

Forebygging av underernæring hos brukere med demens i hjemmesykepleien

Et sykepleiefaglig ansvar

Kandidatnummer: 472
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i bachelor i sykepleie BIS18

Antall ord: 8766
Dato: 12.04.21



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 12.04.2021
Tittel Forebygging av underernæring hos brukere med demens i hjemmesykepleien	
<p data-bbox="162 409 1394 448"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="162 481 1394 560"><i>Hvilke tiltak kan iverksettes for å forebygge underernæring hos hjemmeboende, eldre personer med demens som mottar hjemmesykepleie?</i></p> <p data-bbox="162 593 1394 631"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="162 665 1394 779">Denne bacheloroppgaven inneholder teori om demens, ernæring og hjemmesykepleie. Videre vektlegges sykepleiens helsefremmende og forebyggende funksjon der det fokuseres på forebygging av underernæring.</p> <p data-bbox="162 813 1394 851"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="162 884 1394 1030">Dette er en litterær oppgave der det er benyttet relevant fag- og forskningslitteratur. Forskning ble funnet gjennom et strukturert søk i databasen CINAHL og søk gjort på nettsiden sykepleie.no/forskning. Videre ble det benyttet rapporter, relevant lovverk og forskrifter.</p> <p data-bbox="162 1064 1394 1102"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="162 1135 1394 1361">I diskusjon vektlegges forebyggende tiltak som anbefales i ernæringsarbeidet for personer med demens. Dette er blant annet økt kompetanse i hjemmesykepleien, kontinuitet i ernæringsarbeidet og viktigheten av å identifisere brukere i ernæringsmessig risiko. Videre vektlegges måltidsfellesskap og matinnkjøp. Dette vil bli diskutert opp mot forskning, som får frem blant annet hvilke utfordringer hjemmesykepleien møter i ernæringsarbeidet med denne brukergruppen.</p> <p data-bbox="162 1395 1394 1433"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="162 1467 1394 1736">Mangel på kompetanse i hjemmesykepleien vil påvirke sykepleierens evne til å identifisere brukere i ernæringsmessig risiko. Studier viser at hjemmesykepleien opplever manglende kunnskap om ernæring og manglende rutiner for å vurdere brukerens ernæringsstatus. For bedre kontinuitet i ernæringsarbeidet bør hjemmesykepleien benytte seg av pasientansvarlig sykepleier. Videre ble det å spise sammen med brukeren vurdert til å være et viktig tiltak for å forebygge underernæring, men dette vil være problematisk å gjennomføre i hjemmesykepleien.</p>	

(Antall ord: 232)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning	2
1.4	Temaets sykeleiefaglige relevans	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Demens	4
2.1.1	Ulike former for demens	4
2.1.2	Demens og kommunikasjon	5
2.2	Ernæring	6
2.2.1	Underernæring	6
2.2.2	Demens og underernæring	7
2.2.3	Å vurdere brukerens ernæringsstatus	7
2.3	Hjemmesykepleie	8
2.3.1	Sykepleierens forebyggende funksjon	9
2.3.2	Pasientansvarlig sykepleier	9
2.3.3	Endringer i hjemmesykepleien	10
2.4	Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring	10
2.5	Etikk og lovverk	11
2.5.1	Prioriteringer i hjemmesykepleien	12
2.5.2	Relevant lovverk	12
3	Metode	14
3.1	Litteratursøk	14
3.1.1	Valg av database og emneord	14
3.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.1.3	Tabell over litteratursøk	16
3.2	Øvrig inkludert faglitteratur	17
3.3	Kildekritikk	18
4	Resultater	20
5	Diskusjon	22
5.1	Å vurdere brukernes ernæringsstatus	22
5.2	Praktisk gjennomføring av å vurdere brukerens ernæringsstatus	23
5.3	Manglende kunnskap om ernæring i hjemmesykepleien	25
5.4	Pasientansvarlig sykepleier- kontinuitet i ernæringsarbeidet	27
5.5	Prioriteringer på bakgrunn av knappe ressurser	28
5.6	Forebyggende tiltak	29
6	Avslutning	31
7	Referanseliste	32
	Vedlegg	36
	Vedlegg 1: Mini Nutritional Assessment (MNA)	36

1 Innledning

I 2020 var det rundt 100 000 mennesker som levde med demens i Norge (Vollrath et al., 2021, s.1). Videre forklarer Vollrath et al. (2021) at antall personer med demens i Norge vil mer enn dobles fra 2015 til 2050, og på verdensbasis antas det at dette tallet vil tre-fire-dobles i den samme tidsperioden. Det er i overkant av 80 % av personene som bor på sykehjem som lever med demens. Likevel bor de fleste med demens hjemme og omlag halvparten av disse mottar hjemmesykepleie (Vollrath et al., 2021, s. 7). Samtidig er personer med demens den brukergruppen hjemmesykepleien forholder seg til som er mest utsatt for feil- eller underernæring (Fermann & Næss, 2018, s. 238). Ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien dreier seg mye om å understøtte brukerens selvstendighet og å identifisere utfordringer knyttet til ernæring. Dette er spesielt utfordrende for aleneboende brukere med demens (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135). I denne bacheloroppgaven vil rutiner i hjemmesykepleien, mangel på kunnskap og kompetanse blant de ansatte og en tidspresset arbeidshverdag belyses og diskuteres opp mot forebygging av underernæring hos brukere med demens som mottar hjemmesykepleie. Videre vil ulike tiltak hjemmesykepleien kan iverksette for å forebygge underernæring hos brukere med demens diskuteres.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjemmesykepleien har brukerens hjem som arbeidsarena. Dette fører til at de møter spesielle utfordringer og muligheter som skiller det å være sykepleier i hjemmesykepleien fra det å være sykepleier på andre institusjoner (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50). Her møter de et mangfoldig arbeidsfelt med nærmest ingen grenser for hvilke sykdommer, tilstander eller alder sykepleieren møter. Dette vil medføre stor variasjon hos brukerne og de ulike problemstillingene som oppstår i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 22). På bakgrunn av dette har jeg gjennom hele min studietid hatt stor interesse for hjemmesykepleien og utfordringene denne tjenesten møter. Samtidig har jeg selv observert fra min jobb på sykehus at flere av pasientene som legges inn fra eget hjem, der de mottar hjemmesykepleie, er i ernæringsmessig risiko eller underernærte. Med dette ønsket jeg å tilegne meg og å belyse

kunnskap om forebygging av underernæring hos brukere med demens som mottar hjemmesykepleie og hvilke tiltak hjemmesykepleien kan iverksette.

1.2 Presentasjon av problemstilling

“Hvilke tiltak kan iverksettes for å forebygge underernæring hos hjemmeboende, eldre personer med demens som mottar hjemmesykepleie?”

1.3 Avgrensning

De fleste personene som rammes av demens er over 65 år (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 412). På bakgrunn av dette vil denne bacheloroppgaven ta for seg eldre personer med demens, som vil her si personer over 65 år. Flere av brukere med demens som hjemmesykepleien møter bor sammen med pårørende (Fjørtoft, 2016, s. 70). Likevel vil denne bacheloroppgaven kun ta for seg personen med demens, og vil ikke inkludere pårørende sin funksjon.

Begrepet *bruker* blir vanligvis benyttet i dagens hjemmesykepleie (Fjørtoft, 2016, s. 14). I denne bacheloroppgaven vil derfor personen med demens som mottar hjelp fra hjemmesykepleien bli omtalt som bruker.

Besvarelsen tar for seg personer med demens som står i fare for å utvikle underernæring, og hvilke tiltak som vil forebygge dette. Behandling av underernæring, som for eksempel sondeernæring eller parental ernæring, vil ikke bli inkludert. Samtidig vil denne bacheloroppgaven ta for seg forebygging av feilernæring som underernæring hos brukere med demens. Forebygging av feilernæring som overernæring vil bli ekskludert. Dette begrunnes med at personer med demens er i særlig risiko for underernæring (Guttormsen et al., 2013, s. 10).

Denne bacheloroppgaven vil avgrenses til personer med demens som bor hjemme og mottar hjemmesykepleie. Dette vil som regel være personer i en tidlig fase eller mellomfase av demensutviklingen (Engeland & Tveito, 2019, s. 366). Videre deles demens inn i ulike

hovedgrupper på bakgrunn av årsaken til at symptomer på demens oppstår (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 412). Denne bacheloroppgaven vil ikke skille mellom brukere med ulike former for demens.

Når brukeren er i ernæringsmessig risiko kan et tverrprofesjonelt team bidra til å forebygge underernæring. Et tverrprofesjonelt team kan være bestående av blant annet lege, ernæringsfysiolog og ergoterapeut. Dette vil være et godt hjelpemiddel i sykepleierens ernæringsarbeid (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). På bakgrunn av denne oppgavens omfang vil tverrprofesjonelt samarbeid ikke inkluderes. Dette begrunnet med at dette er en sykepleiefaglig bacheloroppgave, som vil vektlegge sykepleierens funksjon.

