



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Når ein gløymer å ete – god ernæringsomsorg til pasienten med demens

When you forget to eat – good nutritional care for the patient with dementia

Kandidatnummer: 250

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap/Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Innleveringsdato: 09.06.2023

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

SAMANDRAG

Tittel: Når ein gløymer å ete – god ernæringsomsorg til pasienten med demens

Bakgrunn for val av tema: Av eiga erfaring i frå heimesjukepleien har eg sett mange tilfelle av eldre heimebuande med dårleg ernæringsstatus som får i seg lite mat og drikke gjennom dagen. Eldre med ein demensdiagnose er ei utsett pasientgruppe for underernæring, og får ikkje alltid den oppfølginga dei har behov for til å oppretthalde god ernæringsstatus. Lite tid til ernæringskartlegging vert sett av i heimesjukepleien, eg ville undersøkje dette temaet nærare for å finne årsakene til dette, og kva som skal til for å forebygge underernæring og dehydrering hos denne pasientgruppa.

Problemstilling: Korleis forebygge underernæring og dehydrering hos eldre heimebuande med demens?

Metode: Oppgåva er ein litteraturstudie. Nasjonale føringar, faglitteratur og forskning er nytta for å svare på problemstillinga.

Funn og konklusjon: Sjukepleiarar har behov for meir kompetanse innanfor ernæringskartlegging hos pasientar med demens som bur heime. Mangel på tid og kunnskap hos personalet har ført til at ernæringskartlegginga fell vekk i arbeidskvardagen. Kvar enkelt pasient har behov for individuelt tilpassa omsorg, for å lykkast med dette krevst det at sjukepleiarane har kunnskap og erfaring innanfor personsentrert omsorg. Det er naudsynt med undervisning og trening blant sjukepleiarane for å gi god ernæringsomsorg til den eldre heimebuande med demens.

Nøkkelord: Heimesjukepleie, eldre, underernæring, dehydrering, ernæringskartlegging, demens

ABSTRACT

Title: When you forget to eat – good nutritional care for the patient with dementia

Background for choice of topic: From my own experience in home nursing, I have seen many cases of elderly people with poor nutritional status who eats and drinks small amounts during the day. The elderly with a dementia diagnosis is a group at risk of malnutrition and does not always receive the follow-up they need to maintain a good nutritional status. A short amount of time is set aside for nutritional assessment in home nursing. I would like to investigate this topic more closely to find the reasons for this, and what is necessary to prevent malnutrition and dehydration among this group of patients.

Research question: How to prevent malnutrition and dehydration to elderly people with dementia living at home?

Method: This assignment is a literature study. National guidelines, literature and research is used for answering the research question.

Results and conclusion: Nurses need more experience about nutritional assessment in patients with dementia who lives at home. Lack of time and knowledge among health care workers has led to nutritional assessment being a lower priority in everyday work. Each individual patient has a need for individually adapted care, and to be successful with this, it is required that the nurses have knowledge and experience within person-centered care. Teaching and practice among the nurses are essential in order to provide good nutritional care to the elderly people with dementia living at home.

Key words: Home care, elderly, malnutrition, dehydration, nutritional assessment, dementia

Innholdsfortegnelse

1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	2
2 Problemstilling	2
2.1 Avgrensing av problemstilling.....	2
3 Teori	2
3.1 Ernæring.....	2
3.1.1 Underernæring.....	3
3.1.2 Dehydrering	3
3.1.3 Ernæringskartlegging	4
3.2 Demens	4
3.2.1 Demens og måltid	5
3.3 Heimesjukepleie	5
3.3.1 Heimesjukepleie til pasientar med demensdiagnose	5
3.3.2 Heimesjukepleien sitt ernæringsmessige ansvar	6
3.4 Lovverk.....	7
3.5 Nasjonale føringar	7
4 Metode	9
4.1 Litteratursøk.....	9
4.1.1 Forskingslitteratur	10
4.1.2 Anna litteratur	11
4.2 Kjeldekritikk.....	11
5 Funn frå forskning	13
5.1 «Improving nutrition and hydration in older people with dementia in care homes».....	13
5.2 «Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast»	13
5.3 «The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review»	14
5.4 «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien»	14
5.5 «Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens»	15
5.6 Hovudfunn.....	16
6 Drøfting	16
6.1 Prioritering av systematisk ernæringskartlegging og innarbeiding av rutinar.....	16
6.2 Auka kompetanse hjå sjukepleiarane	19
6.3 Tverrfagleg samarbeid mellom yrkesgrupper.....	21
7 Avslutning og konklusjon	22
Litteraturliste	24
Vedlegg	29
Vedlegg 1, Litteraturmatrise.....	29
Vedlegg 2, PICO-skjema	34

1 Innleiing

I følgje Helsedirektoratet var det i 2021 registrert 21 699 heimebuande personar med ein demensdiagnose som tok imot kommunale helse- og omsorgstenester (Helsedirektoratet, 2021a). Over halvparten av eldre heimebuande som tek imot offentlege omsorgstenester, har eller står i fare for underernæring (Næss, 2020, s, 251). Heimebuande eldre er i risikosona for underernæring, der ein samansetnad av ulike sjukdomar, munn- og tannproblem og kognitiv svikt kan vere underliggande faktorar (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135).

Stortingsmeldinga *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* skal bidra til at eldre kan meistre livet lenger. Reforma legg opp til at eldre skal få brukt sine egne ressursar, og få dekt sine grunnleggande behov i løpet av alle fasar av alderdomen. Nye og innovative løysingar på utfordringane knytt til mellom anna ernæring skal utprøvast, og gjennom å gi større matglede for dei eldre, uavhengig om ein bur heime eller i institusjon skal reforma bidra til å sikre betre ernæring (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Etter kvart som befolkninga vert eldre, og tal eldre aukar, vil også talet på personar med demens auke. Rundt 66% som hadde ein demensdiagnose i 2018 budde i eigen heim (Birkeland & Flovik, 2018, s. 158). Ein demensdiagnose pregar kvardagen i svært ulik grad frå person til person. Inntak av mat og drikke kan bli for lavt då ein gløymer å ete, eller gløymer korleis ein et. Pasienten med demens bør observerast regelmessig under måltid, og få tilrettelegging dersom det er behov for det (Helsedirektoratet, 2012, s. 201). Her kjem sjukepleiaren i heimesjukepleien inn i biletet. Sjukepleiaren skal legge til rette for pasienten ikkje berre i måltidsituasjonen, men generelt i kvardagen for at pasienten får høgst mogleg utbytte av egne ressursar, oppleving av meistring og får støtte som er individuelt tilpassa etter behov (Skovdahl, 2020, s. 427).

I denne bacheloroppgåva skal eg fokusere på underernæring og dehydrering hos eldre heimebuande med demens, og korleis ein kan førebygge dette.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Etter å ha arbeidd i heimesjukepleien i tre år, og hatt ein praksisperiode i heimesjukepleien i studieperioden, har eg sett mange tilfelle av eldre heimebuande som får i seg svært lite mat og drikke i løpet av dagen, og som har ei svært lav kroppsvekt og KMI. Eg har opplevd å laga til å sett fram mat til ein pasient, for så å kome tilbake til denne pasienten seinare på vakta, og maten og drikka står nesten urørt eller har hamna i boss. Eg har sett fleire eldre som bur heime, uavhengig av om dei har ein demensdiagnose, fallert over tid då dei ikkje har fått i seg tilstrekkeleg mengde mat i kvardagen.

2 Problemstilling

Korleis forebygge underernæring og dehydrering hos eldre heimebuande med demens?

2.1 Avgrensing av problemstilling

For å avgrense problemstillinga skal eg fokusere på forbetring av ernæringskartlegging, og forbetring av heimesjukepleien si oppfølging av pasienten. Eg skal rette fokuset i oppgåva mot sjukepleiar i heimesjukepleien sitt ansvar for at eldre heimebuande med demensdiagnose vert tilstrekkeleg følgt opp ernæringsmessig. Eg skal fokusere på kva tiltak som kan setjast i verk for å forebygge underernæring og dehydrering. Pasientgruppa eg fokuserer på er eldre heimebuande med ein demensdiagnose, og som er 65 år og eldre.

3 Teori

3.1 Ernæring

Hos eldre er eit viktig førebyggjande arbeid å oppretthalde god ernæringsstatus. Ein ser ernæringsproblem som underernæring, feilernæring, dehydrering og overvekt/fedme hos denne aldersgruppa. Av desse ernæringsproblema, er underernæring det mest utbreidde. Eldre heimebuande er utsett for underernæring, og det krevst meir merksemd rundt deira situasjon (Brodtkorb, 2020, s. 301).

