

Forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens

Kandidatnummer: 871 og 906
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 8947
Dato: 02.01.24



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.24
Tittel	
Forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens	
<u>Innledning</u>	
Bacheloroppgaven har som mål å utforske sykepleiere sin rolle i å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens. Det er en økende grad av eldre i samfunnet, og flere som bor hjemme. Videre viser tall fra folkehelseinstituttet at 40% av de som mottar hjemmetjenester har en demensdiagnose. Underernæring kan medføre alvorlige konsekvenser for en persons helse og livskvalitet. Personer med demens har en økt risiko for underernæring, og det kan være utfordrende å forebygge når de bor alene hjemme. Derfor er det viktig at sykepleiere innehar kompetanse om både demens og underernæring, samt har fokus på det forebyggende perspektivet i hjemmetjenesten som kontekst.	
<u>Metode</u>	
Denne bacheloroppgaven baserer seg på en litteraturstudie som metode. Oppgaven tar utgangspunkt i fire utvalgte studier hvorav tre er kvalitative studier og en er kvantitativ. De ble funnet etter to strukturerte søk i de vitenskapelige databasene CINAHL og sykepleien.	
<u>Resultat</u>	
Ut ifra de fire studiene ble forebyggende tiltak som kartlegging, medspisning, lage mat sammen og handle sammen med bruker identifisert. For at tiltakene skal fungere i praksis ble det identifisert enkelte faktorer som bør ligge til grunn. Tid, bemanning og rutiner, og behov for kompetanseøkning er essensielle faktorer som har følger for utøvelse av sykepleie i hjemmet for personer med demens.	
<u>Diskusjon</u>	
Funn fra de utvalgte studiene vil bli diskutert i lys av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. Diskusjonen deles inn i to hoveddeler «betydningen av forebyggende tiltak» og «bakenforliggende faktorer som bør foreligge for å kunne yte god ernæringspraksis». Til slutt diskuteres metoden anvendt i oppgaven, samt en kritisk vurdering av studiene.	

Forord

I emnet BSY-402 “Prosjektplanlegging” utarbeidet vi en prosjektbeskrivelse som fungerte som den innledende fasen for vårt bachelorprosjekt. Dette var en innlevert eksamensbesvarelse med kandidatnumrene 545 og 566. Vi har gjennomgått en nøye planleggingsprosess for å definere problemstillingen, målene og metoden som dannet grunnlaget for vår endelige oppgave.

Valget om å beholde det opprinnelige temaet ble tatt etter grundig refleksjon. Vi erkjente verdien av den grundige prosjektbeskrivelsen fra BSY-402 som et solid fundament for videre arbeid. Dette har tillatt oss å integrere tidligere arbeid i de påfølgende kapitlene i bacheloroppgaven, spesielt innledningen, teoridelen og metodedelen.

Vi ønsker å takke vår veileder og medstudenter for verdifulle innspill og konstruktive tilbakemeldinger som har bidratt til å både forme og forbedre vår oppgave. Denne bacheloroppgaven representerer ikke bare en avslutning på våre studier, men også begynnelsen på en reise inn i dypere forståelse og anvendelse av fagområdet vårt. Vi håper at vår oppgave vil bidra til et meningsfullt arbeid innenfor det valgte feltet. Vi ser frem til å dele resultater av vårt arbeid og ønsker leseren en innsiktsfull og inspirerende lesing gjennom vår bacheloroppgave.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Problemstilling	2
1.3.1.	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
2	Teoretisk bakgrunn.....	3
2.1	Begrepsavklaring.....	3
2.1.1	Demens.....	3
2.1.2	Underernæring.....	3
2.2	Demens.....	3
2.3	Ernæring.....	4
2.3.1	Underernæring.....	4
2.3.2	Underernæring hos personer med demens	5
2.3.3	Kartlegging av ernæring.....	5
2.4	Sykepleie i hjemmetjenesten.....	5
2.4.1	Rammefaktorer i hjemmetjenesten.....	6
2.5	Sykepleiers funksjon og ansvar	7
2.5.1	Egenomsorg.....	7
2.6	Personsentrert sykepleie	8
2.7	Sykepleiefaglige rammeverk.....	8
2.7.1	Lovverk	8
2.7.2	Yrkesetiske retningslinjer.....	9
2.7.3	Nasjonale faglige retningslinjer.....	9
3	Metode	10
3.1	Generell litteraturstudie.....	10
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	10
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.2.2	Søkeprosessen	11
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	13
4	Resultater	14
4.1	Artikkelmatrise	15
4.2	Syntese av resultatene.....	1
5	Diskusjon.....	2
5.1	Betydningen av forebyggende tiltak.....	2
5.1.1	Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus.....	2
5.1.2	Medspisning og matlaging	5
5.1.3	Handle sammen med bruker.....	5
5.1.4	Næringsdrikker og kosttilskudd	6
5.2	Bakenforliggende faktorer som bør foreligge for å kunne yte god ernæringspraksis ...	7
5.2.1	Tid	7
5.2.2	Bemanning og rutiner.....	8
5.2.3	Behov for kompetanseøkning.....	9
5.3	Metodediskusjon	10
5.3.1	Styrker og svakheter knyttet til egen metode	10
5.3.2	Styrker og svakheter ved de inkluderte artiklene	12
6	Konklusjon.....	13
	Referanseliste	15

1 Innledning

Demens regnes i dag som en global helseutfordring, og på verdensbasis rapporterer WHO at omtrent 55 millioner mennesker lever med demenssykdom (WHO, 2022). I Norge er det estimert at rundt 100 000 individer lever med demensdiagnosen, og innen 2050 forventes det å være en dobling av dette tallet. Dette kommer som konsekvens av en økende andel eldre i befolkningen (Strand et al., 2021; Eget arbeid 2023). Ifølge Folkehelseinstituttet (2021) har over 40% av de fylt 70 år og mottar hjemmetjenester en demensdiagnose. Videre viser forskning fra 2021 at 18,1 % av de som mottar helsehjelp i hjemmet og er 67 år eller eldre, er vurdert som risikoutsatte for underernæring (Helsedirektoratet, 2018). I tillegg fremkommer det at mindre enn halvparten av de som er i risikogruppen for underernæring, har fått utarbeidet en individuell ernæringsplan som en har rett på (Helsedirektoratet, 2018; Eget arbeid 2023). Blant personer med demens er feilernæring og underernæring en betydelig utfordring. Konsekvensene kan være alvorlige og har en betydelig innvirkning på en persons helse (Brodtkorb, 2020, s. 303; Eget arbeid 2023). Vi anser det derfor som viktig med det tilstrekkelig kompetanse rundt demens og underernæring, og at det settes søkelys på det forebyggende aspektet. På bakgrunn av tallene presentert, ser vi nødvendigheten av å undersøke ernæringsarbeid i hjemmesykepleien.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ved valg av tema for bacheloroppgaven var det viktig å finne et tema sin interesserte og engasjerte begge parter. På bakgrunn av at begge har arbeidserfaring fra hjemmetjenesten diskuterte vi rundt hvilke problemområder vi synes var utfordrende og spennende å jobbe med (Eget arbeid, 2023). Det ble tydelig for oss at ernæringsomsorg spiller en avgjørende rolle i omsorgen for eldre i hjemmesykepleien, spesielt for personer med demens. Basert på egne erfaringer har vi observert konsekvensene av at utilstrekkelig næringstilførsel kan være betydelige og medføre alvorlige komplikasjoner for pasientenes helse og velvære. Vinteren 2023 kom dokumentaren "Omsorg bak lukkede dører" på NRK, som har bidratt til å belyse betydningen av omsorgsarbeid i hjemmesykepleien, og satt søkelys på de utfordringene som pasienter og helsepersonell står overfor. Spesielt hos personer med demens, har dokumentaren fremhevet ernæringsomsorgen som et utfordrende område (Eget arbeid, 2023).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere har et stort ansvar når det gjelder å forebygge og identifisere svikt i ernæring (Sortland, 2015, s. 13). Konsekvensene av underernæring kan være betydelige, og medføre helseproblemer og sykdom. Som en respons på denne utfordringen, kom regjeringen med en Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i 2017. Denne handlingsplanen tar sikte på å sikre at eldre får oppfylt sine grunnleggende behov, inkludert tilgang til passende mat, mulighet for aktivitet og sosialt samvær (Regjeringen, 2017). Vi vurderer derfor at ved å belyse dette temaet og øke bevisstheten rundt problemstillingen, har vi som sykepleiere en mulighet til å forbedre praksisen. Samt bidra til bedre ernæringsomsorg og økt livskvalitet for våre pasienter. Det kan argumenteres for at det er nødvendig at sykepleiere innehar tilstrekkelig kunnskap om forebygging av underernæring for å kunne sikre at brukernes grunnleggende behov opprettholdes på en faglig forsvarlig måte.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?»

1.3.1. Avgrensning og presisering av problemstilling

Vår oppgave ble begrenset til å omfatte brukere som er i risiko for underernæring, og derfor ikke inkludere de som allerede lider av underernæring. Dette valget er begrunnet i ønsket om å fokusere på det forebyggende perspektivet og sykepleierens rolle i forebyggende ernæringsarbeid. Videre har vi valgt å konsentrere oss om personer som bor alene hjemme og mottar bistand fra hjemmesykepleien. Vår målgruppe er primært personer som er over 65 år, ettersom denne aldersgruppen betraktes som eldre. Videre er avgrensningen grunnet i at de fleste tilfeller av demens blir diagnostisert etter fylte 65 år (Helsedirektoratet, 2017; Eget arbeid 2023).

2 Teoretisk bakgrunn

I dette kapittelet vil vi presentere det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som danner rammeverket for vår oppgave. Vi vil utforske demens, underernæring, hjemmesykepleien og Dorothea Orem sin egenomsorgsmodell, samt aktuelt lovverk.

2.1 Begrepsavklaring

Under vil vi forklare to begreper som vil bli benyttet gjennom hele oppgaven, og hvordan disse defineres i oppgaven.

2.1.1 Demens

Demens refererer til en gruppe hjernesykdommer som fører til kognitiv svekkelse og andre funksjonsnedsettelse (Skovdahl, 2020, s. 419).

2.1.2 Underernæring

Underernæring karakteriseres som en mangel på tilstrekkelig inntak av energi, protein og andre nødvendige næringsstoffer (Skovdahl, 2020, s. 435).

