fremhever matlyst hos brukeren. En sykepleier i studien sier; «mild eim fra mikrobølgeovnen i 3 minutter skjærer ikke appetitten» (Meyer et al., 2017). Mole et al. (2019) uttrykker også skepsis til ferdig laget mat. Sykepleierne oppdaget

ofte at mange av de ferdige måltidene som ble levert ikke hadde blitt spist, og lå i fryseren. Informantene i studien peker på tidsbegrensninger og manglende fokus på ernæringsproblemer hos brukere som lever med demens som mulige årsaker til at underernæring overses (Mole et al., 2019, s. 4).

I studiene fremheves sykepleiernes faglige kompetanse og kunnskap om emnet som en viktig faktor for å gjenkjenne brukere i risiko for underernæring, og iverksette nødvendige tiltak for å forebygge underernæring hos hjemmeboende med demens. I artikkelen til Aagaard et al. (2017) svarte samtlige av sykepleierne at de ønsket å forbedre kunnskapen om ernæringsmessige faktorer knyttet til eldre med demens (Aagaard & Grøndahl, 2017). For å opparbeide seg kunnskap og kompetanse rundt ernæring hos hjemmeboende med demens, fremhever Mole et al. (2019) viktigheten av økt oppmerksomhet på ernæringsmessige utfordringer hos eldre som lever med demens. De understreker behovet for mer opplæring blant sykepleierne i hjemmetjenesten som et viktig prinsipp (Mole et al., 2019, s. 6). På lik linje med Aagaard og Grøndahl (2017) sin studie uttrykker informantene i Mole et al. (2019) at kunnskapen rundt ernæring hos hjemmeboende med demens er utfordrende og varierende, og pekte på dette som en viktig faktor for å ikke kunne identifisere å iverksette nødvendige tiltak tidnok (Mole et al., 2019, s. 6).

Arbeid i hjemmetjenesten innebærer at det er mange forskjellige pleiere som er innom hos brukerne, som kan være en utfordring knyttet til variasjoner av kompetanse og kunnskapsgrunnlag (Mole et al., 2019, s. 6). Videre mener de at god opplæring for alle vil være en fordel da det kan øke bevisstheten rundt problematikken blant hver enkelt sykepleier og annet helsepersonell som er involvert. På denne måten kan sykepleiere ha de riktige verktøyene for å plukke opp viktig informasjon, rapportere videre og iverksette tiltak (Mole et al., 2019, s. 6). Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) poengterer deres rolle i å videreføre kunnskap og faglig engasjement til andre gjennom gruppediskusjoner, rapporter, personalmøter og veiledning. Sykepleieren vektlegger viktigheten av bred kunnskap om næringsstoffer og matkombinasjoner for å dekke ernæringsbehovet (Aagaard & Grøndahl, 2017). Rognstad et al. (2013) understreker behovet for tilstrekkelig kaloriinntak for å oppfylle kroppens ernæringsbehov.

## 6 Diskusjon

Diskusjonsdelen består av to deler, metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen diskuteres det rundt metoden som er brukt i denne bacheloroppgaven og kildekritikk. I resultatdiskusjonen drøftes oppgavens resultater i lys av oppgavens problemstilling, hensikt og teori.

### 6.1 Metodediskusjon

Oppgavens tema, problemstilling og forfattere vil naturligvis ha en betydning for valg av studier og kilder. En ulempe med dette er at man velger ut studier og data som passer det man ønsker å få frem, og dermed introdusere bias, altså skjevhet i oppgaven. På denne måten vil man velge ut resultater slik at det skal passe ens eget synspunkt. For å håndtere dette, var inklusjons og eksklusjonskriteriene som nevnt i metodedelen satt før litteratursøket startet. For å vurdere litteraturen brukt i oppgaven er Dallands (2021) metode benyttet for å vurdere studienes validitet og reliabilitet. Validitet står for relevans og gyldighet, og reliabilitet omhandler pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og at feilmarginer angis (Dalland, 2021, s. 43). Kildens kvalitet vurderes ut fra troverdighet og ekthet (Dalland, 2021, s. 153).

Oppgaven har benyttet seg av fem ulike studier med både kvalitativ (Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019) og kvantitativ metode (Johansson et al., 2017; Rognstad et al., 2013; Aagaard & Grøndahl, 2017). Med mer tid og ressurser til rådighet, ville det vært hensiktsmessig å inkludere flere studier for å gi oppgaven et bredere og mer kvalitetssikret resultat. Oppgaven fokuserer på ernæringsstatus og kartlegging av hjemmeboende brukere som lever med demens, et mindre utforsket område sammenlignet med institusjonsmiljøer. Dette gjorde at søket ble noe mer begrenset på grunn av mindre forskning. Engelskspråklige studier ble benyttet (Johansson et al., 2017; Mole et al., 2019), noe som kan ha ført til at enkelte ting i løpet av prosessen kan ha blitt misforstått, men innholdet i de ulike studiene har blitt analysert og grundig gått igjennom som trolig også har ført til en god oversettelse.

