

Personsentrert ernæringsarbeid for hjemmeboende
personer med demens

Kandidatnummer: 314

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave

I sykepleie

Antall ord: 8171

Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021
Tittel Personsentrert ernæringsarbeid for hjemmeboende eldre med demens	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilken betydning kan personsentrert sykepleie ha for forebygging av underernæring hos aleneboende eldre mennesker med demens?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Denne oppgaven bygger på fagkunnskap om demenssykdom, ernæring til eldre, underernæring og konsekvenser av demenssykdom knyttet til ernæringstilstand. I det teoretiske grunnlaget inngår Kari Martinsens omsorgsfilosofi og teori om helsefremmende, forebyggende og personsentrert sykepleie, som belyser sykepleiers forebyggende og helhetlige funksjon. Videre støtter oppgaven seg på aktuelle juridiske og etiske retningslinjer for å belyse sykepleiefaglige rammer.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave med litteratursøk som metode. Det er benyttet faglitteratur, inkludert forskningsartikler og egen klinisk erfaring, for å belyse problemstillingen. Relevante fagfelleverderte forskningsartikler er funnet gjennom søk i CINAHL og ved hjelp av snøballteknikken.</p> <p><u>Drøfting</u> Diskusjonen belyser ulike aspekter ved hjemmesykepleie og ernæringsarbeid med sikte på å belyse betydningen av personsentrert sykepleie ved forebygging av underernæring hos hjemmeboende eldre med demens. Som ledd i dette drøftes sykepleiers funksjon og ansvar i hjemmesykepleien, samt involveringen av brukeren i ernæringsarbeidet. Betydningen av sykepleiers samarbeid og relasjon til brukeren, måltidets sosiale aspekt, brukerens selvstendighet og tilrettelegging av måltid drøftes i forhold til utøvelsen av personsentrert sykepleie. Videre drøftes etiske utfordringer knyttet til ernæringsarbeidet og hjemmesykepleiens rammer ved gjennomføringen av sykepleien.</p> <p><u>Konklusjon</u> Resultatet av forskningslitteraturen viser at personsentrert sykepleie kan gi positive utfall ved å øke matinntak og vekt, og derfor være gunstig ved forebygging av underernæring hos hjemmeboende eldre med demens. Sykepleien innebærer en helhetlig tilnærming som bidrar til å forebygge underernæring ved at menneskelig livskvalitet, respekt og anerkjennelse støttes opp, samtidig som matinntaket og vekten økes. Dette krever forutsetninger som individuelt tilpassede tiltak og opplæring, jevnlig støtte og kompetanseutvikling av helsepersonellet. Mangelfulle rammebetingelser slik som lite tid og ressurser i hjemmesykepleien kan føre til utfordringer ved gjennomføringen av sykepleien.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen	2
1.3 Avgrensninger	2
1.4 Begrepsavklaringer.....	3
2. Teori.....	4
2.1 Demens.....	4
2.2 Konsekvenser demenssykdom får for ernæringsrisiko	5
2.3 Ernæring.....	6
2.3.1 Ernæring til eldre	6
2.3.2 Underernæring.....	6
2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	7
2.5 Sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon.....	8
2.6 Personsentrert sykepleie	9
2.7 Juridiske og etiske aspekter	11
3. Metode	13
3.1 Beskrivelse av metode.....	13
3.2 Databaser og litteratursøk	14
3.3 Kildekritikk	15
4. Presentasjon av forskningsartikler	18
5. Diskusjon.....	22
5.1 Sykepleiers funksjon og ansvar i hjemmesykepleien	22
5.2 Involvering av bruker i personsentrert ernæringsarbeid	22
5.3 Måltidets sosiale betydning.....	24
5.4 Personsentrert tilrettelegging av måltidet	25
5.5 Etske utfordringer ved ernæringsarbeid til eldre med demens	26
5.6 Opplæring og støtte til helsepersonellet.....	27
5.7 Hjemmesykepleiens rammer og utfordringer.....	27
6. Avslutning	29
Litteraturliste.....	30

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

De neste 10 årene vil det forekomme en betydelig økning av eldre i Norge (Sentralbyrå, 2020). Ettersom forekomsten av demens øker med alderen, er det antatt å skje mer enn en fordobling av mennesker med demens innen 2050 (Ranhoff et al., 2021). Demens og problematikk rundt sykdommen vil derfor kun bli enda mer aktuell med årene (Helsedirektoratet, 2019).

Etter studier gjort i 2020 er antallet med demens i Norge vurdert til 101 000 personer (Gjøra et al., 2020). Det vil si at denne typen helseproblematikk gjelder en omfattende andel av befolkningen. Det er estimert at antall personer med demens vil øke til 235 000 i år 2050 og 380 000 i år 2100. Det er derfor viktig å ha fokus på forebygging av helseproblematikk og tilrettelegging av sykepleie rundt demenssykdom i dagens helsetjeneste (Gjøra et al., 2020).

Nyere rapporter viser at om lag 60% av mennesker med demens i Norge i 2020, bor hjemme (Gjøra et al., 2020). Samtidig utgjør omtrent 40% hjemmeboende helsetjenestemottakerne, mennesker over 70år med demens (Helsedirektoratet, 2019). Eldre mennesker med demens utgjør dermed en betydelig andel av brukere aktuelle for hjemmesykepleie. Forskning viser at hjemmeboende eldre med kognitiv svikt, er en gruppe med høy risiko for å utvikle underernæring, der kvinner er spesielt utsatt (Rognstad et al., 2013). Selve forekomsten av hjemmeboende eldre med ernæringsmessig risiko eller underernæring ligger på rundt 10-46%, ifølge Helsedirektoratet, (2010). Eldre brukere med demens og risiko for-, eller med underernæring, kan derfor anses som en gruppe med aktuell problematikk i dagens helsevesen (Rognstad et al., 2013).

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilken innflytelse personsentrert sykepleie kan ha ved forebygging av underernæring hos eldre med demens. Gjennom egen klinisk erfaring ved arbeid i hjemmesykepleien, har jeg sett et behov for økt kunnskap om ernæring og ernæringsmessig risiko hos mennesker med demens. Slik har inspirasjonen til tema for denne oppgaven oppstått. Tema for denne oppgaven er derfor valgt på bakgrunn av følgende statistikk knyttet til relevans i dagens helsetjeneste og egen erfaring.

1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen

Hvilken betydning kan personsentrert sykepleie ha for forebygging av underernæring hos aleneboende eldre mennesker med demens?

Oppgaven fokuserer på eldre mennesker, som i denne oppgaven defineres som andelen befolkning over 65 år (Folkehelseinstituttet, 2018). Hjemmesykepleien er valgt som helsehjelpsinstusjon grunnet egen erfaring i hjemmesykepleien og at gjeldende tematikk er svært relevant i hjemmesykepleien (Rognstad, et al, 2013). Aleneboende eldre er valgt som gruppe ettersom omtrent halvparten av brukerne i hjemmesykepleien er aleneboende, og de har mer begrenset mulighet for hjelp fra mennesker rundt seg (Birkeland & Flovik, 2018). Både personsentrert omsorg og personsentrert sykepleie er brukt i faglitteraturen, men grunnet at denne oppgaven ser begrepet i en sykepleiefaglig sammenheng vil fortrinnsvis personsentrert sykepleie bli brukt i denne oppgaven (Kirkevold, 2020).

1.3 Avgrensninger

Det finnes ulike former for demenssykdom, men denne oppgaven og problemstillingen inkluderer alle former for demenssykdom. Graden av demens er avgrenset til å være *mild* og *moderat*, i og med at mennesker med *alvorlig* demens trenger hjelp og tilsyn døgnet rundt, og kan derfor ikke være hjemmeboende. Mild grad tilsier at brukeren kan behøve tilrettelegging og påminnelser, mens moderat grad tilsier at de behøver hjelp til dagligdagse oppgaver i hverdagen, slik som matlaging (Skovdahl, 2020). Aleneboende med moderat grad av demens har spesielt behov for tjenester av hjemmesykepleien (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2021). Problemstillingen tilsier at oppgaven skal belyse hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos disse brukerne.

Ved å kartlegge ernæringsstatusen kan man bekrefte eller avkrefte brukerens mulighet for utvikling av ernæringsmessig risiko. Samtidig skaper man et grunnlag for bedring av brukerens ernæring gjennom forebyggende hyppig kartleggingsarbeid (Brodtkorb, 2020). Selv om kartlegging er viktig for ytelse av sykepleie i praksis, skal det likevel ikke skrives om i denne oppgaven på grunn av begrensning i oppgavens omfang. Ved å identifisere tilpasningen av sykepleie gjennom personsentrert omsorg knyttet til den enkelte brukers ernæringsstatus, blir det gjort en form for kartlegging av brukers preferanser for å yte egnet sykepleie.

1.4 Begrepsavklaringer

Bruker er en som har et ønske om eller som mottar tjenester omfattet av helse og omsorgstjenesteloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3) .

2. Teori

2.1 Demens

Demens er sykdom med progredierende kognitiv funksjonssvikt i hjernen hos mennesker som tidligere har vært kognitiv velfungerende (Bertelsen, 2017). Ordet demens stammer fra de to latinske ordene *de*, som betyr uten, og *ment*, som betyr sinn. Demens kan dermed beskrives som at en person er vekk fra sitt sinn, altså hjernens ubevisste og bevisste prosesser. Hjernen fungerer som en kommunikasjonssentral for resten av kroppen. Det vil si at den styrer alle funksjoner i kroppen ved hjelp av nervesignal som sendes ut gjennom ryggmargen. I hjernen knyttes ulike funksjoner opp til forskjellige prosesser i sinnet, som blant annet tanker, følelser og hukommelse. Disse prosessene kalles ofte mentale funksjoner. Mentale funksjoner kan deles opp i to hovedkategorier – emosjonelle og kognitive. Sentrale funksjoner knyttet til det kognitive er språk, hukommelse, oppmerksomhet, resonnering, begrepsdannelse/forståelse, persepsjon og problemløsning. Sentrale funksjoner knyttet til det emosjonelle er opphisselse, sinne, tristhet, kjærlighet og lykke (Gjerstad et al., 2013).