2.2 Demens

Demens kan beskrives som en paraplybetegnelse for kognitive sykdommer og skader som har ulike underliggende årsaker. Hvordan symptomene utarter seg avhenger av hvilken hjernedel som er rammet (Skovdahl, 2020, s. 419). Når en omtaler kognitive funksjoner er det forstått som evnen til å oppfatte og innhente informasjon fra omverden, evnen til å lagre informasjonen, samt planlegge og handle ut ifra den (Skovdahl, 2020, s. 417). I dag kategoriserer en demens inn i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer (Skovdahl, 2020, s. 419). Ved primærdegenerative demenssykdommer skades hjerneceller og dør i en unormalt høy rate. En deler disse videre inn i undergrupper, hvorav en av de mest kjente og hyppigst forekommende, er Alzheimers sykdom. Vaskulær demens er som regel en konsekvens av store hjerneinfarkter eller flere små. Til slutt er det sekundære demenssykdommer som skyldes ulike sykdommer, skader og tilstander som fører til demensutvikling. Eksempler på dette kan være rusmisbruk eller hjerneskader (Skovdahl, 2020, s. 421).

Felles for demenssykdommer er karakteristiske symptomer som inkluderer endringer i personlighet, utfordringer knyttet til språkforståelse, nedsatt tankeevne og svekket evne til problemløsning (Bertelsen, 2016, s. 334). Skovdahl (2020) presenterer redusert hukommelse

og læringsevne, svekket oppmerksomhet, orienteringsvansker og handlingssvikt som de vanligste symptomene ved demens. I det kliniske bildet er demens en sykdom som er svært individuell, både når det gjelder utvikling og alvorlighetsgrad (Skovdahl, 2020, s. 419). Ved mild grad kan en merke at en for eksempel kan ha problemer med å huske avtaler og gjøremål, mens ved alvorlig grad husker ofte personene bare små fragmenter fra tidligere i livet (Skovdahl, 2020, s. 422). Med andre ord vil demens i en varierende grad medføre en begrenset evne til å utføre dagligdagse oppgaver selvstendig, og ha en betydelig påvirkning på en persons liv.

2.3 Ernæring

Ernæring spiller en fundamental rolle i å opprettholde kroppens helse og velvære. En sunn og adekvat ernæringsstatus er avgjørende for å støtte kroppens vekst og utvikling. Gjennom riktig ernæring kan en opprettholde et tilfredsstillende aktivitetsnivå, fremme generell helse, samt beskytte kroppen mot potensielle sykdommer (Brodtkorb, 2020, s. 302). Det er ulike verktøy som kan benyttes for å undersøke ernæringsstatus, hvorav en av dem som ofte benyttes er kroppsmasseindeks (KMI). Det er et verdifullt verktøy for å vurdere ernæringsstatusen til pasienter, og kan bidra til å identifisere risikoen for underernæring. For å beregne KMI må en ha nøyaktig informasjon om både pasientens høyde og vekt. For brukerne i hjemmesykepleien anbefales det at KMI regelmessig beregnes for alle brukere som mottar helsehjelp (Wyller, 2020, s. 163). Spesielt for eldre mennesker er det ønskelig at KMI-verdien ligger innenfor et visst område, typisk 24 og 28. Å opprettholde en passende KMI er en viktig del av å sikre god ernæring og helse for personer som mottar omsorg, spesielt innenfor hjemmesykepleien (Brodtkorb, 2020, s. 304; Wyller, 2020, s. 163).

2.3.1 Underernæring

Underernæring er en tilstand som defineres av utilstrekkelig tilførsel av energi, protein og andre essensielle næringsstoffer (Jacobsen & Bye, 2015, s. 650). Dette kan medføre en rekke negative påvirkninger for kroppens masse og funksjon. Underernæring inntreffer ofte som en konsekvens av at personens inntak av nødvendige næringsstoffer reduseres eller at behovet øker (Jacobsen & Bye, 2015, s. 650). Samtidig kan eksisterende sykdomstilstander også bidra til underernæring, noe som resulterer i en negativ syklus der både den fysiske og mentale ytelsen blir redusert (Brodtkorb, 2020, s. 303). Underernæring kan resultere i alvorlige konsekvenser for pasientens generelle helse og livskvalitet (Sortland, 2015, s. 166). Noen av de mulige følgene av underernæring inkluderer økt risiko for fall, nedsatt bevegelighet, depresjon, apati, nedsatt immunforsvar og forsinket sårtilheling. Dette skyldes en mangel på

nødvendige næringsstoffer som fører til symptomer som tretthet, svakhet og anemi. Videre øker risikoen for infeksjoner som lungebetennelse og urinveisinfeksjon betydelig (Sortland, 2015, s. 166). I møte med mennesker som er underernærte eller i risiko for underernæring kan næringsdrikker spille en viktig rolle for å kunne møte ernæringsbehovet. De er beriket med essensielle næringsstoffer, som kan bidra til å øke kaloriinntaket, forbedre proteininntaket og sikre tilstrekkelig tilførsel av vitaminer og mineraler (Wyller, 2020, s. 207-208).

2.3.2 Underernæring hos personer med demens

Personer med en demensdiagnose, kan oppleve redusert matlyst og en svekket forståelse av eget næringsbehov (Skovdahl, 2020, s. 435). Pasientgruppen kan ofte glemme å spise eller drikke, og noen kan miste evnen til å føle sult eller metthet. I tillegg kan de ha en manglende bevissthet om viktigheten av adekvat næring, noe som utgjør betydelige utfordringer for denne pasientgruppen. Personer med demens kan derfor ha behov for regelmessige påminnelser når det gjelder å innta mat og drikke. Noen har også problemer med å bruke bestikk (Skovdahl, 2020, s. 435).

2.3.3 Kartlegging av ernæring

I Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring står det at alle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved start av helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2021). Helsedirektoratet (2021) anbefaler at en systematisk kartlegging av underernæring gjennomføres minimum hver sjette måned eller oftere dersom det foreligger en klinisk bekymring. Dette er for de som har diagnoser og tilstander som utgjør en høy risiko for underernæring. Det står også at det er anbefalt å kartlegge ernæring månedlig i kommunale helse- og omsorgstjenester. Målet er å fremme kvaliteten i forebygging og behandling av underernæring gjennom anbefalinger som er basert på ny og oppdatert kunnskap (Helsedirektoratet, 2021). I Norge har det tidligere vært anbefalt å anvende MNA for kartlegging av risiko for underernæring, men i dag anbefaler Helsedirektoratet verktøyet MST (Helsedirektoratet, 2021).

2.4 Sykepleie i hjemmetjenesten

Hjemmesykepleie er en tjeneste som tilbys til enkeltpersoner som bor i sine egne hjem, men som på grunn av sykdom, helseutfordringer, alderdom eller livssituasjon, trenger ulike former for assistanse og omsorg (Fjørtoft, 2016, s. 17). Helsehjelp som gis i hjemmet inkluderer en rekke handlinger som har formål knyttet til forebygging, behandling, opprettholde god helse

og rehabilitering. Disse tjenestene utføres av kvalifisert helsepersonell, og målet er å tilby individualisert omsorg som møter brukernes behov og bidrar til å opprettholde eller forbedre deres helse og livskvalitet (Fjørtoft, 2016, s. 17). Hjemmesykepleien preges ofte av hektiske dager og høye krav, da en har mange brukere en skal besøke (Fjørtoft, 2016, s. 164). Tid er derfor avgjørende for å kunne tilby en individuelt tilpasset omsorg, men knapphet på tid og ressurser er utfordrende både for brukere og helsepersonell. Hjemmesykepleien handler ofte om prioritering, da en har et visst antall besøk en skal gjennomføre i løpet av en arbeidsdag (Fjørtoft, 2016, s. 164).

Sykepleierens rolle i hjemmesykepleien går ut på å støtte brukeren i å håndtere utfordrende livssituasjoner (Fjørtoft, 2016, s. 12). Dette kan variere fra å tilby praktisk hjelp til å styrke brukerens egne ressurser og livsmot. Sykepleieren må inneha nødvendig kunnskap og forståelse for brukerens unike situasjon, og ha evnen til å identifisere de tiltakene som vil fremme best mulig helse. For å oppnå dette må sykepleieren også ha en god innsikt i de faktorene som påvirker brukerens omsorgsbehov (Fjørtoft, 2016, s. 12). Hovedfokuset i hjemmesykepleien er at brukeren står i sentrum, og praksisen rettes mot brukerens behov, ressurser og preferanser. Dette utgjør grunnlaget for all helsetjeneste. Det overordnede målet er å sikre at brukeren opplever en meningsfull og tilpasset omsorg som fremmer deres livskvalitet og helse (Fjørtoft, 2016, s. 12).

2.4.1 Rammefaktorer i hjemmetjenesten

Påvirkningen av politiske føringer utgjør en betydningsfull og overordnet rammefaktor som har innvirkning på både omfanget av tjenester og kvaliteten som tilbys innenfor hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 151). Politiske retningslinjer setter standarder som legger føringer på hvordan hjemmesykepleien organiserer og leverer omsorg og hjelp til sine brukere (Fjørtoft, 2016, s. 151). I 2012 ble Samhandlingsreformen innført, som har medført omfattende endringer og overføringer av ansvarsområder innen helsevesenet. Hensikten med reformen er å styrke den norske helsetjenesten slik en kan møte pasientenes behov og de samfunnsøkonomiske utfordringene bedre i fremtiden. Den skal også skape et bedre samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Reformen gav kommunen et større ansvar for kommunens innbyggere, og deres behov for helsehjelp. Sykepleiere i hjemmetjenesten har fått større utfordringer som følge av dette, spesielt da pasienter kommer tidligere hjem fra sykehus og har behov for mer avansert pleie og behandling (St.meld. nr. 47 (2008-2009); Fjørtoft, 2016, s. 152-153).

2.5 Sykepleiers funksjon og ansvar

En sykepleier har som ansvar å tilby faglig og etisk forsvarlig helsehjelp som er tilpasset den enkelte pasient. Videre møte pasientens behov ved å utøve målrettet, handlingsrettet og koordinert arbeid for å fremme helse (Kim, 2015, s. 144). Sykepleier innehar flere ulike ansvarsområder, hvorav en av dem er å forebygge sykdom og lidelse (NSF, 2023). Som tidligere nevnt ønsker vi å undersøke det forebyggende perspektivet for underernæring i hjemmetjenesten. Målet med forebyggende helsearbeid for eldre er å aktivt forhindre skade, sykdom og tidlig død. Dette er nøkkelen til å forbedre og opprettholde helse, funksjonsevne og livskvaliteten til enkeltpersoner (Ranhoff, 2020, s. 160-161). Forebyggende tiltak inkluderer å fremme sunn livsstil, optimalisere ernæring, øke fysisk aktivitet, redusere risikofaktorer for sykdom og sikre god tilgang til helsetjenester (Ranhoff, 2020, s. 160-161).