Oppgaven har bevisst valgt å analysere studier fra vestlige land, på grunn av at helsevesenet og sykepleieutøvelse kan sammenlignes mer med Norge enn andre verdensdeler. Denne avgrensningen begrenser dermed vår forståelse av sykepleiens rolle og praksis i land utenfor Europa. Studien fra England (Mole et al., 2019), hever usikkerhet rundt hvorvidt hjemmesykepleiens struktur der samsvarer med norske forhold, potensielt påvirker studiens

validitet og reliabilitet. Til tross for dette vurderes studien som troverdig da beskrivelser og betraktninger den presenterer er gjenkjennbare og relevante også for norske forhold.

De valgte studiene ble nøye utvalgt basert på fagfellevurdering og publisering i fagfellevurderte tidsskrifter innenfor helsefag for å styrke validiteten. For å vurdere den tidsmessige relevansen av forskningen, har oppgaven kun benyttet seg av studier som ikke er eldre enn ti år, da eldre litteratur kan mangle oppdatert forskning. Videre ble det lagt vekt på at studiene fulgte en IMRaD- struktur som inneholder en innledning, metode, resultat og diskusjonsdel. Det er også viktig at litteraturen i studiene på hver sin måte svarer på den gitte problemstillingen (Dalland, 2021, s.155). De fem utvalgte studiene er publisert i anerkjente, fagfellevurderte tidsskrifter som Sykepleien Forskning, BMC geriatrics og Journal of Nutrition, Health and Aging.

Studiene fra databasen Svemed+ er publisert på norsk i tidsskriftet Sykepleie Forskning og studiene var gjennomført i Norge. Dette gjør artiklene høyst aktuelle til denne oppgaven og øker validiteten av funnene til det norske helsevesenet. En studie inkluderte 273 ledere, 212 sykepleiere fra 13 kommuner fordelt på fem helseregioner (Aagaard & Grøndahl, 2017). En annen studie hadde 19 deltakere fra to norske kommuner med rundt 20 000 innbyggere hver, som bidrar til å styrke validiteten (Meyer et al., 2017). Forskning fra disse kommunene kan være overførbare til andre kommuner i landet fordi struktur og rammer i hjemmesykepleien skal være like, men ressursene kan ofte være ulike. Disse studiene, skrevet av sykepleiere og geriatriske sykepleiere, demonstrerer tilstrekkelig kunnskap og oppfyller kravene til kvalitet.

Studien fra Sverige inkluderte 1912 deltakere, alle 65+ år og registrert i et nasjonalt svensk demensregister (Johansson et al., 2017). Selv om denne studien omhandlet hjemmeboende med demens, utgjorde de bare en tredjedel av de diagnostiserte i registeret. Registreringen ble gjort i spesialiserte poliklinikker og i primærhelsetjenesten. Dette kan påvirke studiens reliabilitet og validitet grunnet variasjon i utførelsen av kartleggingsverktøyene av ulike helsepersonell. Det er også mulig at det som gjøres i poliklinikkene og primærhelsetjenesten, ikke er direkte overførbart til forholdene for hjemmeboende, noe som ytterligere kan påvirke studiens relevans for den hjemmebaserte settingen. Til tross for dette, ble studien vurdert som av kvalitet da den baserer seg på evidensbasert forskning. Den legger vekt på viktigheten av sykepleieres evne til dokumentasjon og kunnskapsnivå innenfor et nasjonalt forebyggingsprogram for å oppnå ønskede resultater (Johansson et al., 2017).

Mole et al. (2019) inkluderte totalt sju informanter som enten var sykepleiere, faglige ledere eller ernæringsfysiologer. Artikkelen er publisert i tidsskriftet BMC Geriatrics, et tidsskrift som publiserer fagfellevurderte forskning om eldre menneskers helse og helsevesen internasjonalt, styrker dette studiens reliabilitet. Informantene ble rekruttert gjennom forskerens nettverk, potensielt påvirkende for intervjuresultatene da forskeren kan ha hatt kjennskap til deltakerne fra før, som kan ha introdusert seleksjonsbias (Dalland, 2021, s. 60). Informantene ble presentert med en problemstilling fra hjemmesykepleien og ba om å svare ut fra eget perspektiv, noe som kan ha påvirket svarene mot forventningene fra deres profesjonelle rolle. På tross av dette vurderes studien som aktuell fordi den er fra 2019, gir oppdatert informasjon, er publisert i et relevant tidsskrift og oppfyller øvrige kvalitetskrav.

## 6.2 Resultatdiskusjon

I følgende kapittel diskuteres hovedfunn og underkategorier i sammenheng med teori og egne refleksjoner. Før arbeidet med denne bacheloroppgaven startet, ble det nedskrevet egne ideer og tanker rundt hvilke funn som kan komme ut fra artiklene. Dette var gunstig for å minske risiko for bias i arbeidet med denne oppgaven, og å unngå at egne forhåndsoppfatninger legger rammer for oppgaven (Dalland, 2021, s. 60)

### 6.2.1 Vurdering av ernæringsstatus

Oppgavens utvalgte studier konkluderer med at kartlegging av ernæringsstatus er grunnleggende tiltak for å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende som lever med demens (Johansson et al., 2017; Meyer et al., 2017; Rognstad et al., 2013; Aagaard & Grøndahl, 2017). Årsaken til at underernæring får utvikle seg, kan ofte være at problemet ikke blir tidlig nok identifisert, og avdekking av brukere i ernæringsmessig risiko gjør det mulig å iverksette tiltak før underernæring oppstår (Helsedirektoratet, 2022b, s. 5).