Demens kan kjennetegnes som en gradvis økende svikt i de mentale funksjonene. Dersom større eller mindre deler av de mentale funksjonene skades, vil dette påvirke hjernens funksjoner og dermed også andre deler av kroppen. På den måten kan man derfor se endring i personers hukommelse, tale og personlighet ved noen demenssykdommer. Å oppdage demenssykdom hos en tidligere frisk person kan være vanskelig grunnet at mange demenssykdommer har en langsom progredierende utvikling. Tidlig oppdagelse av demens er viktig å etterstrebe ettersom utviklingen kan bremses eller stoppes dersom det finnes tilgjengelig behandling for den spesifikke sykdommen (Gjerstad et al., 2013).

De ulike formene for demens kan diagnostiseres ved det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 i Norge. I ICD (the International Classification of Diseases) og ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) vises det til seks kriterier for å kunne stille diagnosen ved demens. Personen må 1) ha en svekket hukommelse- spesielt for nyere tid, 2) minst en annen redusert kognitiv funksjon, 3) evnen til å fungere i vante omgivelser og utføre dagligdagse oppgaver må være redusert, 4) oppførsel eller væremåte må være endret, til eksempel følelsesmessige atferdsendringer, 5) symptomene beskrevet overfor må ha vært tilstede i minst 6 måneder, 6) personen må ha normal bevissthet (Helsedirektoratet, 2019). Ved diagnostisert mild grad av demens kan det oppleves utfordringer med hukommelsen, eksempelvis det å huske å kjøpe

mat, komme på ord, og dagene kan gå i surr. Personen kan likevel klare seg hjemme ved noe hjelp og tilrettelegging. Ved diagnostisert moderat grad av demens har personen merkbart dårligere hukommelse, kan oppleve vanskeligheter med kommunikasjon og forståelse og trenger hjelp til ulike oppgaver slik som matlaging. Personen trenger da mer hjelp til hverdagslige oppgaver (Skovdahl, 2020).

2.2 Konsekvenser demenssykdom får for ernæringsrisiko

Mennesker med kognitiv svikt kan ha en svekket evne til å foreta gunstige valg relatert til matinntak (Sortland, 2016). Enkelte med demens kan miste sult- og metthetsfølelsen. Sykdommen kan derfor føre til vanskeligheter med å huske å tilberede måltid og inkludere nok næringsstoffer i maten som fyller behovet kroppen har. En forstyrret appetitt og spiseatferd er vist å være et problem især hos eldre hjemmeboende med demens (Skovdahl, 2020). Eldre hjemmeboende med en mental svikt er derfor en spesielt utsatt gruppe knyttet til ernæringsmessig risiko (Sortland, 2016). Det er derfor viktig at brukere som mottar tjenester fra hjemmesykepleien bør vurderes for ernæringsmessig risiko jevnlig, der mat og drikkeinntaket kartlegges (Skovdahl, 2020).

Demenssykdommens konsekvenser kan påvirke måltid og matinntak på flere ulike måter. Mennesker med demens har agnosi, som betyr at deres evne til å tolke sanseinntrykk, slik som smak og lukt er redusert. Dette kan innebære vanskeligheter med å tolke hva de har foran seg av mat på tallerken (Brodtkorb, 2020). Evnen til å orientere seg er en av evnene som tidlig reduseres. Dette vil si at personen kan ha vanskeligheter med å orientere seg i et rom, trafikken, utendørs og beregne avstand. Dette kan gjøre det vanskelig å handle matvarer på butikken (Skovdahl, 2020). Noen med demens kan få apraksi, der de har en redusert evne til å utføre praktiske handlinger, selv om deres fysiske funksjon og forståelse tilsier at dette er mulig. Personen kan da bli sittende uten klare å spise. En svekket oppmerksomhet kan mistolkes som metthet dersom personen slutter å spise. På grunn av lav toleranse for stress og flere stimuli, og den reduserte evnen til å uttrykke seg, kan mottakelse av veiledning bli komplisert. Få miljøforstyrrelser og helsepersonell som formidler ro, verbalt og ikke-verbalt, kan være gunstig for å unngå forvirrelse og fremme matinntak. Helsepersonellens kjennskap til den individuelle personen og deres preferanser er her essensielt i tilretteleggingen av måltidet. (Brodtkorb, 2020). Et tidlig subjektivt tegn på vekttap og risiko for underernæring hos mennesker med demens kan være nedsatt appetitt. Det er da viktig å igangsette tiltak

tidlig, slik at man kan forebygge underernæring og komplikasjoner relatert til dette (Skovdahl, 2020).

2.3 Ernæring

2.3.1 Ernæring til eldre

Ernæring til eldre er ulik andre aldersgrupper, grunnet fysiologiske forandringer som forekommer med alderen. Et tap av muskelmasse fører til en endring i basalstoffsiftet som ligger til grunn for et lavere energibehov. Eldre har høyere fettprosent ettersom kroppsfettet øker med 0,1% hvert år fra man fyller 30. Dette fører til en vektøkning som dermed avtar i 60 årsalderen for kvinner og 50 årsalderen for menn. Vektnedgangen som da finner sted skyldes tap av muskelmasse og kroppsvann. Innen 70-80 årsalderen kan man anta at muskelmassen er redusert med 40-50%. Grunnet disse fysiologiske forandringene er ikke eldre i behov for et like kaloririkt kosthold, men andre forandringer krever økt inkludering av ulike næringsstoffer og tilrettelegging av kosthold. Eksempelvis er det viktig å sikre et kosthold med ulike mineraler og vitaminer, slik som kalium jern og sink, som kroppen får redusert opptak av eller får økt behov for (Sortland, 2016).

De ulike fysiologiske forandringene hos eldre kan medføre ulike vanskeligheter knyttet til matinntak, grunnet eksempelvis endringer i fordøyelsessystemet, svelgeproblemer, endret tørstefølelse, tyggevanskeligheter, redusert antall tenner og- eller utilstrekkelig tilpasset tannprotese. Ettersom smak og luktesansen også er redusert hos eldre, kreves det andre tiltak for å gjøre mat og måltid appetittvekkende og tilfredsstillende. Reduksjonen skyldes at antall smaksløker reduseres og at evnen til å smake ulike smaker endres. Evnen til å smake søtt påvirkes først, deretter påvirkes evnen til å smake surt, samt at bitter smak forsterkes. Dermed kan proteinrik mat slik som kjøtt smake svært bittert. Det er dermed behov for å tilpasse måltid etter smak for å kunne tilberede et velsmakende måltid som inkluderer alle nødvendige næringsstoffer. Tilberedelse av et måltid for en eldre person er derfor et komplekst tiltak som må tilpasses den individuelle bruker og deres utfordringer for å sikre riktig ernæring og forebygge helseproblematikk (Sortland, 2016).

2.3.2 Underernæring

Underernæring oppstår når kroppen mangler energi, protein eller andre næringsstoffer som fører til en målbar negativ effekt på kroppssammensetningen, funksjon og det kliniske bildet

(Helsedirektoratet, 2010). Et normalt energiinntak hos eldre er rundt 24kcal per kilo kroppsvekt. Dersom det daglige energiinntaket over tid er lavere enn behovet, kan det føre til alvorlig vekttap og underernæring (Sortland, 2016). Alvorlig vekttap anses som ufrivillig vekttap over 10 prosent i løpet av det siste halvåret, ettersom det medfører økt risiko for ulike komplikasjoner og sykdom. Med andre ord øker risikoen for underernæring desto mindre personen spiser. Aleneboende eldre og mennesker med demens er spesielt utsatte grupper med økt risiko for utvikling av underernæring (Helsedirektoratet, 2010).

Mangel på næring kan påvirke allmenntilstand og livskvalitet. Personens sinnstilstand blir påvirket ved mulig opplevelse av svakhet, sløvhhet, depresjon, apati og irritabilitet, som kan påvirke livskvaliteten (Sortland, 2016; Jacobsen & Bye, 2015). Underernæring kan føre til økt risiko for infeksjon, komplikasjoner og redusert fysisk og mental funksjon (Helsedirektoratet, 2010). Redusert funksjon og aktivitetsnivå vil igjen kunne påvirke ernæringsstatus og matinntaket negativt, ved redusert matlyst og matinntak (Brodtkorb, 2020). På denne måten blir det en negativ sirkel. Det er vist at manglende kunnskap og engasjement blant helsepersonell i pasientens situasjon, også kan bidra til videre redusert ernæringsstatus. Kunnskap om forebygging av underernæring blant helsepersonell er derfor viktig (Helsedirektoratet, 2010).