1.4 Temaets sykepleiefaglige relevans

All sykepleie, inkludert hjemmesykepleie skal baseres på enkelte områder. Dette er ivaretagelse av grunnleggende behov, datasamling, undersøkelser og observasjon, behandling og forebygging og rehabilitering (Birkeland & Flovik, 2018, s. 42). Tilstrekkelig med væske og ernæring er et av de grunnleggende behovene som blir presentert av den amerikanske sykepleieteoretikeren Virginia Henderson (Birkeland & Flovik, 2018, s. 42). Å sikre god ernæringsstatus hos brukeren er et sykepleiefaglig ansvar (Brodtkorb, 2018, s. 301). Samtidig er et av sykepleierens funksjonsområder helsefremmende og forebyggende arbeid (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 22). Det vil derfor være sykepleierens ansvar å identifisere ernæringsmessig risiko og å forebygge underernæring hos brukere med demens i hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på flere sykdommer som rammer hjernens funksjoner (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411). Tilstanden kjennetegnes ved kognitiv svikt, sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter og endret sosial atferd (Engeland og Haugen, 2018, referert i Rokstad, 2020, s. 24). Alle demenssykdommene er progredierende, dette vil si at personen med demens vil oppleve å bli dårligere over tid. For noen kan sykdomsforløpet være kort og intenst, men for andre kan det utvikle seg over inntil 20 år. Disse sykdommene vil påvirke hverdagslivet i stor grad, både til personen som rammes av demens og deres pårørende (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411).

Symptomene på demens deles inn i kognitive, atferdsmessige og psykologiske symptomer (Engedal & Tveito, 2019, s. 366). Det er de kognitive symptomene som trekkes frem i denne besvarelsen. Dette vil være svekket oppmerksomhet, sviktende hukommelse for hendelser i nær fortid og svikt i eksekutive funksjoner. Sistnevnte vil si evnen til å planlegge, resonere, tenke fleksibelt, tilpasse seg, løse nye oppgaver og utføre handlinger som er gjennomtenkt (Engedal & Tveito, 2019, s. 366).

I Norge benyttes kriteriene i det internasjonale systemet ICD-10 for å diagnostisere demens. Disse kriteriene graderer demens til mild grad av demens, moderat grad av demens og alvorlig grad av demens (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411). En mild grad av demens vil påvirke personens ADL-funksjon, som er de grunnleggende aktivitetene i dagliglivet (Kirkevold, 2018, s. 476). Ved moderat grad av demens vil ikke personen som rammes klare seg uten hjelp fra andre og ved alvorlig grad av demens vil personen være avhengig av kontinuerlig pleie og overvåkning (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411).

2.1.1 Ulike former for demens

Det finnes flere ulike former for demens og det er vanlig å dele disse inn i tre hovedgrupper. Disse hovedgruppene er primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundær demenssykdom (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 412).

Ved primærdegenerative sykdommer vil cellene i hjernen skades og dø i et unormalt stort omfang. Det typiske for primærdegenerative sykdommer er at symptomene kommer smygende og har pågått en stund før personen opplever symptomer. Sykdommen er progredierende og personen vil få flere og mer omfattende funksjonsfall etter hvert som sykdommen utvikler seg (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 412). Eksempler på primærdegenerative sykdommer er blant annet Alzheimers sykdom og frontotemporal demens (Engedal & Tveito, 2019, s. 377).

Vaskulær demens er en betegnelse på demens når årsaken er betinget av ett eller flere hjerneinfarkt eller annen skade i hjernenes blodkar og manglende blodtilførsel som har ført til oksygenmangel til hjernen (Rokstad, 2020, s. 31). Demens som utvikles på bakgrunn av hjerneinfarkt vil ha ulike symptomer etter hvor i hjernen skaden er lokalisert (Rokstad, 2020, s. 31).

Sekundær demenssykdommer er sykdommer, skader og tilstander som kan føre til demensutvikling. Dette kan blant annet være ubehandlet alvorlig mangel på vitamin B₁₂, aids, rusmisbruk, hjerneskode eller hjernesvulst (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 414).

2.1.2 Demens og kommunikasjon

Å forstå hvordan en person med demens opplever seg selv og omgivelsene vil være grunnleggende for sykepleieren (Fjørtoft, 2016, s. 74). Brukere med demens har ofte vanskeligheter med å formidle hvordan de har det og hvilke behov de har. Kommunikasjon og samhandling med brukere med demens avhenger derfor av å snakke langsomt og tydelig, bruke enkle ord, korte setninger og å ha øyekontakt med brukeren. Videre bør sykepleieren være bevisst på å avgrense antall temaer i samtalene og fokusere på her-og-nå-situasjonen (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162).

Sykepleieren må vise respekt, høflighet og medmenneskelighet ovenfor brukeren med demens i likhet med andre brukere (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162). Å vise respekt for brukeren med demens innebærer blant annet å observere og å lytte, slik at man er i stand til å oppdage hvordan brukeren faktisk har det. Videre bør sykepleieren vise forståelse for brukerens

følelser (Eide & Eide, 2017, s. 332). Forståelse kan virke bekreftende og styrke brukerens selvfølelse, samtidig kan det bidra til å stimulere så god funksjon som mulig (Eide & Eide, 2017, s. 332). Sykepleieren bør opptre langsomt og å være tålmodig, brukeren med demens trenger ofte tid til å oppfatte, svare og å uttrykke seg. Det vil derfor være nødvendig at hjemmesykepleien avsetter god tid hos brukere med demens (Birkeland & Flovik, 2018 s. 163).

2.2 Ernæring

Helse og ernæringsstatus henger nøye sammen. Å fremme optimal ernæringsstatus vil forebygge sykdom og bidrar til å opprettholde god helse og fysisk funksjon. Å bevare god ernæringsstatus hos eldre personer med demens er derfor en viktig del av sykepleierens forebyggende arbeid (Brodtkorb, 2018, s. 301). Ernæring har tradisjonelt vært et av sykepleierens ansvarsområder og de har en særlig viktig i rolle i arbeidet med å identifisere og forebygge ernæringsvikt og følge opp ernæringsbehandling når det blir et behov (Sortland, 2015, s. 13).

2.2.1 Underernæring

Helsedirektoratet definerer underernæring som en tilstand der mangel på protein, energi, og eller andre nødvendige næringsstoffer forårsaker en ugunstig effekt på kroppssammensetning og funksjon (Guttormsen et al., 2013, s. 14). Tilstanden underernæring oppstår når det lave inntaket av energi og næringsstoffer fører til at personen opplever vektnedgang (Sortland, 2015, s. 165).

Årsakene til underernæring er mange. Blant disse er sykdom en av de viktigste årsakene, dette kalles sykdomsrelatert underernæring (Birkeland & Flovik, 2018, s. 138). Samtidig vil aldringsprosessen i seg selv, sammen med redusert fysisk funksjon og endring i kroppssammensetning også være årsaker til underernæring. Videre kan personens ernæringsstatus påvirkes av psykososiale faktorer som blant annet sosial isolering og mistriivsel med å spise alene (Birkeland & Flovik, 2018, s. 138). Underernæring kan ha flere konsekvenser. Det vil påvirke brukerens almenntilstand og livskvalitet, føre til økt falltendens, depresjon, apati og nedsatt immunforsvar (Sortland, 2015, s. 166). Det antas at

forekomsten av underernæring hos eldre syke hjemmeboende er rundt 10%, men enkelte studier har samtidig vist at 46% av hjemmeboende syke eldre var underernærte eller var i en ernæringsmessig risiko (Guttormsen et al., 2013, s. 19). Det kan derfor se ut som at underernæring for personer som mottar hjemmesykepleie er et større problem enn først antatt.

2.2.2 Demens og underernæring

Personer med demens er i risikogruppen for underernæring (Guttormsen et al., 2013, s. 19). Mestring av måltider, som blant annet å foreta matinnkjøp, tilberede måltidet og å spise måltidet, vil sammen med utviklingen av symptomer på demens bli vanskeligere. Dette kan føre til at inntaket av mat og drikke blir for lavt og personen med demens vil oppleve både tap av vekt og dehydrering (Helsedirektoratet, 2012, s. 201). For mange kan vektnedgang være et av de første symptomene på demens. Dette kan også skyldes at personen opplever manglende appetitt og vanskeligheter med å gi uttrykk for sult og tørste (Helsedirektoratet, 2012, s. 201).

2.2.3 Å vurdere brukerens ernæringsstatus

Sykepleieren har en sentral og viktig rolle når det kommer til å kartlegge og forbedre brukerens ernæringsstatus. Målet for arbeidet vil blant annet være å identifisere brukere i en ernæringsmessig risiko og å fremme ernæringstilstanden til de aktuelle brukerne (Brodtkorb, 2018, s. 301). *De nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring*, som blir nærmere beskrevet under avsnitt 2. 6, sier at alle brukere av hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved start av vedtak om hjemmesykepleie, uavhengig av årsaken til at brukeren mottar hjemmesykepleie. Videre skal brukeren vurderes for ernæringsmessig risiko en gang månedlig, eller annet faglig begrunnet individuelt opplegg (Guttormsen et al., 2013, s. 9). Ved å rutinemessig kartlegge brukerens ernæringsstatus vil sykepleieren kunne avkrefte om brukeren er underernært eller står i fare for underernæring. Rutinemessig kartlegging vil da kunne bidra til å bedre brukerens ernæringsstatus (Brodtkorb, 2018, s. 303). Det finnes flere ulike verktøy for å kartlegge brukerens ernæringsstatus, men felles for de fleste er at de i hovedsak baseres på brukerens KMI, som beregnes ut i fra vekt og høyde, og vektendring (Stubberud, et al., 2016, s. 22).

Underernæring utvikles ofte når brukere i ernæringsmessig risiko ikke blir identifisert. Derfor vil en tidlig identifisering av disse brukerne gjøre det mulig å iverksette tiltak før underernæring oppstår (Guttormsen et al., 2013, s. 14). En måte å vurdere brukerens ernæringsstatus er å måle kroppsmasseindeks, KMI. KMI belyser forholdet mellom høyde og vekt (Ranhoff, 2018, s. 83). Dette er et av de viktigste målene som blir gjort for å vurdere brukerens ernæringsstatus (Brodtkorb, 2018, s. 303). Til tross for dette vil KMI alene, uten å vurdere matinntaket og vektutvikling, ikke kunne fange opp alle som er i en ernæringsmessig risiko. Det bør derfor benyttes ulike verktøy for kartlegging av brukerens ernæringsstatus (Guttormsen et al., 2013, s. 14).