Flere av studiene benyttet Mini Nutritional Assessment (MNA) som kartleggingsverktøy for å kartlegge ernæringstilstanden til brukerne (Johansson et al., 2017; Rognstad et al., 2013). Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal alle tjenestemottakere i hjemmesykepleien risikovurderes for underernæring ved innleggelse eller vedtak, og deretter månedlig (Helsedirektoratet, 2022b, s. 3). Videre anbefales både MNA og Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for vurdering av ernæringsmessig risiko i hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2022b, s. 9). Etersom flere av studiene benyttet seg av

MNA, antyder det at det er et relevant instrument for å vurdere ernæringsstatus, og kan bidra til å gjøre kartleggingen mer praktisk og gjennomførbar.

Oppgavens funn viser til at vektregistrering er et viktig og effektivt tiltak for å kartlegge ernæringsstatusen hos brukere med demens (Johansson et al., 2017; Meyer et al., 2017; Aagaard & Grøndahl, 2017). Vektkontroll og KMI-mål er enkle metoder som anbefales for å vurdere endringer i ernæringsstatusen og er inkludert i MNA-verktøyet (Helsedirektoratet, 2022b, s. 16). Aagaard og Grøndahl (2017) avslørte mangler i rutineene for vektkontroll av brukere med demens, der 69, 2% av sykepleierne ikke hadde faste rutiner for vektmåling ved innleggelse eller vedtak. Over halvparten svarte «nei» eller «vet ikke» til om de hadde en bærbar vekt til å ta med seg rundt til brukerne (Aagaard & Grøndahl, 2017). Dette kan peke på et generelt neglisjert område innen demensomsorgen i hjemmetjenesten. Demens kan øke risikoen for underernæring og kan forverre symptomer samt øke dødeligheten (Helsedirektoratet, 2022b, s. 45). Derfor er det nødvendig å rette stor oppmerksomhet mot disse brukerne og argumentere for viktigheten av en helhetlig vurdering av ernæringstilstanden.

Sykepleiernes behov for kommunal og ledelsesmessig forankring av ernæringskartlegging støttes av Meyer et al. (2017). Det er essensielt at lederne i hjemmesykepleien viser interesse for temaet og implementerer gode rutiner for ernæringskartlegging (Meyer et al., 2017). Lederne i organisasjonen må tilrettelegge for tilfredsstillende opplæring i retningslinjer og prosedyrer for å sikre kvaliteten og nøyaktigheten i ernæringsomsorgen (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Sykepleierne fra studien til Meyer et al. (2017) fant det upassende å veie brukerne da det kan krenke deres verdighet og selvbestemmelse (Meyer et al., 2017). I hjemmesykepleien befinner arenaen for omsorg seg i noen andres hjem, man kommer inn i brukernes mest private og sårbare atmosfære, et sted der brukerne føler seg trygge (Fjørtoft, 2016, s. 28). Å vise omsorg og respekt for den andres liv, valg og helse står høyt når man skal arbeide i brukerens hjem. På denne måten ønsker man ikke å krenke brukerens verdighet med å antyde at de ikke er i stand til å ivareta sitt eget matinntak lenger, og legger det frem som noe de må gjøre, som igjen kan krenke den enkeltes selvbestemmelse. Samtlige av studiedeltakerne fra samme studie (Meyer et al., 2017), oppdaget derimot at planlegging av tidspunkt for veiing og ernæringskartlegging sammen med brukerne kunne være et godt tiltak for å involvere brukerne i prosessen og erfarte også at brukerne tok dette positivt imot (Meyer et al., 2017). Slik kan brukere få en følelse av at sykepleierne bryr seg om dem, og gi dem autonomi. Brukere som lever med demens, har økt risiko for underernæring på grunn av hukommelsessvikt og kan

ha utfordringer med daglige aktiviteter som matlaging og å huske å spise (Fjørtoft, 2016, s. 71). Derfor er det viktig at sykepleier overvåker vekt og KMI for tidlig deteksjon av vekttap og igangsetting av forebyggende tiltak.

Meyer et al. (2017) understrekte viktigheten av å forstå brukerens perspektiv for et helhetlig sykepleieperspektiv. Ved kjennskap til brukerens verdier og rutiner innenfor brukerens hjem kan det gi sykepleieren muligheten til å veilede og tilpasse matsituasjonen (Rognstad et al., 2013). Dette fremhever behovet for personsentrert omsorg, og gir sykepleieren muligheten til å observere og dokumentere objektivt i brukerens journal. I helsepersonelloven §39-40 er sykepleiere pliktet til å journalføre og dokumentere ved endringer i forhold til endringer relatert til matsituasjon (Helsepersonelloven, 1999, §39-40). Dette krever tilstedeværelse under måltidet for å notere observasjoner og eventuelle endringer relatert til matinntak og håndtering av mat. For å kunne se en mulig endring og ha en grunn til å iverksette tiltak er det viktig å ha dokumentasjon på bistandsbehov og mulige underliggende årsaker som Johansson et al. (2019) beskriver. Dersom man har dokumentasjon om mulige årsaker, kan en iverksette mer målrettede og tilpassede tiltak. Hos brukere som lever med demenssykdom kan hjelpebehovet variere ut fra hvor langt sykdommen har utviklet seg og derfor viktig å dokumentere i forhold til hvilke hjelpebehov brukeren trenger i dagliglivet. (Kirkevold et al., 2021, s. 423).