2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

I denne oppgaven er Kari Martinsens omsorgsfilosofi valgt for å belyse relevant sykepleieteori og praksis. Martinsens filosofi baserer seg på at omsorg er det mest naturlige og grunnleggende med menneskelig liv. Denne omsorgen forutsetter en “medtilværelse” med andre gjennom sosiale relasjoner som vil si at mennesker er avhengige av hverandre. Omsorgen er også et moralsk begrep knyttet til prinsippet om å ta vare på de svake. Det er tydelig at mennesker er avhengig av andre og trenger omsorg, i situasjoner med sykdom, funksjonshemming og lidelse, selv om omsorgen ikke begrenset til disse. Sykepleien som utøves bør være så brukervennlig som mulig og gå ut ifra elementer brukeren er kjent med. Martinsen mener sykepleie er et personsentrert yrke der sykepleien skal baseres på profesjonell utøvelse omfattet av en kombinasjon av grunnleggende fagkunnskaper og et personlig engasjement for den individuelle pasienten og deres pårørende. Martinsen uttaler at det i hjemmesykepleien bør utøves en sykepleie som verken undervurderer eller overvurderer brukerens evne til selvhjelpenhet. Dette kan fremme brukermedvirkning. Hun bemerker at

tidspress og underbemanning i denne omsorgstjenesten kan gjøre det utfordrende å utøve omsorg (Martinsen, 2003).

Martinsen mener den profesjonelle omsorgen baseres på relasjonen mellom sykepleier og pasient, den moralske dimensjonen i relasjonen og omsorg i form av handlinger (Martinsen, 2003). Dette samstemmer med verdiene for sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer. Disse verdiene viser til at sykepleiernes kompetanse skal basere seg på omsorg, barmhjertighet og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Retningslinjene forklarer sykepleiers plikt til å forebygge sykdom og fremme helse, som noen av de grunnleggende pliktene sykepleieren har (Sneltvedt, 2016).

2.5 Sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon

Sykepleiers helsefremmende funksjon går ut på å mobilisere brukerens individuelle evner som legger til rette for brukerdeltakelse. For å kunne utføre dette arbeidet må man identifisere helsedeterminatorene, altså faktorer som påvirker individets helse. Dette innebærer gener, livsstil, velferds- og helsetjenestenes organisering, miljøet rundt og de generelle og strukturelle samfunnsforholdene. Helsedeterminantene kan både hemme og fremme individets helse. Eksempelvis at man bør ha matrutiner med næringsrike og jevnlig måltider, men den kognitive svikten hos en person fører til at en ikke klarer å opprettholde dette. Ved å kartlegge pasienten utover kun det medisinske aspektet legger man til rette for helhetlig sykepleie, der både fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon blir inkludert. Helsefremming kan dermed forklares som en prosess der man legger til rette for å forbedre individets helse gjennom dialog og samarbeid med pasienten (Larsen, 2018).

Det forebyggende arbeidet kan ses på som en samlebetegnelse på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (Larsen, 2018). Hos eldre fokuserer det forebyggende arbeidet på å forebygge sykdom, skade, tidlig død og bedring og bevaring av individets helse, livskvalitet og funksjonsnivå. Det fokuseres på å utforme tiltak for å tilrettelegge for et langt liv med god funksjon, minst mulig sykdom, bevarelse av funksjon og livskvalitet (Ranhoff, 2020).

Forebyggende arbeid kan deles opp i primærforebyggende tiltak, sekundærforebyggende tiltak og tertiærforebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak innebærer å fremme god helse

og forebygge ny sykdom og skader. Sekundærforebyggende tiltak igangsettes etter det har oppstått en hendelse eller et symptom, der målet er å hindre nye hendelser. Eksempelvis igangsetting av tiltak i hjemmesykepleien for å bedre ernæringsstatus etter dokumentert lav vekt. Tertiærforebyggende tiltak innebærer å forebygge flere negative konsekvenser av en nåværende sykdom. Eksempelvis det det spesielt viktig forebygge negative konsekvenser, komplikasjoner og funksjonstap av demens, slik som vekttap. Tiltak for forebygging av underernæring hos eldre med demens i hjemmesykepleien gjennom oftest under sekundær og tertiærforebygging (Ranhoff, 2020).

Et forebyggende fokus på ernæring står sentralt i primærhelsetjenesten gjennom tidlig identifisering og behandling av underernæring (Birkeland & Flovik, 2018). Det forebyggende fokuset legger til rette for at egnet ernæringsbehandling kan bli gitt tidlig, som anses å gi gunstigere helse- og økonomiske goder. Det er grunnet i at brukerne kan behandles på et lavere og billigere tjenestenivå i hjemmesykepleien, som reduserer behov for spesialisthelsetjenester (Helsedirektoratet, 2010).

2.6 Personsentrert sykepleie

Å yte helhetlig og individuelt tilpasset sykepleie er en fundamental verdi i sykepleiefaget. Dette vil si at sykepleien skal gå ut ifra brukerens ønsker, behov, verdier, opplevelser og sikre brukerens verdighet og integritet. Dette forutsetter en anerkjennende relasjon med gjensidig respekt og åpen kommunikasjon, der sykepleier verdsetter de overnevnte faktorene i sykepleien (Kirkevold, 2020). Relasjonen bygger på en gjensidig avhengighet og likeverdighet mellom bruker og sykepleier, noe som samstemmer med Kari Martinsens omsorgsfilosofi for sykepleieutøvelse (Martinsen, 2003; Kirkevold, 2020). Relasjonen mellom sykepleier og bruker er ulik fra hver bruker ettersom den er avhengig av den enkeltes forutsetninger, behov og ønsker. Pasientdeltakelse er derfor essensielt, og kan forekomme på ulike nivå avhengig av brukerens forutsetninger. En betydelig andel eldre ønsker å bygge en relasjon til et fåtall sykepleiere ettersom det tilrettelegger for trygghet og mindre gjentakende informasjonsgiving om egne preferanser og behov til nytt helsepersonell. Det er derfor viktig med kontinuitet i omsorgen, ved å respektere og tilrettelegge for dette så langt det lar seg gjøre (Kirkevold, 2020).

De viktigste prinsippene i personsentrert sykepleie fokuserer på er, 1) brukeren som et helhetlig og særegent individ, 2) brukerens hverdagsliv, 3) annerkjennelse av brukeren som ekspert på sitt eget liv, 4) respekt for mennesket utenom sykdommen og funksjonssvikten. For å kunne realisere denne personsentrerte sykepleien forutsetter dette en trygg og god ledelse, vedvarende stabilt samarbeid og effektiv kommunikasjon. Utvikling av kompetanse og utdanning med fokus på kulturendring i omsorgstjenesten må også være tilstede. Sykepleier må ha ulike ferdigheter for å kunne utøve den personsentrerte sykepleien. En fokusert oppmerksomhet med jevnlig observasjon for å indentifisere brukerens behov og for å dermed kunne tilpasse videre handling, er essensielt. Dette er spesielt viktig for sykepleie til eldre (Kirkevold, 2020).

For å danne en helhetlig og langsiktig pleie hos brukere i hjemmetjenesten bør det utformes en individuell plan. Alle brukere med omfattende og vedvarende behov har rett på få en individuell plan, ved utøvelse av personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2015). For å kunne utforme denne planen bør brukeren delta aktivt i utformingen. De ytre rammene har stor påvirkningskraft for muligheten til deltakelsen og valgene til den individuelle brukeren i virkeligheten. Dette kan være begrensninger som organisering i omsorgstjenestene eller andre praktiske eller materielle forhold. Sykepleier må derfor vurdere i hvor stor grad rammene hemmer og fremmer den enkeltes ønsker og valg, i tilpasningen av planen (Kirkevold, 2020).

Egenomsorg og mestring er sentralt i helsefremmende og personsentrert sykepleie, ved å skape forståelse for bruker om egne evner, kompetanse og viljestyrke til å bevare helse og behov. Denne omsorgen omfatter jevnlig aktivitet med mål om å opprettholde, gjenopprette og styrke egen helse og velvære. Denne egenomsorgen blir truet av kroppslige og psykologiske endringer, helsesvikt og sosiale tap hos eldre, som kan redusere evnen til egenomsorg. Egenomsorgen til eldre kan støttes ved at sykepleier utformer målrettede tiltak for å bedre brukerens helsekompetanse (Kirkevold, 2020).

Bruken av personsentrert sykepleie i demensomsorgen ble først brukt av Kitwood. Målet med personsentrert demensomsorg er å anerkjenne personen verdi, der omsorgen blir personliggjort for å møte den enkeltes behov. Han mente at man mot datidens fokus, skulle møte mennesker med demens basert på forståelsen av sykdommen som en blanding hjerneorganisk svikt, livshistorie, helse, personlighet og forandringer i sosiale relasjoner. Han mente disse faktorene påvirker hvordan mennesker med demens mestrer sin egen situasjon.

VIPS-rammeverket er en annen måte å forklare personsentrerte sykepleien. V innebærer verdien av personsentrert sykepleie som et grunnlag. I innebærer en individuell tilnærming ved tilnærming av mennesker med demens. P innebærer å ta perspektivet til personen med demens. S innebærer viktigheten av sosiale relasjoner. Sykepleierne som utøver personsentrert demensomsorg må individualisere en kompensasjon for sviktsymptomer samtidig som man støtter de ressursene personen fortsatt har. Å ha kjennskap til livshistorien til mennesker med demens er essensielt for å møte personen gjennom en støttende sosial relasjon for å utøve personsentrert sykepleie og øke egenverdien til personen (Rokstad, 2014).

2.7 Juridiske og etiske aspekter

Det er en rekke juridiske og etiske aspekter som har relevans for oppgavens tema og problemstilling.

Hjemmesykepleien er en del av kommunehelsetjenesten som en lovpålagt helsetjeneste både administrativt og faglig (Forskr. om lovbest. Sykepleietjeneste, 1983, § 2). For å motta tjenester av hjemmetjenesten må enten personen selv eller andre vurdere at personen har behov for hjelp fra tjenesten (Forskr. om lovbest. Sykepleietjeneste, 1983, § 4).