Mini Nutritional Assessment, MNA, er et verktøy som ble utviklet for å kartlegge, vurdere og identifisere personer som står i fare for underernæring, og er det verktøyet som er best tilpasset den eldre brukeren (Guttormsen et al., 2013, s. 80). MNA er bestående av 18 ulike spørsmål. Disse spørsmålene tar for seg brukerens appetitt, generell helse, tilstedeværelse av akutt sykdom, evne til mobilitet og fysisk funksjon, selvrapportert helseoppfatning, matinntak, psykologisk stress og demenssykdom og antropometriske målinger. Antropometriske målinger vil si KMI og omkretsen rundt brukerens legg og arm (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140).

2.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien er en del av kommunehelsetjenesten, og en fellesbetegnelse på all sykepleie som utføres i brukerens eget hjem (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13; Fjørtoft, 2018, s. 18). Dette er et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når sykdom, svekket ADL-funksjon, alderdom eller andre påvirkninger gjør at de har et behov for å motta hjelp i korte eller lengere perioder. Brukeren som hjemmesykepleien møter kan derfor være i alle livsfaser og livssituasjoner, alt fra barn og ungdom til den eldre brukeren med ulike sykdommer og funksjonsnedsettelse (Birkeland & Flovik, 2016, s. 13).

Et av de overordnede målene for hjemmesykepleien er *den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem* (Fjørtoft, 2016, s. 17). Behovet for helsehjelp varierer fra hver enkelt bruker, der noen har behov for omfattende helsehjelp, mens andre har mer avgrensede behov. Hjemmesykepleien skal bidra til at brukeren kan bo hjemme så lenge det er forsvarlig

og ønskelig. Ved dette forventes det at hver bruker skal få tilpasset og nødvendig helsehjelp slik at de grunnleggende behovene dekkes og at brukeren ikke er til fare for seg selv eller andre (Fjørtoft, 2016, s. 17).

2.3.1 Sykepleierens forebyggende funksjon

Sykepleieren har flere fagspesifikke funksjoner som skal prege måten de jobber på. Dette er blant annet sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon, behandlende funksjon, lindrende funksjon og fagutviklende funksjon (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 22). I denne bacheloroppgaven vil det særlig legges vekt på sykepleierens forebyggende funksjon. For eldre vil det forebyggende helsearbeidet dreie seg om å forebygge sykdom, skade, og tidlig død (Ranhoff, 2018, s. 162). For å forebygge underernæring må sykepleien både identifisere brukeren som er i ernæringsmessig risiko og iverksette forebyggende tiltak (Brodtkorb, 2018, s. 301). Forebyggende tiltak kan deles inn i primærforebyggende tiltak, sekundærforebyggende tiltak og tertiærforebyggende tiltak (Ranhoff, 2018, s. 163).

Primærforebyggende tiltak er tiltak som fremmer god helse og forebygger sykdom og skader (Ranhoff, 2018, s. 163). Sekundærforebyggende tiltak er tiltak som iverksettes etter det har oppstått en lidelse eller et symptom. Målet for sekundærforebyggende tiltak vil være å hindre nye lignende hendelser (Ranhoff, 2018, s. 166). I denne bacheloroppgaven vil det være tertiærforebyggende tiltak som vektlegges. Tertiærforebyggende tiltak iverksettes for å forebygge ytterligere konsekvenser av eksisterende sykdom (Ranhoff, 2018, s. 168). Her vil tertiærforebyggende tiltak være tiltak som iverksettes for å forebygge vektnedgang og underernæring som en negativ konsekvens av demens.

2.3.2 Pasientansvarlig sykepleier

Pasientansvarlig sykepleier er en måte å organisere hjemmesykepleien på for å begrense antall ansatte som kommer inn i pasientens hjem. Dette kan bidra til å gi brukeren mer individuell og kontinuerlig helsehjelp (Birkelind & Flovik, 2018, s. 96). Denne ordningen ble i utgangspunktet utarbeidet i spesialisthelsetjenesten, men flere har implementert dette i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 211). Pasientansvarlig sykepleier har som oppgave å

følge opp brukeren og iverksette tiltak på bakgrunn av brukerens behov på tidspunktet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 96).

2.3.3 Endringer i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien har opplevd store endringer som følge av Samhandlingsreformen (Fjørtoft, 2016, s. 149). Samhandlingsreformen var en retningsreform som la frem hvilken utvikling Helse- og omsorgstjenesten skulle ha fremover. Reformen vektla blant annet forebyggende arbeid og å flytte tjenesten nærmere der folk bor ved å gi flere oppgaver til kommunehelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten, herunder hjemmesykepleien, opplevde som følge av dette en økning i antall brukere og nye arbeidsoppgaver (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18).

I 2016 publiserte Riksrevisjonen en undersøkelse som vurderte ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter samhandlingsreformen ble innført. Denne viste til liten grad av økt kapasitet og styrket kompetanse i tråd med veksten av brukere som mottar hjemmesykepleie (Riksrevisjonen, 2016, s. 8). Et flertall av kommunene har ikke økt antall årsverk i hjemmesykepleien i tråd med økt behov for arbeidskraft siden Samhandlingsreformen ble lagt frem. Dette har ført til at kapasitetsveksten i kommunens helse- og omsorgstjeneste har vært begrenset (Riksrevisjonen, 2016 s. 11). Hjemmesykepleien er en tjeneste under stress der utfordringene de ansatte møter er mange og omfattende (Gjevjon, 2016, s. 222). Sykepleieren som er ansatt i hjemmesykepleien forholder seg til mellom 10-20 brukere hver dag, noe som resulterer i et økt tidspress som kan påvirke kvaliteten på sykepleien som utøves (Gjevjon, 2016, 219).

2.4 Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring

I 2009 utga helsedirektorater "*Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*", med mål om å identifisere personer som er i ernæringsmessig risiko eller er underernærte, slik at disse får tilbud om en målrettet ernæringsbehandling (Guttormsen et al., 2013, s.7). Guttormsen et al. (2013) beskriver at hensikten med retningslinjene var å bidra til å sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring. Retningslinjene var rettet mot pasienter innlagt på sykehus, brukere på sykehjem og brukere på andre tilsvarende

institusjoner i pleie og omsorgstjenesten, herunder hjemmesykepleien (Guttormsen et al., 2013, s. 7).

Under avsnitt 2.5 ble verktøy for kartlegging og vurdering av en brukers ernæringsstatus presentert. En slik vurdering av ernæringsmessig risiko vil ikke alene være tilstrekkelig for å forebygge og behandle underernæring (Guttormsen et al., 2013, s. 17). Dersom brukeren blir vurdert til å være i ernæringsmessig risiko vil det være behov for å iverksette forebyggende tiltak (Guttormsen et al., 2013, s. 17). Dette kan være tiltak som å tilpasse spisesituasjonen ved å tilstrebe et måltidsfellesskap, tilrettelegge spiseplassen, ta hensyn til brukerens daglige rutiner, hygiene, trivsel og ro og å tilby spisehjelp når det er nødvendig (Guttormsen et al., 2013, s. 19).

I hvilken grad brukeren blir inkludert i matinnkjøpet kan bidra til å påvirke matinntaket (Birkeland & Flovik, 2018, s. 142). Sykepleieren bør bli kjent med hva slags mat brukeren liker og er vant til å spise, kjente lukter og smaker kan vekke flere positive minner hos brukeren, som vil kunne bidra til å styrke brukerens appetitt (Helsedirektoratet, 2012, s. 201). Deretter bør brukere som er i ernæringsmessig risiko få beriket kost. Sykepleieren bør tilby brukeren beriket kost som er tilpasset deres energi- og væskebehov, da dette kan føre til et høyere energi- og protein inntak (Guttormsen et al., 2013, s. 20).

Blant de individrettede tiltakene legger også Helsedirektoratet frem at brukere som spiser lite til hvert måltid skal tilbys mellommåltider og næringsdrikk (Guttormsen et al., 2013, s. 20). Samtidig bør ingen ha lengere nattfaste enn 11 timer. Nattfaste er tiden fra siste måltidet om kvelden til første måltid om dagen og brukeren bør derfor få tilbud om mellommåltider senere på kvelden (Helsedirektoratet, 2012, s. 100). Eksempler på mellommåltider kan være yoghurt, frukt, smoothie, grøt og lignende (Helsedirektoratet, 2012, s. 101).

2.5 Etikk og lovverk

Norsk sykepleieforbund har utformet de yrkesetiske retningslinjene for å bidra til å sikre høy etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleiere (Sneltvedt, 2016, s. 98). Blant disse vil det her trekkes frem sykepleierens faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Sykepleieren skal sette seg inn i lovverket som regulerer

tjenesten og holde seg oppdatert på forskning og utvikling, samtidig bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Sneltvedt, 2016, s. 104).

2.5.1 Prioriteringer i hjemmesykepleien

Å utøve sykepleie i brukerens eget hjem medfører spesielle utfordringer som skiller seg fra utfordringene sykepleieren møter på institusjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50).