### 6.2.2 Samarbeid forutsetter god ernæringsmessig omsorg

En av studiene som er inkludert, understrekte viktigheten av god kommunikasjon og samarbeid mellom pårørende, bruker og sykepleier (Mole et al., 2019, s. 5). Pårørende har ofte en nøkkelrolle i omsorgen for brukere med demens, og de utfører betydelig omsorgsarbeid i tillegg til hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 106). Sykepleierne i en studie opplevde samhandlingen med pårørende som en viktig brikke i ernæringsomsorgen (Mole et al., 2019, s. 5). Informantene var klare på at de hadde som oppgave å være en støtte til de pårørende, men opplevde det som utfordrende å finne balansen mellom å gi råd, og å gi instruksjoner (Mole et al., 2019, s. 5). Dialog og samarbeid er sentralt i samhandling med pårørende, og det viktigste for de pårørende er å være trygge på at deres familie medlem får nok hjelp, og blir møtt med omsorg og forståelse. Grunnet samfunnsutviklingen er det større andel eldre pleietrengende, enn det det er sykepleiere (Regjeringen, 2023), derfor er samhandling mellom alle aktører avgjørende for å sikre en effektiv ernæringsomsorg for brukere med demens. Dermed er det essensielt at sykepleier etablerer en god relasjon og god kommunikasjon med pårørende. Samtidig har sykepleier en rolle som innebærer å veilede og undervise pårørende, slik at de føler seg trygge og kompetente



i ernæringsarbeidet (Kirkevold et al., 2021, s. 144). Dette kan inkludere informasjon om brukerens spisevaner, preferanser og medisinbruk. Sykepleier kan også motivere pårørende til å tolke observasjonene som blir gjort, for eksempel som mulige tegn på underernæring eller dårlig ernæringsstatus (Kirkevold et al., 2021, s. 149). Pårørende utgjør en verdifull ressurs med sin kjennskap til brukerens sykdomsutvikling og matpreferanser, noe som brukeren kanskje har vanskeligere for å formidle direkte.

På grunn av kognitiv svikt symptomer som følger med demens kan informasjonsutveksling mellom bruker, pårørende og hjemmesykepleien være utfordrende (Fjørtoft, 2016, s. 72). Et eksempel er når brukeren viser tegn til agitasjon rundt matsituasjonen, men hevder å spise selv. Pårørende kan rapportere om mat utgått på dato i kjøleskapet, som antyder at brukeren kanskje ikke spiser som påstått. Dette dilemmaet kan være aktuelt i hjemmesykepleien, og hindrer tilstrekkelig ernæringsoppfølging. Pårørendes observasjoner er viktige, og kan indikere en mangel på nødvendig oppfølging. Samtidig kan det være utfordrende for sykepleieren å tilnærme seg situasjonen uten å krenke brukerens verdighet. Informasjonen fra pårørende kan hjelpe sykepleieren med å identifisere og håndtere ernæringsproblemet bedre.

I studien til Mole et al. (2019) ble mathandling for brukere sammen med pårørende trukket frem som et av de mest virkningsfulle tiltakene for bedring av ernæringsmessig omsorg. Å handle sammen med noen kan føre til at bruker får velge de matvarene som de liker, i tillegg til at man bidrar til å skape et sosialt og betydningsfullt samvær. Funn fra studien til Rognstad et al. (2013) støttet også dette da det kommer frem at de som bidrar med matinnkjøp har en sammenheng med brukerens ernæringsstatus (Rognstad et al., 2013). De brukerne som foretar matinnkjøp selv, hadde en betydelig lavere risiko for å være underernærte eller være i risiko for å utvikle underernæring i forhold til de som ikke foretok matinnkjøp selv (Rognstad et al., 2013). Det er flere måter å tolke dette funnet på. Eldre med demenssykdom kan ha utfordringer med å dra på butikken å handle selv grunnet svekket kognitiv funksjon til å planlegge og gjennomføre handlingen (Kirkevold et al., 2021, s. 424). Med en pårørende som bistand i handlingssituasjonen kan brukeren motiveres til å velge matvarer som pårørende vet at vedkommende liker fra før, velge sunn og næringsrik mat, og mat som vil dekke energibehovet. Samlet sett tyder disse funnene på at hjemmesykepleiere med fordel kan ha fokus på samarbeid og gi støtte til de pårørende. Dette kan øke kvaliteten på demensomsorgen i forhold til ernæring.