Hjemmesykepleiens oppgaver er lovbestemt å innebære forebyggende helsearbeid (Forskr. om lovbest. Sykepleietjeneste, 1983, § 1).

Etter pasient- og brukerrettighetsloven omtales de som mottar tjenester fra hjemmesykepleien som bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 1-3). Brukere har rett på nødvendig helse og omsorgstjenester, jf Pasient- og brukerrettighetsloven (1999§ 2-1 a.). De helsetjenestene som ytes skal være forsvarlige, verdige, helhetlige og koordinerte med tilstrekkelig fagkompetanse (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1).

Ved mottakelse av disse helsetjenestene har brukerne rett til å medvirke. Denne medvirkningen skal være tilpasset avhengig av den enkeltes evner til å motta og gi informasjon. Tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med brukeren, så langt det lar seg gjøre (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Brukeren har rett på nødvendig informasjon for å få innsikt i helsetilstanden og omfanget av helsehjelpen de mottar, og kunne ivareta sine rettigheter. Brukeren har også rett til å nekte å motta informasjon dersom dette er

ønskelig, med mindre det er nødvendig for skadeforebygging. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §3-2).

Helsehjelpen kan kun gis etter brukerens samtykke, med mindre det er andre grunnlag som gir rettsgrunnlag til å likevel gi helsehjelp. For å ha et gyldig samtykke må brukeren ha fått nødvendig informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §4-1). Brukeren kan miste sin samtykkekompetanse helt eller delvis dersom fysiske eller psykiske forstyrrelser, psykisk utviklingshemming eller senil demens tilsier at personen åpenbart ikke kan forstå hva samtykket omhandler. Det er da den som yter helsehjelp som avgjør dette med en skriftlig begrunnelse som legges fram for bruker og pårørende. Helsepersonellet skal ut fra brukerens alder, modenhet, psykiske tilstand og erfaringsbakgrunn legge så godt til rette som de kan, for at brukeren selv kan samtykke til helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §4-3).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene med formål å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleieforbund, 2019). Dette samstemmer med velgjørhets- og ikke-skade prinsippet, der sykepleieren skal etter beste evne tilstrebe etter å gjøre det beste for pasienten, hindre skade og urett (Brinchmann, 2016). De yrkesetiske retningslinjene innebærer hvordan sykepleiere skal forholde seg til profesjonen, pasient, arbeidssted, samfunn, pårørende og medarbeidere. Retningslinje 1.1 viser til at sykepleier skal basere utøvelsen sin på forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Retningslinje 2.1 viser til at sykepleien skal utøves for å fremme helse og forebygge sykdom. Retningslinje 2.2. viser til at sykepleier skal understøtte mestring, livsmot og håp hos pasienten. Retningslinje 2.3. viser til at sykepleier skal sørge for at den enkeltes behov for helhetlig omsorg blir sikret. Retningslinje 2.4 viser til at sykepleier skal fremme den enkeltes mulighet til å foreta selvstendige avgjørelser gjennom å gi nok tilpasset informasjon som blir forstått (Norsk sykepleieforbund, 2019).

3. Metode

3.1 Beskrivelse av metode

Dette er en litterær bacheloroppgave med litteratursøk som metode, som henter data fra eksisterende teori, fagkunnskap og forskning (Dalland, 2020). Det er benyttet litteratur fra pensum, bibliotek og internett og utført søk gjennom databasen CIHNAL. Litteraturen og artikler fra søk er relatert til personsentrert sykepleie og ernæring hos eldre brukere med demens som mottar helsehjelp. På bakgrunn av dette er det formulert en problemstilling som skal drøftes i lys av teori og forskning. Oppgaven inkluderer både kvalitative og kvantitative forskningsstudie. De kvalitative studiene går i dybden i individets erfaring og mening, som belyser opplevelsen av sykepleien for både helsepersonell og brukere. Den kvantitative studien fokuserer på målbare virkninger av individuelle tiltak ved personsentrert sykepleie, og sier derfor noe om effekten av tiltakene (Dalland, 2020). Innholdet i artiklene brukes til å belyse oppgavens tema og problemstilling fra ulike perspektiv. Eksempelvis for å synliggjøre tematikkens relevans i dagens helsetjeneste, ulike tiltak som svarer på problemstillingen og etiske dilemmaer ved ytelsen av sykepleie til brukergruppen.

Databasen CINAHL ble benyttet grunnet dens annerkjennelse blant helsepersonell og dens store omfang av artikler. Ettersom denne oppgaven belyser betydningen av personsentrert sykepleie for en brukergruppe, var preferansen å hovedsakelig inkludere kvalitative artikler for å belyse erfaringen og opplevelsen brukerne og helsepersonell har, relatert til denne typen sykepleie (Dalland, 2020). CHINAL var derfor gunstig å bruke ettersom databasen spesielt inkluderer kvalitative artikler og pasienterfaringer (Underdal, 2013).

Litteratur fra tidligere pensum og årets pensum knyttet til geriatri, personsentrert sykepleie, demens og hjemmesykepleie ble benyttet. Bøkene “Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten” (Kirkevold et al., 2020), “Sykepleie i hjemmet” (Birkeland & Flovik, 2018), “Ernæring: mer enn mat og drikke” (Sortland, 2016), er benyttet mye i oppgaven grunnet deres relevans i forhold til eldre, ernæringsmessig risiko og personsentrert sykepleie. Diverse rammer innenfor lover og etikk er også innhentet og brukt i oppgaven for å belyse problemstillingen.

3.2 Databaser og litteratursøk

Litteratursøk ble foretatt flere ganger gjennom arbeidet med oppgaven. De endelige søkene ble gjennomført 17.03.2021. Det første søket av disse, ble gjort gjennom databasen CINAHL med ulike søkeord. I første søk ble det brukt 4 søkelinjer med ulike søkeord og kombinasjonen OR som deretter ble satt sammen med AND. Første søkelinje brukt var «In Old Age», or «Aged+», or «Aged, 80 and Over+». Andre søkelinje var «Nutrition+», or «Malnutrition», or «Geriatric Nutrition» og or «Meals+». Tredje søkelinje var «Dementia+» og «Dementia Patients». Fjerde søkelinje brukt var «Patients Centered Care» og «Individualized Medicine». Deretter ble de 4 søkelinjene kombinert med AND for å sikre at alle artikler som kommer har innhold om eldre i forhold til ernæring og demens. Dette resulterte i 22 treff. Alle overskrifter ble lest, og artikler ble ekskludert dersom overskriften inneholdt irrelevant tematikk. Abstraktet i 10 artikler ble lest. Utvalget av endelige artikler ble gjort gjennom ekskludering av artikler med tematikk som ikke omhandlet direkte konkrete tiltak til forbedring av måltid gjennom personsentrert sykepleie eller opplevelsen rundt dette. 5 hele artikler ble lest (Dalland, 2020).

I det andre søket ble det brukt 3 søke ord for å belyse etiske dilemmaer som kan oppstå ved ernæringsrelatert helsehjelp til eldre med demens. Denne typen artikler var ønskelig å inkludere for å skape en helhet i diskusjonsdelen i oppgaven. Det ble utført et eget søk på dette ettersom denne typen artikler ikke ble funnet gjennom tidligere søk. Emneordene «Aged+», «Dementia+», «Malnutrition» og søkeordet «Ethical issues» ble brukt med kombinasjonen AND, og førte til 8 treff. Alle overskrifter ble lest, og artikler ble ekskludert dersom overskriften inneholdt irrelevant tematikk. Abstraktet i 4 artikler ble lest, og artikler ble ekskludert dersom de ikke var konkrete nok eller relevante nok til problemstillingen. 3 hele artikler ble lest.

Tabell 1: oversikt over litteratursøk

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord/Ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikkel	Artikler inkludert	Valgte artikler
17.03.21	1	CINAHL	1. In Old Age 2. Aged+ 3. Aged, 80 and Over+ 4. Nutrition+ 5. Malnutrition 6. Geriatric Nutrition 7. Meals+ 8. Dementia+ 9. Dementia Patients	22	10	5	1	Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B. & Christensson, L. (2017). <i>Staff views on how to improve mealtimes for elderly people</i>

			10. Patient Centered Care 11. Individualized Medicine 12. 1 OR 2 OR 3 OR 13. 4 OR 5 OR 6 OR 7 14. 8 OR 9 15. 10 OR 11 16. 12 AND 13 AND 14 And 15					<i>with dementia living at home</i>
17.03.21	2	CINAHL	1. Aged+ 2. Malnutrition+ 3. Dementia+ 4. Ethical issues 5. 1 AND 2 AND 3 AND 4	8	5	3	1	Kuven, B. M. & Giske, T. (2015). <i>Når mor ikke vil spise- Ethiske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem</i>

«Snøballteknikken» ble også brukt som en omskrevet søkestrategi etter artikler (Dalland, 2020). Disse artiklene ble identifisert gjennom relevant tematikk i tekst og referanser, gjennom artiklene funnet gjennom det første søket i CINAHL. I referanser fra artikkelen «Best intentions or best practice? A case study of the nutritional needs and outcomes of a person with dementia living in a residential aged care home», fra første søket i CINAHL, ble artiklene “Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care” (Hanssen & Kuven, 2016) “A multifaceted intervention model can give a lasting improvement of older peoples’ nutritional status” (Lorefält & Wilhelmsson, 2012) og “Managing mealtime tasks: Told by persons with dementia” (Johansson et al., 2011), identifisert som relevant for denne oppgaven.