I hjemmesykepleien kommer sykepleieren tett inn på menneskers livssituasjon og etikken må hele tiden være med i ulike faglige vurderinger (Fjørtoft, 2016, s. 135). De ansatte i hjemmesykepleieren har mange oppdrag som skal gjøres i løpet av arbeidsdagen og liten tid avsatt til hver enkelt bruker. Dette innebærer at sykepleieren må prioritere og hver dag vil det gjøres prioriteringer på bakgrunn av begrensede ressurser (Tønnessen, 2017, s. 187). Disse prioriteringene handler om å velge mellom hvilke brukere sykepleieren skal besøke først, hvilke grunnleggende behov som skal ivaretas og å hvilke tiltak som er viktigst. Dette omhandler forebyggende tiltak, behandlende tiltak, rehabiliterende tiltak osv. (Tønnessen, 2017, s. 191). Om hjemmesykepleien er hos en bruker som trenger mer hjelp enn det de har tid til må de vurdere hvor nødvendig det vil være å dekke denne brukerens behov fremfor påvirkningen dette vil ha for oppdraget som skal utføres hos en annen bruker (Tønnessen, 2017, s. 199). Ved å prioritere mer til hos en bruker prioriter sykepleieren mindre tid hos en annen (Tønnessen, 2017, s. 189).

2.5.2 Relevant lovverk

Som en offentlig tjeneste er hjemmesykepleien styrt av en rekke lover og forskrifter som bidrar til å definere rammene hjemmesykepleien skal drives innenfor (Fjørtoft, 2016, s. 154). Blant disse vil det i denne bacheloroppgaven trekkes frem Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven – hol), Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven – hpl), Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl) og Forskrift om verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien).

Helse- og omsorgstjenesteloven har som formål å blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, nedsatt funksjonsevne og å sikre et tilgjengelig

tjenestetilbud for pasient og bruker. Samtidig skal loven sikre at tilbudet er tilpasset den enkelte pasienten og brukerens behov og tilrettelegge respekten for deres integritet og verdighet (Helse og omsorgstjenesteloven § 1-1). Kommunen skal etter helse og omsorgstjenesteloven §3 - 1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette kravet skal kommunen tilby blant annet helsetjenester i hjemmet, herunder hjemmesykepleie (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 3-2).

Helsepersonell skal etter Helsepersonelloven §4 utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som vil forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven – hpl, 1999, § 4). I begrepet forsvarlighet ligger det en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan den enkelte ansatte bør utøve arbeidet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 29).

Lov om pasient og brukerrettigheter har som formål å bidra til å sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet til befolkningen ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999, §1-1). Pasient og brukerrettighetsloven § 3 -1 første ledd gir brukeren rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenesten. Brukerens medvirkning skal tilpasses deres evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999, §3-1).

Forskrift om verdig eldreomsorg, Verdighetsgarantien, har som formål å tilrettelegge eldreomsorgen slik at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov ivaretas. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for blant annet et variert og tilstrekkelig kosthold, samt tilpasset hjelp og tilrettelegging ved måltider (Verdighetsgarantiforskriften, 2011, § 3).

3 Metode

Dalland forklarer metode som et redskap til å undersøke, og det å følge en vei mot et mål (Dalland, 2020, s. 56). I denne bacheloroppgaven dreier dette seg om hvordan belyse og besvare den valgte problemstillingen. Dette er en litterær oppgave der data er hentet fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). Videre vil studiene som er benyttet for å besvare problemstillingen presenteres. Den valgte problemstillingen kan belyses med både bruk av kvalitative studier og kvantitative studier. Kvalitative og kvantitative metoder vil på hver sin måte bidra til en bedre forståelse av blant annet hvordan institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2020, s. 54). Kvalitativ metode benyttes med hensikt om å få kunnskap om menneskelige egenskaper som blant annet meninger (Thidemann, 2019, s. 76). Videre vil kvantitativ metode gi muligheten til å gå i bredden og innhente konkret data og opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Dalland, 2020, s. 54). Kvantitativ metode har en fordel ved at det gir data i form av målbare enheter (Thidemann, 2019, s. 75).

På bakgrunn av dette benyttes det i denne bacheloroppgaven både kvantitative og kvalitative studier. Da de kvantitative studiene belyser tematikken til problemstillingen og vektlegger omfanget av ernæringsmessig risiko eller underernæring hos hjemmeboende personer med demens som mottar hjemmesykepleie. Videre vil de kvalitative studiene gå mer i dybden av hjemmesykepleiens rammer og utfordringer.

3.1 Litteratursøk

I dette avsnittet vil søkene etter forskningslitteratur bli forklart i løpende tekst. Det vil også bli presentert en tabell som viser emneord og kombinasjoner som blir benyttet i de ulike databasene og resultatet av søkene.

3.1.1 Valg av database og emneord

For å finne relevant forskning som kunne besvare denne problemstillingen ble det benyttet søkestrategien strukturerte søk i databasene CINAHL, Medline og nettsiden

sykepleien.no/forskning. Strukturerte søk er planlagte søk med bruk av engelske emneord i en database (Dalland, 2020, s. 151).

Ved første søk ble emneordene “aging”, “home health care”, “malnutrition” og “dementia” benyttet. Disse ble kombinert med AND. Dette søket ga 0 treff i databasen CINAHL. Deretter ble emneordene “home health care”, “malnutrition” og “dementia” benyttet og kombinert med AND. Dette søket ga 11 treff. Av disse 11 treffene ble to abstrakt lest, der den ene studien ble inkludert i denne bacheloroppgaven. Tematikken i denne studien passet til problemstillingen. Den andre forskningsartikkelen som ble vurdert inkluderte beboere i omsorgsboliger, og ble derfor ekskludert.

Videre ble det gjort søk i forskning som er publisert på nettsiden til fagbladet Sykepleien. Her ble emneordet “hjemmesykepleie” benyttet. Dette søket ga 71 treff, og det ble funnet to studier som var relevante for å besvare denne problemstillingen. Videre ble emneordet “underernæring” benyttet, dette søket ga 28 treff, der en av studiene ble inkludert. Denne artikkelen bidrar til å belyse problemstillingen.

For å finne studier om kartlegging av brukerens ernæringsstatus ble emneordet “ernæringscreening” benyttet på den samme nettiden. Dette søket ga tre treff der den siste studien ble inkludert. Denne studien passet til tematikken i bacheloroppgaven og kunne belyse hvilke verktøy som var best egnet for å kartlegge eldre brukere i hjemmesykepleien sin ernæringsstatus.

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det ble ved alle søkene benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier. Søkene som ble gjort i CINAHL inkluderte kun “academic journals”. Det ble samtidig avgrenset til studier som er skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk. For å finne nyere forskning ble søket avgrenset til å kun inkludere studier publisert mellom 2012 og 2021.

Hjemmesykepleien opplevde endring etter samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 (Fjørtoft, 2016, s. 149). På bakgrunn av dette ble det derfor valgt å avgrense søkene som ble

gjort på nettsiden hjemmesykepleie.no/forskning til kun å inkludere studier som var publisert etter 2012.

Studier som inkluderte underernæring hos personer med demens som bor på sykehjem, bolig eller andre institusjoner ble ekskludert. Samtidig ble kun fagfelleverdert forskning inkludert. Nedenfor vil disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene bli presentert i en tabell.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriterier	Inkludert	Ekskludert
Artikkeltype	Forskningsartikler	Fagartikler eller andre artikler som ikke er forskningsartikler
Publiseringstidspunkt	Etter år 2012	Før år 2012
Fagområde	Hjemmesykepleie	Sykehus, sykehjem, bolig og øvrige institusjoner
Fagfelleverderte	Fagfelleverdert	Fagartikler eller artikler som ikke er fagfelleverdert
Språk	Engelsk, norsk, svensk og dansk	Artikler på øvrige språk

3.1.3 Tabell over litteratursøk

Tabell 2: Litteratursøk

Søkedato	Søk nr.	Database	Emneord/ ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
12.12.20	1	CINAHL	1. Malnutrition 2. Home Health Care 3. Dementia 3. 1 AND 2 AND 3	11	2	2	1	Mole L, Kent B, Abbott R, Wood C, Hickson M. The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. Health Soc Care Community.
12.12.20	2	Medline	1. Dementia 2. Home Care Service 3. Malnutrition 4. 1 AND 2 AND 3	3	3	0	0	0
14.12.20	3	Sykepleie. no	Underernæring	28	5	1	1	Rognstad, May-Karin, Brekke, Idunn, Holm, Eva, Linberg, Cecilie, & Lühr, Nina. (2013).

								Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens
14.12.20	4	Sykepleie.no	Hjemmesykepleie	71	6	3	2	Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017, Mars 15). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien & Meyer, S. E., Velken, R., Jensen, L. H., (2017), Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien
16.12.20	5	CINAHL	1. Malnutrition 2. Dementia 3. Home Health Care 4. Aging 5. 1 AND 2 AND 3 AND 4	0	0	0	0	0
06. 03.21	6	Sykepleie.no	Ernæringscreening	3	3	1	1	Gjerlaug, Anne Karine, Harviken, Gunn, Uppsata, Solveig, & Bye, Asta. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre

3.2 Øvrig inkludert faglitteratur

Det er benyttet eksisterende og relevant faglitteratur som er funnet på skolens bibliotek for å belyse og besvare den valgte problemstillingen. Videre benyttes rapporter og relevant lovverk og forskrifter hentet fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet sine nettidere og lovdata.no i denne bacheloroppgaven.

Faglitteratur som *Sykepleie i hjemmet* av Birkeland & Flovik (2018) og *Hjemmesykepleien* av Fjørtoft (2016) benyttes gjennom hele bacheloroppgaven da begge tar for seg hjemmesykepleien og anses som særlig relevant for å besvare problemstillingen. Fjørtoft (2016) tar for seg temaer som er vesentlig å ha kjennskap til som sykepleier i hjemmesykepleien, blant annet hvordan arbeide i andres hjem og hvilke brukere hjemmesykepleien møter. Videre opplyser Birkeland & Flovik (2018) blant annet ernæring i hjemmesykepleien og har et eget kapittel om personer med demens som mottar hjemmesykepleie.