Kroppen sitt energibehov vert lågare med alderen på grunn av lågare aktivitetsnivå, redusert muskelmasse og lågare stoffskifte (Brodtkorb, 2020, s. 302). Kroppen har behov for 30 kcal per kg kroppsvekt, og 30 ml væske per kg kroppsvekt i døgnet. Dette tilsvarar omlag 2100 kcal og 2100 ml væske hos ein frisk person på 70 kg (Helsedirektoratet, 2012, s. 83-84). Behovet for næring og væske aukar når ein vert sjuk, og inntaket av næring bør aukast for å unngå vektneidgong (Brodtkorb, 2020, s. 302).

3.1.1 Underernæring

Underernæring går under omgrepet «feilernæring», som er ein samlebetegnelse om tilstandar som omgår ubalanse i inntak og/eller opptak av næringsstoff (Sortland & Almendingen, 2022, s. 169). Ved feilernæring kan ein vere både overvektig og undervektig, då inntak av bestemte næringsstoff kan vere for lave, men kosten kan likevel innehalde tilstrekkeleg energimengde (Aagaard, 2021, s. 280). Underernæring kan medverke til sjukdom, samstundes som sjukdom kan medverke til underernæring. Dette vil redusere både helsetilstand, funksjonsnivå og livskvalitet hos pasienten (Brodtkorb, 2020, s. 303). Ein deler underernæring inn i sjukdomsrelatert underernæring, og underernæring som ikkje er relatert til sjukdom. Sjukdom er den vanlegaste årsaka til vekttap og underernæring, og einsame og aleinebuande eldre, deprimerte og demente er døme på pasientgrupper som er spesielt utsett for å bli underernærte (Sortland & Almendingen, 2022, s. 169-170).

3.1.2 Dehydrering

Når kroppen er dehydrert, har den underskot av væske. Hos eldre kan tørstfølelsen svikte, og dei vil ikkje føle på tørste sjølv om dei er dehydrerte. Eldre er spesielt utsett for dehydrering, då dei ikkje alltid på eige initiativ får i seg nok væske i løpet av dagen (Aagaard, 2021, s. 279-280). Dehydrering kan vere ei årsak til vekttap. Når kroppen er dehydrert, vil ein ofte oppleve tørste og tørre slimhinner i munn og svelg, huda vil bli tørr og få nedsett elastisitet, augene blir innsokne, blasse og tørre og blodtrykket blir lågare, samstundes som pulsen aukar (Sortland og Almendingen, 2022, s. 24-25). Som følge av lågt inntak av væske kan obstipasjon oppstå (Thoresen et al., 2019, s. 27). Obstipasjon karakteriserast med avføring færre enn tre gongar i veka, problem under defekasjon og kjensle av å ikkje få tømd seg (Skotnes et al., 2020, s. 334). Som følge av obstipasjon kan pasienten få dårleg appetitt

som vil gi lågare inntak av mat og dermed økt risiko for underernæring (Thoresen et al., 2019, s. 27).

3.1.3 Ernæringskartlegging

Eit nyttig kartleggingsverktøy er Mini Nutritional Assessment (MNA) som er eit skjema der ein systematisk kartlegg årsaksforhold ved underernæring (Brodtkorb, 2020, s. 305). MNA-skjemaet tek utgangspunkt i 18 spørsmål som tek føre seg fysiske målingar av pasienten, matinntak, appetitt, oppfatning av eiga helse, eige nærvær av akutt sjukdom, psykologisk stress og demens, evne til mobilitet og fysisk funksjon. Skjemaet tek utgangspunkt i ein score frå 0-30 poeng. Får ein 17 poeng eller lågare, indikerer dette underernæring. 17 til 23 poeng indikerer risiko for underernæring, og over 24 poeng indikerer normal ernæringsstatus (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140).

Ernæringsjournalen er eit anna verktøy som er nyttig i ernæringskartlegginga. Her tek ein utgangspunkt i høgde, vekt, KMI og andre ernæringsrelaterte data som kan ha innverknad på matinntaket og ernæringsstilstanden som til dømes kognitiv svikt og nedsett matlyst. Det samla resultatet tek utgangspunkt i tre vurderingar; god ernæringsstatus, risiko for underernæring og alvorleg underernæring (Helsedirektoratet, 2012, s. 266-267).

3.2 Demens

Demens karakteriserast ved ei gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt. Kognitiv svikt inneberer svikt i hukommelsen, orienteringsevne og språk, mens praktisk svikt går meir ut på auka problem når det kjem til å klare seg i kvardagen (Rokstad, 2021, s. 12). Demens er ei fellesnemning for ulike sjukdommar, og vert delt inn i tre grupper: primærdegenerative sjukdommar, vaskulær demens og sekundære demenssjukdommar (Skovdahl, 2020, s. 419). Dei ulike demenssjukdommane karakteriserast med redusert mental kapasitet, dette på grunnlag av at delar av hjernen blir øydelagt. Dette gir utfordringar i pasientens abstrakte tenkemåte, og evna til å utføre bevegelsar kan bli redusert. Å tolke og forstå, samstundes å identifisere, er eigenskapar som kan bli betrakteleg reduserte hos pasientar med demenssjukdom (Birkeland & Flovik, 2018, s. 158).

3.2.1 Demens og måltid

Demens svekka evna til å utføre daglegdagse aktivitetar, og personar med demens kan ha problem med innkjøp av matvarer og i måltidssituasjonen. Inntak av mat og drikke kan bli for lavt, og personen vil tape vekt og bli dehydrert om dette går føre seg over tid. Personar med demens kan gløyme korleis ein et, kan mangle appetitt og dei gir ikkje alltid uttrykk for svolt og tørste. Dei kan gløyme korleis ein handterer bestikk, og at mat og drikke fysisk skal inn i munnen. Meistring av måltida kan bli gradvis vanskelegare, som over tid vil gå ut over pasientens ernæringstilstand (Helsedirektoratet, 2012, s. 200-201).

3.3 Heimesjukepleie

Heimen blir automatisk arbeidsplassen til dei tilsette i heimesjukepleien når ein pasient får vedtak om heimesjukepleie. Som tilsett i heimesjukepleien, er ein gjest i heimen til pasienten, og det er viktig å ikkje trå over pasienten sine personlege grenser når ein utfører arbeidet sitt. Ein må ha respekt for pasienten sine val og ynskjer for sitt eige liv, men også for sin eigen heim (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50). Birkeland & Flovik (2018, s. 13) definerer heimesjukepleie som helsehjelp og omsorg som utøvast i skjæringspunktet mellom det daglege livet i heimen og offentleg tenesteutvikling. Heimesjukepleie er altså sjukepleie som utøvast i heimen til pasienten. Målet for heimesjukepleie er at pasienten skal kunne meistre kvardagen i eigen heim (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Dei vanlegaste årsakene til at behovet for heimesjukepleie inntreff, er hjelp til ivaretaking av behovet for personleg hygiene og ernæring, og oppfølging av legemiddelbehandling og anna medisinsk behandling (Næss, 2020, s. 246).

3.3.1 Heimesjukepleie til pasientar med demensdiagnose

Rundt 66% som har ein diagnostisert demensdiagnose, bur i eigen heim (Birkeland & Flovik, 2018, s. 158). Arbeid i heimesjukepleien er ofte basert på tidsbegrensing der det er sett av ei viss tid til kvar enkelt pasient. Den begrensa tida kan verte ei utfordring, då det ikkje alltid vert rom for å opptre langsamt og vere tolmodig hos pasienten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162-163).

Skal ein møte den enkelte sine behov og ønsker på best mogleg måte, er det viktig å arbeide tverrfagleg og i team (Skovdahl, 2020, s. 427). Ved mistanke om demens, er det ei målsetjing at alle kommunar skal ha eit demensteam. Dette er ei tverrfagleg gruppe av helsepersonell i kommunehelsetenesta. Demensteamet i kommunen har ansvar for utredning av personar med mistanke om demens, og dei har ansvaret for oppfølging av både pasienten og pårørande (Birkeland & Flovik, 2018, s. 160).

I Nasjonal fagleg retningslinje for demens anbefalast det at rutinar for personsentrert omsorg og behandling til personar med demens skal etablerast (Helsedirektoratet, 2017a). Tenesta som vert tilbode den demente, bør vere personsentrert, individuelt tilpassa, fleksibel og ta utgangspunkt i pasientens eigne ressursar og interesser (Gjøra & Michelet, 2018, s. 282). Rokstad (2020, s. 52) definerer personsentrert demensomsorg på følgende måte: «Personsentrert demensomsorg innebærer å møte personens grunnleggjende psykologiske behov for trøst, tilknytning, identitet, beskjeftigelse og inklusjon, og kjernen i disse fem behovene er behovet for kjærlighet». Å arbeide personsentrert handlar om å sjå og møte personen med demens som eit unikt menneske gjennom heile demensforløpet, og tydeleggjere verdien som det unike mennesket han eller ho er. (Rokstad, 2020, s. 52-54).