Artikkelen “Healthcare professionals’ experiences of providing individualized nutritional care for Older People in hospital and home care: a qualitative study” (Hestevik et al., 2019), ble inkludert i oppgaven etter tips fra bachelorveileder.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk går ut på å vurdere og karakterisere den utvalgte litteraturen. Dette er viktig for å identifisere litteraturens troverdighet og holdbarhet (Dalland, 2020).

Hoveddelen av forskningsartiklene som ble valgt har et kvalitativt fokus. Det kan hevdes at kvalitativt fokus ikke gir funn og resultater som er representative for større grupper av brukere til forskjell fra kvantitativ metode. Kvantitativ metode belyser en målbar effekt som kan

gjelde en større gruppe mennesker. Kvalitativ metode fokuserer heller på fange opp meninger og opplevelser hos mindre grupper av mennesker (Dalland, 2020).

For å finne flere artikler ble det tidligere gjennomført søk med forskjellige synonymord til de ulike fokusområdene, slik som «patient centred care» eller «person focused care», men søkeordene ble bestemt ekskludert grunnet irrelevante eller manglende treff etter bruk av søkeordene. Det er derfor færre søkeord til hver søkelinje, som kan kritiseres i seg selv som en svakhet. Det ble avgrenset til å kun inkludere forskningsartikler skrevet fra 2011 for at funnene fortsatt skal ha relevans for dagens helseproblematikk.

Det er hovedsakelig blitt forsøkt å finne primærkilder heller enn sekundærkilder ved funn av faglitteratur for å sikre at det ikke er endringer fra det først ble skrevet. Eksempelvis er Boken til Kari Martinsen (2003), funnet som primærkilde slik at omtalen av omsorgsfilosofien ikke inneholder andres tolkninger. Registeret over vitenskapelige publiseringskanaler på nettsiden for “Norsk senter for forskningsdata”, ble brukt for å forsikre at artiklene som ble utvalgt er fagfellevurdert og vurdert opp mot en rekke kriterier for å sikre kvalitet (Norsk senter for forskningsdata, 2021). Dermed får artiklene mer kredibilitet. Det ble videre gjort en avgrensning å kun inkludere forskningsartikler med IMRaD-struktur som er skrevet fra 2011, for å sikre relevans av funn for nyere tid og en oversiktlig oppbygning. Artiklenes relevans, gyldighet og holdbarhet ble vurdert før de ble inkludert i oppgaven. For å sikre relevans ble det utført kildekritikk, og vurdert at artiklenes funn svarer på problemstillingen i oppgaven. For å sikre gyldighet og holdbarhet ble det sikret at kilden er en forskningsartikkel, at artikkelen er fagfellevurdert, at forskningsartikkelen ikke er skrevet senere enn 2011, og at målgruppen og formålet med artikkelen var passende med problemstillingen og tematikken i denne oppgaven (Dalland, 2020).

Kun artiklene til Johansson et al., (2017), Hestevik et al.,(2019) og Johansson et al.,(2011), er basert på praktisk arbeid i hjemmet til brukeren. Dette kan kritiseres i og med at problemstillingen belyser sykepleierens helsehjelp i hjemmet til brukeren og ikke på sykehjem der de andre artiklene er utført. Hovedårsaken til dette var at det var svært begrenset utvalg av artikler med relevant tematikk som inkluderte hjemmeboende brukere, i søkene utført. Artiklene til Kuven et al., (2015), Lorefält & Wilhelmsson (2012) og Hanssen & Kuven, (2016) ble utført på sykehjem, men er likevel ansett som relevante. Artiklene viste til funn med overføringsverdi relatert til personsentret sykepleie til hjemmeboende mennesker

med moderat eller mild demens, og ble derfor inkludert. Dette er fordi en person med moderat eller mild demens behøver samme fokus på personsentrert sykepleie uavhengig om de bor hjemme eller på institusjon. Funnene i artiklene som ikke har overføringsverdi ble ekskludert. Artikler som fokuserte kun på alvorlig demens ble ekskludert ettersom det er lite overføringsverdi for oppgavens problemstilling.

Studiet til Hanssen & Kuven, (2016) ble blant annet utført i Afrika og blant samefolket i Norge, men har overføringsverdi likevel. Det er en kulturell overføringsverdi ettersom funnene baseres på preferanser og individuell tilpasning der mennesker med demens får mat de og er vant til å spise fra tidligere. Demenspasienter med ulik kultur og bakgrunn kan bo hvor som helst i Norge, og kan derfor være en del av brukerne i hjemmesykepleien aktuelle for denne problemstillingen.

Ved bruk av situasjoner eller sitater fra egne erfaringer gjennom oppgaven er informasjonen anonymisert, slik at opplysningene ikke kan identifiseres til enkeltpersoner (Dalland, 2020).

4. Presentasjon av forskningsartikler

Et variert funn er identifisert i de ulike artiklene knyttet til ernæring, demens, tiltak og helsepersonell. Flere artikler identifiserer det å kjenne brukeren og deres situasjon som essensielt for å kunne yte personsentrert individuell sykepleie. For å yte personsentrert sykepleie må man ha et helhetlig fokus der tiltak er flersidig og ikke rutinebasert og generelle. Resultat av forskning viser positive påvirkninger på ernæring og helse, som økt livskvalitet og matinntak, dersom helsepersonell serverer mat som brukere er kjent med og liker. Ethiske dilemmaer slik som helsepersonells opplevde overtredelse av brukerens autonomi ved måltider og hvorvidt helsepersonell skal stole på faglig skjønn eller kliniske retningslinjer er vist som en utfordring i ernæringsarbeidet. Forskning viser at følelsen av selvstendighet og helsepersonellens fremming av selvstendigheten er viktig at er tilstede for hjemmeboende eldre. Gjennomføringen av ernæringsarbeid viser seg å bli utfordret av lite tid i hjemmesykepleien, som gjorde det vanskelig å utøve personsentrert sykepleie.

Tabell 2: Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Kuven, B. M. & Giske, T. (2015)	«Når mor ikke vil spise- Ethiske dilemmaer i møte med underernært e mennesker med demens i sykehjem»	Nordic Journal of Nursing Research	Utforske de etiske dilemmaene helsepersonell opplever tilknyttet sykepleie til underernært e pasienter med demens.	Kvalitativ metode: 4 fokusgruppeintervjuer av 15 sykepleiere fra seks ulike sykehjem.	Sykepleierne opplevde ulike etiske dilemmaer relatert til ernæring til pasienter med demens. Sykepleierne opplevde dårlig samvittighet dersom pasienten ikke ønsket å spise, men sykepleieren presset noe på. Dersom det ikke var noen fysiske årsaker til at pasienten ikke spiste, forsøkte sykepleierne å motivere pasientene til å forsøke å spise noe, og beriket maten de fikk. De uttalte at de handlet med et svakt press. Sykepleierne kunne oppleve dette presset som et overgrep mot pasienten og deres autonomi. De følte de måtte gjøre alt de kunne for å sørge for at pasienten fikk mat ettersom det er ansett som faglig forsvarlig. De opplevde lite tid som et praktisk problem, og hadde liten tid og mulighet til å reflektere i fellesskap. De som hadde fokusgrupper som diskuterte dilemmaene, viste seg å ha stort utbytte av dette.
2	Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B. & Christensson, L. (2017)	«Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia	Dementia	Utforske og beskrive helsepersonellens meninger tilknyttet hvordan å forbedre	Kvalitativ metode: fire fokusgruppeintervjuer. Data ble analysert med induktiv analyse.	Det ble avdekket flere måter å forbedre måltidene til målgruppen, der viktigheten av personsentrert tilnærming og individuelle behov viste seg å være sentrale. Helsepersonell må ha kunnskap om pasienten og deres individuelle situasjon for å finne egnede tiltak

		living at home»		måltider for mennesker med demens som bor hjemme.		for å bedre matsituasjonen. Tiltakene må utformes ut ifra den enkeltes behov, på en måte som ivaretar personens selvstendighet. I utformingen er det viktig å fokusere på den enkeltes ressurser ikke bare vanskeligheter. Det viste seg at det var essensielt at helsepersonellet brukte nok tid med pasienten for å kunne identifisere mengden støtte som trengtes. Det var uttalt at den som utøver helsehjelpen bør ha kunnskap om demens, ettersom det er antatt at de har best utgangspunkt for å identifisere utfordringene som bør bedres. Tiltak som å servere måltider som pasienten var kjent med, fremme selvstendighet ved å motivere til deltakelse i tilberedning av måltid, og å flytte måltidet utenfor hjemmet som eksempelvis på dagsenter ble identifisert.
3	Lorefält, B., & Wilhelmsson, S. (2012)	A multifaceted intervention model can give a lasting improvement of older peoples' nutritional status	The journal of nutrition, health & aging	Å forbedre ernæringsstatus, øke energi inntak og vedlikehold disse forbedringene, hos eldre mennesker på sykehjem gjennom en flersidig intervensjonsmodell.	En flersidig intervensjonsmodell ble innført på 3 sykehjem i Sverige. Studiet hadde «within-subjects design», der deltakerne blir fulgt opp over tid og er sin egen kontrollgruppe. Intervensjonen ble vurdert på effektivitet etter 3 og 9 måneder gjennom vektmåling av beboerne, MNA, matlister, lengde på nattfasting og energibehovsverktøy (BMR).	Det ble en vist bedring i ernæringsstatus etter igangsetting av intervensjonene, som innebar opplæring av helsepersonellet rundt ernæringsproblematikk, støtte til personellet og individuelt tilpassede småretter innimellom hovedmåltidene, til beboerne. MNA ble forbedret etter iverksetting av intervensjonene, spesielt hos beboerne som var underernærte. Vekten hos beboerne økte i gjennomsnitt med 1,9 kg på 3 måneder og 2,3kg etter 9 måneder. Energiinntaket som behøves hos beboerne var i gjennomsnitt utilstrekkelig ved oppstart av studiet, men økte med 376kcal per dag etter 3 måneder, og var tilstrekkelig etter 9 mnd. Resultatene av tiltakene viste seg å være bedre hos brukerne mens helsepersonellet fikk jevnlig støtte og veiledning, enn ved fravær av støtte. Det er spesielt viktig at tiltakene utformet ut ifra den enkeltes ernæringsstatus, ønsker og behov.
4	Hanssen, I., & Kuven, B. M. (2016)	Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care	Journal of clinical nursing	Å se betydningen av å gi tradisjonell mat til institusjonale pasienter med demens	Kvalitativ metode: Tre studier med dybdeintervjuer av familie medlemmer til demenspasienter og sykepleierne med demenserfaring ble gjennomført i Sør-Afrika, Norge og blant Samefolket i	Å servere tradisjonell mat førte til en følelse av tilhørighet og lykke blant pasientene med demens. Kjente lukter og smaker vekket gode minner hos pasientene og fremmet følelsen av velvære, rolighet, identitet og tilhørighet. Pasientenes appetitt, næringsinntekt og livskvalitet økte ved servering av denne typen mat. Matinntaket var betydelig større enn ved servering av nåtidens mat som pasta og pizza. Det viste seg at de snakket mer enn vanlig da de