I denne bacheloroppgaven er det særlig relevant å utforske hvilke tiltak som er anbefalt for å forebygge ernæring i hjemmesykepleien. Helsedirektoratet utgav kosthåndboken – en veileder til Helse- og omsorgstjenesten for å bidra til å sikre god kvalitet på ernæringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2012, s. 12). Denne veilederen ble funnet gjennom et søk på Helsedirektoratets nettside der emneordet “ernæring i Helse- og omsorgstjenesten” ble benyttet. Samtidig er det hentet teori fra Helsedirektoratets *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Guttormsen et al., 2013).

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å både karakterisere og vurdere den litteraturen som er funnet (Dalland, 2020, s. 152). En av studiene som er benyttet i denne bacheloroppgaven er skrevet på engelsk. Dette kan føre til at artikkelen feiltolkes. Samtidig er denne studien fra Canada. Det er ukjent om Canada har lik struktur på hjemmesykepleien, eller om deres arbeid fraviker fra hjemmesykepleien i Norge. Dette kan medføre at resultatet til studien ville vært annerledes om den ble gjennomført i Norge. Denne studien ble likevel sett på som troverdig. Helsetjenestene er mulig organisert annerledes, men opplevelsen av å ha demens og opplevelsen av å yte pleie og omsorg til personer med demens vil være den samme. Videre er studiene funnet på nettsiden til fagbladet Sykepleie, skrevet på norsk og studiene er gjennomført i Norge. Disse anses derfor som aktuelle for denne bacheloroppgaven.

Det blir benyttet både primærkilder og sekundærkilder i denne bacheloroppgaven. Å benytte sekundærkilde kan være en svakhet. Sekundærkilde betyr avledet eller den andre i rekken, noe som kan føre til endring av den primære kilden (Dalland, 2020, s. 156). Videre vil *Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring* skrevet av Guttormsen et al. (2013) anvendes. Disse retningslinjene ble publisert av Helsedirektoratet for 8 år siden. Imidlertid er det observert at nyere faglitteratur om underernæring referer til Guttormsen et al. (2013). Dette viser at retningslinjene fortsatt er relevante og vil på bakgrunn av dette benyttes fremfor nyere litteratur slik at primærkilden anvendes.

Det første søket etter relevant forskningslitteratur ga ingen treff. Årsaken til dette kan være valg av emneord og at det ble avgrenset til studier publisert mellom 2012 og 2020. I søket

kunne det inkluderes flere emneord og benyttet søkefunksjonen “OR”, blant annet kunne emneordene “home health service”, “home health aide” og “home health aide service” blitt inkludert. For å gjennomføre det strukturerte søket ble det benyttet hjelp fra skolens bibliotekar. Søkene som ble gjort med bibliotekar ga 11 treff der en av studiene ble inkludert i denne bacheloroppgaven.

4 Resultater

I denne delen av bacheloroppgaven vil resultatene fra studiene som ble funnet gjennom strukturerte søke legges frem. Hovedfunnene fra studiene vil bli presentert i en kort syntese. Videre vil studiene bli presentert i en artikkelmatrise som inkluderer hver enkelt studie sin hensikt, design/metode og funn.

Hovedfunnene i de utvalgte studiene viser at en stor del av brukere med demens som mottar hjelp fra hjemmesykepleien er i ernæringsmessig risiko eller er underernærte. Studiene vektlegger rutiner i hjemmesykepleien, kunnskap blant helsepersonell og ledere og ulike utfordringer hjemmesykepleien møter. Studiene indikerer manglende rutiner i ernæringsarbeidet og manglende kunnskap om ernæring i hjemmesykepleien. Resultatene viser også til høy forekomst av underernæring blant brukere med demens som mottar hjemmesykepleie.

Tabell 3: Atrikkelmatrise

Nr.	Forfatter/år stall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1.	Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Linberg C., Luhr, N. (2013)	Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens	Sykepleien.no/ forskning	Hensikten med denne studien er å kartlegge ernæringsstatus en til eldre pasienter med demens og kognitiv svikt som mottar hjelp av hjemmebaserte tjenester, fra fire ulike bydeler i Oslo.	Det ble gjennomført en tverrsnittstudie i 4 ulike bydeler i Oslo, der Mini Nutritional Assessment (MNA) ble benyttet for å samle inn data.	Studien viser at underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende pasienter med demens eller kognitiv svikt. Omtrent halvparten av pasientene var underernært og eller sto i fare for underernæring.
2.	Meyer, S. E, Velken, R., Jensen, L. H. (2017)	Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar I hjemmesykepleien	Sykepleien.no/ forskning	Hensikten med denne studien var å utforske hvordan hjemmesykepleien ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis.	Dette er en kvalitativ studie som innhenter data fra to ulike praksisutviklingsprosjekter, og omfatter tolv gruppesamtaler med nitten sykepleiere fra to kommuner.	Studien belyste at hjemmesykepleierne stiller spørsmål til hvorvidt kravene i de nasjonale faglige retningslinjene tar hensyn til den hjemmebaserte konteksten.
3.	Gjerlaug, A. K., Harviken, G.,	Verktøy ved screening av risiko for	Sykepleien.no/ Forskning	Målet med denne studien var i å identifisere	Studien er en systematisk litteraturstudie som er basert på forskning	Resultatene fra studien viste blant annet at MNA var det verktøyet for å kartlegge

	Uppsata, S., Bye, A. (2016)	underernæring hos elder		ulike verktøy som egner seg for å identifisere ernæringsmessig risiko hos eldre brukere på langtidsinstitusjoner og som mottar hjemmesykepleie.	funnet gjennom søk i ulike databaser.	ernæringsmessig risiko hos den eldre brukeren var best egnet.
4.	Mole, Louis, Kent, Bridie, Abbot, Rebecca, Wood, Chloë, & Hickson, Mary. (2018).	The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review	Health Soc Care Community.	Hensikten med denne studien var å kartlegge omfanget av underernæring blant denne hjemmeboende eldre med demens som mottok hjemmesykepleie, samtidig ønsket studien å fremheve ulike hull i forskningen og kunnskapen om ernæringspleie til brukere med demens i hjemmesykepleien.	Studien er gjennomført som en litteraturstudie som inkluderte 61 ulike studier presentert i 63 artikler. De fleste studiene som ble inkludert var tverrsnittstudie, men det ble også inkludert kvalitative studier.	Studien viser at personer med demens som bor hjemme er en sårbar gruppe som er utsatt for underernæring. Samtidig viste funnene i studien at det er mangel på inngrep og forskning for å imøtekomme denne økte risikoen.
5.	Aagaard, H., Grøndahl, V. A., (2017)	Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien	Sykepleien.no/forskning	Denne studien ønsket å belyse hvilke rutiner ledere og sykepleiere i hjemmesykepleien hadde for å kartlegge underernæring hos brukeren.	Denne studien er en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse. Studien var delt i to ulike spørreundersøkelser, der en del tok for seg ledere i hjemmesykepleien og en del tok for seg helsepersonell.	Funnene fra studien viser at 37% av helsepersonell og 67% av ledere kjente til de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring av Helsedirektoratet. Samtidig oppga 80% av lederne og 69% av helsepersonell oppga at det ikke var vanlig å veie brukeren ved første besøk av hjemmesykepleien.

5 Diskusjon

Funnet i studiene av Rognstad et al. (2013) viser at eldre hjemmeboende personer med demens som mottar hjemmesykepleie er svært utsatt for underernæring. Dette støttes av Mole et al. (2018) og Gjerlaug et al. (2016). I dette avsnittet vil det diskuteres hvilke tiltak sykepleieren kan iverksette for å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. Samtidig vil det diskuteres hvor egnet disse tiltakene er for den hjemlige arena som sykepleierens arbeidsplass.

5.1 Å vurdere brukernes ernæringsstatus

Sykepleieren har en viktig rolle knyttet til vurdering av brukernes ernæringsstatus der et av målene er å identifisere brukerne som er i en ernæringsmessig risiko (Brodtkorb, 2018, s. 301). Studien av Gjerlaug et al. (2016) forklarer at en av årsakene til forekomsten av underernæring hos eldre kan være at helsepersonellet ikke i tilstrekkelig grad identifiserer brukere som er i ernæringsmessig risiko. Helsedirektoratet har utarbeidet faglige retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring. Disse retningslinjene pålegger at hjemmesykepleien skal vurdere brukerens ernæringsstatus ved vedtak om hjemmesykepleie og deretter en gang månedlig (Guttormsen et al., 2013). Helsedirektoratet (2018) har publisert statistikk for ernæringsoppfølging av hjemmeboende som mottar helsetjenester i hjemmet, denne ble sist oppdatert i 2020. Statistikken viser at kun 19,3% av hjemmeboende personer som mottok helsetjenester i hjemmet som var over 67 år ble vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av 2019 (Helsedirektoratet, 2018).

Studien av Aagaard & Grønseth (2017) viser at kun 37% av helsepersonellet som deltok i studien kjente til retningslinjene publisert av Helsedirektoratet. Videre forklarte kun halvparten av deltakerne at deres arbeidsplass hadde rutiner for å vurdere brukerens ernæringsstatus og enda færre hadde rutinene skrevet ned i prosedyrer. Når det ikke blir benyttet skriftlige prosedyrer kan det antas at rutinene ikke blir fulgt opp av de ansatte, og at brukerens ernæringsstatus ikke blir vurdert (Aagaard & Grønseth, 2017). En av oppgavene til ledelsen er å utvikle tydelige rutiner og prosedyrer om vurdering av brukernes ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). Samtidig viser studien av Meyer et al. (2017) at store deler av hjemmesykepleien ikke hadde et bestemt verktøy for å kartlegge brukerens ernæringsstatus

implementert i deres prosedyrer. Mangel på slik beslutningsstøtte fra ledelsen ble av helsepersonellet oppfattet som et hinder for rutinemessig vurdering av brukerens ernæringsstatus (Meyer et al., 2017).