3.3.2 Heimesjukepleien sitt ernæringsmessige ansvar

Over halvparten av eldre som bur i eigen heim og tek imot offentlege omsorgstenester, har eller står i fare for feil- eller underernæring (Næss, 2020, s. 251). Alle pasientar som har fått innvilga søknad om heimesjukepleie, skal vurderast for ernæringsmessig risiko. Her er målet å identifisere underernærte og pasientar som er i fare for underernæring. Desse skal giast ei tilpassa ernæringsbehandling (Birkeland & Flovik, 2018, s. 139). Ved risiko for underernæring kan tiltak som tilbod om mellommåltid og beriking av måltida vere aktuelt (Thoresen et al., 2019, s. 27). For å kartleggje ernæringsmessig risiko vert ofte skjemaet Mini Nutritional Assessment (MNA) teke i bruk, der ein systematisk kartlegg årsaksforhold ved underernæring (Brodtkorb, 2020, s. 305). For god kontinuitet og oppfølging er det viktig med dokumentasjon av resultatata av ernæringskartlegginga, og dei iverksette tiltaka i pasienten sin journal og i eventuelle overføringsnotat dersom pasienten overførast frå heimesjukepleien til sjukehus eller sjukeheim (Thoresen et al., 2019, s. 28).

3.4 Lovverk

Kapittel 4 i helse- og omsorgstenestelova tek føre seg forsvarlegheit, pasientsikkerheit og kvalitet i dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Den kommunale tenesta som vert gitt skal leggast til rette for at pasienten får eit koordinert, verdig og heilskapleg helse- og omsorgstenestetilbod (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1). Det skal sørgjast for at det vert arbeidd systematisk mot kvalitetsforbetring og pasient- og brukarsikkerheit av helse- og omsorgstenesta og av personell som utfører tenesta (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-2).

Kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetslova tek føre seg rett til helse- og omsorgstenester. I samsvar med omsorgstenestelova § 4-1 har pasient og brukar rett til eit verdig tenestetilbod. Den som søker eller treng helsehjelp skal tildelast dette frå kommunen for å kunne ivareta sin rett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1 a.).

Det går fram i helsepersonellova kap. 2, § 4 at alle helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvar med krav til forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut i frå yrkets kvalifikasjonar. Lova sitt føremål skal bidra til sikkerheit for pasientar, og skal sikre kvalitet og tillit mellom den som yt helsehjelp og pasienten i helse- og omsorgstenesta (Helsepersonelloven, 1999, § 1-4). Helsepersonell skal registrere opplysningar i kvar enkelt pasient sin journal jfr. § 39 i helsepersonellova. Journalen skal innehalde relevante og nødvendige opplysningar om helsetilstanden til pasienten og helsehjelpa som vert gitt, samstundes som den skal innehalde nødvendige opplysningar for å oppfylle meldeplikt og opplysningsplikt (Helsepersonelloven, 1999, § 39-40).

3.5 Nasjonale føringar

Stortingsmeldinga *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* frå helse- og omsorgsdepartementet har hovudfokus på mat og måltid, der målet er å skape gode matopplevingar og forebygge underernæring. Denne reforma skal bidra til at dei eldre kan

meistre livet lenger, og den fokuserer på å finne nye og innovative løysingar på dei kvalitative utfordringane knytt til mellom anna helsehjelp, mat og måltid. Reforma fokuserer på å gjere måltidet til ei positiv hending i kvardagen, og skal sikre god ernæring hos dei eldre (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Personar med demens vert sett på som ei gruppe med særleg høg førekomst av underernæring. Alle pasientar har rett til vurdering for underernæring ved oppstart av helse- og omsorgstenester, og skal deretter vurderast etter ein gitt frekvens. Dette kjem fram i Helsedirektoratets nasjonale faglege retningslinje *Forebygging og behandling av underernæring*. Retningslinja fokuserer på pasientens rettar for vurdering av underernæring og oppfølging av ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2021b).

For at eldre sine grunnleggjande behov vert sikra, har Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidd *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)*. Reforma skal sikre sunt kosthald og måltidsglede for å fremje helse og førebygge kosthaldsrelaterte sjukdommar, og fokuserer i hovudsak på mat, aktivitet og fellesskap. Eit av tiltaka regjeringa set i verk gjennom denne reforma tek føre seg å heve kompetansen om ernæring, mat og måltid i heile helse- og omsorgstenesta i landet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Helsedirektoratet si Kosthandbok, som er ei rettleiing i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstenesta har som hovudmål å bidra til å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i heile helse- og omsorgstenesta. Kosthandboka legg vekt på viktigheita av kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus hos pasientgrupper med ulike sjukdomar. For å utøve godt ernæringsarbeid er eit godt tverrfagleg samarbeid og tydeleg ansvarsfordeling avgjerande (Helsedirektoratet, 2012, s. 3).

I dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar står det at sjukepleiaren har ansvar for ein sjukepleiepraksis som skal fremje helse og forebygge sjukdom. Vidare er sjukepleiaren plikta til å ivareta pasientens behov for heilskapleg omsorg, og skal fremje pasientens moglegheit til å ta sjølvstendige val ved å gi tilstrekkeleg informasjon som er tilpassa pasienten, og ein skal sikre at informasjonen er forstått. Som sjukepleiar har ein ansvar for å yte omsorgsfull

hjelp og lindre lidning, og ein skal respektere pasienten sin rett til sjølvbestemming (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Ved å konkretisere oppgåve- og ansvarsfordelinga mellom kommunane og helseføretak, og etablere gode samarbeidsrutinar skal Samhandlingsreforma fremje samhandlinga mellom kommunane og helseføretaka i Noreg. Hensikta er å bidra til at pasientar og brukarar opplev at tenesta dei får er av god kvalitet og er samordna der det er tydeleg kven som skal yte dei aktuelle tenestene. Med samhandlingsreforma vil regjeringa sikre eit samanhengande tenestetilbod som er bærekraftig, heilheitlig, som er tilpassa kvar enkelt brukar og med høg pasientsikkerheit. Eit av fleire verkemiddel for å realisere reforma er samarbeidsavtalar mellom helseføretaka og kommunane (Meld. St. 47 (2008-2009)).

4 Metode

Metode er framgangsmåten som hjelp oss med å samle inn data. Metoden er reiskapen ein nyttar for å hente informasjon om det ein skal undersøke. Grunngevinga for at ein skal velje éin bestemt metode, er at det er akkurat den metoden som er best eigna til å belyse spørsmålet eller problemstillinga på best mogleg vis (Dalland, 2020, s. 53-54).

For å belyse problemstillinga, har eg vald litteraturstudie som metode. Ein litteraturstudie systematiserer kunnskap frå andre skriftlege kjelder (Thidemann, 2019, s. 77). I ein litteraturstudie tek ein dermed utgangspunkt i eksisterande forskingslitteratur for å belyse problemstillinga i oppgåva (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). Hensikta med denne metoden er å gi lesaren oppdatert og god forståing når ein svarer på problemstillinga gjennom oppgåva, samstundes som ein beskriv korleis ein har kome fram til det konkrete svaret. For å kome fram til ein konklusjon i ein litteraturstudie, må ein gå gjennom systematisk litteratursøk, kritisk vurdering og analyse av resultat og funn (Thidemann, 2019, s. 78).

4.1 Litteratursøk

4.1.1 Forskingslitteratur

Ved oppsett av søkestrategi, vart det laga eit PICO-skjema for å identifisere omgrep og søkeord (Thidemann, 2019, s. 85). Sjå vedlegg 2. PICO er eit nyttig verktøy for å dele opp problemstillinga på ein hensiktsmessig måte, og fokuserer mellom anna på å klargjere og formulere spørsmål og identifisere og organisere søkeord (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 85). Norske søkeord vart sett inn i PICO, deretter vart desse orda oversett til synonymord og engelsk ved bruk av terminologibasen MeSH. For å systematisere søket blei det laga søkegrupper med synonyme søkeord søkt med «OR», deretter å kombinere søk med «AND» mellom søkegruppene (Thidemann, 2019, s. 87).