					Norge. Innholdsanalyse ble brukt for å utforske tanker, følelser og kulturell betydning.	spiste denne maten, slik at den sosiale interaksjonen økte.
5	Johansson, L., Christensson, L., & Sidenvall, B. (2011)	Managing mealtime tasks: Told by persons with dementia	Journal of clinical nursing	Å danne et bilde av hvordan mennesker med demens selv oppfatter håndtering av måltidsoppgaver	Kvalitativ studie med etnografiske tilnæringer: 10 kvinner og 5 men i alder 69-86, med demens, ble intervjuet i deres eget hjem. Tematisk analyse ble brukt.	Deltakerne ønsket å være selvstendige og opplevde ikke selv å være så sterkt preget av hukommelsestap. De benyttet gamle rutiner og vaner samt nye strategier for å håndtere måltidsoppgavene, til tross for sykdom. Eksempelvis benyttet de seg av handlelister og faste måltidstider for å huske alt de skal på butikken og huske å spise. Et annet tiltak var å sette vekk de ingrediensene man allerede har inkludert i matlagingen, slik at det ikke blir dobbelt opp, ved tilberedelse av et måltid. De opplevde å være fornøyde med deres nåværende situasjon. Noen dro til dagsenter for å få ferdiglagde måltider og noen fikk hjelp til matlaging og innkjøp av matvarer for å fortsatt klare seg alene.
6	Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A., & Bye, A. (2019)	Healthcare professionals' experiences of providing individualized nutritional care for Older People in hospital and home care: a qualitative study	BMC geriatrics	Utforske opplevelsen helsepersonell har ved ytelse av personsentrert sykepleie relatert til ernæring innenfor rammene hos akutt geriatrisk sykepleie på sykehus og i hjemmesykepleien.	Semistrukturerte intervjuer med 23 helsepersonell fra akutt sykepleie på sykehus og i hjemmesykepleien. Tematisk analyse ble brukt for å analysere data.	Utøvelsen av ernæringsarbeid ble identifisert som utfordrende for helsepersonell i hjemmesykepleien grunnet ulike faktorer. Ernæringstilfellene i hjemmesykepleien er ofte flersidige og komplekse, der det er flere årsaker som påvirker appetitten og evnen til å spise. Demens ble blant annet identifisert som en påvirkningsfaktor. Helsepersonellet møter ofte pasienter som nekter å spise og drikke. Det ble identifisert et behov for helhetlig sykepleie for å sikre tilstrekkelig ernæringsarbeid. Helsepersonellet må derfor se hele personen ved vurdering av ernæringsmessig risiko og yte ernæringsarbeid basert på pasientens behov og preferanser. Helsepersonellet i hjemmesykepleien etterstrebet å servere smakfull mat heller en næringsfull mat for å sikre at personen fikk i seg mat. Derimot var det dårlig oppfølging av screeningen. En mangel på tid ble identifisert som en utfordrende faktor for å tilby individualisert sykepleie. Grunnet mange gjøremål i løpet av arbeidsdagen førte det til at noen pasienter ble prioritert med mer tid og at man ikke gjorde mer enn det står på tiltaksplanen ved hvert

						hjemmebesøk. Mange helsepersonell opplevde en mangel på tverrfaglig samarbeid ved ernæringsarbeid, der sykepleierne måtte utføre arbeidet selv, etter egen erfaring.
--	--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Diskusjon

5.1 Sykepleiers funksjon og ansvar i hjemmesykepleien

Problemstillingen valgt i denne oppgaven har et sykepleiefaglig fokus ettersom sykepleiere kan møte brukere med den utvalgte sykdommen og tilstanden i flere ulike helse- og omsorgstjenester (Mowe, 2002; Rognstad et al., 2013). Hjemmesykepleien er en av de kommunale helse- og omsorgstjenestene der demens og underernæring er aktuell helseproblematikk hos brukerne. En eventuell underernæring kan påvirke livskvalitet, føre til økt risiko for infeksjon og redusert fysisk og mental funksjon (Helsedirektoratet, 2010; Sortland, 2016). Brukere med risiko for underernæring er derfor utsatt, men deres rett til forsvarlige og helhetlige helsetjenester skal sikre at sykepleier yter nødvendig helsehjelp brukerne har behov for (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1). Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer støtter opp under dette. Eksempelvis ved punkt 2.1 som viser til at sykepleier skal utøve helsefremmende og forebyggende sykepleie. Punkt 2.3 legger til rette for den helhetlige sykepleien og at den enkeltes behov blir tatt hensyn til. Videre støtter punkt 2.4 opp under sykepleiers oppgave om å fremme brukerens selvstendige avgjørelser ved å gi tilpasset og adekvat informasjon (Norsk sykepleieforbund, 2019).

En sykepleier i hjemmesykepleien kan utøve denne helsehjelpen i dagliglivet i hjemmet til brukeren gjennom offentlig tjenesteyting (Flovik & Birkeland, 2018). I helsehjelpen inngår «handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Hjemmesykepleien er en lovbestemt sykepleietjeneste, der sykepleier har et fokus på forebyggende arbeid. Sykepleiers forebyggende funksjon i hjemmesykepleien omfatter “opplysende og rådgivende virksomhet samt kurativ behandling og pleie, opptrening og rene pleiefunksjoner”, som eksempelvis ernæringsstiltak (forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste, 1983, § 1). Sykepleiers forebyggende arbeid er også omtalt i de yrkesetiske retningslinjene, som beskriver sykepleiers faglige, etiske og personlige ansvar knyttet til utøvelse av sykepleie ved juridiske rammer (Norsk sykepleieforbund, 2019).

5.2 Involvering av bruker i personsentrert ernæringsarbeid

Resultatet av flere forskningsstudier viser at for å kunne utøve forebyggende personsentrerte sykepleie bør sykepleier danne en relasjon basert på kunnskap om brukeren, deres historie,

ressurser og behov (Johansson et al., 2017; Lorefält & Wilhelmsson 2012; Hestevik et al., 2019). Dette er essensielt for å videre utforme tiltak for å bedre matsituasjonen. Det er ønskelig at sykepleieren som utøver ernæringsarbeidet også har kunnskapen om demens, ettersom forskning viser til at det gir best grunnlag for å kunne identifisere helseproblematikken som må bedres (Johansson et al., 2017). I utformingen av tiltak for å bedre ernæringsstatusen, viser forskning at det er viktig at dette skjer gjennom inkludering og samarbeid mellom sykepleier og bruker (Johansson et al., 2017). Dette samstemmer med fremgangsmåten for å utøve helsefremming og tilrettelegge for en bedret helse (Larsen, 2018). Det samstemmer også med brukers lovlig rett til å medvirke, der medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evner og ressurser og utformes i samarbeid med brukeren (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Ved å inkludere brukeren i utøvelsen av ernæringsarbeidet kan sykepleier tilrettelegge for en støttende relasjon, brukermedvirkning og selvstendighet hos brukeren (Johansson et al., 2017). Denne relasjonen bør være basert på gjensidig respekt, avhengighet og en åpen kommunikasjon (Martinsen, 2003; Kirkevold, 2020). Forskning viser at selvstendighet blant eldre med demens kan fremmes ved at helsepersonell motiverer til at brukeren til å utføre deler av måltidsoppgavene selv, ved å gi instruksjoner uten å overta (Johansson et al., 2017). På denne måten kan sykepleier fremme brukers medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §3-1). For å kunne utøve denne sykepleien er det viktig å ha kunnskap om den enkeltes brukers ressurser gjennom personsentrert sykepleie, for å vite hva brukeren klarer på egenhånd (Kirkevold, 2020). Forskning viser at det er viktig å fokusere på nettopp brukers ressurser og ikke kun utfordringer, ved utforming av tiltak basert på personsentrert sykepleie. Dersom man gir mer pleie og omsorg enn nødvendig og overtar hverdagsoppgaver, kan man havne i "hjelpellen". Dette begrenser brukers mulighet for brukermedvirkning og selvstendighet (Birkeland, 2014). Ved å la brukeren gjøre så mye som mulig selv, og ikke over- eller undervurdere deres evner, kan man fremme deres selvhjulpenhet og dermed brukermedvirkning (Martinsen, 2003).