MNA er det verktøyet som er best tilpasset den eldre brukeren over 65 år og er samtidig det verktøyet som er best egnet brukeren med demens (Guttormsen et al., 2013, s. 14). En av årsakene til dette kan være at verktøyet MNA inkluderer neuropsykologiske problemer, blant annet demens, som en faktor for ernæringsmessig risiko (se vedlegg 1). Likevel understreker Mole et al. (2018) at det mangler forskning på hvor godt de ulike verktøyene for kartlegging av ernæringsstatus er tilpasset brukeren med demens. Mole et al. (2018) presenterte blant annet at et av problemene til hjemmesykepleien var at kartleggingen av ernæringsstatus til brukeren med demens ikke ga et nøyaktig nok resultat gjennom å overvåke endringer av vekt og endret matinntak. Videre vektlegger Mole et al. (2018) viktigheten av et godt verktøy for å kartlegge brukerens ernæringsstatus. Dette vil være et nødvendig hjelpemiddel i sykepleierens ernæringsarbeid. Både Mole et al. (2018) og Gerlaug et al. (2016) fremmer MNA som det verktøyet for å kartlegge brukerens ernæringsstatus er best egnet for brukeren med demens. Samtidig vektlegger studien av Gjerlaug et al. (2016) et behov for mer forskning om hvor godt de ulike verktøyene er egnet til å identifisere brukere i ernæringsmessig risiko. Dette støttes av Mole et al. (2018). Likevel legger studien av Gjerlaug et al. (2016) frem at en risiko ved å benytte verktøy for å kartlegge brukerens ernæringsstatus er at brukere som ikke er i ernæringsmessig risiko kan bli vurdert til å være i ernæringsmessig risiko. Imidlertid forklarer Gjerlaug et al. (2016) at dette vil være mindre uheldig enn om brukere i ernæringsmessig risiko ikke blir identifisert. Gjerlaug et al. (2016) begrunner dette med at tiltakene som iverksettes for å forebygge underernæring ikke vil sette brukeren i en direkte fare. Imidlertid vil det å iverksette tiltak for å forebygge underernæring hos brukere som ikke er i en ernæringsmessig risiko føre til unødvendige kostnader og ressurser for hjemmesykepleien, en tjeneste med allerede begrenset kapasitet (Gjerlaug et al., 2016; Riksrevisjonen, 2016 s. 11).

5.2 Praktisk gjennomføring av å vurdere brukerens ernæringsstatus

Å beregne KMI er en av de viktigste metodene for å vurdere brukerens ernæringsstatus (Brodtkorb, 2018, s. 303). Dette vil si at brukerens vekt og høyde vil være viktig data

sykepleieren må innhente (Brodtkorb, 2018, s. 303). Studien av Meyer et al. (2017) belyser at sykepleierne som deltok syntes det var praktisk utfordrende å utføre disse målene. De forklarte at observasjoner som dette var noe som måtte planlegges på forhånd, de måtte ha med vekt, målebånd, skjema og lignende. Dessuten stiller studien til Gjerlaug et al. (2016) seg kritisk til hvorvidt verktøy for å kartlegge brukerens ernæringsstatus er anvendbart og tilpasset hjemmesykepleien.

Sykepleieren har ansvar for å identifisere brukere i en ernæringsmessig risiko og å forebygge underernæring (Brodtkorb, 2018, s. 301). Likevel mente deltagerne i studien av Meyer et al. (2017) at det var upassende å veie brukeren og begrunnet dette med brukerens verdighet og selvbestemmelsesrett. Helsehjelpen som tilbys av hjemmesykepleien skal tilrettelegges med respekten for brukerens selvbestemmelsesrett så langt som mulig (Pasient og brukerrettighetsloven – pbrl § 4 A-1). Deltakerne i studien av Meyer et al. (2017) forklarte at flere brukere mislikte det å veies, dette førte til at sykepleieren unnlot å veie brukeren. Sykepleierne som deltok i studien av Meyer et al. (2017) understreker respekten for at den hjemmeboende skulle bestemme selv, og vektla betydningen av den hjemlige arenaen som et privat rom. Videre forklarte enkelte av deltageren i studien av Meyer et al. (2017) at de hadde positiv erfaring med å planlegge mål av vekt og høyde sammen med brukeren dagen før de skulle utføre målene. Brukere med demens som hjemmesykepleien møter har som regel mild eller moderat grad av demens (Engedal & Tveito, 2019, s. 363). For brukere med mild grad av demens kan korttidshukommelsen enkelte ganger være upåvirket, men vil som regel reduseres ved moderat grad av demens (Skovdahl og Berentsen, 2018, s. 416). Det kan derfor tenkes at å planlegge mål av vekt og høyde med brukeren dagen før dette skal utføres kan være et tiltak for enkelte brukere med demens. Dette tiltaket kan bidra til å gi sykepleieren mulighet til å innhente nødvendig data.

Studien av Rognstad et al. (2013) viste at kvinner har større sannsynlighet for underernæring enn menn. På den ene siden vektlegger Rognstad et al. (2013) at sykepleien bør være spesielt oppmerksomme på kvinner som har problemer med matinntaket da disse har et større behov for oppfølging for å forebygge vekttap og underernæring. På den andre siden viser grupperefleksjonene som ble gjennomført i studien av Meyer et al. (2017) at sykepleierne var opptatt av å ikke krenke den eldre kvinnens *husmorsstolthet*, ved å fortelle en erfaren husmor at hun ikke klarer å ivareta sitt eget matinntak.

En annen viktig del av å vurdere brukerens ernæringsstatus er å observere brukerens appetitt og matinntak. Når det gjelder observasjoner som dette belyste studien av Meyer et al. (2017) at det var utfordrende å kartlegge hva brukene i hjemmesykepleien spiser og drikker med hjelp av registreringsskjemaer. Deltageren i studien vektla særlig bekymring for brukere med demens som glemmer å spise og drikke og som glemmer hva de har spist og drukket (Meyer et al., 2017). Videre forklarte deltagerne i studien av Meyer et al. (2017) at de ikke benyttet seg av drikkelister ettersom brukeren hadde muligheten til å forsyne seg med drikke selv. Dette førte til at drikkelisten var ufullstendig og ikke stemte overens med brukernes væskeinntak (Meyer et al., 2017).

Dessverre viste studiene få forslag til hvordan hjemmesykepleieren kan bedre den praktiske gjennomføringen av å vurdere brukerens ernæringsstatus. Imidlertid kan hjemmesykepleien gjøre observasjoner som å blant annet se etter om noe av maten som er satt frem kastes, om matrester ligger igjen på tallerkenen dersom brukeren ikke rydder etter måltidet selv, om det er oppvask på kjøkkenet osv. (Fermann & Næss, 2018, s. 248).

5.3 Manglende kunnskap om ernæring i hjemmesykepleien

I studien av Meyer et al. (2017) utrykte deltageren at teksten i *De nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring* var akademisk og fjernt fra hverdagspråket som blir benyttet i klinisk praksis. Studien vurderte dette som en mulig årsak til at vurdering av brukerens ernæringsstatus ble nedprioritert i hjemmesykepleien (Meyer et al., 2017). Derimot har sykepleieren, etter de yrkesetiske retningslinjene, plikt til å holde seg oppdatert om forskning om utvikling innen eget fagområde. Videre skal sykepleieren bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Sneltvedt, 2016, s. 104). På bakgrunn av dette kan det forventes at sykepleieren setter seg inn i helsedirektoratets retningslinjer og selv sørger for at disse blir forstått. Imidlertid vil det ikke være tilstrekkelig å innføre retningslinjer og prosedyrer uten å gi de ansatte opplæring i hvordan retningslinjene bør benyttes (Aagaard & Grønseth, 2017). Aagaard og Grønseth (2017) forklarte at ledelsen i hjemmesykepleien bør gjøre helsepersonellet kjent med retningslinjene og tilse at personellet får tilstrekkelig med informasjon og opplæring slik at de har kunnskap om hvordan retningslinjene bør anvendes. Videre vil det å innføre rutiner på bakgrunn av retningslinjer som Helsedirektoratet fremla i

2009 være en lang og komplisert prosess (Meyer et al., 2017). Meyer et al. (2017) vektlegger at helsepersonell bør få anledning til å sette seg inn i hvordan retningslinjene kan tolkes og hvordan dette vil påvirke brukeren. Samtidig bør sykepleierne få muligheten til å gjøre rede for egen forståelse av retningslinjene og komme til enighet om hvordan disse kan inkluderes i de eksisterende rutinene på deres arbeidsplass (Meyer et al., 2017).

Fjørtoft (2016) vektlegger betydning av de ansatte i hjemmesykepleien og deres kompetanse. Dette støttes av Flovik & Birkeland (2018) som forklarer at kapasitet og kompetanse i hjemmesykepleien vil være avgjørende for at hjemmesykepleien kan tilby den helsehjelp brukeren har rett til. Hjemmesykepleien skal etter Lov om helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven – hpl, 1999 § 4). På den ene siden viser Aagaard & Grønseth (2017) at både ledere og helsepersonell som deltok i studien mente det var manglende kunnskap om ernæring blant helsepersonell. Lederne som deltok i studien forklarte at helsepersonellet ikke forsto viktigheten av å vurdere brukerens ernæringsstatus (Aagaard & Grønseth, 2017). Å forstå årsaken og konsekvensen av underernæring vil være nødvendig for å iverksette gode, individrettede tiltak (Aagaard & Grønseth, 2017). På den andre siden viste de faglige samtalene som ble gjennomført i studien av Meyer et al. (2017) at helsepersonellet utrykte faglig forståelse om betydningen av å vurdere brukerens ernæringsstatus. Imidlertid stilte deltagerne i den sistnevnte studien seg kritisk til om det var mulig å oppfylle kravene som vurdering av brukernes ernæringsstatus hos alle brukere ved vedtak om hjemmesykepleie og deretter månedlig med tanke på hjemmesykepleiens ressurser (Meyer et al., 2017).