2.5.1 Egenomsorg

En relevant sykepleiemodell som beskriver sykepleierens funksjon og ansvar er Dorothea Orem's egenomsorgsmodell (Kristoffersen, 2016, s. 18). Den omhandler menneskets egenomsorgsbehov, hvor sykepleieren sin rolle er å bistå pasienter med å oppfylle eller opprettholde sine behov. Modellen understreker betydningen av egenomsorg og ser det som en grunnleggende forutsetning for å opprettholde eller gjenvinne helse. Samtidig vektlegger den mennesker som ressurssterke og med et iboende ønske om å ta vare på seg selv (Kristoffersen, 2016, s.20). Orem tilbyr konkrete rammer for sykepleiepraksisen ved å introdusere kjernebegrepene egenomsorgsbehov, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer (Gonzales, 2020, s. 46). Hun identifiserte åtte universelle behov hvorav en av dem er å ha adekvat inntak av mat. Behovene vil variere med personens alder og helsetilstand, og Orem argumenterer videre for at dette er selve essensen i et helse- og velværeperspektiv (Gonzales, 2020, s. 47).

Begrepene omsorgssvikt og sykepleiesystemer utforsker behovet for sykepleie og sykepleierens funksjon og ansvar (Gonzales, 2020, s. 47). Orem beskriver at sykepleiere har som ansvar å kompensere for mangler i pasientens egenomsorg. Dette innebærer at en bidrar der pasientens egenomsorgsevne svikter, og styrker evnen der det er mulig. For å identifisere personens egenomsorgskapasitet er det viktig at sykepleier gjør en grundig og helhetlig vurdering av personens indre og ytre faktorer, samt alle ressursene pasienten har tilgjengelig (Gonzales, 2020, s. 47). Sykepleiesystemene omfatter tre ulike omsorgsnivåer som vil variere ut ifra hvor stor egenomsorgssvikt til den enkelte er og dets tilgjengelige ressurser. Det kan

være at sykepleier må ta en helt kompenserende eller en delvis kompenserende rolle. Det siste sykepleiesystemet innebærer at sykepleier tar en veiledende og støttende rolle. Innenfor hvert enkelt system kan sykepleier anvende ulike verktøy, som eksempelvis å veilede eller undervise, som er tilpasset personens egenomsorgsevne og kapasitet (Gonzales, 2020, s. 47). En kan dermed si at modellen beskriver både syn på helse og egenomsorg, samtidig som den forklarer hvilken rolle sykepleier har for å ivareta egenomsorgsbehovene til mennesker.

2.6 Personsentrert sykepleie

Sykepleie handler om å yte helhetlig og personsentrert tilpasset sykepleie. En skal etter beste evne ta hensyn til den enkeltes opplevelser, ønsker, verdier og behov (Kirkevold, 2020, s. 98). Videre er virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester pålagt et ansvar å etablere gode rutiner for personsentrert behandling og omsorg til personer med demens (Helsedirektoratet, 2017). Begrepet personsentrert sykepleie kan forstås og brukes på ulike måter, men det er en felles enighet om at det er fokus på individ som helhetlig og unikt, og at de er eksperter på eget liv (Kirkevold, 2020, s. 99). Personsentrert omsorg bygger på den grunnleggende troen om at kognitiv svekkelse eller høy alder ikke reduserer vår grunnleggende menneskelige verdi (Skovdahl, 2020, s. 427). Som sykepleier er det viktig at en innehar kunnskap om hvem personen med demens er. Dette innebærer informasjon om personens livshistorie, hvilke verdier og interesserer hen har, samt tidligere jobber og erfaringer. Dette er fundamentale faktorer for å kunne yte personsentrert omsorg, og etter hvert som den kognitive svikten blir forverret, er det desto viktigere (Skovdahl, 2020, s. 427).

2.7 Sykepleiefaglige rammeverk

Lover og forskrifter har en direkte innvirkning på sykepleiers ansvar, da de danner grunnlaget for yrkesutøvelsen og faglige retningslinjer som setter rammene for sykepleieryrket (Kristoffersen, 2016, s. 194). I sykepleiepraksis er det avgjørende å forstå og følge disse lovene og forskriftene for å sikre at omsorgen og behandlingen som gis er av høy kvalitet, respekterer individets verdighet og behov. I tillegg skal de oppfylle de juridiske kravene som er fastsatt (Kristoffersen, 2016, s. 194).

2.7.1 Lovverk

Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester er en kjernelov for hjemmesykepleien. Den har som mål å sikre nødvendige helsetjenester til personer som befinner seg i kommunen, samt legge til rette for god samhandling (Fjørtoft, 2016, s. 154). Loven inkluderer viktige

prinsipper som å tilrettelegge tjenestetilbudet med respekt for den enkeltes integritet og verdighet. Videre er det et mål at tjenestene skal tilpasses den enkeltes individuelle behov (Helse og omsorgstjenesteloven, 1982, § 1).

Det er relevant å trekke inn pasient- og brukerrettighetsloven da den regnes som et fundament i alle tjenester innenfor helse (Fjørtoft, 2016, s. 156). Pasient- og brukerrettighetsloven sikrer ivaretagelse av rettigheter for mottakere av helsetjenester inkludert retten til informasjon og brukermedvirkning. Denne loven setter også rammer for hvordan helsepersonell skal samhandle med pasienter og brukere av helsetjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

En annen lov som er førende for helsepersonell og dermed regulerer sykepleierens yrkesutøvelse er helsepersonelloven. Loven pålegger helsepersonell spesifikke plikter og ansvar, deriblant kravet om å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til pasienter og brukere av helsetjenester (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

2.7.2 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene er et rammeverk som legger grunnlag for sykepleierens etiske atferd og praksis. Videre gir de veiledning for sykepleiere i forhold til deres etiske verdier, generelle ansvar og faglige forpliktelser (NSF, 2023). NSF (2023) vektlegger at sykepleie handler om helsefremming, forebygging, gjenopprette helse og sikre en verdig slutt på livet. Videre understreker den viktigheten av pasientens rett til medbestemmelse, autonomi og ikke bli krenket. Sykepleier skal støtte pasienten, tilby omsorgsfull og faglig forsvarlig helsehjelp (NSF, 2023).

2.7.3 Nasjonale faglige retningslinjer

Helsedirektoratet har utviklet konkrete Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2022). Ifølge disse retningslinjene er hjemmesykepleien pålagt å gjennomføre en grundig vurdering av ernæringsmessig risiko ved oppstart av helse- og omsorgstjenester, og deretter gjenta etter en gitt frekvens og ved behov. Videre dersom det er risiko for underernæring, skal det gjøres en individuelt tilpasset kartlegging og utarbeides en ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2022).

3 Metode

I dette kapitlet vil oppgaven ta for seg hva en litteraturstudie innebærer, hvordan vi utførte søkeprosessen, og hvilken annen inkludert faglitteratur som underbygger oppgaven.

3.1 Generell litteraturstudie

Litteraturstudier er en vanlig metode på bachelor- og masternivå innen sykepleiestudiet (Popenoe et al., 2021, s. 175). Metoden bygger på at en formulerer en problemstilling eller et forskningsspørsmål, og dermed undersøker eksisterende forskning rundt relevant tematikk. Deretter skal en kritisk analysere resultater fra de utvalgte studiene, og sammenfatte funn for å få frem ny og oppdatert kunnskap (Popenoe et al., 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Vi har tatt utgangspunkt i Popenoe et al. (2021) sin artikkel for å gjennomføre litteratursøket så strukturert som mulig. Samtidig inneholder artikkelen flere gode tips som vi har funnet nyttig gjennom prosessen.

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ifølge Popenoe et al. (2021) er inklusjons- og eksklusjonskriterier retningslinjer som brukes i litteraturgjennomgangen for å velge hvilke studier som skal inkluderes. Kriteriene bidrar til å skape en målrettet tilnærming ved å definere hvilke typer informasjon som er relevante for å besvare problemstillingen og hvilke som bør utelukkes (Popenoe et al., 2021, s. 181). I utgangspunktet var det tenkt at studiene skulle inkludere mennesker over 65 år. Vi innså at dersom vi gjorde dette mistet vi studier som omhandler helsepersonell sine erfaringer, og derfor var ikke dette et nyttig kriterium. Det var også tenkt å inkludere personer med en demensdiagnose, men vi opplevde at vi mistet tilgang til studier som omhandlet ernæringskartlegging og hvordan underernæring kan forebygges i hjemmetjenesten. Flere studier belyste ernæringsarbeid generelt, og etter egne erfaringer kan det være likt uavhengig om en har en demensdiagnose eller ikke. Vi konkluderte derfor med at det ikke burde være et inklusjonskriterium for å kunne belyse tematikken rundt ernæringsarbeid og hvordan det fungerer i hjemmetjenesten.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert etter år 2013	Studier som er publisert før 2013
Engelsk eller norsk språk	Studier på øvrige språk
Fagfellevurderte artikler	Ikke fagfellevurderte artikler eller fagartikler
Hjemmesykepleie	Institusjon, sykehjem eller pasienter som er innlagt på sykehus

3.2.2 Søkeprosessen

For å identifisere relevante studier som kunne besvare problemstillingen ble det først gjennomført ett strukturert søk i den vitenskapelige databasen Cinahl. Cinahl har innhold av forskningsmateriale om sykepleie og andre helseprofesjoner i både Europa og Nord Amerika (Aveyard et al., 2021, s. 76). I vår søkeprosess startet vi med et innledende søk hvor vi inkluderte søkeordene “nutritional status” og “dementia”. Dette søket ga 342 treff. For å spisse inn søket begrenset vi det til studier publisert 2015-2023, og til geografi Europa. Vi valgte fra 2015 da vi var interessert i å finne nyeste forskning på området. Vi ønsket kun å inkludere studier med engelsk språk da det er lettere å misforstå på andre øvrige språk. Da satt vi igjen med 83 treff.