Litteratursøk vart gjennomført i perioden 12-18. april 2023. Sjå vedlegg 3 for søkestrategi. Databasane Medline, Cinahl og Academic Search Elite vart nytta. Søketreffa vart avgrensa til publiseringsdato frå 2013 til 2023. Ut i frå problemstillinga, vil 10 år gammal forskning kunne vise til liknande resultat som nyare forskning, det vart derfor valt eit så stort spenn, dette for å samanlikne nyare forskning med eldre forskning (Dalland, 2020, s. 149). Det var eit krav at forskinga var publisert i akademisk fagfelleverderte tidsskrifter for å ha høgt fagleg nivå, og vart derfor avgrensa til «Academic journals» (Thidemann, 2019, s. 83-84). Problemstillinga tek utgangspunkt i eldre over 65 år, ei anna avgrensing som vart gjort var å ekskludere alle aldrar under 65 år (Dalland, 2020, s. 150). For at forskinga skulle vere mest mogleg relevant, då oppgåva nyttar annan norsk litteratur, vart artiklar publisert i andre land utanom Europa, Australia, USA og England ekskluderte (Dalland, 2020, s. 149).

Når tal artikkeltreff var under 200 artiklar, vart titlane lest, deretter samandraga for å finne dei mest relevante artiklane som kunne svare på problemstillinga. Dersom samandraget til ein artikkel var interessant, og samsvarte med problemstillinga, vart heile artikkelen lest før den enten vart inkludert eller ekskludert til å brukast i oppgåva. Ein av dei utvalde artiklane vart funne ved bruk av snøballmetoden, der ei litteraturliste frå ein anna artikkel vart nytta for å finne den.

Artiklane vart kritisk vurdert ved bruk av sjekklister frå Helsebiblioteket (2016) som var tilpassa metoden artiklane hadde. Ei sjekkliste inneheld kontrollspørsmål og er eit hjelpemiddel som gjer kritisk vurdering av vitenskaplege artiklar enklare (Grønseth & Jerpseth,

2019, s. 90). Å utøve kjeldekritikk tek føre seg at ein skal vurdere og karakterisere litteraturen ein har vald å nytte (Dalland, 2020, s. 152). Når ei kritisk vurderer, skal ein mellom anna vurdere relevans, gyldigheit og haldbarheita til artikkelen. Ein må vurdere truverdigheita til forfattaren ved å undersøkje rundt deira bakgrunn, føremålet med artikkelen og kva tid den er skriva (Dalland, 2020, s. 153-156).

4.1.2 Anna litteratur

Relevant faglitteratur som har blitt nytta er funne gjennom pensumlistene til sjukepleiarstudiet ved Høgskulen på Vestlandet. Gjennom søk i databasen Oria, vart anna faglitteratur utanfor pensumlistene funne som var relevant for oppgåva. Faglitteraturen er frå ulike årstal, men for å belyse problemstillinga med oppdatert kunnskap, er hovudtyngda av litteraturen frå 2016 og nyare, og er støtta av lovverk og politiske føringar som er henta frå anerkjende nettsider. Eldre litteratur og forskning er også nytta, og denne vert samanlikna med nyare data.

4.2 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk av litteratur tek føre seg vurdering og karakterisering av litteraturen. Poenget med kjeldekritikk er å få fram relevansen og gyldigheita til litteraturen for å belyse oppgåva si problemstillinga (Dalland, 2020, s. 152).

Tre av dei utvalde artiklane er norske artiklar som tek utgangspunkt i det norske helsesystemet. Dette styrkar teorien som er nytta i oppgåva, då all faglitteratur er skriva av norske forfattarar, og informasjonen vil då samsvare med kvarandre. Dei to andre artiklane er engelske artiklar som er skriva i England. Det engelske helsesystemet er tilnærma likt det norske, men der er sjølvsagt ulikheiter. Å ta i bruk forskning og litteratur frå andre stader i Europa og den vestlege verda er ei styrke i oppgåva då helse- og omsorgsarbeidet er likt det norske. At artiklane er skriva på engelsk, kan føre til at det skjer ei misforståing i oversetjinga, og enkelte ord eller samanhengar kan mistolkast, dette kan vere ei svakheit ved oppgåva.

To av artiklane som er nytta følger ikkje IMRoD-strukturen som er inndelt med Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 19). Artikkelen til Murphy (2022) og Melheim & Sandvoll (2017) har ikkje tydeleg metodebeskriving i artikkelen, men er likevel godkjende fagfelleverderte artiklar. Ulempa her er at metoden er meir fletta inn i dei andre delane av artikkelen, som kan gjere denne delen vanskelegare å tyde for lesaren. Artikkelen til Murphy (2022) tek utgangspunkt i eldre med demens som bur i omsorgsbustad. Arbeidet i omsorgsbustad vil avvike litt frå arbeid i pasienten sin private heim, men er fortsett meir samanliknbar med arbeid i heimesjukepleien i forhold til arbeid i andre institusjonar.

Oversiktsartiklar er blitt teke i bruk, og ei ulempe med desse er at forfattarane har kome med eigna meiningar og trekt sine eigne konklusjonar ut i frå artiklane som oversiktsartikkelen tek utgangspunkt i. At enkelte av desse artiklane ikkje samsvarar eller er relevant for problemstillinga kan vere eit tilfelle, noko som kan svekke oppgåva.

Det er ni år mellom då artikkelen til Rognstad et al. (2013) vart skriven og Murphy (2022) sin artikkel. Rognstad et al. (2013) sin artikkel kan innehalde gammal eller utdatert forskning, men eg valde likevel å nytte denne i oppgåva, då funna var relevante for problemstillinga. Ein fordel med å ha desse to artiklane som er skriva med nesten ti års mellomrom, er moglegheita til å samanlikne nyare og eldre forskning.

Delar av litteraturen og fagstoffet som er nytta som kjelder i oppgåva er sekundærlitteratur. Teksten er bearbeida og presentert av andre forfattarar enn den opphavlege forfattaren eller kjelda (Dalland, 2020, s. 152). Dette er noko som kan gå ut over kvaliteten på stoffet, då det har vore innom fleire forfattarar, kanskje vorte oversett frå andre språk, og skriva om slik at viktige detaljar kan ha vorte oversett eller det har vorte tilføyd andre detaljar som er uviktige eller irrelevante.

5 Funn frå forskning

I denne delen av oppgåva presenterast funn frå dei utvalde forskingsartiklane. Sjå vedlegg 1 for litteraturmatrise.

5.1 «Improving nutrition and hydration in older people with dementia in care homes»

Systematisk oversiktsartikkel frå England som tek utgangspunkt i å støtte sjukepleiarar sin kompetanse til å utføre best mogleg tilpassa ernæringsmessig omsorg til eldre med demens som bur i omsorgsbustad. Ved bruk av kvalitativ metode, innsamling og analyse av data frå 41 ulike artiklar om demens og ernæring, kartlegg Murphy sjukepleiarar sin kunnskap og evne til å gi tilfredsstillande ernæringsmessig omsorg til pasientane. Artikkelen gir ei oversikt over dei mest kjende problema om ernæring og hydrering hos pasientar med demens. Resultata som vert lagt fram omhandlar at sjukepleiarar kan forbetre den ernæringsmessige omsorga til denne pasientgruppa. Artikkelen tek opp hyppig kartlegging og personsentrert omsorg som viktige element for å sikre god ernæringsmessig omsorg hos kvar enkelt pasient. Ulike typar og stadium av demenssjukdom kan utgjere ulikt utgangspunkt for pasienten si evne til å få i seg mat og drikke. Sjukepleiarane og anna personale har behov for meir undervisning og trening for å utøve effektiv og tilpassa pleie til pasientane for å fremje helse, sjølvkjensle og livskvalitet hos den eldre pasient med demens (Murphy, 2022).

5.2 «Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast»

Systematisk oversiktsartikkel frå Noreg som fokuserer på forbetring av ernæringskartlegginga i heimesjukepleien. Gjennom analyse av 22 artiklar har Melheim og Sandvoll samanfatta resultata og fått fram den gode løysinga som skal forenkle og systematisere vurderinga av ernæringsstatus. Vurdering av ernæringsstatus er komplekst på bakgrunn av eit samansett sjukdomsbilete. Korte pasientbesøk gjer ernæringskartlegginga vanskeleg å prioritere, og utfordringar som å klare å stå på ei vekt og måling av kroppshøgde på grunn av endra kroppshaldning eller sengeleie er enkelte faktorar som går utover ernæringskartlegginga. Det er stor mangel på kunnskap, ressursar og ernæringskyndig personell. Sjukepleiarane ynskjer meir ernæringskompetanse, og enkelte studiar etterlyser

ein betre standard for dokumentasjon av ernæring og kunnskap om kartleggingsverktøy. Melheim og Sandvoll skriv følgande: «Ved å gjere ernæringskartlegging til rutine er det lettare å oppdage ernæringsvanskar før det oppstår sjukdom og vekttao». Det er legen sitt ansvar for utgreiing av diagnose og ernæringstiltak, og sjukepleiars rolle å følge opp og evaluere tiltak. Det krevst gode rutinar og tverrprofesjonelt samarbeid for å møte utfordringane kring underernæring i heimesjukepleien (Melheim & Sandvoll, 2017).