Forskning viser at følelsen av selvstendighet er spesielt verdsett hos eldre mennesker med demens som bor hjemme. Forskningen viste til ulike tiltak de eldre brukte for å kompensere for den kognitive svikten slik at de kunne klare seg godt på egenhånd. Eksempelvis brukte noen handlelister de hadde skrevet før de dro på butikken, faste klokkeslett for måltider for å

huske å spise eller å fysisk sette vekk ingredienser man allerede har inkludert i en oppskrift for å ikke gjenbruke ingrediensene. Gamle rutiner og strategier viste seg å være essensielt i gjennomføringen av oppgavene. Hvis ikke måtte de nye strategiene læres i den milde demensfasen for å kunne huske best mulig (Johansson et al., 2011). Ettersom disse oppgavene krever en viss grad av hukommelse og evne til å gjennomføre, kan man anta at man må være mild grad for å kunne benytte disse tiltakene. Tiltakene blir derfor ikke like relevante for andre brukere med moderat grad av demens, ettersom de som regel behøver full hjelp til oppgaver slik som matlaging (Skovdahl, 2020).

5.3 Måltidets sosiale betydning

VIPS-rammeverket belyser viktigheten av sosiale relasjoner. Ulike forandringer i sosiale relasjoner kan føre til at eldre blir aleneboende, og påvirke deres mestringsfølelse, ifølge Kitwood. Sykepleier kan da ivareta behovet for sosial interaksjon ved å skape en støttende sosial relasjon for å utøve personsentrert sykepleie (Rokstad, 2014). Kvalitetsreformen “Leve hele livet” ble laget for å støtte Eldres mestring og kunne tilby bedre helsehjelp. Reformen har fokus på at alle brukere skal få en fast primærkontakt og at brukerne kan være sikre på å få helsehjelp til avtalt tid. Dette legger til rette for å bygge en fast og trygg relasjon med den enkelte bruker (Meld. St. 15 (2017-2018) s.26). Den eldre kan da i større grad bygge en relasjon til et fåtall helsepersonell, slik mange ønsker (Kirkevold, 2020). Dette kan være spesielt viktig for aleneboende eldre, ettersom studier viser at man kan føle seg ensom, eksempelvis dersom partneren deres dør (Johansson et al., 2011).

Dersom brukeren føler på ensomhet, viser studier at dette igjen kan påvirke deres appetitt og evne til å spise (Hestevik et al., 2019; Johansson et al., 2011). Ettersom sosial tilbaketrekning og ensomhet kan føre til depresjon, er det viktig at brukeren får sosialisert seg eksempelvis gjennom måltid ved hjemmebesøk av sykepleier eller på dagsenter. Forskning viser at måltidet kan være en sosial dimensjon der sykepleier kan sitte med brukeren under måltidet og benytte tiltaket medspising for å fremme sosial interaksjon og matinntak (Johansson et al., 2017). Selv har jeg opplevd gjennom min erfaring i hjemmesykepleien og eldre med demens, at medspising har ført til et større matinntak sammenlignet med da jeg kun ser at de begynner å spise før jeg fortsetter å utføre andre tiltak. Dagsenter er et godt tilbud for eldre mennesker med demens for å hindre sosial isolasjon og for å kunne få ferdig tilberedt mat, dersom man ikke har hukommelse eller evner til å utføre dette (Ranhoff, 2020). Å tilbringe måltid på

dagsenter er gjennom forskning identifisert som tiltak for å forbedre matinntaket, der måltidet burde være individuelt tilrettelagt slik at brukerne liker og er kjent med maten (Johannson et al., 2017).

5.4 Personsentrert tilrettelegging av måltidet

Forskning at både matinntak og den sosiale interaksjonen kan øke ved servering av tradisjonell mat til eldre med demens. For å finne ut hva ønsket og tradisjonsrik mat er for brukeren, må helsepersonellet da undersøke og identifisere personens bakgrunn, livshistorie, ønsker og behov. Dette er eksempel på utøvelse av personsentrert sykepleie gjennom servering av mat, kjent for og likt av brukeren, som dermed stimulerer økt matinntak og sosialisering (Hanssen & Kuven, 2016). Ulike fysiologiske forandringer og utfordringer hos eldre slik som svelgvansker, endret tørstefølelse og smak og luktesans påvirker deres appetitt og matinntak (Sortland, 2016). Dermed er det desto viktigere at brukeren får tilpassede måltider til deres behov for å forebygge helsekomplikasjoner (Brodtkorb, 2020).

Gjennom egen erfaring i hjemmesykepleien har jeg opplevd at måltidet og servering er komplekst, og at små endringer kan gjøre stor forskjell. Jeg opplevde til eksempel at ved å tilberede brødskiver med ulikt pålegg til en kvinnelig bruker, kunne jeg finne ut hva hun likte best og dermed også spiste mest av. Jeg måtte ty til en praktisk identifikasjon ettersom brukeren ikke forsto hva u.t. spurte om og kun svarte at hun likte alt da u.t. spurte. Jeg fant ut at dersom jeg delte brødsnivene opp i 8 istedenfor 4 halve deler da jeg serverte henne, og hadde hennes favorittpålegg variert på de 8 bitene, spiste hun opp alt. Da jeg først gikk til henne, visste jeg lite om hennes preferanser grunnet lite dokumentasjon på tiltaksplan og utfordringer med kommunikasjon og forståelse. Hun fikk dermed et mindre personsentrert måltid, og spiste kun 2 av de 4 halve brødsnivene. Med hvert besøk økte min erfaringsbaserte kunnskap om brukers matinntak og preferanser. Erfaringene ble formulert skriftlig i brukers helsehjelpjournal for å sikre videreførelse av informasjonen. Dette belyser viktigheten av kravet om dokumentasjon, der tiltaksplanen skal inneholde nødvendig informasjon for å utføre helsehjelp (Helsepersonelloven, § 40). Forskning viser at eldre kvinner med demens er spesielt utsatte for underernæring, og et lavt inntak av mat kan føre til dette (Rognstad, 2013; Birkeland & Flovik, 2018). Opplysninger som mattilberedelse og påleggspreferanser som kan øke matinntaket hos spesielt utsatte grupper, kan derfor anses som nødvendig helseopplysning som bør dokumenteres. Tilberedelsen av, og innholdet i et

måltid er selvfølgelig ulikt fra person til person, og må tilpasses etter den enkeltes behov, ønsker og preferanser. Derfor vil ikke en løsning passe for alle (Birkeland & Flovik, 2018).

Ved å tilrettelegge måltid spesielt etter brukerens ernæringsstatus, behov og ønsker kan man forebygge underernæring gjennom flersidige intervensjoner. Forskning viser at dersom helsepersonell utformer individuelle flersidige intervensjoner, kan man bedre MNA, øke vekten og øke matinntak hos eldre brukere med demens. Disse intervensjonene involverer opplæring og støtte til helsepersonell om ernæring og ernæringsmessig risiko og individuelt tilpasset snacks før måltid, og jevnlig gjennom dagen. Studiet viste at det er mulig å tilpasse måltid og snacks etter individuelle behov, mengde og hyppighet og forbedre ernæringsstatus uten bruk av unaturlige ernærings supplementer, slik som næringsdrikk (Lorefält & Wilhelmsson, 2012). Utfordringen med disse tiltakene er at hjemmesykepleiens rammer kan gjøre det vanskelig å gjennomføre flere besøk for å tilby snacks og tilby nok ressurser til jevnlig ernæringsundervisning, opplæring og støtte for personalet (Holm et al., 2020).

5.5 Etiske utfordringer ved ernæringsarbeid til eldre med demens

Forskning viser at helsepersonell opplever ulike etiske utfordringer knyttet til ernæringsarbeid til eldre mennesker med demens. (Kuven et al., 2015). Forskning viser at helsepersonell i hjemmesykepleien ofte møter brukere som nekter å spise (Hestevik et al., 2019). Andre studier viser at noen sykepleiere utøver et visst svakt press dersom brukere ikke spiser. Dette belyser et dilemma om man skal lytte til og respektere brukerens selvbestemmelse, eller forsøke å motivere videre for å sikre forsvarlig ytelse av sykepleie. Sykepleierne opplevde dette svake presset som et overgrep mot brukerens autonomi (Kuven et al., 2019). Ettersom enkelte med demens kan miste sult- og metthetsfølelse og den kognitive svikten kan påvirke hukommelse, kan det være vanskelig for sykepleier vite om personen har spist eller ikke (Skovdahl, 2020).

En eldre person med demens har ikke mistet sin rett til å bestemme selv eller å gi samtykke med mindre psykiske eller fysiske forstyrrelser tilsier at personen ikke forstår hva samtykket innebærer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §4-3). Ettersom helsehjelp kun skal gis etter brukerens samtykke kan det oppleves å overskride denne retten dersom man gjentatt motiverer bruker til å gjennomføre noe de først har sagt nei til (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §4-1). På den andre siden samstemmer handlingen å motivere til å

spise med velgjørenhets- og ikke-skade prinsippet, ettersom konsekvensen av et lavt matinntak kan være underernæring som skader kroppen (Brinchmann, 2016; Sortland, 2016). Det er vist at gjennomføringen av denne motivasjonen kan føre til dårlig samvittighet og usikkerhet på om man bør handle etter faglig skjønn eller standard retningslinjer (Kuven et al., 2015). Dersom helsepersonell får mulighet til å få opplæring, veiledning og diskutere i felleskap kan retningslinjene av ytelsen av sykepleie være mer forståelig (Lorefält & Wilhelmsson, 2012; Kuven et al., 2015).