Et godt samarbeid og organisering innad i hjemmesykepleien vil være en forutsetning for å kunne sikre mest mulig kontinuitet og samordning av hjelpen som gis (Fjørtoft, 2016, s. 193). I en hektisk setting med begrenset tid per besøk og personal som jobber turnus er det en utfordring å administrere tjenesten på en slik måte at brukerne opplever kontinuitet og trygghet (Fjørtoft, 2016, s. 203). Flere forhold er vesentlige for å oppnå kontinuitet og trygghet for brukere. Godt samarbeid mellom personale og informasjonsutveksling er grunnleggende (Fjørtoft, 2016, s. 204). Dersom en legger til rette for informasjonsutveksling i form av gruppesamtaler eller faglige diskusjoner, kan man åpne opp for alle til å dele sine erfaringer, og sykepleier kan i tillegg dele sin kunnskap om ernæringsomsorg. Informantene i studien til Meyer et al. (2017) beskrev en styrking av sitt faglige engasjement for ernæring i slike gruppediskusjoner. Her kunne de videreføre sin sykepleiefaglige kunnskap, og erfaringer hos enkelte brukere til andre pleiemedarbeidere og assistenter slik at ernæringsomsorgen som gis kan ha bedre kontinuitet og gjennomførelse (Meyer et al., 2017). På denne måten kan hjemmesykepleien skape et viktig forum for kompetanseheving om ernæring hos brukere med demens for sykepleiere, slik at flere vet hva de skal observere og dokumentere i etterkant av besøk.

### 6.2.3 Tid, kunnskap og ressurser

Samtlige av de utvalgte studiene pekte på tid, kunnskap og ressurser som noen av de største utfordringene for sykepleier i forebygging av underernæring, og funnene fra studiene viser til at samtlige av sykepleierne ikke følte de hadde nok kunnskap om tematikken (Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019; Aagaard & Grøndahl, 2017). Hverdagen i hjemmesykepleien kan være hektisk, og det foreligger mye krav og gjøremål i løpet av en dag (Fjørtoft, 2016, s. 164). Tid er en avgjørende faktor for å ivareta god omsorg som er tilpasset hver enkelt bruker, og som kan føre til at sykepleier får begrenset til å identifisere risikofaktorer og eventuelle symptomer på underernæring (Fjørtoft, 2016, s. 164). Informantene i studien støttet dette opp ved å være kritiske til kommunens utforming av tidsbegrensende vedtak, som de opplevde som faglig begrensende. Dersom oppdraget sier dusj, kan det hende at en ikke spør om mat før en ser at det er et problem (Meyer et al., 2017). Tidsbegrensinger kan føre til at sykepleier må prioritere den tiden en har hos hver enkelt, ettersom man har flere å besøke, og kan føre til at man utfører kun det som tiltaket sier, og skynder seg videre (Fjørtoft, 2016, s. 164). Tidsmangel fører til prioritering av akutte behov, noe som begrenser fokuset på forebyggende tiltak. Dette kan føre til at ernæringsrelaterte risikofaktorer og symptomer ikke oppdages, dermed kan underernæring utvikle seg uten at nødvendige tiltak blir iverksatt.

Manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant sykepleiere om ernæringsstatus og ernæringsbehov hos brukere er en betydelig medvirkende faktor til at dårlig ernæringsstatus ikke blir oppdaget, og at mange er i fare for å utvikle underernæring (Helsedirektoratet, 2022b, s. 42). Funnene i studien til Aagaard og Grøndahl (2017) avdekket at 63, 2% av sykepleierne ikke visste om de nasjonalfaglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, og over 80% ønsket mer kunnskap om ernæring og næringsstoffer (Aagaard & Grøndahl, 2017). I følge helsepersonelloven (1999) skal sykepleier utføre pleie i samsvar med krav til faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette innebærer at sykepleier har et individuelt ansvar for å yte etisk forsvarlig sykepleie og holde seg faglig oppdatert i henhold til lover og forskrifter (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Sykepleiernes fokus på ernæring er også viktig for å yte etisk forsvarlig sykepleie, og forebygging av videre sykdom eller degenerering av demenssykdom.

#### 6.2.4 Sykepleierteori

Virginia Henderson beskrev i sin teori, betydningen av å møte brukernes grunnleggende behov for å fremme helse og helbredelse. Et av disse behovene, ifølge Henderson, omfatter tilstrekkelig inntak av mat og drikke (Kristoffersen et al., 2021, s. 237). For hjemmeboende brukere med demens, som kan ha vansker med å få i seg nødvendig næring, er det sykepleierens oppgave å støtte dem med veiledning, tilrettelegging og oppmuntring. Betydningen av å etablere faste rutiner for veiting av brukeren ble fremhevet som et viktig funn. For å fremme brukerens mestring i egen livssituasjon er det essensielt å tilrettelegge og veilede på en måte som er tilpasset deres behov. Det kan være nyttig å gi instruksjoner trinn for trinn for å gjøre informasjonen lettere å absorbere, og dermed hjelpe brukeren til å utføre oppgaven selvstendig. Når brukeren mestrer en situasjon som sykepleieren har tilrettelagt, kan dette skape glede og bidra til å bygge en sterkere relasjon mellom sykepleieren og brukeren med demens. Denne relasjonen kan bidra til en mer positiv og støttende atmosfære rundt ernæringsomsorgen, noe som kan oppmuntre til bedre spisevaner, økt ernæringsinntak, og dermed bedre ernæringsmessig omsorg.