Det kreves god kompetanse hos hjemmesykepleien for å oppdage brukens behov og å sikre forsvarlig oppfølging. Dette er en avgjørende faktor for kvalitet i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2017, s. 162). Både helsepersonell og ledere i studien av Aagaard & Grønseth (2017) mente det var behov for mer kunnskap om ernæring i hjemmesykepleien og flere av deltagerne utrykte at de ønsket mer kunnskap knyttet til hvordan de kan kartlegge brukerens ernæringsstatus.

På tampen av bachelorskrivingen publiserte fagbladet Sykepleien en artikkel om faglig oppdatering av sykepleiere i kommunen. I artikkelen forklares det at kompetanse er ferskvare, og sykepleieren trenger, i likhet med andre, faglig påfyll og oppdatert kunnskap på sitt fagfelt. Det lanseres en ny norsk standard, NS 6510. Denne vil beskrive hvordan ting kan og skal

gjøres i kommunehelsetjenesten (Bergsagel, 2021). Dette har ikke blitt inkludert i oppgaven, men viser at det skjer positive endringer. Samtidig bidrar dette til å understreke manglende kompetanse blant sykepleierne i kommunehelsetjenesten i dag.

5.4 Pasientansvarlig sykepleier- kontinuitet i ernæringsarbeidet

I hjemmesykepleien er det ofte flere ansatte som besøker hver bruker, noe som kan bidra til ansvarspulverisering (Birkeland & Flovik, 2018, s. 141). For å sikre god kvalitet og kontinuitet i ernæringsarbeidet bør ansvaret for å vurdere brukerens ernæringsstatus avgrenses til en eller få sykepleier som har hatt nær kontakt med brukeren over tid (Birkeland & Flovik, 2018, s. 141). Hjemmesykepleien kan da benytte seg av pasientansvarlig sykepleier.

For brukere med demens vil behovet for helsehjelp endres over tid (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411). Ved å benytte seg av pasientansvarlig sykepleier kan behovet for endret helsehjelp oppdages raskere. Årsaken til dette vil være at sykepleieren kjenner godt til brukerens tilstand, og vil lettere oppdage endring. Samtidig vil pasientansvarlig sykepleier bidra til å styrke den faglige oppfølgingen av hver enkelt bruker (Fjørtoft, 2016, s. 210). Selv om det vil være flere som utfører pleien vil brukeren forholde seg til en sykepleier som har ansvaret. Funksjonen til pasientansvarlig sykepleier vil blant annet være å følge opp tjenestetilbudet og å ivareta kontinuiteten i arbeidet (Fjørtoft, 2016, s. 210).

Birkeland & Flovik (2018) forklarer at en stor del av brukerne i hjemmesykepleien opplever stadig skift av helsepersonell i hjemmet. Dette begrunnes med lav bemanning og begrensede resurser. Videre vil helsepersonellens behov også ha en betydning, og arbeidsmiljøet må ivaretas slik at ikke enkelte sykepleiere opplever stor belastning over tid (Birkeland & Flovik, 2018, s. 94). Imidlertid vektlegges det at enkelte brukere er mer sårbare i møtet med et skiftende helsepersonell, blant disse trekkes brukere med demens frem. Å benytte seg av pasientansvarlig sykepleier vil føre til bedre tjenestekvalitet og økt pasienttrygghet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 95).

5.5 Prioriteringer på bakgrunn av knappe ressurser

De ansatte i hjemmesykepleien møter flere etiske utfordringer (Fjørtoft, 2016, s. 133). Blant disse vil det trekkes frem prioriteringer som blir gjort på bakgrunn av knappe ressurser og en tidspresst arbeidshverdag. I en hektisk hverdag kan det være en utfordring å være verdibevisst og ivareta brukerens grunnleggende behov. Dette er muligens en av de viktigste etiske utfordringen hjemmesykepleien møter (Fjørtoft, 2016, s. 141). Tiden hjemmesykepleien har til å imøtekomme brukerens behov er ofte knapp og det vil være tidkrevende å sikre god ernæringsstatus hos hver enkelt bruker (Birkeland & Flovik, 2017, s. 141). Likevel har hjemmesykepleien et selvstendig ansvar for å observere, vurdere og å iverksette tiltak hos brukere som er i ernæringsmessig risiko (Birkeland & Flovis, 2017, s. 135)

I studien av Aagaard & Grønseth (2017) legges det frem at den største hindringen til oppfølging av brukernes ernæringsstatus er mangel på tid. De ansatte i hjemmesykepleien har ofte en oppsatt plan over hvilke brukere de skal besøke til hvilken tid (Tønnessen, 2017, s. 187). Sykepleieren må til en hver tid gjøre prioriteringer (Aagaard & Grønseth, 2017). Det å prioritere innebærer å sette noe foran noe annet (Tranøy, 1987, referert i Tønnessen, 2017, s. 189). Med andre ord vil sykepleieren som bruker mer tid hos én bruker velge å bruke mindre tid hos en annen bruker (Fjørtoft, 2018, s. 164). Når tiden setter grenser for sykepleien som utføres kan dette føre til at individuelle hensyn blir redusert (Fjørtoft, 2016, s. 165). Når det gjelder prioritering av tid vektlegger studien av Mayer et al. (2017) at kartlegging og oppfølging av et stort antall personer vil gi økt arbeidsbelastning. Videre legger Mayer et al. (2017) frem hvordan sykepleierne prioriterer ernæringsarbeid hos de sykeste som vil ha et større behov for at det iverksettes ernæringstiltak. Denne prioriteringen vil være i overensstemmelse med hva som er rett i en helsefaglig sammenheng (Johannessen et al., 2007, referert i Meyer et al., 2017). Dette vil medføre at det forebyggende arbeidet hos brukere i ernæringsmessig risiko vil bli nedprioritert (Meyer et al., 2017). Imidlertid vil underernæring være lettere å forebygge enn å behandle. Det vil si at en ekstra innsats hos brukere som er i ernæringsmessig risiko, men som enda ikke er underernærte vil spare brukeren for unødvendig lidelse i fremtiden og spare hjemmesykepleien for ressurser (Birkeland & Flovik, 2018, s. 143).

5.6 Forebyggende tiltak

Hjemmesykepleien kan iverksette tilpassede tiltak for å bedre brukerenes ernæringsstatus (Guttormsen et al., 2013, s. 9). Enkelte av tiltakene som var foreslått av Guttormsen et al. (2013) ble i studien av Meyer et al. (2017) vurdert som problematiske å gjennomføre i henhold til hjemmesykepleiens arbeidsrammer.

Om brukeren ikke er i stand til å tilberede maten selv vil det være hjemmesykepleien som står for tilberedningen. Måltidet må tillages i tråd med brukerenes vaner og ønsker, og maten som settes frem må se fersk og delikat ut (Birkeland & Flovik, 2018, s. 142). I dag er de varme måltidene i hjemmesykepleien basert på matombringing av ferdigproduserte middagsporsjoner som varmes opp (Fermann & Næss, 2018, s. 248). Imidlertid stilte sykepleierne i studien av Meyer et al. (2017) seg kritisk til det praktiske ved å varme opp middagen. De forklarte at “en mild eim fra mikrobølgeovnen i tre minutter ikke skjjerper appetitten”.

Da sykepleierne som deltok i studien av Meyer et al. (2017) vurderte måltider for personer med manglende appetitt vektla de den sosiale betydningen ved måltidet. De forklarte at trivsel skapes når man spiser sammen med andre. På den ene siden mente sykepleierne i studien av Meyer et al. (2017) at det å spise sammen med brukeren var et av de viktigste tiltakene for å forebygge underernæring. På den andre siden vurderte sykepleierne dette tiltaket som utfordrende å praktisk gjennomføre innenfor tidsrammen hjemmesykepleien jobber med (Meyer et al., 2017).

Demens er progredierende og problemet med måltidet kan endres over tid. Derfor må brukeren observeres regelmessig under måltidet og det kan være spesielt nødvendig at sykepleieren spiser sammen med brukeren (Helsedirektoratet, 2012, s. 201). Vedtak fra hjemmesykepleien og tiltak som iverksettes må gjenspeile brukerenes behov for hjelp og å sikre tilstrekkelig med ernæring, i enkelte tilfeller vil dette være tidkrevende (Birkeland & Flovik, 2018, s. 142). Hjemmesykepleien bør prioritere bedre tid til å tilrettelegge måltidet og å spise sammen med brukeren med demens. På denne måten kan det sosiale ved måltidet bidra til å styrke brukerenes appetitt (Fermann & Næss, 2018, s. 248). Videre vil det å spise sammen med brukeren gi sykepleieren mulighet til å observere om brukerenes behov for bistand under måltidet er endret.