5.3 «The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review»

Systematisk oversiktsartikkel som fokuserer på den ernæringsmessige omsorga som vert gitt til heimebuande personar med demens i England. Artikkelen tek utgangspunkt i kvalitative og kvantitative studiar som har undersøkt ernæringsomsorga som vart gitt til personar med demens som budde i eigen heim. Det vart totalt nytta 63 artiklar i denne oversiktsartikkelen. Målgruppa som vart undersøkt var personar med demens eller kognitiv svikt som enten bur aleine heime, saman med familiemedlem og/eller med hjelp frå heimesjukepleien. Det vart ikkje sett noko avgrensing til pasientgruppa når det kom til alder og kjønn. Mole et al. konkluderer med at eldre heimebuande med demens er ei utsett gruppe for underernæring. Mangel på tiltak for å kartleggje den auka faren for underernæring hos denne pasientgruppa kom fram i studien. Mange av artiklane som er inkludert i denne oversiktsartikkelen fokuserer berre på underernæring generelt og ikkje underernæring hos personar med demenssjukdom. Ernæringskartlegging hos eldre heimebuande med demens vert ofte nedprioritert, då demenssjukdommen tek mykje av fokuset vekk i frå kartlegging av ernæringsstatus. Vidare forskning er nødvendig for vurdering av andre tilnærmingar for å kunne gi optimal ernæringsomsorg i heimen (Mole et al., 2017).

5.4 «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien»

Denne kvalitative studien set søkelys på korleis sjukepleiarar i heimesjukepleien tolkar og varetek fagleg forsvarleg ernæringspraksis for forebygging og behandling av underernæring i forhold til nasjonale faglege retningslinjer. Studien tek utgangspunkt i analyse av data frå to praksisutviklingsprosjekt i to kommunar i Noreg. Studien er gjennomført i to norske

kommunar, A og B. I studie A deltok fem sjukepleiarar, i studie B deltok 14 sjukepleiarar, der to av desse var faglege leiarar. Studie A tok utgangspunkt i kartleggingsverktøyet Ernæringsjournalen, i studie B vart det ikkje bestemt eit spesifikt kartleggingsverktøy. Alle deltakarane i studien hadde ei 75-prosentstilling eller høgare. Funn frå studien viser at kjennskap til pasienten og ernæringsbehovet er av stor betydning for gunstig praktisk tilrettelegging i heimen. Sjukepleiarane sine erfaringar viser at det var utfordrande å vurdere inntak av mat og drikke gjennom døgnet. Dei viste ei særleg bekymring hos personar med demens, som ofte gløymer å ete og drikke. Systematisk ernæringskartlegging og rutinar må innarbeidast for å få eit tilfredsstillande resultat, og oppfølging er naudsynt for å redusere faren for ernæringsmessig risiko (Meyer et al., 2017).

5.5 «Underernæring hos eldre heimeboende med demens»

Denne kvantitative tverrsnittstudien fokuserer på faren for underernæring hos eldre heimebuande med demens. Studien tok utgangspunkt i fire bydelar i Oslo, der MNA-skjema og spørjeskjema vart nytta til datainnsamling. Forskingsgruppa var eldre heimebuande pasientar med demenssjukdom eller kognitiv svikt, pasientane var 67 år eller eldre. 282 eldre som tilfredsstilte inklusjonskriteria deltok, blant desse var 80 menn og 202 var kvinner. Underernæring er svært utbreidd blant heimebuande pasientar med kognitiv svikt og demenssjukdom. Halvparten av pasientane som deltok var enten underernærte eller stod i fare for underernæring. Kvinner viste seg å vere meir utsett for underernæring i forhold til menn, menn hadde heile 49 prosent lågare sjanse for underernæring enn kvinner. Matinnkjøp var eit anna tema som vart fokusert på. Dei som kjøper inn mat sjølv, har 64 prosent lågare sjanse for å vere underernært samanlikna med dei som har behov for bistand til innkjøp av mat. I likskap med andre utvalde studiar viser også denne studien viktigheita av kjennskap til risikofaktorar, og viktigheita av iverksetjing av tiltak på eit tidleg tidspunkt for førebygging og forhindring av alvorleg underernæring og sjukdom som følge av dårleg ernæringsstatus (Rognstad et al., 2013).

5.6 Hovudfunn

Underernæring er svært utbreidd blant heimebuande pasientar med kognitiv svikt og demenssjukdom (Rognstad et al., 2013). Systematisk ernæringskartlegging, innarbeiding av rutinar, og eit tverrprofesjonelt samarbeid krevst for å redusere faren for ernæringsmessig risiko hos denne pasientgruppa (Melheim & Sandvoll, 2017; Meyer et al., 2017). Behovet for personsentrert omsorg er stort for å kunne gi kvar enkelt pasient best mogleg tilpassa ernæringsmessig omsorg (Murphy, 2022). Mangel på tiltak for å redusere faren for ernæringsmessig risiko er ein gjengangar, og sjukepleiarar har behov for betre ernæringskompetanse (Mole et al., 2017; Melheim & Sandvoll, 2017). Undervisning og trening er nødvendig for å utøve effektiv og tilpassa pleie for å fremje helse, sjølvkjensle og livskvalitet hos den eldre heimebuande med demens (Murphy, 2022).

6 Drøfting

I denne delen av oppgåva blir problemstillinga drøfta i lys av teori, funn frå forskning og eiga erfaring frå praksis.

6.1 Prioritering av systematisk ernæringskartlegging og innarbeiding av rutinar

Ein gjengangar i forskinga som er presentert tidlegare i oppgåva, er mangelen på ernæringskartlegging i arbeidet i heimesjukepleien. Kva er årsakene til dette? For å oppnå eit tilfredsstillande resultat og oppfølging for å redusere faren for ernæringsmessig risiko, er det i følge Meyer et al. (2017) nødvendig å innarbeide rutinar for systematisk ernæringskartlegging i arbeidet i heimesjukepleien. I følge Melheim & Sandvoll (2017) er det stor mangel på kunnskap, ressursar og ernæringskyndig personell. Sjukepleiarane har ynskje om meir ernæringskompetanse, gode rutinar krevst dersom ein skal møte dagens utfordringar kring underernæring i heimesjukepleien (Melheim & Sandvoll, 2017). Noko som kjem fram i fleirtalet av artiklane som er presentert i oppgåva er viktigheita av hyppig kartlegging av ernæringsstatus. Ved å hyppigare ta i bruk MNA-skjema og Ernæringsjournalen der det er mogleg vil ein få kontinuitet i ernæringsarbeidet. Ei systematisk ernæringskartlegging vil gjere det enklare å oppdage når ein pasient er i ferd

med å få dårlegare ernæringsstatus. Både MNA-skjema og Ernæringsjournalen tek føre seg fysiske målingar av pasienten som kroppsvekt og høgde, men tek også utgangspunkt i faktorar som kognitiv svikt og demens (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140; Helsedirektoratet, 2012, s. 266-267). Dersom dette er tiltaket som skal forebygge underernæring, kvifor er fortsett eldre heimebuande ei pasientgruppe som er svært utsett for underernæring?

Av eiga erfaring kan eg kjenne meg igjen i situasjonar der det er utfordrande å hjelpe pasientar i matsituasjonen. Når ein arbeidar i heimesjukepleien, er ein gjest i heimen til pasienten, og det er viktig å ikkje trå over pasienten sine grenser når ein skal utføre arbeidet sitt (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50). Det kan vere mange ulike faktorar som kan skape utfordringar i matsituasjonen, men ofte kan mangelen på tid hos pasienten vere den største, og ein stressar seg gjennom oppdraga ein skal utføre for å ikkje kome for seint til neste pasient. Ein kan sjølv sagt nytte meir tid hos pasienten enn tildelt, men dette går utover arbeidslista for resten av dagen, og ein kan risikere å kome langt bak skjema og ende med overtidsarbeid. Den begrensa tida hos pasientane kan gå ut over arbeidet, og ein får ikkje alltid gjort eit tilfredsstillande arbeid. Med knapp tid hos kvar pasient, vert ernæringskartlegging ofte sett på som unødvendig tidsbruk, og vert prioritert vekk (Melheim & Sandvoll, 2017). Når ein møter pasienten i heimen, er ein som regel forberedt på å gjennomføre tiltaka som står i journalen til pasienten. Eit tiltak kan til dømes vere å lage til og/eller setje fram mat, men det er sjeldan eg har opplevd at eit tiltak på mi arbeidsliste har vore å kartleggje ernæringstilstanden til pasienten.