Teorien beskriver også i et av punktene at å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine behov og følelser, som en essensiell del av ernæring (Kristoffersen et al., 2021, s. 237). Dette kan være krevende for brukere med demens, men det er fremdeles noe sykepleiere må ta tak i. Handling

med pårørende kan være viktig her, da det kan fungere som et middel for å knytte kontakt med andre og tilby en form for aktivitet eller underholdning. Dette kan imøtekomme et annet behov, som Henderson beskriver, ved å gi en følelse av å oppnå noe. Med denne interaksjonen vil brukeren kunne oppleve sosial tilhørighet og kanskje føle seg mer produktiv, noe som totalt sett kan styrke deres følelse av egenverd og selvstendighet.

Tid er en verdifull ressurs for både sykepleieren og brukeren som lever med demens. Dersom sykepleiere mangler tilstrekkelig tid til å tilrettelegge, veilede og motivere bruker, kan det ende opp med at sykepleieren utfører oppgavene som egentlig var ment for brukeren selv. Prinsippet om hjelp til selvhjelp blir brutt på grunn av tidsbegrensninger. Det er viktig at sykepleieren har tilstrekkelig tid når brukeren skal gjøre oppgaver selv, for eksempel å smøre en skive. Manglende mulighet til å gjøre oppgaver selv kan føre til tap av mestringsfølelse og livskvalitet hos brukeren, noe som strider mot Hendersons prinsipper da de legger vekt på å styrke brukernes selvstendighet og evne til å ta vare på seg selv. Hendersons prinsipper understreker behovet for at sykepleieren legger til rette for at brukeren kan utføre oppgavene selv så langt det er mulig, noe som ikke alltid er mulig å oppnå dersom det er mangel på tid og ressurser (Kristoffersen et al., 2021, s. 237).

## 7 Anvendelse i sykepleiepraksis

Sykepleiere i hjemmesykepleien må holde seg faglig oppdatert og anvende sin kompetanse for å sikre god ernæringsomsorg for personer som lever med demens. Spesielt de i fare for eller som lider av underernæring. Identifisering og forebygging av underernæring hos eldre hjemmeboende som lever med demens er avhengig av sykepleierens kompetanse, interesse og oppmerksomhet. Basert på oppgavens funn bør sykepleier være bevisste på ernæringsproblemer hos eldre brukere som lever med demens. Dette inkluderer grundig dokumentasjon av bistandsbehov og årsaker for å implementere passende tiltak. Ernæringskartlegging er avgjørende for å identifisere risiko for underernæring tidlig, krever faste rutiner og kunnskapsoverføring til kolleger. Pårørende er en verdifull ressurs i ernæringsomsorgen, og sykepleiere bør benytte sin fagkunnskap sammen med riktige verktøy for å involvere dem, kolleger og ledere for å oppnå kvalitetsarbeid.

## 8 Konklusjon

Denne bacheloroppgaven om demens og underernæring sett fra et sykepleieperspektiv, der problemstillingen er «Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos hjemmeboende med demens?».

Resultatene viser manglende rutiner og dokumentasjon i vurderingen av ernæringsstatus hos brukere som lever med demens i hjemmesykepleien. Kartleggingsverktøy som MNA og regelmessig vektmåling anses som viktige for å oppdage endringer i kroppsvekten. Dokumentasjon av underliggende årsaker har en betydelig virkning av å identifisere årsakssammenhenger, slik at en kan iverksette tiltak rettet mot årsaken.

Tid, ressurser og kunnskap er essensielt for tidlig oppdagelse av underernæring. Det kan være krevende slik hjemmesykepleien er organisert med tidssatte oppdrag hos den enkelte bruker. På grunn av demenssykdom sine degenerative aspekter, kan sykdommen ha store innvirkninger på den enkeltes liv. Dersom det også foreligger underernæring vil det kunne føre til konsekvenser i form av forverring av symptomer, føre til økt skrøpelighet og dødelighet. Derfor er oppgavens oppfatning at det trengs mer forskning om tematikken, slik at det kan bidra til en bedre forståelse og tidlig forebygging gjennom økt bevissthet og oppmerksomhet. Dette vil føre til bedre sykepleie og tidlig forebygging av underernæring og degenererende helse generelt.