5.6 Opplæring og støtte til helsepersonellet

For å kunne utøve personsentrert ernæringsarbeid behøves det godt teamarbeid, et godt lederskap og god kommunikasjon. Helsepersonellet må få kompetanse og kunnskap gjennom opplæring (Kirkevold, 2020). Forskning viser at sykepleiere opplever et stort utbytte av å ha fokusgrupper der de kan diskutere ulike dilemmaer, utfordringer og synspunkt (Kuven et al., 2015). Videre viser annen forskning at individuelle flersidige tiltak for å bedre ernæring blir mer effektive dersom helsepersonellet får jevn veiledning og støtte (Lorefält & Wilhelmsson, 2012). Det er dermed tydelig at personsentrert sykepleie kan bidra til å forebygge underernæring dersom man legger forholdene til rette for at det kan utøves (Lorefält & Wilhelmsson, 2012).

5.7 Hjemmesykepleiens rammer og utfordringer

De praktiske, materielle og organisatoriske rammene sykepleier og bruker må forholde seg til påvirker i stor grad deres handlingsmuligheter (Kirkevold, 2020). Forskning bekrefter disse utfordringene i hjemmesykepleiens arbeid relatert til ulike faktorer. Behovet for helhetlig sykepleie ble identifisert innenfor ernæringsarbeid, men utfordringer slik som mangel på tid gjorde dette vanskelig å gjennomføre (Hestevik et al., 2019). Grunnet dette kan hjelpetrengende derfor ofte ikke selv velge når de skal stå opp og legge seg (Kirkevold, 2020). Dette utfordrer igjen brukerens autonomi og prinsippet i personsentrert sykepleie, om å lytte til brukerens ønsker og behov (Lillemoen, 2015; Rokstad, 2014). Personsentrert sykepleie har sånn sett lenge vært involvert i sykepleien mer som et ideal enn en virkelighet. Den personsentrerte sykepleien har likevel fått mer fokus etter at brukermedvirkning ble lovpålagt. Slik har brukeren også fått en større stemme for hvordan ting skal være. (Kirkevold, 2020; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Det stadig økende kvalitetspresset i helsevesenet står likevel litt i veien for den personsentrerte sykepleien ved at

sykepleieutøvelsen kan bli for rutinefokustert gjennom kompensasjon for å prestere (Kirkevold, 2020). Dette kan skape utfordringer for en sykepleier hvorvidt man skal etterleve presset om effektivitet i arbeidet eller til eget faglig skjønn og integritet (Kuven, 2015). Det er da viktig at sykepleieren utøver kunnskapsbasert praksis der man har nødvendig kompetanse og innsikt til å likevel prioritere individualisert pleie og behandling (Kirkevold, 2020).

Forskning viste at helsepersonell i hjemmesykepleien rapporterte om store mengder arbeid og liten tid som førte til vanskeligheter med å følge opp tilstrekkelig ernæringsarbeid.

Undersøkelser og screening ble gjennomført etter retningslinjer, men videre oppfølging av dette var ofte manglende. Grunnet manglende ressurser og tverrfaglig samarbeid med ernæringsspesialist, viste forskning at helsepersonell i hjemmetjenesten ofte tyr til enkle løsninger for å forebygge underernæring, slik som næringsdrikker. Disse utfordringene gjør det dermed utfordrende å gjennomføre personsentrert sykepleie (Hestevik et al., 2019). Dette er grunnet at personsentrert sykepleie skal være basert på brukerens behov og preferanser og kan derfor være mer tidkrevende og kreve mer ressurser. Forskning viser at nok tid er en av faktorene som påvirker identifiseringen av ønsker og behov hos brukere gjennom personsentrert sykepleie. Likevel burde de ressurser som finnes konsentreres rundt et fokus om personsentrert sykepleie, ettersom det vil spare andre ressurser i det lange løp. Dette skyldes at dersom en bruker skulle utvikle underernæring, vil denne behandlingen i spesialisthelsetjenesten kreve enda mer ressurser (Johansson et al., 2017). Sekundær og tertiærforebygging i primærhelsetjenesten er derfor viktig (Birkeland & Flovik, 2018). Ettersom personsentrert sykepleie er vist å øke vekt, selvstendighet, sosialisering og livskvalitet, kan det dermed anses som en velfungerende måte å forebygge underernæring på (Lorefält & Wilhelmsson, 2012; Hanssen & Kuven, 2016; Johansson et al., 2017).

6. Avslutning

En stadig økende andel av eldre mennesker med demens bor hjemme og mottar helsetjenester fra hjemmesykepleien. Derfor er forebygging av helseproblematikk hos denne gruppen svært viktig. Demenssykdom kan føre til ulike utfordringer for matinntaket og opprettholdelse av ernæringsstatus, som blant annet redusert matlyst og måltid som ikke blir spist grunnet den kognitive svikten. Det er vist at eldre med demens som bor alene er spesielt utsatt for underernæring, slik at sykepleiers forebyggelse av dette er essensielt for å unngå helsekomplikasjoner for brukeren.

Forskningsresultater og faglitteratur viser at underernæring hos hjemmeboende eldre kan forebygges gjennom helhetlig personsentrert sykepleie utøve, for å identifisere brukerens individuelle behov, ønsker og ressurser. Sykepleier kan på den måten utforme tiltak basert på kunnskap om den enkelte bruker og dermed optimalisere forebygging av underernæring. Personsentrert sykepleie kan være gunstig å utøve ved forebygging av underernæring ettersom det er vist at det kan øke matinntaket, øke livskvalitet og selvstendighet. For å kunne oppnå dette kreves utforming og bruk av flersidige individuelle tiltak og jevnlig oppfølging, kompetanseutvikling og veiledning av helsepersonellet. Sykepleier kan derimot i realiteten oppleve utfordringer som lite tid og ressurser, som kan påvirke muligheten til å utføre personsentrert sykepleie ved arbeid i hjemmesykepleien.

Personsentrert sykepleie er dermed helhetlig essensielt i forebygging av underernæring ved å støtte opp menneskelig livskvalitet, mestring, respekt og anerkjennelse samtidig som det øker matinntak og vekt.

Litteraturliste

Bertelsen, A. K. (2017). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. B-. Gansmo (Red.),
Sykdom og behandling (2. utg., s. 321-343). Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, 3, 44-47.
[10.4220/sykepleiens.2014.0023](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0023)

Brinchmann, B. S. (2016) De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i
sykepleien*. (4. utg., s. 81-96). Gyldendal Norsk Forlag AS.

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.301-316). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. Utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet. (2018, 23 mai). *Helse hos eldre i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Forskr. om lovbest. sykepleietjeneste. (1983). *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i
kommunens helsetjeneste*. (FOR-1983-11-23-1779). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779>

Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson, S. (2013). *Demenssykdommer: Årsaker, diagnostikk og
behandling*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gjøra L., Kjelvik G., Strand B.H., Kvello-Alme M., Selbæk G. Forekomst av demens i Norge.
Rapport Aldring og helse 2020. ISBN: 978-82-8061-579-4 (PDF).

Hanssen, I., & Kuven, B. M. (2016). Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care. *Journal of clinical nursing*, 25(5-6), 866-874. DOI: [10.1111/jocn.13163](https://doi.org/10.1111/jocn.13163)

Helsedirektoratet. (2010). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS- 1580). https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c667acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonale faglige retningslinjer om demens*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

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

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

Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A., & Bye, A. (2019). Healthcare professionals' experiences of providing individualized nutritional care for Older People in hospital and home care: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-9. DOI <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1339-0>

- Jacobsen, E. L. & Bye, A. (2015) Ernæring. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5.utg. s. 619-673). Cappelen Damm AS.
- Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B., & Christensson, L (2017). Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home. *Dementia* 16, 7: 835-852. DOI: [10.1177/1471301215619083](https://doi.org/10.1177/1471301215619083)
- Johansson, L., Christensson, L., & Sidenvall, B. (2011). Managing mealtime tasks: Told by persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (17-18), 2552-2562. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2011.03811.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03811.x)
- Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg., s. 98-114). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, T B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*. (2. Utg., s. 37-49). Fagbokforlaget.
- Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg. s. 297-338). Cappelen Damm AS.
- Lorefält, B., & Wilhelmsson, S. (2012). A multifaceted intervention model can give a lasting improvement of older peoples' nutritional status. *The journal of nutrition, health & aging*, 16(4), 378-382. DOI: [10.1007/s12603-011-0362-4](https://doi.org/10.1007/s12603-011-0362-4)
- Martinsen, K. (2003). Omsorg, sykepleie og medisin (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. Tidsskrift for Den norske legeforening. 122(8), 815-818. <https://tidsskriftet.no/2002/03/tema-geriatri/behandling-av-underernaering-hos-eldre-pasienter>

- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2021, 20 januar.). *Støtteordninger og rettigheter*.
<https://nasjonalforeningen.no/demens/stotteordninger-og-rettigheter2/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside?olds=true>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-199907-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_5#§4a5
- Ranhoff, A. H. (2020). Forebyggende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg., s. 160-172). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rognstad, M-. K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien forskning*, 8 (4), 298-307. Doi: 10.4220/sykepleief.2013.0137
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er*. Universitetsforlaget.
- Sentralbyrå, S. (2020). *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
- 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. 416-441). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (4.utg., s. 97-113). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sortland, K. (2016). *Ernæring: mer enn mat og drikke* (5.utg). Fagbokforlaget

St.meld. Nr. 15 (2017-2018). *Leve hele livet*: En kvalitetsreform for eldre. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Underdal, H. (2013, 14. februar). *CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>