Ei ulempe ved å hyppig kartlegge ernæringsstatus hos pasientane, er at dette tek tid og krev ressursar. Eg har erfart at ei arbeidsliste eller ei vakt i heimesjukepleien kan ofte vere travel nok frå før, med mange besøk innanfor eit avgrensa geografisk område, med ei viss tid tildelt til kvar pasient, og varierende køyreavstandar mellom pasientane. Skal ein då i tillegg bruke tid på kartlegging fleire gonger i månaden eller i veka, vil dette kunne krevje fleire ressursar då ein rett og slett ikkje har ressursar nok til å fullføre alt arbeid som allereie skal gjerast. Eg støttar meg her til Melheim & Sandvoll (2017) som fann at korte pasientbesøk gjer ernæringskartlegginga vanskeleg å prioritere. Som sjukepleiar i heimesjukepleien må ein bruke den begrensa tida til å observere, identifisere og evaluere pasienten sin situasjon, og deretter samle nødvendig data for å ivareta grunnleggjande behov. Eg støttar meg til

Birkeland & Flovik (2018, s. 44) om at systematisk og kontinuerleg evaluering av hjelpe pasienten har behov for, er avhengig av at kvar enkelt tilsett i heimesjukepleien formidlar endringar i helsetilstanden og pasientens behov for hjelp. Vert dette praktisert på rett måte, vil pasientens vedtak verte endra og tilpassa etter behovet pasienten har der og då. Har ein tid og moglegheit til å praktisere dette innanfor ernæringsomsorgen, vil risiko for underernæring tidlegare verte oppdaga og faren for underernæring reduserast (Meyer et al., 2017).

Mangel på tid er ein gjengangar i heimesjukepleien. Som eg har nemnt ovanfor er ernæringskartlegging ein viktig faktor for å oppdage og førebygge underernæring på eit tidleg tidspunkt. Å hjelpe pasienten i matsituasjonen er like så viktig. Studien til Rognstad et al. (2013) viser til viktigheita av kjennskap til risikofaktorar og iverksetjing av tiltak på eit tidleg tidspunkt for førebygging av alvorleg underernæring og sjukdom. Det er ikkje nytte i å berre kartlegge pasienten, greier ikkje pasienten å handtere matsituasjonen sjølv, må ein hjelpe han eller henne med å ete. Som studien til Meyer et al. (2017) peikar på, må rutinar innarbeidast for å sikre inntak av mat og drikke hos pasienten gjennom døgnet. I praksis har eg erfart at rutinar for kartlegging er viktig, men rutinar for å hjelpe pasienten i matsituasjonen er nokså viktig. Det kan ofte vere nok hjelp i å lage til og setje fram mat, men enkelte er så hardt prega av demensdiagnosen at å utføre daglegdagse aktivitetar som å ete og lage til mat kan verte ei utfordring. I følgje Helsedirektoratet (2012, s. 201) kan nokon pasientar gløyme å ete, nokre gløymer korleis ein et og andre kan vere så hardt prega av sjukdomen at dei ikkje ein gong kjenner igjen mat somme tider. Når ein utfører ernæringskartlegging, bør ein skaffe best mogleg oversikt over pasienten sine matvanar. Har ein oversikt over matvanane til pasienten, kan dette bidra til å identifisere eventuelle problem som kan føre til dårlegare ernæringsstatus, og tiltak kan setjast i verk på eit tidleg tidspunkt (Melheim & Sandvoll, 2017).

Ved oppstart av helse- og omsorgstenester har alle pasientar rett til vurdering for underernæring, og oppfølging med vurdering etter ein gitt frekvens. Dette kjem fram i den nasjonale faglege retningslinja *Forebygging og behandling av underernæring* frå Helsedirektoratet (2021b). I følgje Mole et al. (2017) er eldre heimebuande ei pasientgruppe som er svært utsett for underernæring, og mangel på tiltak for kartlegging av

ernæringsstatus kjem tydeleg fram i denne studien. Å bruke og sette av nødvendig tid, tolmodigheit og å opptre langsamt er faktorar som er viktige i demensomsorgen. I heimesjukepleien kan dette vere ei utfordring på grunn av tidspresset ein har for å kome gjennom arbeidslista (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162-163). Skal ein optimalisere ernæringsomsorgen hos pasienten med demens som bur i heimen, bør det setjast av god tid til systematisk ernæringskartlegging, og faste rutinar bør innarbeidast (Meyer et al., 2017; Melheim & Sandvoll, 2017).

6.2 Auka kompetanse hjå sjukepleiarane

Den største veksten i helse- og omsorgstenesta skjer i kommunane på grunn av samhandlingsreforma og auken i talet på eldre. Det er stort behov for fleire hender i kommunehelsetenesta, difor er det også behov for meir klinisk kompetanse innanfor dette fagfeltet (Braut & Aarheim, 2020, s. 184). Eit sentralt ansvar for ein sjukepleiar, er å ivareta pasientens behov for væske og ernæring (Thoresen et al., 2019, s. 20). Når over halvparten av eldre som bur i eigen heim, og tek i mot offentlege omsorgstenester, har eller står i fare for feil- eller underernæring viser dette at det ernæringsmessige arbeidet hos sjukepleiarane ikkje er tilfredsstillande (Næss, 2020, s. 251). Artikkelen til Murphy (2022) får fram at sjukepleiarane sin kompetanse innanfor ernæring hos pasientar med ein demensdiagnose har forbettringspotensiale. Ein kombinasjon av hyppig kartlegging og god personsentrert omsorg hos kvar enkelt pasient er nødvendig for å sikre best ernæringsmessig omsorg til denne pasientgruppa. Pasientane kan vere vanskelege å behandle, då det er variabelt kor mykje ein er råka av sjukdommen. Ulike typar og stadium av demenssjukdommen gir ulike utgangspunkt for korleis ein meistrar matsituasjonen (Murphy, 2022).

Sjukepleiarane har behov for betre ernæringskompetanse for å gi betre ernæringsretta omsorg til pasientane i heimesjukepleien (Murphy, 2022; Melheim & Sandvoll, 2017). Å ha kjennskap til risikofaktorar for underernæring er viktig for å tidleg setje i verk tiltak som kan forebygge dårleg ernæringsstatus (Rognstad et al., 2013). Som sjukepleiarstudent som har jobba i heimesjukepleien gjennom studiet, har eg sjølv erfart at eg ikkje har hatt tilstrekkeleg kompetanse, eller fått tilstrekkeleg informasjon som hadde vore nyttig frå kollegaer om enkelte pasientbesøk. Det bør setjast av tid til undervisning og informasjon til dei tilsette i

heimesjukepleien, slik ein er betre rusta i møte med pasienten som kan vere i fare for underernæring. Undervisning og trening er nødvendig for å gi pasienten effektiv og tilpassa pleie (Murphy, 2022). Alle pasientar som har fått innvilga søknad om heimesjukepleie, skal vurderast for ernæringsmessig risiko, og skal følgast opp jamleg (Birkeland & Flovik, 2018, s. 139). I følgje Nasjonal fagleg retningslinje for demens anbefalast det etablering av rutinar for personsentrert omsorg og behandling til personar med demens (Helsedirektoratet, 2017a). Det er viktig med god kontinuitet og oppfølging gjennom dokumentasjon av kartlegging og tiltak knytt til ernæring i pasienten sin journal (Thoresen et al., 2019, s. 28). Praktiserer alle tilsette dette, vil det bli enklare å oppdage avvik, og fare for underernæring kan tidlegare verte oppdaga, og tiltak kan tidlegare setjast i verk (Meyer et al., 2017).