## Referanser

- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 12, Artikkel e-61219.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219>
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- FN-sambandet. (2023, 15. september). *God helse og livskvalitet*. Hentet 14. november 2023 fra <https://fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur.
- Helsebiblioteket. (2021, 30. september). *Kunnskapsbasert praksis: PICO*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Helsedirektoratet. (2022a, 21. desember). *Helsetenester i heimen*. Helsenorge.  
<https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsetjenester-i-hjemmet/>
- Helsedirektoratet. (2022b, 14. mars). *Om underernæring*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>
- Helsedirektoratet. (2022c, 14. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering#apiUrl>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/pro/NL/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 & aging*, 21(3), 292-298. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2021). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg.). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E. A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (4. utg.). Gyldendal.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C.,

- Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus–et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 12, Artikkel e-61797. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>
- Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbott, R. (2019). 'It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home. *BMC Geriatrics*, 19(1), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1270-4>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp*. Hentet 24. november 2023 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Regjeringen. (2023, 16. juni). *Regjeringen la fram ny eldrereform*. Hentet 15. november 2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-legger-frem-ny-eldrereform/id2985291/>
- Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 8(4). <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137>
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021). *Demens* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=#demens-i-sykehjem-og-hos-de-som-bor-hjemme>
- Strand, B. H., Berg, C. L., Syse, A., Nielsen, C. S., Skirbekk, V. F., Totland, T. H., Hansen, T., Vollrath, M. E. M. T., Blix, H. S., Husabø, K. J., Gjertsen, F., Meyer, H. E., Kvaavik, E., Nes, R. B., Reneflot, A., Ranhoff, A. H., Bye, E. K., Holvik, K., Hjellvik, V., ... Håberg, A. K. (2023). *Helse hos eldre i Norge* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/eldre/?term=#hovedpunkter>
- Strømme, H. (2017). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien Forskning*, 14, Artikkel e-61015. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.61015>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M. E., Rolland, Y., Guigoz, Y., Morley, J. E.,

Chumlea, W., Salva, A. & Rubenstein, L. Z. (2006). Overview of the MNA®-Its history and challenges. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 10(6).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17183418/>

Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (2022). *Sykdom og behandling* (3. utg.). Gyldendal.



## Vedlegg

**Vedlegg 1: Litteratormatrise for litteratursøk om demens og underernæring**

<b>Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land</b>	<b>Artikkel- tittel</b>	<b>Hensikten med studien</b>	<b>Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)</b>	<b>Metode og analyse</b>	<b>Utvalg/ populasjon</b>	<b>Hovedfunn/ resultater</b>
Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abott, R. (2019) BMC Geriatrics UK	It's what you do that makes a difference - An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home	Utforske erfaringene og oppfatninger av ernæringsmessig omsorg for hjemmeboende med demens fra helsepersonellets perspektiv.	Sykepleier/ ernæringsfysiolog	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved semistrukturerte intervjuer og supplert med bruk av en vignett som skisserer et scenario hvor en ektemann tar seg av sin kone med demens. Sykepleiere ble med vilje rekruttert fra lokale omsorgstjenester i det sørvestlige England, som alle hadde erfaring med personer med demens. Dataene ble analysert ved hjelp av tolkende fenomenologi	Totalt 7 helsepersonell og personell fra hjemmesykepleien fortalte om sine opplevelser med brukere med demens og ernæringsmessige utfordringer.	I artikkelen blir det fremhevet sykepleiernes ansvar om å yte og opprettholde tilstrekkelig ernæringsmessig omsorg til hjemmeboende brukere med demens, samt betydningen av et teambasert arbeid hvor både sykepleiere og

						pårørende må kommunisere godt for å bedre omsorgstilbudet og utfallet.
Johannson, L., Wijk, H. & Christensson, L. (2017) Springer Link Sverige	“Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program”.	Undersøke utfallet av endringer i kroppsvekt assosiert med bruk av en strukturert forebyggende omsorgsprosess blant personer med demens vurdert som i risiko for underernæring. Studien bidrar til	Sykepleier	En kvantitativ prepost analyse av data fra SA ble utført for å evaluere effekter på kroppsvekt blant personer med demens i den identifiserte risikogruppen. SA (senior Alert) ernæringsmessig data, inkludert risikovurdering, underliggende årsaker, tiltak og utfall var samlet. Kun saker hvor screening verktøyet MNA var brukt for å vurdere ernæringsmessig status var inkludert i studien.	Totalt 1912 registrert i Svedem (svensk demens) register som har som mål å bedre kvaliteten av diagnostikk, behandling og pleie for pasienter med ulike typer demens) og SA (senioralert) innenfor 6 måneder før eller etter en demensdiagnose.	Studien peker på viktigheten av sykepleiers oppgave å ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse for å gjenkjenne risikofaktorer slik at en kan fatte tiltak tidlig, samt betydningen av en individuell plan og tilstrekkelig dokumentasjon rundt denne.

		utvikling av evidensbasert praksis som gjelder underernæring hos brukere med en demensdiagnose.			Fordi en person kunne ha flere registreringer i SA i løpet av tidsperioden, ble det bestemt at den registreringen med dokumenterte handlinger og nærmest i tid til dato for satt demensdiagnose skulle benyttes.	
Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C. & Lühr, N. (2013) Sykepleien forskning	Underernæring hos hjemmeboende personer med demens	«Kartlegge og belyse ernæringsstatus til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt	Sykepleier	Tverrsnittstudie/ kvantitativ. «Instrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) ble benyttet til innsamling av data» «Forskningsspørsmålene ble besvart med hjelp av spørreskjema.	Totalt 282 pasienter deltok (80 menn og 202 kvinner).	Brukere som foretar matinnkjøp selv eller sammen med pårørende slik bruker kan gjenkjenner og velge matvarer brukeren ønsker.

Norge		som får bistand av hjemmetjenesten»				Sykepleier må ha gode rutiner for å innhente data relatert til ernæringsstatus. Pårørende og sykepleier er kjent med risikofaktorene for underernæring og iverksetter tiltak på et tidlig stadium.
Aagaard, H. & Grøndahl, V. (2017) Sykepleien forskning Norge	Routines in the community nursing services for assessing nutritional status	Beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere brukernes ernæringsstatus.	Sykepleier/ ledere	Kvantitativ tverrsnittsstudie som består av to delstudier. en studie blant ledere i hjemmesykepleien og en studie blant helsepersonell. Data ble hentet inn via spørreskjema med totalt 273 ledere (svarprosent 59%) og 212 helsepersonell fra 13 kommuner i landet (74% svarprosent) som svarte på spørreskjemaet.	Totalt 273 ledere fra ulike kommuner i hjemmesykepleien. 212 helsepersonell fra totalt 13 kommuner i landet.	Funnene omhandler blant annet viktigheten av å implementere standardiserte rutiner for å vurdere ernæringsstatus, behovet for opplæring og kompetanse hos sykepleiere, samt betydningen av å samarbeide med andre

						for å sikre en helhetlig tilnærming til ernæringsvurdering.
Meyer, S., Velken, R. & Jensen, L. (2017) Sykepleien forskning Norge	Vurdering av ernæringsstatus- et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien	“Å utforske hvordan hjemmesykepleie n fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis sett i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.”	Sykepleier	Kvalitativ studie med analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter. Analysen ble gjort trinnvis med identifisering av meningsbærende enheter, undertemaer og temaer. Fire temaer ble identifisert og kategorisert på tvers. Datamaterialet omfatter tolv gruppesamtaler med nitten sykepleiere fra to kommuner.	Studien ble gjennomført i to norske kommuner med omlag 20 000 innbyggere i hver kommune, studie A og studie B. Fem sykepleiere i studie A og 14 sykepleiere i studie B. To av sykepleierne i studie B var faglige ledere. 19 samtykket totalt til å delta, der alle hadde en 75-	I artikkelen blir det fremhevet at sykepleiere har et viktig ansvar for å vurdere brukernes ernæringsstatus og gi nødvendig oppfølging i hjemmesykepleien. Det fokuseres også på betydningen å identifisere ernæringsrelaterte problemer og iverksette tiltak tidlig for å forbedre brukernes ernæringstilstand.

					prosentstilling eller mer.	
--	--	--	--	--	----------------------------	--

**Vedlegg 2: Søkelogg for litteratursøk om demens og underernæring**

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
24.10.23	Cinahl	Home nursing AND dementia AND malnutrition	10 år Europa Fagfelleverderte	3	0	0	0
24.10.23	Cinahl	Patient AND Mini Nutritional Assessment AND malnutrition	10 år Europa Fagfelleverderte 65+ år Home health care	1	1	1	0

24.10.23	Cinahl	Patient AND screening tools AND home health care AND malnutrition	10 år Europa Fagfelleverderte	1	1	1	0
24.10.23	Cinahl	Home nursing OR home care OR home health nursing AND dementia AND malnutrition	10 år Europa 65+ år Fagfelleverderte	13	7	2	1
25.10.23	Medline	Dementia AND nurse role AND screening tools OR “weekly weight measurement” AND malnutrition	10 år Fagfelleverderte	4	0	0	0
25.10.23	Medline	“Relatives as a resource” AND (knowledge and competence) AND malnutrition	10 år Fagfelleverderte	2	0	0	0

25.10.23	Medline	Dementia* AND home health care NOT nursing home AND malnutrition	10 år 65+ år Fagfelleverderte	2	0	0	0
25.10.23	Medline	Malnutrition OR undernutrition OR undernourishment AND dementia OR dementia patients OR people with dementia AND Mini Nutrition Assessment OR nutritional status OR nutritional assessment OR nutritional screening	10 år Europa 65+ år Fagfelleverderte	8	4	3	1
26.10.23	Svemed+	Malnutrition AND dementia	Fagfelleverderte	6	3	1	1



Kandidatnummer: 1737 & 1738

26.10.23	Svemed+	Mini Nutritional Assessment AND community nurse	10 år Europa Fagfelleverderte	14	6	2	2
----------	---------	---	-------------------------------------	----	---	---	---

## 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 ernæringstilstanden.

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"> <li>Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag</li> <li>To eller flere porsjoner belfrukter eller egg pr uke</li> <li>Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag</li> </ul>	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 = seneliggende / 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)	<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"/>
12 - 14 poeng: <input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus 8 - 11 poeng: <input type="checkbox"/> Risiko for underernæring 0 - 7 poeng: <input type="checkbox"/> Underernært		0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R		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"/>
1 = ja 0 = 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"/>
0 = ja 1 = nei	<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"/>
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. Geront 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.		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

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

(hentet 5. desember 2023).

(Vellas et al., 2006)