For å snevre inn søket ytterligere mot vår problemstilling inkluderte vi nøkkelordene “patient care”, “home health care”, “nutritional status” og “nutritional assessment”. Etter vår første veiledning fikk vi råd om å inkludere “Alzheimer’s disease”, da det kunne medføre at vi fant flere relevante studier. Dermed ble “Dementia” OR “Alzheimer’s disease” anvendt i søket, men det gav ikke flere studier som var relevante i forhold til inklusjonskriteriene. Vi valgte så å legge inn “Dementia” som Major Heading for å sikre at demens var hovedfokus i studiene. På bakgrunn av anbefalinger, ble det brukt merketusj for å markere relevante funn på de siste 6 studiene, samtidig som vi kodet resultatene (Popenoe et al., 2021, s. 181). Til slutt var det 2 studier som inkluderte alle kriterier og relevant for å besvare problemstillingen.

Etter gjennomført søk på Cinahl, ønsket vi å gjøre et ytterligere søk på sykepleien.no for å belyse tematikken fra et nordisk perspektiv. “Sykepleien” er et norsk vitenskapelig tidsskrift som blant annet publiserer fagfellevurderte forskningsartikler rundt alle aspekter ved sykepleie (Sykepleien, u.å). Denne databasen har vi funnet svært nyttig med oppdatert og relevant forskning innenfor sykepleiefaget gjennom studietiden vår. I sykepleien ble norske søkeord brukt, men de samme inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble anvendt.

Tabell 2. Søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	Cinahl, 03/11-23	Sykepleien.no, 03/11-23
Søkeord og kombinasjoner	((MH “Dementia+”) OR (MH “Alzheimers Disease”)) AND (“Nutritional Status”) AND ((MH “Patient Care+”) OR (MH “Home Health Care+”) OR (MH “Nutritional Assesment+”))	“Demens” “Underernæring”
Avgrensinger i søket	Tid: Publisert etter 2015 Språk: Engelsk Geografiske avgrensninger: Europe Subject: Major Heading: Dementia	Språk: Norsk Forskning
Antall treff totalt	16	11
Antall gjennomleste titler	16	11
Antall gjennomleste abstrakt	10	5
Antall gjennomleste fulltekstartikler	6	3
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	2	2
Inkludert artikkel nummer 1	Mole, L., Kent, B., Hickson, M., & Abbot, R. (2019). “It’s	Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013).

	what you do that makes a difference”. An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care for people living with dementia at home. <i>BMC geriatrics</i> , 19(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1270-4	Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. <i>Sykepleien forskning</i> , 8(4). 10.4220/sykepleienf.2013.0137
Inkludert artikkel nummer 2	Johansson, L., Wijk, H. & Christensson, L. (2017). Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventative care program. <i>The journal of nutrition, health & aging</i> , 21, 292-298. https://doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7	Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

For å besvare problemstillingen, er det benyttet relevant faglitteratur som er funnet på pensumlister og på skolens bibliotek. Fjørtoft (2016) har vært en sentral kilde gjennom hele oppgaven, da denne boken gir innsikt i temaet «hjemmesykepleie», som er relevant for å belyse hjemmesykepleien som kontekst. Boken «Geriatrisk sykepleie» (Kirkevold et al., 2020) er en fagbok som vi har anvendt mye gjennom utdanningen, og som inneholder flere relevante kapitler for vår oppgave. Vi forsøkte å finne Dorothea Orems originale bok, men den var ikke tilgjengelig på skolens bibliotek eller på internett. Derfor valgte vi å benytte Kristoffersen (2016) og Gonzales (2020) sin beskrivelse av teorien. Sortland (2015) og Wyller (2020) har vært sentrale kilder for å kunne belyse temaet underernæring og hvordan en kan vurdere ernæringsstatus. Aktuelt lovverk for tematikken har også blitt benyttet gjennom lovdata.no. I tillegg har Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet hatt svært relevante rapporter og forskrifter, for å tydeliggjøre kontekst og førende retningslinjer for sykepleieutøvelse i hjemmet.

4 Resultater

I dette kapitlet vil det bli presentert resultater fra de utvalgte studiene etter gjennomføringen av strukturerte søk gjennom Cinahl og Sykepleien. Studiene vil bli presentert i en artikkelmatrise, og vi vil deretter oppsummere relevante resultater fra studiene i en kort syntese.

4.1 Artikkelmatrise

Tabell 3: Artikkelmatrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Johansson, L., Wijk, H. & Christensson, L. (2017). Sverige.	Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventative care program	Undersøker implementering av en strukturert forebyggende omsorgsprosess blant personer med demens som er i risiko for underernæring eller som er underernært.	Det ble brukt en pre-post-analyse av data fra SA (Senior Alert) for å vurdere hvilken effekt en forebyggende omsorgsprosess har på kroppsvekt blant personer med demens i den identifiserte risikogruppen.	<ul style="list-style-type: none"> • Underernæring ble identifisert i 20,2% av deltakerne, og risiko for underernæring ble funnet i 54,1% av deltakerne i studien. • De fant at de personene der alle de fire stegene i den forebyggende prosessen ble fulgt, fikk en forbedret ernæringsstatus. Hos de som kun fulgte tre av stegene, var det ingen endring i ernæringsstatusen. • Tiltakene som ble benyttet for denne gruppen var kosttilskudd, vektkontroll og spisestøtte. 	8 av 9 Vedlegg 1
Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbot, R. (2019). Storbritannia.	<i>It's what you do that makes a difference</i> An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home	Undersøker hvordan helsepersonell i hjemmetjenesten opplever ernæringsarbeid for mennesker med demens som bor hjemme	IPA er den anvendte forskningsmetoden. Forskerne utførte semi-strukturerte intervju mellom desember 2017 og mars 2018. Det var 7 deltakere hvorav 2 av dem helsefagarbeidere og 1 sykepleier. I gjennomsnitt hadde helsepersonell 8.9 års jobberfaring med	<ul style="list-style-type: none"> • Fire hovedtema ble identifisert: ansvar for pleie og omsorg, praksis begrenset av politikk, «sammen om det» og forbedre næringsomsorgen. • Alle deltakerne mente det er viktig med god ernæringsomsorg til mennesker med demens, og følte på et stort ansvar. 	9 av 9 Vedlegg 2

			mennesker med demens i hjem.	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak identifisert som kunne forebygge underernæring var å lage mat sammen med bruker og spise sammen. • Begrensede faktorer som ikke tilstrekkelig tid, politiske rammer og mangel av kunnskap ble identifisert. Fremmede faktorer var familiestøtte, jobbe tverrfaglig med ernæringsfysiologer og etablere god relasjon til bruker. 	
Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C. & Luhr, N. (2013). Norge	Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens	Hensikten med studien er å kartlegge ernæringsstatus blant eldre hjemmeboende personer med demens og kognitiv svikt som får bistand av hjemmesykepleien.	Studien gjennomførte en tverrsnitts studie i 4 ulike bydeler i Oslo. Brukte MNA til datainnsamling. For å analysere dataene ble det brukt en logistisk regresjonsanalyse. Resultatene ble presentert i oddsratioer.	<ul style="list-style-type: none"> • Fant at 40,4% av brukerne inkludert i studien sto i fare for underernæring. Resultatene viser at hjemmeboende kvinner som lider av kognitiv svikt er mer utsatt for underernæring enn menn. • Til slutt fant de at de som trenger bistand med matinnkjøp har en høyere risiko for underernæring enn de som handler selvstendig eller ved hjelp av familie. • Et tiltak i studien derfor å la brukeren handle sammen med hjemmesykepleien. • De mente at helsepersonell må ha bedre rutiner for å innhente data om ernæringsstatusen hos denne gruppen, og ha kjennskap til risikofaktorer for å kunne iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt. 	8 av 9 Vedlegg 3

<p>Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017).</p>	<p>Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske hvordan helsepersonell som arbeider i hjemmesykepleien tolker og implementerer faglig forsvarlig ernæringsarbeid i forhold til kravene som fremkommer i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.</p>	<p>Studien gjennomførte en kvalitativ studie som involverte en analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter. Dataen ble innhentet gjennom å gjennomføre tolv gruppesamtaler med 19 sykepleiere fra to ulike kommuner.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resultatene viser at ledelsesforankring er essensielt for ernæringskartlegging. Samt at det må være tydelig hvilket kartleggingsverktøy som skal anvendes. Sykepleierne uttrykte viktigheten av å ha god kjennskap til pasienten og deres individuelle ernæringsbehov. • De opplever at de som bor hjemme har større risiko for underernæring. Medspisning er et tiltak deltakerne mener kan være forebyggende mot underernæring. • De opplevde at det var utfordringer knyttet til å vurdere brukernes mat- og væskeinntak over hele døgnet. • De rapporterer at det er særlig utfordrende å følge opp brukerne med demens da glemmer ofte å spise og drikke Videre var mangel på kunnskap om underernæring og tidsbegrensning begrensende faktorer. 	<p>8 av 9 Vedlegg 4</p>
--	--	---	---	--	-----------------------------

4.2 Syntese av resultatene

Studiene belyser at det er en betydelig sammenheng mellom kognitiv svikt og økt risiko for underernæring hos personer med demens som mottar hjemmesykepleie. Samlet sett indikerer resultatene fra disse studiene at en helhetlig tilnærming med fokus på pasientsentrert omsorg, kompetanseheving, iverksette forebyggende tiltak som nødvendig for å forbedre ernæringsomsorgen for eldre personer med demens som bor hjemme. Forebyggende tiltak som medspising, lage mat sammen, handle med bruker, vektkontroller og diverse kosttilskudd ble identifisert. Videre fremkommer det praktiske faktorer som kan påvirke effektiviteten av tiltakene. Tidspress, politiske begrensninger, manglende systematikk i ernæringsarbeid og mangel på kunnskap var gjengående faktorer.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi drøfte problemstillingen «Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?» i lys av funnene fra de inkluderte studiene. Det vil bli diskutert hvilke tiltak sykepleieren kan implementere for å ivareta brukernes ernæringsstatus, og samtidig vurdere hvor hensiktsmessige disse tiltakene er i den aktuelle konteksten. Deretter vil oppgaven diskutere ulike faktorer som bør ligge til grunn for å kunne yte en god ernæringspraksis. Videre vil vi diskutere styrker og svakheter rundt bruk av metode.

5.1 Betydningen av forebyggende tiltak

Studien til Johansson et al. (2017) viste at gjennom å bruke en forebyggende prosess som inneholdt fire steg for å kartlegge ernæring hos brukere med demens, ble ernæringsstatusen forbedret. Den forebyggende prosessen bestod av å bruke MNA-kartlegging, samt identifisere underliggende årsaker som påvirker ernæringsstatusen og iverksette relevante tiltak. Til slutt evaluerte de hvordan disse tre stegene hadde effekt på ernæringsstatusen. Hos de brukerne der alle stegene ikke ble fulgt, var det ikke observert en forbedring i ernæringsstatusen (Johansson et al., 2017). Etter egne erfaringer har vi observert flere brukere der det har vært en manglende kartlegging av ernæringsstatus, som har medført at tiltak ikke har blitt iverksatt tidlig nok. Konsekvenser vi har observert som følge av dette, er at brukerne får forverring av helseproblemer og tap av livskvalitet. Dette kan dermed vise til at grundig kartlegging og forebyggende tiltak bør iverksettes så raskt som mulig, og spiller en avgjørende rolle for å opprettholde en god ernæringsstatus.

5.1.1 Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus

I studiene til Rognstad et al. (2013), Johansson et al. (2017) og Meyer et al. (2017) ble MNA anvendt til å kartlegge ernæring. Rognstad et al. (2013) anså dette til å være en av de mest anvendte kartleggingskjemaene for ernæring. De argumenterer for det er et enkelt verktøy å anvende, og Oslo kommune hadde bestemt at MNA var standard for kartlegging av ernæringsstatus for pasienter. Dette var et anbefalt kartleggingsverktøy tidligere, men Helsedirektoratet (2021) anbefaler nå MST, som er et nytt og oppdatert verktøy for å kartlegge ernæringsstatus. Å utføre en slik kartlegging kan være med på å fange opp de personene som er i risiko for underernæring, slik at en kan iverksette tiltak på et tidlig stadium og dermed forebygge underernæring (Helsedirektoratet, 2021). Å kartlegge ernæring er derfor

essensielt, da underernæring kan medføre en rekke negative påvirkninger på kroppens masse og funksjon (Jacobsen & Bye, 2015, s. 650).

Sykepleierne som deltok i studien til Meyer et al. (2017) uttrykte at de hadde en faglig forståelse for viktigheten av å registrere matinntak og vektkontroll ved kartlegging av ernæring. Imidlertid stilte de spørsmål ved om det var mulig å oppfylle de nasjonale faglige retningslinjene for vurdering av ernæringsmessig risiko hos alle brukerne som hadde vedtak om hjemmesykepleie, og å følge opp kartleggingen på månedlig basis (Meyer et al., 2017; Helsedirektoratet, 2022). Disse retningslinjene pålegger hjemmesykepleien å gjennomføre en grundig kartlegging etter gitt frekvens, og ved behov. De fremmer også et felles kunnskapsgrunnlag for ledere og sykepleiere innen ernæringsarbeid (Helsedirektoratet, 2022). Studien kan derfor indikere at det er viktig å være kritisk til de nasjonale faglige retningslinjene, da de ikke nødvendigvis tar hensyn til hjemmesykepleien som kontekst (Meyer et al., 2017). Vi tolker det som at det kan være vanskelig å gjennomføre i praksis, da det er flere bakenforliggende faktorer som kan påvirke ernæringsarbeidet.

I studien til Meyer et al. (2017) ble mangel på kjennskap til bruken av standardverktøy for ernæringscreening beskrevet, hvor sykepleierne oppfattet retningslinjene som fjerne for klinisk praksis grunnet et akademisk språk. Dette kan understreke behovet for kompetanseøkning om hvordan en gjennomfører systematisk ernæringsarbeid i hjemmesykepleien. Videre påpekte deltakerne at det er essensielt at arbeidsplassen har vedtatt hvilket kartleggingsverktøy som skal anvendes. På den ene arbeidsplassen var det mangel på beslutning om hvilket kartleggingsverktøy som skulle benyttes, noe som hindret sykepleierne å utføre en god praksis innen ernæringsarbeid (Meyer et al., 2017). Det kan derfor argumenteres for at det er viktig at det er forankret fra både ledelsen og kommunen hvilket verktøy som skal brukes, og være tydeligere retningslinjer rundt ernæringskartlegging. Dette mener vi kan bidra til en bedre praksis, der en felles enighet og bedre rutiner kan gjøre ernæringsarbeidet mer strukturert og oversiktlig for sykepleierne. Egen erfaring fra arbeid i hjemmetjenesten viser at å ta vekt av brukerne ofte blir glemt, noe som har medført at eventuelle vekttap ikke blir fanget opp på et tidlig nok tidspunkt. Videre opplever hjemmesykepleien ofte hektiske dager preget av knapphet på både tid og ressurser (Fjørtoft, 2016, s. 164). Sammen kan disse faktorene medføre at tiltak ikke iverksettes tidnok, og det vil være en større belastning både for bruker og helsepersonell da en må behandle underernæring istedenfor å forebygge.

KMI er som nevnt en kjent metode for å måle ernæringsstatus hvor det er viktig med nøyaktig høyde og vekt (Wyller, 2020, s. 163). Det er essensielt at en måler vekt jevnlig for å kunne utføre en korrekt MST kartlegging (Helsedirektoratet, 2021). Dersom det ikke er målt vekt på en bruker på flere måneder kan det da være utfordrende å angi hvor stort et eventuelt vekttap er. I forskningen til Meyer et al. (2017) påpekes det at det ofte mangler vekt hjemme hos bruker, men de løste dette med å kjøpe skalavekter til hjemmetjenesten. I henhold til helsepersonelloven har helsepersonell en plikt til å utøve en faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til brukerne (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Det kan derfor argumenteres for at det må tilrettelegges og iverksettes tiltak for å utføre jevnlig vektkontroller slik at kartleggingen blir utført på faglig korrekt måte og i tråd med de nasjonale faglige retningslinjene (Helsedirektoratet, 2022).

Sortland (2015) trekker frem at personer med demens har en begrenset evne til å ta hensiktsmessige valg rundt egen ernæring, og derfor har sykepleiere et stort ansvar for å gjennomføre en grundig ernæringscreening. Som beskrevet i det teoretiske bakgrunnskapittelet, er svekket oppmerksomhetsevne, redusert hukommelse og nedsatt tenkeevne klassiske symptomer på demens (Skovdahl, 2020, s. 422). Dette kan medføre at gjennomføringen av ernæringskartlegging blir utfordrende hos brukere med demens. Etter egne erfaringer er det nødvendig å bruke god tid på ernæringskartlegging hos brukere med demens, og kritisk vurdere brukerens svar. I studien til Rognstad et al. (2013) fant de at flere brukere med demens hadde en redusert innsikt og forståelse for egen ernæringsstatus, og hadde vansker med å gjennomføre en grundig kartlegging. Pleierne som kjente brukeren godt kunne bidra til å svare på spørsmålene rundt brukerens matinntak (Rognstad et al., 2013). Dette trekker frem viktigheten av å ha god kjennskap til brukeren og dens spisevaner. Samtidig viser dette at pleierne tok en delvis kompensierende rolle i kartleggingen da de bistod med å besvare enkelte punkter av kartleggingen på vegne av pasienten (Gonzales, 2020, s.47). Av egne erfaringer har vi opplevd at en må bidra mer aktivt i kartlegging hos personer med demens, da de ofte mangler innsikt i egen ernærings situasjon eller har vansker med å uttrykke seg. Vi ser dette går i tråd med Orem sin beskrivelse av sykepleierens funksjon, hvor sykepleier hjelper bruker med å ivareta egenomsorgsbehovet for tilstrekkelig ernæring (Gonzales, 2020, s. 47). Samtidig ser vi nødvendigheten av at sykepleiere har kjennskap til problemområder ved ernæringskartlegging, da både brukeren og helsepersonell som gjennomfører kartleggingen kan både tolke og gi feil informasjon.

5.1.2 Medspisning og matlaging

I studien til Meyer et al. (2017) påpekes det at brukerne som bor alene har en tendens til å spise mindre og har større risiko for underernæring. Personer med demens kan ha redusert matlyst, og glemme å spise og drikke, noe som kan indikere at denne pasientgruppen trenger påminnelser om å ivareta sitt behov for tilstrekkelig inntak av mat (Skovdahl, 2020, s. 435). Sykepleiere opplever medspisning som et viktig tiltak som bidrar til at brukeren spiser mer, samtidig som det fungerer som et trivselsskapende tiltak (Meyer et al., 2017). Dette kan bidra til at personalet får observert matinntak og samtidig motivere brukeren. Selv har vi opplevd at brukere er mer motivert til å spise dersom de har selskap under måltidene. Medspisning var et av de mest brukte tiltakene i studiet til Johansson et al. (2017) for å forbedre ernæringsstatus. Videre blir det vektlagt at å lage mat sammen med bruker hjemme var en hyggelig aktivitet som økte sannsynlighet for at maten ble spist opp, og dermed forbedre næringsinntaket (Mole et al., 2019, s. 7). Samtidig er det sjeldent helsepersonell har tid og mulighet til å gjennomføre disse tiltakene. I hjemmetjenesten kan økonomiske- og tidsbegrensninger påvirke ernæringsarbeidet (Fjørtoft, 2016, s. 151). Mange brukere mottar ferdigmat eller «mikromat» grunnet begrensede ressurser, og helsearbeidere har begrenset tid til å tilberede måltider (Mole et al., 2019, s. 5).

Da personer med demens kan ha en begrenset evne til å ta fornuftige valg rundt egen ernæring, kan det oppstå en svikt i deres egenomsorgsevne når det kommer til inntak av mat (Skovdahl, 202, s. 435). Ifølge Orem vil sykepleier ha i oppgave å kompensere for den sviktende egenomsorgen. Det vil variere fra person til person hvor stor egenomsorgssvikten er, og hvilket omsorgsnivå som er hensiktsmessig (Kristoffersen, 2016, s. 26). Dersom en bruker for eksempel har vansker med å skjære opp maten, må sykepleier ta en kompenserende rolle. Eller hvis en bruker kan lage det meste av maten selv, men trenger tilsyn underveis, kan sykepleier ha en støttende funksjon. Vi tolker det derfor som at det er viktig at sykepleier finner en balanse der en kompenserer for svikten, men ikke overkompenserer.

5.1.3 Handle sammen med bruker

Et annet forebyggende tiltak er bistand til å utføre matinnkjøp sammen med hjemmetjenesten eller familiemedlemmer (Rognstad et al., 2013, s. 307). Resultater fra Rognstad et al. (2013) viser at brukerne som foretok matinnkjøp selv har en betydelig lavere sannsynlighet for å være underernærte enn de som ikke handler selvstendig. Ved å delta i mathandlingen, kan brukeren velge mat de ønsker å spise, noe som samsvarer med pasient- og

brukerrettighetsloven, som er utformet for å sikre brukermedvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dette perspektivet kan være en refleksjon av personsentrert omsorg, der sykepleieren streber etter å ta hensyn til brukerens ønsker og behov (Kirkevold, 2020, s. 98). Dersom en bruker trenger bistand til å handle sammen i butikk kan det argumenteres for at sykepleier vil ta en helt eller delvis kompensere rolle (Gonzales, 2020, s. 47). Av egne erfaringer har det å handle sammen med bruker bidratt til økt trivsel da de fikk være med og velge matvarer selvstendig. Samtidig ble det en sosial aktivitet som ga brukeren muligheten til å ha sosialt samvær. På den andre siden er det utfordringer med tid og bemanning i hjemmetjenesten som kan gjøre det utfordrende å utføre tiltak i praksis (Fjørtoft, 2016, s. 164).

5.1.4 Næringsdrikker og kosttilskudd

Næringsdrikker og kosttilskudd kan være nyttige supplementer for de som er undernært eller i risiko for underernæring, da det kan bidra til å forhindre ytterligere vekttap og fremme generell helse (Wyller, 2020, s. 207). I studien til Johansson et al (2017) fremkommer det at bruk av kosttilskudd eller næringsdrikker var et av de mest anvendte tiltakene for å forbedre ernæringsstatusen til de som var i risiko for underernæring. Dette bidro også til en forbedret ernæringsstatus til de aktuelle pasientene. På den andre siden kan ikke næringsdrikker og kosttilskudd erstatte for vanlig kost, og det er derfor nødvendig at næringsdrikker brukes som en del av en helhetlig ernæringsplan der individuelle behov opprettholdes (Wyller, 2020, s. 207). Egne erfaringer viser at bruk av næringsdrikker hatt en positiv effekt på noen brukeres ernæringsstatus, spesielt hvis en finner næringsdrikker som brukeren liker. Det finnes flere ulike næringsdrikker med ulike smaker, og det er derfor hensiktsmessig å få brukeren til å prøve ut forskjellige næringsdrikker for å kunne tilpasse til den enkelte. I denne sammenheng kan bruk av næringsdrikker og kosttilskudd være relevante tiltak for å imøtekomme individuelle ernæringsbehov, og være et eksempel på hvordan sykepleier kan ha en personsentrert tilnærming (Kirkevold, 2020, s. 98).

Johansson et al (2017) trekker frem viktigheten av en personsentrert tilnærming, der ernæringsomsorgen blir tilpasset den enkelte brukeren. I studien hadde individualisert pleie positiv effekt på ernæringsstatusen hos personer i risiko for underernæring. I hjemmesykepleien skal brukeren stå i sentrum, og praksisen skal rettes mot brukerens individuelle behov og ressurser (Fjørtoft, 2016, s. 12). Det fremkommer også i Helse- og omsorgstjenesteloven at tjenesten som brukere mottar skal tilrettelegges etter det individuelle

behovet til den enkelte brukeren (Helse og omsorgstjenesteloven, 1982, § 1). I denne sammenheng vil det derfor være naturlig å inkludere brukeren, slik at hen kan ta selvstendige valg rundt eget kosthold. Etter egne erfaringer har dette hatt en positiv effekt, og gitt brukerne mer motivasjon for å inkludere næringsdrikker som en del av sitt kosthold.

5.2 Bakenforliggende faktorer som bør foreligge for å kunne yte god ernæringspraksis

Å yte helsehjelp i personens eget hjem kan være komplekst og utfordrende. Det er en rekke bakenforliggende faktorer som enten kan fremme eller hemme sykepleieres mulighet til å implementere tiltak mot forebygging av underernæring. I dette kapitlet vil vi derfor diskutere faktorene som ble identifisert i de inkluderte studiene.

5.2.1 Tid

Hverdagen i hjemmesykepleien preges ofte av en hektisk arbeidssituasjon med omfattende oppgaver og høye krav (Fjørtoft, 2016, s. 164). Et funn som var gjennomgående i både Meyer et al. (2017) og Mole et al. (2019) sine studier var at begrenset eller dårlig tid satte en begrensning for ernæringsarbeidet. Det blir påpekt at det er ofte estimert for lite tid for måltidsbesøk og at mye av tiden kan gå til at brukeren skal bestemme seg for hva hen vil ha. Dermed kan det resultere i at det bare noen få minutter til overs for å sette seg ned sammen med bruker under måltidet (Mole et al., 2019, s. 4). Dette påpekes også av sykepleiere i hjemmetjenesten at medspising ikke er praktisk mulig å gjennomføre i de gitte tidsrammene hjemmetjenesten har (Meyer et al., 2017). Tid utgjør en kritisk faktor for å kunne levere god individualisert omsorg, samt sikre en kvalitetsomsorg som bidrar til livskvalitet og helse (Fjørtoft, 2016, s.164).

Kvaliteten på samtaler og omsorgsopplevelsen kan argumenteres for å være direkte påvirket av tilgjengelig tid. Dessverre er tidsmangel og tidspress betydelige utfordringer, og dette problemet kan oppleves både av pasientene og helsepersonellet. I hjemmesykepleien blir denne utfordringen spesielt tydelig, da nødvendigheten av å stadig prioritere oppgaver blir presserende grunnet et høyt antall besøk (Fjørtoft, 2016, s. 164). Videre oppgir helsearbeiderne at dersom en har mulighet til å lage et ordentlig måltid sammen med bruker kunne det bidra til mer spising, men dette er noe som krever tid og dermed utfordrende å utføre i praksis (Mole et al., 2019, s. 4). Dersom brukeren ikke klarer å få i seg tilstrekkelig med mat kan det tyde på en egenomsorgssvikt, og dermed vil sykepleier ha ansvar for å kompensere for dette. Igjen vil det variere i hvilken grad sykepleier må kompensere. Hvis en

bruker eksempelvis trenger å få skjært opp maten, vil sykepleier måtte ta en helt kompensierende rolle (Gonzales, 2020, s. 47).

5.2.2 Bemanning og rutiner

Etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012, har hjemmesykepleien opplevd økt press. Dette skyldes det utvidede ansvaret kommunene har fått for sine innbyggere (St.meld. nr. 47 (2008-2009); Fjørtoft, 2016, s. 153). Meyer et al. (2017) påpeker at lav bemanning og økt arbeidspress legger en betydelig byrde på sykepleierne, spesielt når det gjelder ernæringskartlegging. Sykepleierne rapporterte om manglende avsatt tid til denne oppgaven, noe som medførte at ernæringskartleggingen enten ikke ble gjennomført eller utsatt til et senere tidspunkt. Dette er fordi de hadde et stort antall brukere som skulle kartlegges (Meyer et al., 2017). Vi mener at en økning i bemanning og tidsressurser vil være nødvendig for å styrke ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien, slik at alle brukerne får den omsorgen og oppfølgingen de har krav på. Videre er det viktig å sikre dette i henhold til loven om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal sikre at det blir gitt nødvendige helsetjenester (Helse og omsorgstjenesteloven, 1982, § 1).

Etablering av tydelige rutiner var en sentral utfordring som satte en hindring i ernæringsarbeidet (Meyer et al., 2017). Sykepleierne understreket behovet for å inkorporere vurdering av ernæringsmessig risiko i vedtaksrutinene, slik at dette blir et prioritert fokusområde (Meyer et al., 2017). Tydelige rutiner kan bidra til å sikre at ernæringskartleggingen blir en integrert del av praksisen, men også fremheve betydningen av ernæringsarbeid i omsorgstjenestene. En rutine som ble fremhevet for å forbedre ernæringskartleggingen var å varsle brukerne kvelden før den kommende kartleggingen (Meyer et al., 2017). Imidlertid kan dette være utfordrende med personer med demens, som kan glemme eller ha vansker med å forstå formålet (Skovdahl, 2020, s. 422). For å sikre gjennomføring av ernæringskartlegging foreslo Meyer et al. (2017) at det kan integreres i andre oppgaver under et hjemmebesøk. For eksempel kan ernæringskartlegging utføres i forbindelse med morgenstell, da det kan gi helsepersonell muligheten til å veie bruker, samtidig som de utfører andre nødvendige oppgaver. Denne tilpasningen kan være spesielt hensiktsmessig i en hektisk hjemmesykepleiehverdag, da effektivitet og ressursutnyttelse er avgjørende (Fjørtoft, 2016, s. 164).

Det er utfordrende å følge opp hva de hjemmeboende faktisk spiser. Sykepleierne uttrykte bekymring rundt de som har demens og at det er utfordrende å følge opp med systematiske registreringer (Meyer et al., 2017). Dersom bruker ikke klarer å få i seg tilstrekkelig næring kan det indikere en svikt i egensomsorgsevnen (Gonzales, 2020, s. 47). I henhold til Orem kan en diskutere hvor vidt sykepleier kan kompensere for dette. Det er ikke praktisk mulig at sykepleier kan ha en helt kompenserende funksjon, men heller ha en delvis eller støttende rolle (Gonzales, 2020, s. 48). Det er vanskelig å vite nøyaktig inntak siden hjemmepleien ikke er sammen med bruker hele dagen. Egne erfaringer viser at maten som blir satt frem har blitt kastet av brukeren i ettertid uten at helsepersonell har registrert dette.

5.2.3 Behov for kompetanseøkning

Både i studien til Meyer et al (2017) og Mole et al (2019) vektlegger de viktigheten av økt bevissthet og kunnskap rundt ernæringsmessige risikoer. De peker på at det er nødvendig med kompetanseheving og trening rundt å håndtere slik problematikk. Deltagerne i studiene uttrykte at de manglet kunnskap rundt hvordan en best mulig kunne forbedre ernæringsstatusen til hjemmeboende personer med demens (Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019). Dette går i tråd med faglitteratur som beskriver et behov for økt kompetanse i helsefremmende og forebyggende arbeid for brukere som bor i eget hjem (Fjørtoft, 2017, s. 153). For at en skal kunne tilby brukerne faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp er det derfor en nødvendighet at ansatte innen helse- og omsorgstjenester tilegner seg nok kunnskap. Helsepersonelloven pålegger helsepersonell å drive en forsvarlig praksis, og en kan derfor argumentere for at kompetanseøkning burde være et større fokusområde i hjemmetjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Hvis det ikke foreligger tilstrekkelig kompetanse hos helsepersonell, kan det få alvorlige konsekvenser for brukerne av hjemmetjenesten (Meyer et al., 2017). Dersom sykepleier ikke har kompetanse om hva underernæring og demens innebærer, kan det argumenteres for at brukerne ikke mottar den helsehjelpen de har behov for. Dette kan også medføre feil vurdering av brukerens behov, samt et dårligere helseutfall for brukerne. Ifølge loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (1982, § 1), har brukere i kommunen krav på nødvendige helsetjenester som skal tilpasses hver enkeltes behov. Vi argumenterer derfor for at det er nødvendig at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse for å kunne tilby brukerne den helsehjelpen de har krav på.

Sykepleierne i studiet til Meyer et al. (2017) ble også oppfordret til å lese de nasjonale faglige retningslinjene, som ga de en bredere forståelse om at underernæring oppstår når det er ubalanse mellom brukerens ernæringsbehov og den faktiske mengden næring de inntar. Dette medførte at sykepleierne fikk et styrket faglig engasjement for ernæringsarbeid, og de delte sin kunnskap videre til andre ansatte (Meyer et al., 2017). De nasjonale faglige retningslinjene er derfor et godt redskap for sykepleiere til å styrke sin kompetanse innen dette feltet. Retningslinjene legger føringer for hvordan en gjennomfører en systematisk vurdering av ernæringsmessig risiko for brukere som mottar helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2022). Det blir derimot vektlagt av Meyer et al. (2017) om hvorvidt retningslinjene tar hensyn til hjemmetjenesten som kontekst og hvordan en skal følge dem i praksis.

5.3 Metodediskusjon

I dette kapitlet følger en diskusjon av vår egen metode, samt metodene som ble brukt i de fire studiene som har blitt anvendt i resultatdiskusjonen.

5.3.1 Styrker og svakheter knyttet til egen metode

Denne bacheloroppgaven er basert på en litteraturstudie som metodisk tilnærming. I henhold til Popenoe et al. (2021) innebærer en litteraturstudie en analyse av resultater fra flere studier for å presentere eksisterende kunnskap om et spesifikt tema og trekke konklusjoner med klinisk relevans. Det å samle inn data fra flere studier kan gi både negative og positive perspektiver på den aktuelle problemstillingen, og dette kan bidra til en mer helhetlig forståelse (Popenoe, 2021, s. 183). På den andre siden kan litteraturstudie som tilnærming være en svakhet da resultatene fra studiene blir sammenfattet og vurdert av oss. Dette betyr at vi som forfattere må utvise forsiktighet ved vurdering av de utvalgte studiene.

Ifølge Dalland (2015) skal en med problemstillingen som grunnlag, utføre systematiske søk etter relevante studier, og deretter velge ut studier som utpeker seg spesielt for bacheloroppgaven. Det er naturlig i forkant av litteraturstudiet ha visse forventninger om hva vi kan finne, og det er derfor viktig at en er åpen for andre resultater enn hva en har antatt (Popenoe et al., 2021, s. 1). Å være bevisst på sine forutsetninger er fordelaktig da det kan bidra til å opprettholde objektiviteten og utføre forskning på en rettferdig og grundig måte (Popenoe et al., 2021, s. 181). Grunnet at begge har erfaring fra hjemmetjenesten var det naturlig at vi hadde forventninger om hva vi kunne finne, og derfor forsøkte vi etter beste evne å være åpen og nysgjerrig for andre funn. Gjennom våre to strukturerte søk ble det gjort funn av 4 ulike studier. En mulig svakhet ved vår oppgave, er at vi ikke inkluderte flere

studier for å besvare problemstillingen. Vi vil derimot argumentere for at studiene som ble funnet tilbyr et bredt perspektiv med varierte resultater. Vi var interessert i å finne konkrete forebyggende tiltak, men det ble identifisert flere faktorer enn forebyggende tiltak ut ifra studiene. Det er derimot essensielt at de ulike faktorene er til stede for å kunne iverksette effektive tiltak, og dermed henger sømløst sammen. Dermed mener vi at oppgaven tilbyr et bredere perspektiv på hvordan tiltak kan fungere i praksis.

For å forbedre vår metodebruk kunne vi vurdert alternative tilnærminger. En mulighet ville vært å utforske andre relevante databaser, som for eksempel PubMed eller Medline. Dette kunne ha utvidet omfanget av tilgjengelig litteratur og gitt et mer helhetlig bilde av forskningen innenfor dette temaet. Videre kunne vi utforsket andre søkeord, som kunne bidratt til å fange opp flere relevante studier, og dermed styrket vårt grunnlag for å besvare problemstillingen. Det er mulig at relevante studier kan ha brukt andre terminologier som vi ikke fanget opp i vår søkeprosess. Grunnet at det var ønskelig med forskning som var mest lik vestlig helsestandard, avgrenset vi søket til å være studier fra Europa, noe som gir et noe mer begrenset søk. En annen mulighet kunne også vært å vurdere en annen modell enn Dorothea Orem's egenomsorgsmodell, da det kunne gitt en annen tolkning av resultatene. Hvis det hadde blitt inkludert et annet teoretisk perspektiv kunne en fått en annen forståelse av problemstillingen, og kanskje identifisert andre aspekter innen den valgte tematikken. På den andre siden vurderte vi Dorothea Orem's egenomsorgsmodell som en relevant modell for å besvare problemstillingen, da personer med demens ofte opplever en svikt i deres egenomsorg.

Vi vil trekke frem at å være to personer har vært en styrke gjennom både søkeprosessen og arbeidet med oppgaven. Samarbeidet har beriket diskusjonsdelen ved å tilføre ulike synspunkter og perspektiver på teori og studiene. Det har også muliggjort kildekritikk gjennom diskusjoner og refleksjoner. Videre vil vi argumentere for at å være to personer i gjennomgangen av studiene sikret at relevante funn ble inkludert, samt styrket kvaliteten på arbeidet og bidratt til en grundig analyse. Til slutt vil trekke frem at vi har benyttet eksempler fra våre egne erfaringer, noe vi mener er en styrke da det kan underbygge våre funn i studiene. Dette har bidratt til en bredere forståelse rundt den valgte tematikken, da vi kan relatere til egne erfaringer fra praksis. All bruk av egne erfaringer og eksempler fra praksis er anonymisert slik at det ikke er mulig å gjenkjenne enkeltpersoner eller arbeidsplassene erfaringene er trukket fra.

5.3.2 Styrker og svakheter ved de inkluderte studiene

Det er ulike svakheter og styrker ved de inkluderte studiene. En av styrkene er at alle studiene som ble valgt samsvarte med etiske retningslinjer. Videre hadde alle studiene informanter med flere års arbeidserfaring innenfor hjemmetjenesten og med å jobbe med mennesker med demens.. Dette kan være en fordel da informantene kan tilby erfaringsbasert kunnskap som har vært relevant for vår problemstilling. Flere av deltagerne i de ulike studiene uttrykte mangel på kunnskap rundt hvordan de skulle jobbe med underernæring og ernæringskarlegging, noe som kan utgjøre en svakhet. De tilbyr derimot verdifull innsikt i hvordan en sykepleier jobber i hjemmetjenesten med personer med demens.

Forskerne i studiet til Rognstad et al. (2013) uttrykte en utfordring i forhold til at brukerne i studien hadde kognitiv svikt og hjelpebehov, som medførte at de hadde en redusert forståelse av deres egen ernæringsstatus. Dette gjorde det vanskelig å innhente pålitelige svar angående matinntak og ernæring, og dermed kunne ikke dette inkluderes i studiens analyser. En styrke ved studien var at flere av pleierne hadde god innsikt i sine brukeres ernæringsstatus, og kunne dermed gi svar på vegne av pasientene når det gjaldt matinntak. Det er dog viktig å ha i bakhodet at en sykepleier kan ha sin egen vinkling basert på egne holdninger og oppfatninger enn hva en annen sykepleier ville hatt. Studien ble inkludert da den gir verdifull informasjon om hvordan sykepleiere opplever å jobbe med underernæring hos eldre hjemmeboende med demens i Oslo.

Ved Meyer et al. (2017) sin forskning var det ulik praksis mellom de to forskjellige studiegruppene, hvor den ene var mer handlingsorienterte enn den andre gruppen. Hadde det vært lik praksis kunne det vært interessant å se om det ville gitt ulike resultater. En styrke lå imidlertid i dens bidrag til å øke fokus på de nasjonale faglige retningslinjene og dens funksjon i ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien (Meyer et al., 2017). Mole et al. (2017) inkluderte hvordan det er å være pårørende til personer med demens noe som ikke var relevant i den utvalgte tematikken, men vi argumenterer for at studiet tilbyr mye annen relevant forskning rundt vår problemstilling. Johansson et al. (2017) var den eneste studien som tilbyr spesifikke tall på effekten av forebyggende ernæringsarbeid, og av den grunn ble studien inkludert i oppgaven. En svakhet ved denne studien var at den ikke ga en utfyllende beskrivelse av hvordan de har jobbet med å forebygge, men presenterer resultater av effektene.

For å sikre at alle studiene kunne anvendes i oppgaven, kvalitetsvurderte vi hver studie med en sjekklister. Dette er en oversatt og modifisert versjon av en sjekklister som er utarbeidet av Reily et al (2008). Henviser til vedlegg 1-4 som viser kvalitetsvurdering av hver studie ved bruk av denne sjekklister. Kvalitetsvurderingene av de valgte studiene styrket vår tillitt til deres pålitelighet og relevans for å besvare problemstillingen. De utvalgte studiene ble vurdert som gode og pålitelige, da vi vurderte at forskningsmetoden var grundig utført. Dette innebar at resultatene i studiene kunne betraktes som relevante for å besvare den valgte problemstillingen. Dersom kvalitetsvurderingene hadde avdekket betydelige svakheter, ville vi ha vært nøye med å vurdere konsekvensene for påliteligheten av resultatene. Eventuelle mangler kunne ha ført til begrensninger for å besvare vår problemstilling. I slike tilfeller ville det vært nødvendig å være mer forsiktige i tolkningen av funnene og vurdere om ytterligere kilder kunne vært nødvendig for å styrke grunnlaget. Kvalitetsvurderingene bekreftet imidlertid at artiklene var pålitelige, noe som gav et solid grunnlag for å besvare vår valgte problemstilling. På den andre siden fikk studiene til Johansson et al. (2017), Meyer et al. (2017) og Rognstad et al. (2013) 8/9 på kvalitetsvurderingen, da det ikke var en tydelig formulert problemstilling. Vi valgte å inkludere studiene til tross for dette da tematikken og formålet med studiene kommer tydelig frem.

6 Konklusjon

Hensikten med vår bacheloroppgave var å utforske forebyggende tiltak som kan forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens som mottar bistand fra hjemmesykepleien. Gjennom grundig analyse av fire utvalgte forskningsartikler identifiserte vi flere sentrale forebyggende tiltak. Dette inkluderte ernæringskartlegging, medspising,

handle sammen med bruker og bruk av næringstilskudd. Disse tiltakene fremsto som relevante og potensielt effektive for å forbedre ernæringsstatusen hos målgruppen. For at disse tiltakene skal være effektive, må utfordringer som tidspress og begrensede ressurser i hjemmetjenesten adresseres. Økt kompetanse blant helsepersonell, spesielt innen ernæring og demensomsorg, er nødvendig. Videre vektlegger våre funn betydningen av en personsentrert tilnærming i praksis. I lys av Orem sin modell argumenterer vi for at sykepleier har et ansvar om å kompensere for en eventuell svikt på egenomsorgen til brukerne. Med et økende antall eldre hjemmeboende med demens, understreker vårt bidrag behovet for tiltak og bedre rutiner i hjemmetjenesten, et område som har vært relativt underutviklet sammenlignet med sykehjem og sykehus. Samlet sett indikerer våre funn at helhetlige tiltak, rettet mot strukturelle utfordringer og kompetanseheving, er nødvendige for å forbedre ernæring og livskvalitet for denne sårbare gruppen. Det er likevel tydelig at implementeringen av slike tiltak står ovenfor betydelige utfordringer. Flere faktorer innenfor ernæringsarbeidet i hjemmetjenesten er nødvendige for å sikre en vellykket praksis og forebygge underernæring.

Referanseliste

- Aveyard, H., Payne, S., & Preston, N. (2021). *A Postgraduate's Guide to Doing a Literature Review in Health and Social Care*. (2.utg). Open University Press.
- Bertelsen, A. K. (2015). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn., & E. Back – Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. Utg., s. 321 – 341). Gyldendal.
- 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.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Eget arbeid (2023). Prosjektbeskrivelse. Kandidatnummer 545 og 566. [Upublisert eksamensoppgave]. Lovisenberg diakonale høyskole.
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3.utg). Fagbokforlaget.
- Gonzales, M. T. (2020). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 44-54). Gyldendal
- Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for demens. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 01.11.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet (2021). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 11.11.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
- Helsedirektoratet (2021). For å vurdere risiko for underernæring anbefales verktøyet MST (Malnutrition Screening Tool). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 13.11.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/vurdering-av-risiko-for-underernaering/for-a-vurdere-risiko-for-underernaering-anbefales-verktoyet-mst-malnutrition-screening-tool#referere>
- Helsedirektoratet (2017). Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 02.11.2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-handlingsplan-for-bedre-kosthold-20172021/id2541870/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (1982). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. (LOV-1982-11-19-66). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-30>
- Jacobsen, E. L. & Bye, A. (2015). Ernæring. I E. K. Grov. & I. M. Holter (Red). Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. (5.utg., s. 650). Cappelen Damm.
- Johansson, L., Wijk, H., & Christensson, L. (2017). Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program. *The journal of nutrition, health & aging*, 21, 292-298. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7>
- Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiers ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Bind 1: Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon*. (s. 194-265). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Bind 3: Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 15-64). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie – sentrale perspektiver. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb., & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg., s. 98-111). Gyldendal.
- Kim, H. S (2020). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn – det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E.K Grov & I.M Holter (Red). Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (5.utg., s. 142-155). Cappelen Damm.
- Meyer, E. S., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus- et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien forskning*. 2017; 12(61797): e-61797. <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>
- Mole, L., Kent, B., Hickson, M., & Abbott, R. (2019). 'It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1270-4>
- Norsk sykepleieforbund (2023, 31.05). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 02/22-2023 fra <https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=%20og%20brukerrettighetsloven>

- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E., & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic journal of nursing research*, 41(4), 175-186.
- 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.
- Regjeringen. (2017, 07. mars). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-handlingsplan-for-bedre-kosthold-20172021/id2541870/>
- Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.
- Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0137
- 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.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring - mer enn mat og drikke*. (5.utg.). Fagbokforlaget.
- Sykepleien. (u.å). Om sykepleien. Hentet 06. November 2023 fra <https://sykepleien.no/om-sykepleien>
- Strand, B. H., Vollrath, M. & Skirbekk, V. F. (2021). Demens. I *Folkehelseinstituttet*. Hentet 30. oktober 2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- St.meld.nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- WHO. (2022). Dementia. *World Health Organization*. Hentet 29/10-2023 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatriske lærebok* (3. utg.). Gyldendal.

Vedlegg 1

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Johansson, L., Wijk, H. & Christensson, L. (2017). Improving nutritional status for older persons with dementia using a national preventative care program. <i>The journal of nutrition, health & aging</i> , 21(3), 292-298.				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?		x	
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det er en kvantitativ studie, der de har samlet inn data både fra SA (Senior Alert) og Svedem. Svedem er et svensk register for personer med demens, som har som mål å forbedre diagnostikk, behandling og omsorg.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: De viser egne funn som indikerer at det strukturerte omsorgsprogrammet fungerer i praksis, og bidro til å forbedre ernæringsstatusen dersom en fulgte alle stegene i prosessen.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten i studien er enten hjemmeboende eller bor i omsorgsbolig i Sverige. Deltagerne var 65 år eller eldre, og hadde demens.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: En pre-post analyse av data fra SA (Senior Alert) for å evaluere effekt på kroppsvekten til personer med demens.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene presenteres gjennom prosenttall og evaluering. De presenterer også en analyse av underliggende årsaker til underernæring og ulike tiltak som benyttes, samt hvilken effekt disse tiltakene hadde på ernæringsstatusen.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene tilbyr innsikt i implementering av en forebyggende omsorgsprosess som etter deres resultater, har en positiv effekt på ernæringsstatusen.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Viser resultater som samsvarer med det vi har funnet i faglitteraturen som underbygger dens troverdighet.	x		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

Vedlegg 2

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:				
Mole, L., Kent, B., Hickson, M., & Abbott, R. (2019). 'It's what you do that makes a difference 'A phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of people living with dementia at home. <i>BMC geriatrics</i> , 19(1), 1-10.				
		JA	NEI	UKLAF
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: artikkelen anvender IPA som er velegnet til å utforske deltakerne sine egne erfaringer og opplevelser	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: deltakerne ble valgt ut på bakgrunn av erfaring med å jobbe med mennesker med demens i hjemmet deres	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien? Studiet er godkjent av University of Plymouth Faculty of Health and Human Sciences Research Ethics Committee. Både skriftlig og muntlig samtykke hadde blitt gitt av informantene i forkant av intervju.	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervusjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: studiet beskriver at konteksten er i hjemmetjenesten. Videre at det er deltakere som har mye erfaring i denne konteksten eller arenaen for helsearbeid.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: beskriver analysen ble gjennomført på en systematisk måte i henhold til hva IPA metoden tilbyr. Beskriver hvordan forskerne gikk frem for å identifisere felles tema for deltakerne	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: funn blir presentert i ulike temaer. Passer godt inn i temaene og er oversiktlig for leseren.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: resultatene belyser viktige aspekter som passer inn i hjemmetjenesten og tilbyr tiltak som bør være mulig å gjennomføre	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: konklusjonen er i tråd med resultatene og diskusjon. Det konkluderer med hva en forventer og gir frempek for hva man bør forske videre på.	X		
Totalt antall poeng: ****		9/9		

Vedlegg 3

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013) Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. <i>Sykepleien forskning</i> , 8(4).		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?		x	
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det ble gjennomført en tverrsnittsstudie med kartlegging ved hjelp av spørreskjema i fire bydeler i Oslo.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar:	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Studien beskriver at konteksten er i hjemmetjenesten, og fokuserer på eldre hjemmeboende med demens.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Det benyttes en logisk regresjonsanalyse.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: De blir tydelig presentert ut ifra resultatene, og diskuteres på slutten av oppgaven.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene kan peke på tiltak som kan brukes i praksis, samt at helsepersonell må tilegne seg mer kunnskap om ernæringsarbeid.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen samsvarer med funnene som har blitt gjort i studien, samt hva som fremkommer i diskusjonen.	x		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

Vedlegg 4

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Meyer, E. S., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus- et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. <i>Sykepleien forskning</i> . 2017; 12(61797): e-61797. https://sykepleien.no/forskning/2017/05/vurdering-av-ernaeringsstatus-et-sykepleiefaglig-ansvar-i-hjemmesykepleien				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?		X	
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? *	X		
	Kommentar: Studien analyserer kvalitative data fra to prosjekter i to norske kommuner. Kvalitativ data tilbyr erfaringer til den enkelte, og at en kan gå mer i dybden på spørsmålene.			
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? **	X		
	Kommentar: Deltakerne er rekruttert av lederne i hjemmesykepleien. Det er sykepleiere som har en 75% stilling eller mer. Noe som indikerer at det er deltakere som har god erfaring med ernæringsarbeid i hjemmesykepleien.			
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
	Kommentar: Alle deltakerne har gitt skriftlig informert samtykke. Er godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk senter for forskningsdata (NSD)			
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis?	X		
	Kommentar: Det er gitt en tydelig kontekst for studie, samt det er tydelig hva de ønsker å undersøke. Det er også gitt en god beskrivelse av hva som er hensikten med studiet			
6.	Er analysemetoden beskrevet?	X		
	Kommentar: Studien gir en tydelig beskrivelse for hvordan de har samlet inn data og at alle forfatterne har lest igjennom resultatene. Forklarer at det ble gjort en trinnvis innholdsanalyse hvor det ble utført koding av dataen.			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?	X		
	Kommentar: Det kommer tydelig frem i både resultatdelen og diskusjonsdelen. De har delt inn i 4 temaer som ble identifisert gjennom analysen.			
8.	Kan resultatene brukes i praksis?	X		
	Kommentar: Resultatene er oversiktlig og tydelig. Alle 4 temaer som ble identifisert representerer viktige områder i hjemmesykepleien som kontekst.			
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? ***	X		
	Kommentar: Konklusjonen er logisk og forståelig. Den viser til hva som bør forbedres i ernæringsarbeidet og stiller spørsmål om hvor vidt de nasjonale faglige retningslinjene tar hensyn til hjemmesykepleien som kontekst.			
Totalt antall poeng: **		8/9		