Personsentrert omsorg tek utgangspunkt i pasientens egne ressursar og interesser (Gjøra & Michelet, 2018, s.282). Den begrensa tida ein har i heimesjukepleien kan gjere det utfordrande å gi pasienten den optimale personsentrerte omsorga knytt til demensdiagnosen, og optimal ernæringsmessig omsorg då det ikkje vert sett av nok tid til kartlegging. Pasienten med demens kan ha behov for tolmodigheit frå sjukepleiarane, og ein bør opptre langsamt i dialog med pasienten for å unngå unødig stress eller misforståingar (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162-163). Ein demenssjukdom er karakterisert ved ei gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt (Rokstad, 2021, s.12). På grunn av dette er kontinuerleg evaluering av ikkje berre ernæringsstatusen viktig, men også i forhold til demenssjukdommen. I artikkelen til Mole et al. (2017) kjem det fram at mykje forskning om ernæringskartlegging er gjennomført, men forskning om ernæringskartlegging og demenssjukdom sett opp mot kvarandre finn ein ikkje like mykje av. Den eldre pasienten med demens kan gløyme korleis ein lagar til måltid, og i verste fall gløyme korleis ein et og drikk (Helsedirektoratet, 2012, s. 201). Det er viktig at sjukepleiarane har god kunnskap om demens og korleis sjukdommen påverkar pasienten sitt matinntak. For å sikre at pasienten får i seg nok næring, kan ein til dømes tilpasse måltida til pasienten ved å tilby mat til pasienten som er enkel å ete og sørge for at han eller ho alltid har drikke tilgjengeleg (Helsedirektoratet, 2012, s. 200-201). Sidan mange eldre bur aleine i heimen, kan det å ha selskap under måltidet bidra til at ein et meir mat. Skal ein gi pasienten god personsentrert omsorg tenkjer eg at ein må gjere seg godt kjend med pasienten og pasienten sine rutinar for å kartleggje og finne ut av årsakene til at han eller ho får i seg lite mat. Deretter bør ein

prøve seg fram med ulike tiltak og finne ut kva som eignar seg best hos kvar og ein. Her kjem ein tilbake til viktigheita av gode rutinar og ernæringskartlegging som eg har snakka om tidlegare. Kartlegg ein godt kva som funkar og ikkje funkar hos pasienten, kan det bli enklare å finne den beste personsentrerte løysinga som funkar for akkurat den eine pasienten (Helsedirektoratet, 2017a; Gjøra & Michelet, 2018, s. 282).

6.3 Tverrfagleg samarbeid mellom yrkesgrupper

Melheim & Sandvoll (2017) peikar på nødvendigheita av gode rutinar og eit tverrprofesjonelt samarbeid for å møte utfordringane kring underernæring. For å kunne gi pasienten best tilrettelagt ernæringsomsorg og demensomsorg, krevst eit meir tverrfagleg samarbeid (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). Tverrfagleg samarbeid forutset god dialog og felles beslutningar blant fagpersonell mellom dei ulike yrkesgruppene som er aktuelle i behandlingsforløpet. Det tverrfaglege samarbeidet tek føre seg utredning av behov og planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak (Helsedirektoratet, 2017b). Det er sjukepleiaren som har ansvar for å oppsøke andre med relevant fagleg bakgrunn (Melheim & Sandvoll, 2017). Samhandlingsreforma skal fremje samhandlinga mellom kommunane og helseføretaka i Noreg (Meld. St. 47 (2008-2009)).

Ei målsetjing er at alle kommunar skal ha eit demensteam som er ei tverrfagleg gruppe av helsepersonell i kommunehelsetenesta. Demensteamet har ansvar for utredning av personar med mistanke om demens, og har ansvar for oppfølging av pasient og pårørande (Birkeland & Flovik, 2018, s.160). Samarbeid mellom mange yrkesgrupper kan vere tidkrevjande då god planlegging krevst for at alle partane skal kome gjennom med sitt bidrag. Alle partane i samarbeidet må vere samordna, og det må sikrast kontinuitet og nødvendig informasjonsdeling slik alle yrkesgruppene sitt arbeid kjem tydeleg fram (Helsedirektoratet, 2017b). Det er viktig at alle partane i helsetenesta er kjende med kven som har ansvar for kva for å få sikra god kvalitet og kontinuitet i arbeidet. Det blir vanskeleg å få til gode rutinar og eit fagleg godt samarbeid dersom ein ikkje har oversikt. Fastlegen har ansvar for å setje diagnosen underernæring, og dei andre partane i samarbeidet skal ta føre seg vurdering og oppfølging av pasienten (Melheim & Sandvoll, 2017). Ernæringsrike måltid og måltidsplan i samarbeid med ernæringsfysiolog er døme på eit tiltak som krev tverrfagleg samarbeid. Her

må legen først setje ein diagnose, ernæringsfysiolog må kontaktast, og sjukepleiaren må tilpasse måltida etter matplanen frå ernæringsfysiologen og pasienten sine individuelle behov (Melheim & Sandvoll, 2017).

I sjukepleiarane sine yrkesetiske retningslinjer står det at sjukepleiaren har ansvar for ein sjukepleiepraksis som skal fremje helse og førebygge sjukdom, og ivareta pasientens behov for heilskapleg omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det er då sjukepleiaren sitt ansvar å setje i verk tiltak som bidreg til tverrprofesjonelt samarbeid om det er nødvendig for å dekke pasienten sine grunnleggjande behov og få gitt tilpassa behandling knytt til ernærings situasjonen. Helse- og omsorgsdepartementet sin nasjonale handlingsplan for betre kosthald (2017-2021) støttar opp mot dei yrkesetiske retningslinjene. Handlingsplanen skal fremje helse og førebygge kosthaldsrelaterte sjukdommar ved å sikre sunt kosthald og måltids glede. Helsepersonell har meldeplikt og opplysningsplikt, og skal registrere nødvendige opplysningar i pasientjournalen jfr. § 39 i Helsepersonellova (Helsepersonelloven, 1999, § 39-40). Eg støttar meg til Helsepersonellova § 39, og har sjølv opplevd at opplysningar om pasientar ikkje har blitt registrert i pasientjournalen. Dette fører til at både eg og kollegaane mine ikkje er oppdaterte på pasienten sin helsetilstand dersom ein ikkje har vore hos pasienten på ei stund. Å ikkje dokumentere nødvendige opplysningar kan også føre til at anna sjukdom vert oppdaga seinare enn det hadde vorte dersom nødvendig og oppdatert informasjon hadde vore registrert i journalen. Ein annan konsekvens av dårleg journalføring, er at behov for eit tverrprofesjonelt samarbeid ikkje vert oppdaga i tide. Å setje i verk eit samarbeid mellom yrkesgrupper kan vere tidkrevjande og krev god planlegging for at alle partane skal kome gjennom med sine bidrag til behandlinga (Helsedirektoratet, 2017b).

7 Avslutning og konklusjon

Eldre heimebuande med demenssjukdom er ei utsett gruppe for underernæring.

Sjukepleiarar har behov for meir kompetanse innanfor ernæringskartlegging hos pasientar

med demens. Ernæringskartlegginga fell vekk i arbeidskvardagen i heimesjukepleien, og faktorar som spelar inn på dette er mangel på tid og kunnskap hos personalet.

Tilstrekkeleg kunnskap om ernæringskartlegging er nødvendig for å gi pasienten god ernæringsomsorg. Systematisk ernæringskartlegging og innarbeiding av rutinar som fokuserer på måltid, er tiltak som kan bidra til å redusere faren for underernæring hos den heimebuande med demens. For å gi god støtte til pasienten, og for å gi kvar enkelt pasient ei tilpassa behandling, er det behov for at sjukepleiarane har erfaring innanfor personsentrert omsorg. I demensomsorga er personsentrert omsorg viktig, demens er ein sjukdom som fort kan utvikle seg, og kan variere mykje frå pasient til pasient. Den same behandlinga passar ikkje for alle, og må tilpassast til kvar og ein. Ein må tilpasse ernæringsomsorgen ut i frå stadiet i demenssjukdommen, og legge til rette for at pasienten får i seg tilstrekkeleg ernæring i kvardagen. Enkle tiltak kan utgjere stor skilnad, å lage til mat, setje den fram, legge til rette og vere til stades hos pasienten under måltidet kan utgjere stor forskjell.

Undervisning og trening om demens og ernæring er naudsynt blant sjukepleiarane og anna helsepersonell i heimesjukepleien. Forsking viser at mangel på kunnskap spelar ei rolle for kvaliteten på arbeidet i heimesjukepleien knytt til samanhengen mellom demens og ernæring. Forsking viser også at ei årsak til at ernæringskartlegging ikkje vert utført hyppig, var på grunn av mangel på tid til ernæringskartlegging, og at andre oppgåver vart prioritert framfor dette.

Involvering av fleire yrkesgrupper kan vere naudsynt for å gi pasienten ei behandling som er tilpassa dei individuelle behova han eller ho har. Godt samarbeid mellom fastlegen, ernæringsfysiolog, andre yrkesgrupper og sjukepleiarane i heimesjukepleien kan vere naudsynt for å meistre å dekke pasienten sine grunnleggande behov, og for å utarbeide ein behandlingsplan som er godt tilpassa pasientens situasjon.

Litteraturliste

- Aagaard, H. (2021). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, E. A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 255-301). Gyldendal.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Braut, G. S. & Aarheim, K. A. (2020). *Det norske helsesystemet: En innføring i organisering, styring og politikk*. Samlaget.
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 301-315). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Gjøra, L. & Michelet, M. (2018). Kommunal omsorgskjede – organisering og innhold. I K. Engedal & P. R. Haugen (Red.). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 278-299). Forlaget aldring og helse.
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (Publisert 03.06.2016, lest 26.04.2023). *Sjekkliste*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. (Sist fagleg oppdatert september 2016, lest 18.04.2023).