Studien av Rognstad et al. (2013) viser en betydelig forskjell i sannsynligheten for underernæring mellom de som foretar matinnkjøpet selv og de som blir handlet for. Ettersom denne studien er en tverrsnittstudie vil det være vanskelig å gi en tydelig forklaring på hva dette skyldes. Imidlertid kan det antas at dette funnet er påvirket av at de som foretar matinnkjøpet selv har bedre helse og ernæringsstatus og ikke er avhengig av bistand til matinnkjøp (Rognstad et al., 2013). Rognstad et al. (2013) vektlegger at brukeren som ikke har muligheten til å handle mat selv, bør få muligheten til å foreta matinnkjøpet sammen med hjemmesykepleieren slik at de selv kan velge maten de gjenkjenner og ønsker å spise. Gjenkjennelig mat og måltider kan vekke positive minner for brukeren med demens og bidra til å bedre deres appetitt (Helsedirektoratet, 2012, s. 201). Sykepleieren kan inkludere brukeren i matinnkjøpet ved blant annet å foreta matinnkjøpet elektronisk, da kan sykepleieren bestille varene sammen med brukeren og varene blir levert på døren (Birkeland & Flovik, 2018, s. 142).

6 Avslutning

Hensikten med denne bacheloroppgaven var å undersøke hvilke tiltak hjemmesykepleien kan iverksette for å forebygge underernæring hos eldre personer med demens. Det er flere tiltak som vil ha positiv virkning på brukerens ernæringsstatus, men som viser seg å være vanskelig å gjennomføre i hjemmesykepleien. Dette begrunnes med hjemmesykepleiens rammer der en tidspresst arbeidshverdag fører til at det forebyggende arbeidet kan prioriteres bort på bakgrunn av manglende ressurser.

Mangel på kunnskap og kompetanse om ernæring kan få konsekvenser for sykepleierens evne til å identifisere brukere med demens i en ernæringsmessig risiko. Studier viser at hjemmesykepleien opplever manglende kunnskap om ernæring og samtidig manglende rutiner for å vurdere brukerens ernæringsstatus. Økt kunnskap om ernæring og klare prosedyrer om vurdering av brukerens ernæringsstatus vil bidra til å identifisere brukere i ernæringsmessig risiko i hjemmesykepleien.

For å bedre tjenestekvaliteten bør hjemmesykepleien benytte seg av pasientansvarlig sykepleier. Pasientansvarlig sykepleier kan bidra til kontinuitet i arbeidet og føre til økt pasienttrygghet. Hjemmesykepleien bør også inkludere brukerne i matinnkjøpet slik at de får servert ønsket og gjenkjennelig mat. Videre vil trivsel skapes når man spiser sammen med andre og dette vil være et viktig tiltak for å forebygge underernæring hos brukere i ernæringsmessig risiko, men ble likevel vurdert til å være vanskelig å gjennomføre i hjemmesykepleien.

Under arbeidet med denne bacheloroppgaven ble det funnet flere studier som viser et stort omfang av underernæring blant eldre hjemmeboende personer med demens, men likevel var det få studier som var basert på hvilke tiltak som vil forebygge underernæring for denne brukergruppen. Dette belyser et behov for videre forskning.

7 Referanseliste

- Bergsagel, I. (2021, 10. April). Lanserer norsk standart for faglig oppdatering av sykepleiere i kommunene. *Sykepleien*.
https://sykepleien.no/2021/04/lanserer-norsk-standard-faglig-oppdatering-av-sykepleiere-i-kommunene?fbclid=IwAR137NqIEFh_0bvqSynS4wSPQeb0mDz0LNogBtDfR3ydQ7JoIcJIzD9qGuQ
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg., p. 212). Cappelen Damm akademisk.
- Brodtkorb, K. (2018). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den eldre pasienten* (2. Utg., s.408-437). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O., & Keeping, D. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave.). Gyldendal.
- Eide, H., Eide, Tom, & Eide, Eivind. (2017). Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk (3. utg., p. 420). Gyldendal akademisk.
- Engedal, K., Tveito, M., & Lage Barca, M. (2019). *Alderspsykiatri* (1. utgave., p. 476). Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Fermann, T., Næss, G. (2018) *Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien*. I Kirkevold, M., Brodtkorb K., Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg, s. 238 - 261). Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforl.

Gjerlaug, Anne Karine, Harviken, Gunn, Uppsata, Solveig, & Bye, Asta. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 2, 148–156. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>

Gjevjon, R. E. (2016). Når profesjonell omsorg møter den eldre pasientens personlige liv – juridiske, etiske og faglige utfordringer i hjemmesykepleien. I Glavin, K. & Gjevjon, R. E. (red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (1. utg., s. 212 – 225). Fagbokforlaget

Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., Øien, H., Alhaug, J., Smedhaug, G. B., (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Helsedirektoratet.

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

Helsedirektoratet (2018). Ernæringsoppfølging hos hjemmeboende [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 25. juni 2020, lest 08. april 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>

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

Kirkevold M. (2018). Hjerneslag. I Kirkevold, M., Brodtkorb K., Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg, s. 464 – 478). Gyldendal Akademisk

Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (2012). Helsedirektoratet.

- Meyer, S. E., Velken, R., Jensen, L. H., (2017), Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. Sykepleien Forskning Doi: [10.4220/Sykepleienf.2017.61797](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797)
- MNA- Mini Nutritional Assessment (Bilde). (u.å) Hentet fra https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_norwegian.pdf
- Mole, Louise, Kent, Bridie, Abbott, Rebecca, Wood, Chloë, & Hickson, Mary. (2018). The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 26(4), e485–e496. <https://doi.org/10.1111/hsc.12540>
- Nordtvedt P., Grønseth, R., (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. Utg, s. 17-37). Gyldendal Akademisk
- Pasient og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2018). Forebyggende og heldepremmende sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb K., Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg, s. 162 - 172). Gyldendal Akademisk
- Riksrevisjonen (2016). Riksrevisjonen undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Rognstad, May-Karin, Brekke, Idunn, Holm, Eva, Linberg, Cecilie, & Lühr, Nina. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien forskning* (Oslo), 8(4), 298–307. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137>
- Rokstad, A. M. M. (2020). Hva er demens? I Rokstad, A. M. M., Smeby, A. L (red.). *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 23 – 50). Cappelen Damm Akademisk

- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2018). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den eldre pasienten* (2. Utg., s.408-437). Oslo: Gyldendal akademisk
- Sneltvedt, T. (2016) Yrketsetiske retningslinjer for sykepleiere. I Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. Utg, s. 97-109). Gyldendal Akademisk
- Sortland, K. (2015). Ernæring : mer enn mat og drikke (5. utg., p. 304). Fagbokforlag.
- Stubberud, D. G., Kondrup, J., Almåd, H. (2016) Ernæring ved sykdom. Almås H. (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (5. Utg, s. 17 – 48). Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I.-J., & Thidemann, Maria Uraiwan. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave.). Universitetsforlaget.
- Tønnessen, S. (2018) Prioriteringer i sykepleie. Brinchmann, B. S. (red.). I *Etikk i sykepleien* (4. Utg. s.187 – 221) Gyldendal akademisk
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010) Forskrift om verdig eldreomsorg (FOR-2012-11-12-1426). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Vollrath, M. E. M. T., Skirbekk, V. F., Strand, B. H. (2021-02-23). Demens, Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017) Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning* Doi: [10.4220/Sykepleienf.2017.61219](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219)

Vedlegg

Vedlegg 1: Mini Nutritional Assessment (MNA)

Mini Nutritional Assessment MNA[®]

Nestlé
NutritionInstitute

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

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

Screening, del I

A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?
0 = betydelig redusert matinntak
1 = noe redusert matinntak
2 = ingen endring i matinntaket

B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene
0 = vekttap over 3 kg
1 = vet ikke
2 = vekttap mellom 1 og 3 kg
3 = ikke vekttap

C Mobilitet
0 = senliggende / sitter i stol
1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute
2 = går ute

D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene?
0 = ja 2 = nei

E Neuropsykologiske problemer
0 = alvorlig demens eller depresjon
1 = mild demens
2 = ingen psykologiske lidelser

F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde(m) x høyde(m)]
0 = BMI mindre enn 19
1 = BMI 19 til mindre enn 21
2 = BMI 21 til mindre enn 23
3 = BMI 23 eller større

Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng)

12 - 14 poeng: Normal ernæringsstatus
8 - 11 poeng: Risiko for underernæring
0 - 7 poeng: Underernært

For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R

Screening, del II

G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)
1 = ja 0 = nei

H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag
0 = ja 1 = nei

I Trykksår eller hudsår
0 = ja 1 = nei

J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?
0 = 1 måltid
1 = 2 måltider
2 = 3 måltider

K Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja nei
- To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja nei
- Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag
0.0 = hvis 0 eller 1 ja
0.5 = hvis 2 ja
1.0 = hvis 3 ja

L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?
0 = nei 1 = ja

M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?
0.0 = mindre enn 3 kopper
0.5 = 3 til 5 kopper
1.0 = mer enn 5 kopper

N Matinntak
0 = ikke i stand til å spise uten hjelp
1 = spiser selv med noe vanskeligheter
2 = spiser selv uten vanskeligheter

O Eget syn på ernæringsmessig status
0 = ser på seg selv som underernært
1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand
2 = ser ikke på seg selv som underernært

P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?
0.0 = ikke like bra
0.5 = vet ikke
1.0 = like bra
2.0 = bedre

Q Overarmens omkrets (OO) i cm
0.0 = OO mindre enn 21 cm
0.5 = OO 21 til 22 cm
1.0 = OO mer enn 22 cm

R Leggomkrets (LO) i cm
0 = LO mindre en 31 cm
1 = LO 31cm eller større

Screening, del II (maks. 16 poeng)

Screening, del I

Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)

MNA resultat

24 til 30 poeng Normal ernæringsstatus
17 til 23.5 poeng Risiko for underernæring
Mindre enn 17 poeng Underernært

Lagre Skriv ut Reset

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA[®] - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Selva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Se mer info på: www.mna-elderly.com