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

Helsedirektoratet. (2017a). Nasjonal faglig retningslinje for demens. (Sist fagleg oppdatert 31.10.22, lest 27.04.23).

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens#referere>

Helsedirektoratet. (2017b). Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester. (Sist fagleg oppdatert 17.01.18,

lest 15.05.23). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester#referere>

Helsedirektoratet. (2021a). Lokaliseringsteknologi til hjemmeboende personer med demens. (Sist fagleg oppdatert 23.06.22, lest 24.04.23).

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/lokaliseringsteknologi-til-hjemmeboende-personer-med-demens#referere>

Helsedirektoratet. (2021b). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. (Sist fagleg oppdatert 14.03.2022, lest 14.04.2023).

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering#referere>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold* (2017-2021). Regjeringen.

https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Melheim, B. G. & Sandvoll, A. M. (2017). Nutritional screening in home-based nursing care can be approved. *Sykepleien Forskning*. 2017;12(64708):e-64708. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64708en>

Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017). Nutritional status assessment – a professional responsibility in community nursing. *Sykepleien Forskning*. 2017; 12(61797):e-61797. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>

Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C. & Hickson, M. (2018). The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. <https://doi.org/10.1111/hsc.12540>

Murphy, J. L. (2022). Improving nutrition and hydration in older people with dementia in care homes. <https://doi.org/10.7748/nop.2022.e1389>

- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 245-261). Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien forskning*. 2013; 8(4):298-307. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2013.0137>
- Rokstad, A. M. M. (2020). Personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 51-71). Cappelen Damm Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Skotnes, L. H., Einarsen, E. K. & Dahlhaug, L. (2020). Eliminasjonsproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 326-342). Gyldendal.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416-439). Gyldendal.
- Sortland, K. & Almendingen, K. (2022). *Ernæring – mer enn mat og drikke* (6. utg.). Fagbokforlaget.

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

Thoresen, L., Borchsenius, C. & Sjøen, R. L. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5. utg.). Gyldendal.

Vedlegg

Vedlegg 1, Litteratormatrise

Forfatter/år/land	Tittel på artikkel	Metode	Hensikta med studien	Hovudfunn/resultat	Utval/populasjon
Melheim, B. G. & Sandvoll, A. M. 2017 Norge	Norsk: Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast Engelsk: Nutritional screening in home-based nursing can be improved	Oversiktsartikkel	Å få fram kva løysing som forenklar og systematiserer vurdering av ernæringsstatus.	Artikkelen konkluderer med at det blir enklare å oppdage ernæringsvanskar før det oppstår underernæring ved å bruke ernæringskartlegging. Sjukepleiarar ynskjer meir ernæringskompetanse, og det krevst gode rutinar og tverrprofesjonelt samarbeid for å møte utfordringane kring underernæring i	Eldre med heimesjukepleie

				heimesjukepleien.	
Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. 2017 Norge	Nutritional status assessment – a professional responsibility in community nursing	Kvalitativ studie	Utforske korleis heimesjukepleien fortolkar og ivaretek faglig forsvarlig ernæringspraksis etter krav i Nasjonale faglege retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.	Studien konkluderer med at ernæringsarbeidet er personsentrert, praktisk og tilpassa heimearenaen. Sjukepleiarar i heimetenesten stiller spørsmål rundt om krava i dei nasjonale faglege retningslinjene tek hensyn til den heimebaserte konteksten. For å redusere faren for ernæringsmessig risiko må systematisk ernæringskartlegging og rutinar innarbeidast for å få eit	Eldre med heimesjukepleie

				tilfredsstillende resultat.	
Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C. & Hickson, M. 2018 United Kingdom	The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review	Systematisert oversiktsartikkel med fokus på kartlegging	Å identifisere hol i forskninga angående ernæringsmessig omsorg for eldre med demens som bur heime.	Artikkelen konkluderer med at ernæring hos personar med demens treng meir støtte og oppfølging. Dei viser til at mange studier har søkelys på den auka tendensen til underernæring hos denne pasientgruppa, men få tiltak har blitt gjort for å endre på problemet.	Eldre heimebuarde med demens
Murphy, J. L. 2022 United Kingdom	Improving nutrition and hydration in older people with dementia in care homes	Oversiktsartikkel	Å støtte sjukepleiarar i kompetanse til å gi optimal ernæringsmessig omsorg til	Artikkelen konkluderer med at personsentrert omsorg er viktig, då ulike typer for demens vil utgjere ulike	Eldre med demens som bur i omsorgsbusad

			eldre med demens som bur i omsorgsbustad.	vanskelegheiter når det kjem til moglegheita til å ete å drikke. Personalet har behov for undervisning og trening for å kunne gi best mogleg hjelp til denne pasientgruppa når det kjem til ernæring.	
Rognstad, M. K., Brekke, I. Holm, E., Linberg, C. & Lühr, N. 2013 Norge	Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens	Tverrsnittstudie	Kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre heimebuende personar med demens og kognitiv svikt som får bistand av heimesjukepleien.	Underernæring er svært utbredt blant heimebuende med demens og kognitiv svikt. Rundt halvparten av pasientane var underernærte, eller stod i fare for underernæring. Det er avgjerande at helsepersonell er kjent med	Eldre heimebuende med demens og kognitiv svikt

				risikofaktorane for underernæring, og nødvendige tiltak må tidleg iverksettast for å førebygge dette.	
--	--	--	--	--	--

Vedlegg 2, PICO-skjema

P (Populasjon)	I (Intervensjon)	C (Samanlikning)	O (Utfall)
Elderly Home resident Dementia Homecare Community care Home health Living at home Community nursing	Nutritional mapping Nutrition Nutritional status Nourishment Nutritional assessment Nutritional status assessment	Ikkje relevant	Malnutrition Dehydration Undernutrition

Vedlegg 3, Søkestrategi

Litteratursøk i Medline 18.04.2023

Søk	Søkeord	Avgrensing	Treff	Leste abstrakt	Leste artiklar	Valde artiklar
S1	dementia AND living at home AND nutrition		12 576			
S2	dementia AND living at home AND nutrition	Publiseringsdato: 2017-2023 Språk: engelsk Alder: 65+	167	7	2	1 “The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review” (Mole et al., 2018)

Litteratursøk i Academic Search Elite 18.04.23

Søk	Søkeord	Avgrensing	Treff	Leste abstrakt	Leste artiklar	Valde artiklar

S1	dementia AND living at home AND nutrition	Publiseringsdato: 2015-2023 Språk: engelsk Alder: 65+	18	9	3	1 «Improving the provision of nutritional care for people living with dementia in care homes» (Murphy, 2022)
----	---	--	----	---	---	---

Litteratursøk i Cinahl 19.04.23

Søk	Søkeord	Avgrensing	Treff	Leste abstrakt	Leste artiklar	Valde artiklar
S1	elderly patients AND nutritional screening AND undernutritio n	Publiseringsdato : 2017-2023	876			

S2	elderly patients AND nutritional screening AND undernutrition	Publiseringsdato : 2017-2023 Språk: engelsk	867			
S3	elderly patients AND nutritional screening AND undernutrition	Publiseringsdato : 2017-2023 Språk: engelsk Geografi: Europa	530			
S4	elderly patients AND nutritional screening AND undernutrition	Publiseringsdato : 2017-2023 Språk: engelsk Geografi: Europa Alder: 65+	84	6	2	1 «Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast» (Melheim & Sandvoll, 2017)

Litteratursøk i Cinahl 19.04.23

Søk	Søkeord	Avgrensing	Treff	Leste abstrakt	Leste artiklar	Valde artiklar
S1	nutritional risk AND community		56 379			

	nursing AND nutritional status assessment					
S2	nutritional risk AND community nursing AND nutritional status assessment	Publiseringsdato: 2016-2023	24 457			
S3	nutritional risk AND community nursing AND nutritional status assessment	Publiseringsdato: 2016-2023 Språk: engelsk	22 393			
S4	nutritional risk AND community nursing AND nutritional status assessment	Publiseringsdato: 2016-2023 Språk: engelsk Geografi: Europa	12 062			
S5	nutritional risk AND	Publiseringsdato: 2016-2023	1340			

	community nursing AND nutritional status assessment	Språk: engelsk Geografi: Europa Hovudfag: nutritional status				
S6	nutritional risk AND community nursing AND nutritional status assessment	Publiseringsdato: 2016-2023 Språk: engelsk Geografi: Europa Hovudfag: nutritional status, nutritional assessment	112	11	4	1 «Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien» (Meyer et al., 2017)



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

Startdato:	05-06-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	09-06-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	250
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7710
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenaun: (Anonymisert)
Gruppennummer: 8
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei